



**DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE
ADULTOS CON DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE PAMPLONA,
NORTE DE SANTANDER (COLOMBIA)**

LISSET ADRIANA ARDILA ROA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD

MANIZALES, OCTUBRE DE 2018

**DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE
ADULTOS CON DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE PAMPLONA, NORTE DE
SANTANDER (COLOMBIA).**

LISSET ADRIANA ARDILA ROA

Proyecto de grado para optar al título de Magister en Discapacidad

DIRECTORAS Y COINVESTIGADORAS

Mg. LIDA MARITZA GIL OBANDO

Mg. ALEXANDRA LÓPEZ LÓPEZ

Mg CARMEN LILIANA ÁVILA RENDÓN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD

MANIZALES, OCTUBRE DE 2018

AGRADECIMIENTOS

Expreso mis agradecimientos a cada uno de los profesores que apoyaron el proceso académico durante la Maestría, en especial a las directoras del macroproyecto por su apoyo permanente, así como a las personas con discapacidad de la ciudad de Pamplona que participaron en la investigación.

Lisset A. Ardila.

RESUMEN

Objetivo. Relacionar el grado de discapacidad y la calidad de vida de adultos con discapacidad de la ciudad de Pamplona Norte de Santander, Colombia. Método. Descriptivo con alcance correlacional entre el discapacidad (por áreas, final y grado) y la calidad de vida (por dimensiones) y variables sociodemográficas y clínicas. Participaron 114 personas con discapacidad de variada etiología y limitación, mayores de 20 años con más de seis meses de evolución de la discapacidad. Se utilizó el cuestionario WHODAS II y el SF36 versión 2.0. Resultados. El 60,5% fueron hombres con una media de edad de 59 años, la mayoría solteros (43,9%). Predominio de la discapacidad en grado moderado (44%), las áreas evaluadas por el WHO DAS II que presentaron mayor puntuación promedio (mayor discapacidad) fueron participación social (46,49±16,02), movilidad (45,33±34,93) y actividades de la vida diaria (45,08±32,34). De acuerdo con las dimensiones del SF 36, los mayores promedios (mejor percepción de calidad de vida) fueron para Dolor Corporal (76,56±31,09), Salud Mental (67,68±16,69) y Función Social (67,65±30,70). Se encontró que la dimensión peor percibida por los participantes fue función física (39,78±38,69). La variable ocupación se asocia de manera significativa con discapacidad final, siendo el subgrupo de desempleados por otros motivos quienes registraron mayor promedio de puntuación (mayor discapacidad) y en calidad de vida, el subgrupo de asalariados, trabajadores independientes y estudiantes evidenciaron puntuaciones promedio más altas (mejor percepción de calidad de vida). La relación entre discapacidad y calidad de vida fue estadísticamente significativa y de carácter inversa, con fuerzas de asociación que oscilaron entre -0,21 a 0,84. Conclusiones. A partir de los resultados encontrados, es posible afirmar que en la población participante, el desempleo se asocia con mayor discapacidad, a menor discapacidad mejor es la percepción de la calidad de vida.

Palabras clave: Calidad de vida, salud, discapacidad, funcionamiento (DeCS-MeSH)

ABSTRACT

Objective. Related to the degree of disability and quality of life of adults with disabilities in the Pamplona city - North of Santander, Colombia. Method. Descriptive correlational studies between the disability (for areas, final and grade) and the quality of life (by dimensions) and socio-demographic and clinics features. 114 people with disabilities of diverse etiology and limitation, involved over 20 years with more than six months of disability. WHODAS II and the SF36 questionnaire version 2.0 was used. Results. 60.5% were men with an average age of 59 years, most people single (43.9%). Prevalence of disability in moderate degree (44%), evaluated by the WHO DAS II areas presenting higher score average (greater disability) were social participation (46, 49±16, 02), mobility (45, 33±34, 93) and activities of daily living (45, 08±) 32,34). According to the dimensions of the SF-36, the major averages (better perception of quality of life) were for bodily pain (76, 56±31, 09), Mental Health (67, 68±16, 69) and Social function (67, 65±30, 70). We found that the dimension worse perceived by participants was physical function (39, 78±38, 69). The variable occupation is associated significantly with disabilities final, being the subset of unemployed for other reasons who recorded the highest average score (greater disability) and in quality of life, the subset of employees, workers independent and students showed higher mean scores (better perception of quality of life). The relationship between disability and quality of life was statistically significant and character reverse, with forces of association which ranged from - 0.21 to 0.84. Conclusions. From the results, it is possible to affirm that in the participant population, unemployment is associated with greater disability. Lower disability is associated with better perception of the quality of life.

Key words: Quality of life, health, Disability, functioning (DeCS-MeSH).

FICHA CATALOGRÁFICA

Documento formato Vancouver

Ardila LA. Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud de adultos con discapacidad en Pamplona, Norte de Santander (Colombia) [Tesis de Maestría]. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales; 2018:119 pags.

Grupo de Investigación: Cuerpo Movimiento UAM

Línea de Investigación: Funcionamiento y Discapacidad en la perspectiva de la Salud

TABLA DE CONTENIDO

1	AREA PROBLEMÁTICA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	16
1.1	Problematización general del macroproyecto	16
1.1.1	Problematización específica del proyecto	28
1.1.2	Problematización específica de la ciudad de Pamplona	28
1.2	Pregunta de investigación del estudio	34
2	JUSTIFICACIÓN.....	35
2.1	Disposiciones éticas vigentes y condiciones de factibilidad	38
3	OBJETIVOS.....	40
3.1	Objetivo general	40
3.2	Objetivos específicos.....	40
4	REFERENTE TEÓRICO.....	41
4.1	Referente conceptual de discapacidad.....	41
4.1.1	Evaluación de la Discapacidad desde el WHO-DAS II.....	43
4.1.2	Referente conceptual de Calidad de Vida.....	45
4.1.3	Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS)	48
4.1.4	Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud desde el SF 36	49
5	VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN.....	52
6	METODOLOGÍA	61

6.1	Diseño metodológico de la investigación.....	61
6.2	Enfoque	61
6.3	Tipo de estudio	61
6.4	Población.....	62
6.5	Muestra y muestreo	62
6.6	Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	65
6.6.1	Procedimiento.....	65
7	RESULTADOS.....	68
7.1	RESULTADOS UNIVARIADO	68
7.1.1	Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas	68
7.1.2	Análisis descriptivo de las variables clínicas.....	69
7.1.3	Análisis descriptivo de discapacidad	70
7.1.4	Análisis descriptivo de Calidad de Vida relacionada con la Salud	73
7.2	RESULTADOS BIVARIADOS	78
7.2.1	Variables sociodemográficas y Discapacidad.....	78
7.2.2	Variables clínicas y Discapacidad	80
7.2.3	Variables sociodemográficas y clínicas con Grado de discapacidad.....	85
7.2.4	Variables sociodemográficas y Calidad de vida.....	90
7.2.5	Variables clínicas y Calidad de vida.....	93

7.2.6	Relación entre final y áreas de discapacidad con calidad de vida relacionada con la salud	96
8	DISCUSIÓN.....	98
9	CONCLUSIONES	101
10	RECOMENDACIONES	103
11	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
12	12. ANEXOS.....	114
12.1	ANEXO 1. Instrumento para evaluar aspectos sociodemográficos, clínicos y discapacidad (WHO-DAS II)	114
12.2	Anexo 3. Consentimiento informado de participación voluntaria en el estudio	119
12.3	Anexo 4. Sintaxis para la obtención de puntajes globales y parciales del cuestionario para evaluación del grado de discapacidad WHO-DAS II.....	120
12.4	Anexo 5. Manual de uso de la versión española del WHO-DAS II (instructivo)	iv
12.5	Anexo 6. Codificación y sintáxis de puntuación del cuestionario SF 36.	xix

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución según tipo de limitación en el departamento de Norte de Santander	19
Tabla 2 Distribución del municipio según extensión territorial y área de residencia.....	28
Tabla 3 Población por área de residencia municipio de Pamplona, 2015	29
Tabla 4. Proporción de la población por ciclo vital del municipio de Pamplona, 2010, 2015, 2020	30
Tabla 5. Componente de discapacidad por grupo etario y sexo Norte de Santander / Pamplona	32
Tabla 7 Distribución de las alteraciones permanentes, Pamplona.....	33
Tabla 8 Tabla de variables sociodemográficas y de índole general	52
Tabla 9 Variables de Funcionamiento y Discapacidad desde el instrumento WHO-DAS II, versión de 36 ítems	53
Tabla 10 Grado de discapacidad resultante desde el WHO-DAS II.....	56
Tabla 11 Variables de calidad de vida relacionada con la salud según el SF 36.....	57
Tabla 12. Calidad de vida relacionada con la salud resultante desde el SF 36	59
Tabla 13 Población esperada con discapacidad en Pamplona para el año 2012	62
Tabla 14 Marco muestral de Pamplona	62
Tabla 15 Estadísticos descriptivos para la estimación de la muestra a partir de la prueba piloto.....	63
Tabla 16 Tamaño final de la muestra	64

Tabla 17 Coeficientes de correlación utilizados para discapacidad por áreas y final (WHO DAS II) acorde con el nivel de medición de las variables	66
Tabla 18 Pruebas de homogeneidad para el contraste de discapacidad por áreas y final en subgrupos de variables sociodemográficas y clínicas	67
Tabla 19. Resumen descriptivo de variables sociodemográficas	68
Tabla 20. Resumen descriptivo de variables clínicas	70
Tabla 21. Estadísticos descriptivos de la puntuación final y por dominios del WHO DAS II	71
Tabla 22. Grado de Discapacidad Final WHO DAS II	73
Tabla 23. puntaje total por dimensiones del SF 36	75
Tabla 24. Prueba de normalidad para Discapacidad final y por áreas y CVRS por dimensiones	75
Tabla 25. Resumen de relaciones bivariadas con significancia estadística entre variables sociodemográficas con Discapacidad final y por áreas	78
Tabla 26. Ocupación con áreas y final de discapacidad	79
Tabla 27. Resumen de relaciones bivariadas con significancia estadística entre variables clínicas con Discapacidad final y por áreas	80
Tabla 28. Diagnóstico médico con áreas de discapacidad y discapacidad final	81
Tabla 29. Rango del tiempo de limitación con áreas de discapacidad y discapacidad final	82
Tabla 30. Uso de ayudas con áreas de discapacidad y discapacidad final	83
Tabla 31. Tipo de ayudas con áreas de discapacidad y discapacidad final	83

Tabla 32. Relación entre variables sociodemográficas y grado de discapacidad final.....	85
Tabla 33. Nivel de estudios alcanzado vs grado de discapacidad final	86
Tabla 34. Ocupación vs grado de discapacidad final	87
Tabla 35. Relación entre variables clínicas y grado de discapacidad final	87
Tabla 36. Diagnóstico médico vs grado de discapacidad final.....	88
Tabla 37. Tipo de ayuda técnica vs grado de discapacidad final	90
Tabla 38. Resumen de relaciones bivariadas con significancia estadística entre variables sociodemográficas con Discapacidad final y por áreas	90
Tabla 39. Ocupación con dimensiones de calidad de vida relacionadas con la salud	91
Tabla 40. Resumen de relaciones bivariadas con significancia estadística entre variables clínicas con calidad de vida y por dimensiones.....	93
Tabla 41. Rangos del tiempo de limitación con dimensiones de calidad de vida relacionadas con la salud	94
Tabla 42. Tipo de ayudas con dimensiones de calidad de vida relacionadas con la salud...	94
Tabla 43. Uso de medicamentos con dimensiones de calidad de vida relacionadas con la salud.....	96
Tabla 44. Relación entre final y áreas de discapacidad con calidad de vida relacionada con la salud	96

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Pirámide poblacional del municipio de Pamplona, 2010, 2016, 2020.....	30
Figura 2 Pirámide población con discapacidad	31
Figura 3. Estadísticos descriptivos de las preguntas del WHO DAS II	72
Figura 4. Estadísticos descriptivos de los 36 ítems SF 36.....	74

1 PRESENTACIÓN

Se presenta el informe final de investigación para obtener el título de magíster en Discapacidad de la Universidad Autónoma de Manizales, proyecto adscrito a la línea de investigación de Funcionamiento y Discapacidad en la perspectiva de la Salud del Grupo de Investigación Cuerpo Movimiento, clasificado en categoría A por Colciencias (Colombia) en 2017. Este trabajo hizo parte del macroproyecto Grado de discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud de adultos con discapacidad en cuatro ciudades de Colombia (Manizales, Pasto, Medellín y Pamplona) el cual se realizó con seis estudiantes de la cohorte IV del programa.

En esta investigación se presentan los resultados obtenidos del análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, clínicas, de discapacidad y de calidad de vida relacionada con la salud, así como también los datos obtenidos de la relación entre las variables de discapacidad y Calidad de vida de adultos con discapacidad de la ciudad de Pamplona (Colombia) a partir de la aplicación del instrumento de evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la salud WHO-DAS II 36 ítems (World Health Organization – Disability Assessment Schedule II) y el Short Form SF36 versión 2.0 de 36 ítems, tomando como referencia una muestra de participantes estadísticamente significativa.

Los resultados se presentan de la siguiente manera: primero se encuentran los resultados del análisis univariado; segundo resultados encontrados de los análisis bivariados entre las variables sociodemográficas y clínicas con las distintas áreas de discapacidad expuestas en el WHO-DAS II y con el resultado final, así como también con cada una de las dimensiones de calidad de vida expuestas en el SF 36, finalmente se establecieron relaciones entre discapacidad final y por áreas con las dimensiones de calidad de vida.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Título: Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud de adultos con discapacidad en la ciudad de Pamplona, Norte de Santander (Colombia).			
Investigadora principal: Lisset Adriana Ardila Roa. Estudiante cohorte IV maestría en Discapacidad			
Directoras y Coinvestigadoras: Lida Maritza Gil Obando – Carmen Liliana Avila Rendón - Alexandra López López			
Actos internos de aprobación del Proyecto:			
Aprobación anteproyecto		Acta Acta No. 031 de 22/11/2011 – Código: 280-031	
Aprobación Proyecto		Acta 2011-16. Diciembre 15 de 2011	
Aprobación comité de bioética		Acta No. 021 del 08 de febrero de 2012	
Acta entrega de informe final		Radicado en posgrados 28/07/2018	
Acta de aprobación informe final			
Nombre del Grupo de Investigación: Cuerpo Movimiento			
Linea de Investigación: Funcionamiento y discapacidad en la perspectiva de la salud			
Entidad: Universidad Autónoma de Manizales			
Representante Legal:		Cédula de ciudadanía:	
Gabriel Cadena Gómez.		5.565.569 de Bucaramanga	
Dirección: Antigua Estación del Ferrocarril		Teléfono (68)8727272	Fax(68) 8727670
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: <input checked="" type="checkbox"/>	Entidad Pública:	ONG:
Lugar de Ejecución del Proyecto: Pamplona – Norte de Santander – Colombia			
Duración del Proyecto (en meses): 28 meses			
Costo total del Proyecto: \$ 9.748.717			
Descriptor / Palabras claves: Calidad de vida, salud, discapacidad, funcionamiento(DeCS-MeSH)			

2 AREA PROBLEMÁTICA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

2.1 Problematización general del macroproyecto

En la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la discapacidad es entendida como “la experiencia de las personas con una condición de salud con o sin deficiencias y/o limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, en la interacción con el medio ambiente y en el contexto utilizando sus recursos personales” (1). Esta definición se enmarca dentro del enfoque biopsicosocial, permitiendo establecer un perfil de funcionamiento y discapacidad desde las dimensiones corporal, personal y social y su relación con los factores del contexto que pueden ser facilitadores o barreras dentro del proceso.

Unos 600 millones de personas en el mundo presentan algún tipo de discapacidad, el 80% de ellas vive en países de bajos ingresos y la mayoría son pobres y no tienen acceso a servicios básicos ni a servicios de rehabilitación (2). De acuerdo a la Organización mundial de la Salud en el informe mundial de discapacidad 2011, *más de 1.000 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, esta cifra representa alrededor del 15% de la población mundial. Entre 110 y 190 millones de personas tienen grandes dificultades para vivir en su entorno cotidiano (2).*

De acuerdo a este mismo informe, el panorama mundial de la discapacidad es el siguiente:

“La proporción de personas con discapacidad está aumentando, lo que se atribuye al envejecimiento de la población y al aumento de las enfermedades crónicas a escala mundial. La discapacidad afecta de manera desproporcionada a las poblaciones vulnerables, los países de ingresos bajos tienen una mayor prevalencia de discapacidad que los países de ingresos altos. La discapacidad es más común entre las mujeres, las personas mayores, los niños y adultos que son pobres. Las personas con discapacidad no suelen recibir la atención de salud que necesitan, la mitad de las personas con discapacidad no pueden pagar la atención de salud, son dos veces o más propensas a considerar insatisfactorios los servicios de salud que se les dispensan y son cuatro veces más propensas a informar que se las trata mal y casi tres veces más propensas a que se les niegue la atención de salud. Los niños con discapacidad tienen menos probabilidades de

ser escolarizados que los niños sin discapacidad. Se observan desfases entre las tasas de finalización de los estudios para todos los grupos de edad y en todos los contextos, con contrastes más pronunciados en los países más pobres. Por ejemplo, la diferencia entre el porcentaje de niños con discapacidad y el porcentaje de niños sin ella que asisten a la escuela primaria oscila entre el 10% en la India y el 60% en Indonesia.

Las personas con discapacidad tienen más probabilidades de estar desempleadas que las personas sin discapacidad, los datos mundiales indican que las tasas de empleo son más bajas para los hombres con discapacidad (53%) y las mujeres con discapacidad (20%) que para los hombres sin discapacidad (65%) y las mujeres sin discapacidad (30%). Las personas con discapacidad son vulnerables a la pobreza, viven en condiciones peores - por ejemplo, alimentación insuficiente, vivienda precaria, falta de acceso al agua potable y el saneamiento - que las personas sin discapacidad. Debido a los costos suplementarios que generan, entre otras cosas, la atención médica, los dispositivos de ayuda o la asistencia personal, las personas con discapacidad suelen ser más pobres que aquellas familias sin discapacidad con ingresos similares. La rehabilitación ayuda a potenciar al máximo la capacidad para incluirse en sociedad y a reforzar la independencia, la autonomía y la participación. Pero en muchos países, los servicios de rehabilitación son insuficientes. Datos procedentes de cuatro países del África meridional indican que sólo entre un 26 y un 55% de las personas que requerían servicios de rehabilitación médica los recibían, y sólo entre el 17 y el 37% de los que necesitaban dispositivos de ayuda (por ejemplo, sillas de ruedas, prótesis, audífonos) podían acceder a ellos”(2).

Los cambios en los perfiles epidemiológicos en las diferentes poblaciones, donde la mayoría de los países del mundo y específicamente en América Latina se encuentran en un proceso de transición epidemiológica, caracterizado básicamente por el envejecimiento de la población, un aumento en las enfermedades de origen crónico no transmisible e influenciadas por el fenómeno de la violencia, repercute directamente en aspectos relacionados con la percepción de calidad de vida y el grado de discapacidad.

En Colombia, el ministerio de salud en el año 2002, citado por el DANE con base en el estimativo del 12% para la población mundial, calculó que cerca de cuatro millones y

medio de personas presentan algún tipo de limitación. Las cifras de la población en situación de discapacidad proceden de diferentes fuentes, entre ellas el censo poblacional DANE - 1993 que estableció que cerca de 600.000 personas aproximadamente (1.9% de la población de entonces) presentaba discapacidad(3).

Además de la información censal, en Colombia se viene implementando el registro continuo para la localización y caracterización de las personas con discapacidad como una herramienta técnica que facilita los procesos de planificación en los territorios a favor de este grupo poblacional. Es una práctica novedosa en la región Latinoamericana, por cuanto las fuentes generalmente utilizadas no han rebasado los marcos de las encuestas de prevalencia y los censos nacionales. Con el registro, se puede identificar de manera adecuada las personas que en los municipios deben ser caracterizadas. En un principio los territorios partían de la información que podían obtener de listados o directorios de personas elaborados con anterioridad, en los cuales aparecían datos básicos como nombres, documento de identidad, edad, discapacidad, dirección, entre otros.

Para Gómez “La experiencia ganada por el registro en los trabajos de campo en los municipios, y la permanente actualización teórica del concepto de discapacidad, nos indica que ésta es tal vez la mejor forma de identificar las personas con discapacidad para efectos estadísticos” (4). A partir de 2003 se inició el proceso de implementación, a 2008 cerca de 800 municipios iniciaron el proceso de registro y se disponía a 2009 de aproximadamente 670.000 formularios diligenciados.

Por su parte en censo realizado en el año 2005 estimó una tasa de prevalencia de discapacidad del 6,4% para la población colombiana (41.090.502 personas) basada en las personas que reportaron mínimo una limitación permanente para realizar alguna actividad de la vida diaria (5), se calculó que existen en el país 2.651.701 personas con por lo menos una limitación (71.2%), 14.5% dos limitaciones, el 5.7% tres limitaciones y el 8.7% más de tres limitaciones; dentro de la información reportada se destacan limitaciones para ver a pesar de usar lentes o gafas en un 43.37%, seguidas por las limitaciones permanentes para moverse o caminar con un 29.32%.

Del total de personas registradas, el 47.7 % fueron hombres y el 52.3 % mujeres, el grupo de edad más afectado por la discapacidad fue el de 60 años y más, especialmente en las mujeres; seguido por el de 15 a 44 años, el cual fue principalmente afectado en el grupo de los hombres.

En este mismo Censo, según la distribución geográfica el 81.3% (488.068) de la población registrada se encuentra en las cabeceras municipales y el 18.7% (112.124) se ubica en la zona rural. Con respecto a la prevalencia de las limitaciones permanentes por departamento, varios sobrepasaron el promedio nacional como Cauca con 9.5%, Nariño con 9.0%, Boyacá 8.8%, Huila 8.5%, Quindío 8.0%, Tolima con 7.8%, **Norte de Santander de 7,31%**, Putumayo 7.4%, Valle del Cauca con 6,64% y Caldas registró una prevalencia de 6,86% mientras que Antioquia reportó un promedio inferior al nacional con el 5,93%.

En el mismo informe censal se encontró la proporción por tipo de limitación en cada departamento como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1. Distribución según tipo de limitación en el departamento de Norte de Santander

Limitación	Norte de Santander
Limitaciones permanentes para ver	48.7
Limitaciones permanentes para caminar o moverse	28.7%
Limitaciones permanentes para oír	16.7%
Limitaciones permanentes para usar brazos y manos	13.2%
Limitaciones permanentes para hablar	12.2%
Limitaciones permanentes para entender o aprender	10.6%
Limitaciones permanentes para relacionarse con los demás	9.3%
Limitaciones permanentes para autocuidado	8.3%
Otro tipo de limitaciones permanentes	18.8%

Fuente: Dane, Censo general, 2005

En Colombia además de la información censal, se viene implementando el registro continuo para la localización y caracterización de las personas con discapacidad, como una herramienta técnica que facilita los procesos de planificación en los territorios, éste registro de información estadística es una estrategia novedosa en el país por cuanto las fuentes generalmente utilizadas no han superado los marcos de las encuestas de prevalencia y de

los censos nacionales, así mismo promueve su utilización en los campos de investigación, educación, laboral, salud, entre otros.

Los datos más actuales que muestran información relacionada con la discapacidad en Colombia, se extraen del consolidado del registro para localización y caracterización de personas con discapacidad (RLCPD), realizado por la fundación Saldarriaga Concha y la fundación Santa Fe en 2009(6). Los principales resultados de este trabajo muestran que durante el periodo 2002 - 2008, se habían obtenido 750.378 registros de personas en situación de discapacidad de 829 municipios del país; según estos reportes, la población con discapacidad en su mayoría es de escasos recursos, pertenece en general a los estratos 1 y 2, un gran porcentaje no se encuentra afiliada al SGSSS, se encuentran ubicados en las cabeceras municipales y el grupo de edad más afectado es el de los mayores de 60 años, principalmente del género femenino, prevalece un bajo nivel educativo en la población registrada y se encuentra un alto porcentaje de inasistencia escolar.

De igual forma, el desempleo es uno de los principales problemas que aqueja a esta población, donde cerca del 70% de las personas en situación de discapacidad se encuentran desempleadas o excluidas de la fuerza laboral. Según los resultados de este consolidado, el 4.2% de la población mayor de 10 años, se encuentra buscando trabajo y quienes están trabajando son en su mayoría hombres.

En el mismo documento la fundación Saldarriaga Concha y la fundación Santa Fe de Bogotá revisan el módulo acerca de discapacidad de la encuesta nacional de salud del ministerio de la protección social(7) aplicada a 164.474 personas de todos los departamentos que caracterizó la situación de salud del país en los ámbitos nacional, regional, subregional y departamental; estudió las condiciones básicas de los hogares, las personas y la seguridad social en salud, las condiciones de salud en cuanto a percepción de salud, morbilidad sentida, factores asociados y discapacidad y la respuesta institucional de los usuarios de servicios de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y de entidades territoriales. La variable discapacidad (en los últimos 30 días) en población entre 18 y 69 años evaluada con el instrumento WHO-DAS-S (12 ítems), arrojó los siguientes resultados: prevalencia de discapacidad general de 8,3% (IC 95%: 7,9% - 8,8%), se observó

una tendencia de incremento en la prevalencia de discapacidad de acuerdo con la edad siendo la población entre 60 y 69 años la que presenta una prevalencia de discapacidad más alta de 13.2% (IC 95%: 11.7-14.7) seguido por el subgrupo de 50 a 59 años con una prevalencia de 11.8 (IC 95%: 10.6-13.0). Por regiones, la pacífica mostró una prevalencia de discapacidad superior a la estimada por el promedio nacional, mientras que la región oriental fué inferior al promedio nacional (9.8 y 7.3 respectivamente). Los departamentos de Caquetá, Putumayo, Caldas, Nariño, Tolima, Meta y Chocó muestran la prevalencia más alta de discapacidad mientras que el Valle del Cauca y Caldas presentaron prevalencia por debajo del promedio nacional.

Las personas con discapacidad son, como muestran los datos anteriores, una parte importante de la población tanto mundial como nacional y constituyen, por tanto, una parte también relevante de los usuarios de los sistemas sociales como el de la salud, la educación, entre otros. Esta relevancia se debe no solo a su importancia cuantitativa, sino que responde también a factores cualitativos que dan cuenta de elementos biopsicosociales, el aumento de los años de vida ajustados en función de la discapacidad, los avances científicos en materia de intervenciones en rehabilitación y la formación avanzada de profesionales en el campo educativo, salud, político, entre otros, llevan a pensar la discapacidad en una perspectiva multidimensional.

Establecer el grado de dificultad encontrada en la realización de actividades en personas con discapacidad, se constituye en información indispensable para los procesos de rehabilitación, de inclusión, de planificación, pues deben existir evidencias que respalden la toma de decisiones para la intervención en los diferentes campos de actuación en torno a la discapacidad.

La discapacidad genera impacto personal y social para quien la experimenta, produce modificaciones en su estilo de vida, alterando su rol físico, laboral, social, familiar, entre otros, esta situación debe entenderse y abordarse de manera integral y articulada, puesto que analizada de forma aislada no dimensiona la multiplicidad de las problemáticas asociadas a la discapacidad. De esta forma, la valoración a las personas con discapacidad

debe trascender de lo clínico y funcional a aspectos relacionados con el funcionamiento humano y la calidad de vida relacionada con la salud.

Acorde con la CIF el abordaje de la discapacidad debe incluir componentes como la condición de salud, la posibilidad de ejecución de actividades de la vida diaria, la participación social y la influencia de los factores relacionados con el contexto (1) en este sentido las repercusiones de la discapacidad en el funcionamiento humano, abarcan esferas como la corporal, personal, social y contextual. Tradicionalmente se han evaluado las variables corporales, las respuestas sintomáticas, el tipo de discapacidad o la tasa de supervivencia, sin embargo, esta información ya no es suficiente para mostrar una visión apropiada del efecto de la atención e intervención a las personas con discapacidad.

La evaluación en discapacidad es una estimación no sujeta a una disciplina o profesión, la cual debe atender a principios de validez y confiabilidad, para ser empleada por ejemplo en una evaluación periódica de los cambios en la actuación con un usuario a través del tiempo y de los resultados de la rehabilitación. Es también una herramienta que facilita el manejo y seguimiento del tratamiento, la calidad, la satisfacción, la evaluación de un programa, la determinación del costo beneficio de los procesos y recursos empleados y la toma de decisiones en la política de atención. Con la evaluación se puede establecer el nivel funcional de una persona pero también se puede relacionar con consecuencias sociales y económicas, es decir al evaluar discapacidad se debe hacer el tránsito de lo biológico, lo psicológico a lo sociocultural.

“En la actualidad no existe un único método o instrumento unificado y consensuado internacionalmente, para la valoración de las situaciones de discapacidad”, así mismo hasta el momento no se conoce ningún instrumento de valoración que cubra todos los componentes del funcionamiento de manera sinérgica, ni las relaciones existentes entre ellos.

En las últimas décadas, han surgido diferentes instrumentos que pretenden evaluar la discapacidad en personas con diversas condiciones de salud, entre estos instrumentos se encuentra el World Health Organization - Disability Assessment Schedule II(8) conocido como WHO-DAS II, traducido y validado al español(9) es una herramienta desarrollada por

la OMS que mide el funcionamiento y la discapacidad y es conceptualmente compatible con la CIF, se distingue de otras escalas de evaluación en que se basa en un sistema de clasificación internacional (CIF), se aplica transculturalmente y determina el nivel de funcionamiento independiente de las condiciones de salud. Consta de 36 ítems en su versión completa, evaluando la discapacidad a través de seis dominios: comprensión y comunicación, movilidad, autocuidado, relaciones interpersonales, actividades domésticas, ocio y empleo y participación en la comunidad.

A nivel internacional son varios los estudios realizados que han utilizado el WHO DAS II para medir la discapacidad, Kutlay(10) realizó el proceso de validación y fiabilidad del WHODAS-II (versión Turquía) para evaluación de la discapacidad en pacientes con osteoartritis, dicho estudio considera el modelo de discapacidad, destacando que la restricción en la participación es un dominio importante que debe ser evaluado cuando se esta midiendo las consecuencias en el funcionamiento humano en la condición de osteoartritis. Garin y otros(11) realizaron un estudio para validar el WHO DAS II en pacientes con enfermedades crónicas en una muestra de 1119 pacientes de 7 países europeos con al menos una de 13 condiciones crónicas. Todos los participantes eran evaluados clínicamente y se les aplicaba el WHODAS-II y el SF-36, luego se repitió la aplicación de los dos cuestionarios a las 6 semanas y a los 3 meses siguientes. La mayoría de las puntuaciones del WHODAS-II mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos clínicos de mayor gravedad de todas las patologías crónicas y entre los pacientes que trabajan y aquellos que no trabajan debido a la mala salud ($p < 0,001$). La principal conclusión de este estudio es la necesidad de correlacionar las dimensiones de discapacidad con las de calidad de vida.

El WHO DAS II ha sido utilizado en estudios para evaluar la discapacidad en una perspectiva biopsicosocial en personas con psicopatologías como la esquizofrenia (12) y desórdenes psiquiátricos y esclerosis múltiple (13), en trastornos neurológicos(13),(14) y en enfermedades reumatológicas (15). Los anteriores estudios, realizan la caracterización de las puntuaciones promedio de discapacidad por áreas y global, pero solo el Chopra y cols(13) estableció relación con CVRS, encontrando aspectos destacados de las discapacidades de los pacientes y problemas asociados que causaron el deterioro de la

calidad de vida. Los puntajes totales obtenidos en el WHO-DAS-II y en el WHO-QOL-BREF fueron en general más altos en los pacientes con esclerosis múltiple, lo que refleja, en particular, el efecto negativo de esta enfermedad sobre el estado físico. Por lo general, los pacientes con trastornos sicóticos no informaron problemas con el cuidado personales. Los pacientes con esclerosis múltiple y aquellos con trastornos sicóticos informaron similares grados de dificultad en cuanto a la participación en actividades sociales. Las semejanzas halladas en los perfiles de la discapacidad de los pacientes de ambos grupos reflejan las consecuencias de las enfermedades crónicas estudiadas. Ambos grupos de pacientes informaron similares niveles de discapacidad en la dimensión social, lo que confirma que las barreras existentes para la participación en las actividades sociales afectan a todos los pacientes con enfermedades crónicas incapacitantes.

En Colombia, se encuentran estudios que hicieron uso del WHO DAS II - 36 ítems, por ejemplo Henao y Pérez(16) encontraron que el 100% de las personas con lesión medular de la ciudad de Manizales evaluadas con el WHO-DAS II presentaban algún grado de discapacidad. Por su parte, Ríos(17) reportó que la totalidad de las personas con insuficiencia renal crónica del departamento de Antioquia presentaba algún grado de discapacidad evaluada con el WHO-DAS II. Londoño y otros en el 2012 encontraron que de las variables sociodemográficas solo el nivel de escolaridad evidenció relación estadísticamente significativa con el área del WHO DAS II de “compresión y comunicación” y la situación ocupacional con el área de “actividades de la vida diaria” y ninguna variable mostró asociación significativa con discapacidad global(18).

Los procesos de inclusión social implican la comprensión de la discapacidad como hecho acompañado de un abanico de consecuencias entre las que se destacan la modificación en su funcionamiento y en la calidad de vida. Existen dos perspectivas para la valoración del estado de salud en la práctica clínica: la Observada o medida y la Percibida(19). La primera, o sea la medida, tiene su eje evaluativo en dos vertientes: la tecnológica y la instrumental (escalas de valoración) cuya importancia es máxima dado que permite el estudio objetivo de las capacidades del individuo antes del tratamiento y su mejoría a través del seguimiento. La segunda, o sea la percibida, es el estado de salud referido por la persona, a ésta le compete el ámbito que estudia la calidad de vida relacionada con la salud.

La calidad de vida es un concepto complejo y multidimensional que tiene relación con componentes objetivos como el tipo de trabajo, el nivel socioeconómico, el estado de salud, así como con factores subjetivos como la escala de valores, creencias y expectativas de cada persona integrado a un marco biográfico, familiar, social y medio ambiental. En el ámbito de las ciencias de la salud se emplea el concepto de “Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)” como concepto multidimensional y dinámico, que incorpora los distintos aspectos del bienestar autopercebido-recoge el punto de vista del paciente(19).

Un instrumento genérico muy utilizado para medir la CVRS es el SF-36 (Medical Outcomes Study Short-Form 36(19) originalmente desarrollado en los Estados Unidos, traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto International Quality of Life Assessment (IQOLA). Este cuestionario consta de 36 ítems agrupados en 8 dimensiones: Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

A nivel nacional e internacional son varios los estudios que se encuentran evaluando la calidad de vida con el SF 36 en distintas condiciones de salud, Fernández (20) realizó una investigación con el propósito de comprobar si existía relación entre la movilidad espinal, la funcionalidad y la calidad de vida (CV) en pacientes con Espondilitis anquilosante (EA). Para la medición de la movilidad, se escogieron las mediciones establecidas en el Índice de Movilidad para la EA del grupo de Bath (BASMI): distancia occipucio-pared, test de Schöber modificado, rotación cervical, latero-flexión lumbar y distancia intermaleolar. Para la funcionalidad y la actividad se emplearon el Índice de Funcionalidad para la EA (BASFI) y el Índice de Incapacidad Funcional para la EA (BASDAI). Para la CV se empleó el cuestionario SF-36. Entre los principales resultados encontraron que los índices BASFI y BASDAI mostraron diversas correlaciones con numerosas dimensiones del cuestionario SF-36, prácticamente ninguna de las variables de movilidad presentó relación con las dimensiones del cuestionario SF-36, llevando a concluir que la calidad de vida no está relacionada con la pérdida de movilidad que acontece en la EA, mientras que la funcionalidad sí muestra relación con la CV.

Rojas (21) encontró que al aplicar el SF-36 en personas con fibromialgia, los aspectos con menor puntaje fueron el rol físico, la vitalidad y la salud en general; y los de mayor puntaje fueron la función social y el rol emocional. La presencia de depresión se constituyó en el predictor del puntaje total del FIQ (B:9,1 P < 0,019), y algunos aspectos del SF-36 como función social (B-18,55 P < 0,019); por su parte Bobes (22) encontró que la calidad de vida en personas con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) era peor cuando se comparaba con las estándares españoles en todas las áreas del SF-36, pero especialmente con respecto a la salud mental. A diferencia de los pacientes con TOC estadounidenses, el funcionamiento social está más deteriorado en los pacientes con TOC españoles. Los pacientes con TOC puntuaron la misma calidad de vida que los esquizofrénicos en las áreas de salud mental, pero mejor en las áreas de salud física; comparado con los heroinómanos y los pacientes deprimidos, su calidad de vida era peor.

Otros estudios han utilizado el SF 36 para medir la calidad de vida en diferentes condiciones de salud como las enfermedades reumatológicas(23) y en personas con discapacidad(24).

A nivel nacional, el estudio de Tamayo y Quesada realizado en la ciudad de Neiva midió calidad de vida con el SF 36 en personas con limitación en la movilidad, encontrando que las dimensiones de calidad de vida mejor autopercibidas por la población encuestada fueron salud mental, vitalidad y función social(25).

Medir y relacionar la discapacidad y la CVRS no es una práctica habitual en investigación, no obstante se encuentra a nivel internacional estudios que evalúan discapacidad en la perspectiva del WHO DAS II y calidad de vida con el SF 36 en diferentes condiciones de salud como desordenes psicóticos y esclarosis múltiple(13), en miasténia gravis(26) en enfermedades reumatológicas (27)(28) y en trauma(29).

En Colombia y específicamente en el Departamento de Norte de Santander no se conocen estudios que analicen estas dos variables en población con discapacidad ni utilizando los dos instrumentos propuestos; tampoco hay evidencia de que sean parte de evaluación y seguimiento de los programas de rehabilitación.

De acuerdo con lo anterior, existe una necesidad reconocida de investigaciones en el país desde el análisis de las categorías de funcionamiento humano donde se integra la condición de salud, la deficiencia así como las limitaciones en las actividades y restricciones en la participación y su influencia en la percepción del bienestar o la calidad de vida de las personas adultas con discapacidad.

2.1.1 Problemática específica del proyecto

De acuerdo con los anteriores planteamientos, se propuso la realización de un macroproyecto en 4 ciudades de Colombia, se considera importante encontrar las diferencias en el comportamiento de las variables del estudio y definir la relación entre el grado de discapacidad, la calidad de vida en salud con variables sociodemográficas y clínicas por ciudad, tomando como referencia una muestra estadísticamente significativa. El presente informe final muestra los resultados de esta asociación en la ciudad de Pamplona.

2.1.2 Problemática específica de la ciudad de Pamplona

El municipio de Pamplona(30) está ubicado en la zona Sur-occidental del Departamento de Norte de Santander, Colombia. Está dividido en Área Rural y Área Urbana con 44 Barrios y 36 veredas. Los límites geográficos son:

Oriente: Con el Municipio de La Bateca, Occidente: Con el Municipio de Cucutilla.

Norte: Con el Municipio de Pamplonita y Cucutilla, Sur: Con los Municipios de Mutiscua, Cámeta y Chitagá. (Fuente PBOT).

Tabla 2 Distribución del municipio según extensión territorial y área de residencia

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
Pamplona	57.87 km cuadrados	14.5%	341.5	85.5%	399.41 km cuadrados	100%

Fuente: Plan de ordenamiento y manejo de la Cuenca Hidrográfica del Río Pamplonita.

ALTITUD: 2300 mts. Sobre el Nivel del Mar, Al parque principal.

LONGITUD: 72 grados 39 minutos 09 segundos Oeste.

LATITUD: 07 grados 22 minutos 41segundos Norte. (Fuente PBOT).

HIDROGRAFÍA: Compreendida por 2 ríos, Pamplonita y Sulasquilla. Sus principales quebradas son El Alisal, La Ramada, Quelpa, San Agustín, Monte dentro y La Lejía.

Según el DANE(31) la población estimada para el 2016 en el Municipio de Pamplona es de 57.803 habitantes; en el 2005 fue de: 53.158 habitantes, observándose un incremento aproximadamente del 8% en el tamaño poblacional durante estos 11 años.

Teniendo en cuenta que la población proyectada para el 2016 es de 57.803 habitantes y la extensión territorial es de 399.41 kilómetros cuadrados, la densidad poblacional se puede estimar en aproximadamente 144 habitantes por km². Esto se debe a que la mayor parte de población del Municipio reside en la zona urbana.

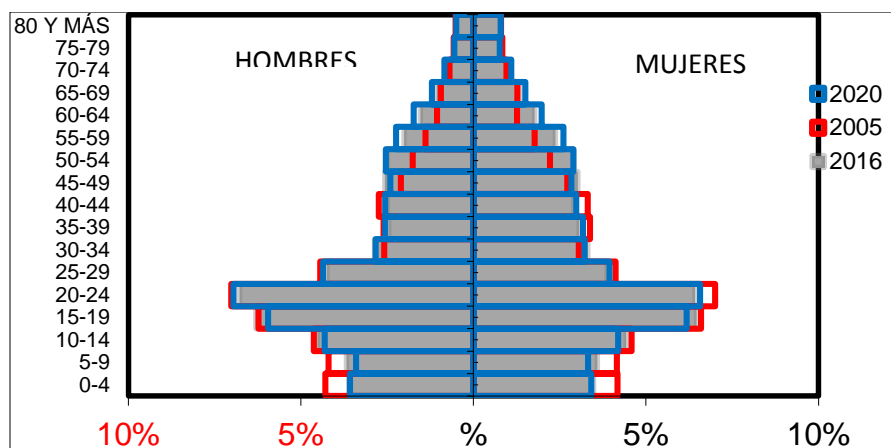
Tabla 3 Población por área de residencia municipio de Pamplona, 2015

Municipio	Población urbana		Población rural		Población total	Grado de urbanización
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje		Porcentaje
PAMPLONA	54.912	95%	2890	5%	57.803	95%

Fuente: DANE, proyecciones de población 1985 -2020.

La pirámide poblacional del municipio de Pamplona es estacionaria, y en comparación con el año 2010 muestra un estrechamiento en su base para el año 2016. Está caracterizada porque se dilata severamente entre las edades 15 a 24 años, dado que el municipio cuenta con una alta población flotante universitaria (aproximadamente 7000). Para el 2020 se proyecta ligero aumento de población en las edades más avanzadas, con estrechamiento en su base, lo que indica incremento la esperanza de vida y éxito en los programas de planificación familiar.

Figura 1 Pirámide poblacional del municipio de Pamplona, 2010, 2016, 2020



Fuente: Proyecciones DANE 2010 - 2020

Desde el 2010, se puede observar que el grupo etario que más se ha incrementado es la población de adultez, influenciado por la población universitaria que habita en el departamento debido a la gran oferta académica y el reconocimiento que tiene la institución universitaria a nivel nacional atrae a jóvenes de diferentes regiones del país, como la costa atlántica, Arauca y aun del vecino país de Venezuela, por lo tanto es importante la implementación de programas de promoción y prevención, entre otros. La población menor de cinco años tiende a disminuir y la población en de adulto mayor se mantiene

Tabla 4. Proporción de la población por ciclo vital del municipio de Pamplona, 2010, 2015, 2020

Ciclo vital	2005		2016		2020	
	FA	%	FA	%	FA	%
Primera infancia (0 a 5 años)	5392	10.1	4913	8.5	4919	100.0
Infancia (6 a 11 años)	5367	10.1	5255	9.1	5031	102.3
Adolescencia (12 a 17 años)	6972	13.1	7554	13.1	7323	148.9
Juventud (14 a 26 años)	17554	33.0	18405	31.8	18723	380.6
Adultez (27 a 59 años)	19148	36.0	22295	38.6	23171	471.1
Persona mayor (60 años y más)	4737	8.9	5851	10.1	6505	132.2
Total	53158	100.0	57803	100.0	4919	100.0

Fuente: Proyecciones DANE 2010 - 2020.

De acuerdo con la tabla de análisis de discapacidad (32) se logra determinar que el grupo poblacional con alto índice de discapacidad son adultos mayores o tercera edad con un porcentaje de 47.69% del cual predomina el género femenino en correlación con el género masculino; en terminos generales se evidencia que la población mayor de 80 años es susceptible a presentar algún tipo de discapacidad en la esfera física, mental, auditiva, cognitiva y/o visual. Por el contrario se evidencia que el grupo poblacional con índices inferiores de discapacidad son los menores de edad con un porcentaje de 0.85%, para el género femenino observamos un 0.35% y de un 0.50% para el género masculino. Adicional a lo anterior cabe resaltar el trabajo interdisciplinario del Municipio para el abordaje integral de la población víctima y el continuo esfuerzo en los profesionales e instituciones en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Por el contrario se evidencia que el grupo poblacional con índices inferiores de discapacidad son los menores de edad con un porcentaje de 0.85%, para el género femenino observamos un 0.35% y de un 0.50% para el género masculino. Adicional a lo anterior cabe resaltar el trabajo interdisciplinario del Municipio para el abordaje integral de la población víctima y el continuo esfuerzo en los profesionales e instituciones en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Figura 2 Pirámide población con discapacidad

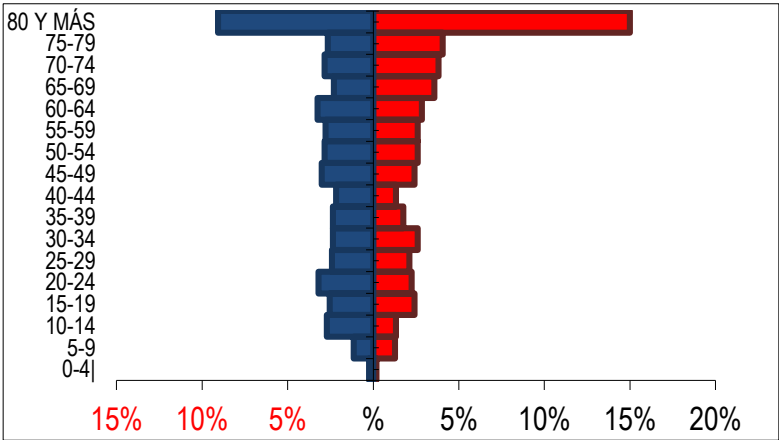


Tabla 5. Componente de discapacidad por grupo etario y sexo Norte de Santander / Pamplona

Edad	HOMBRES		MUJERES	
	Número de personas	valor	Número de personas	Valor
De 0 a 4 años	4	0.50	3	0.35
De 5 a 9 años	19	2.40	21	2.44
De 10 a 14 años	45	5.67	22	2.55
De 15 a 19 años	42	5.30	40	4.64
De 20 a 24 años	53	6.68	37	4.29
De 25 a 29 años	40	5.04	35	4.06
De 30 a 34 años	39	4.92	43	4.99
De 35 a 39 años	39	4.92	29	3.36
De 40 a 44 años	36	4.54	22	2.55
De 45 a 49 años	50	6.31	40	4.64
De 50 a 54 años	47	5.93	43	4.99
De 55 a 59 años	46	5.80	43	4.99
De 60 a 64 años	54	6.81	47	5.45
De 65 a 69 años	38	4.79	59	6.84
De 70 a 74 años	47	5.93	63	7.31
De 75 a 79 años	44	5.55	67	7.77
De 80 años o más	150	18.92	248	28.77
Total	793	100	862	100

Fuente. DANE Registro de discapacidad, 2010

La siguiente tabla sobre las situaciones de discapacidad que predominan en el municipio de Pamplona, se logra determinar que respecto al tipo de alteración predomina la discapacidad física (movimiento del cuerpo manos, brazos y piernas) con 853 en segundo lugar se encuentra la discapacidad del sistema nervioso con 630 casos, seguida por la discapacidad visual (alteraciones en los ojos) con 524 casos.

En menores proporciones se encuentran las alteraciones de la piel, órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto) y las no definidas; lo cual significa que en el municipio de Pamplona la mayoría de los usuarios cuentan con diagnóstico del tipo de alteración que más le afecta.

Tabla 6 Distribución de las alteraciones permanentes, Pamplona

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	853	27.06
El sistema nervioso	630	19.99
Los ojos	524	16.62
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	273	8.66
Los oídos	284	9.01
La voz y el habla	257	8.15
La digestión, el metabolismo, las hormonas	185	5.87
El sistema genital y reproductivo	93	2.95
La piel	22	0.70
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	31	0.98
Ninguna	0	0.00
Total	3152	

Con base en lo expuesto, se plantea la siguiente pregunta de investigación del proyecto:

2.2 Pregunta de investigación del estudio

¿Cuál es la relación entre discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud de adultos con discapacidad de Pamplona Norte de Santander (Colombia)?

3 JUSTIFICACIÓN

En Colombia, la discapacidad se constituye en una cuestión de salud pública que impacta las dimensiones corporal, individual y social de los sujetos conllevando a diferentes grados de discapacidad y a repercusiones en la calidad vida de la población. La discapacidad puede implicar deficiencias, limitaciones en las actividades de la vida diaria, restricciones en la participación e influencias en los roles sociales asumidos por las personas, entre otros. Esto, sumado a factores de orden psicológico, contextual y social configuran la situación de discapacidad y el rumbo del proceso de inclusión. Además, determinan de uno u otro modo la percepción de bienestar del sujeto frente a las múltiples dimensiones que influyen en su salud.

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

La evaluación del grado de discapacidad permite determinar de manera objetiva el perfil del funcionamiento enfatizando en las áreas de actividad y participación de los sujetos, independiente de la condición de salud, sustrato de información útil para identificar necesidades, programar procesos de intervención, realizar seguimiento a los procesos de intervención y medir los resultados clínicos y efectividad de tratamientos, sumado a lo anterior, el aumento de la supervivencia, las enfermedades crónicas y la discapacidad hacen que la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) sea considerada hoy en día como un elemento que junto con el conocimiento de las preferencias de los individuos, brinda información para la asignación de recursos y fundamenta las decisiones en salud en cuanto a la planificación y atención que deben ofrecer los sistemas de salud. La importancia de la medición de CVRS en discapacidad radica en la magnitud del problema

en términos epidemiológicos y de asistencia en salud, así como en los aspectos psicológicos, sociales, culturales, que en ocasiones no son debidamente tenidos en cuenta.

El principal interés de la presente investigación fué determinar la relación entre el grado de discapacidad y la calidad de vida relacionada con salud en la población adulta de Pamplona (Colombia) con discapacidad, conocer sobre dicha relación se constituye en un elemento valioso para la planeación, implementación y evaluación de estrategias de intervención y desarrollo de políticas públicas que propendan por adecuados procesos de inclusión social.

Se propone la realización de un estudio que a través del abordaje de la discapacidad desde el modelo biopsicosocial que sustenta la CIF (evaluada con el WHO-DAS II) y de aspectos relacionados con bienestar y calidad de vida en función de la salud (evaluado con el SF-36) permita determinar la relación que la discapacidad tiene con las diferentes dimensiones del individuo (corporal, individual y social) y que configuran su percepción de calidad de vida.

La presente tesis se articuló a la línea de “Funcionamiento y Discapacidad en la perspectiva de la salud” del grupo Cuerpo Movimiento de la UAM, puesto que se enfoca a la evaluación de discapacidad en el marco del funcionamiento humano así como la evaluación de la percepción de calidad de vida en el dominio de la salud, que redundan en beneficios tanto para las personas con discapacidad, como para sus familias, la comunidad científica y la sociedad en general.

En este estudio se caracterizó el perfil de funcionamiento, así como la percepción de calidad de vida relacionada con salud de las personas con discapacidad en Pamplona (Colombia), información que se considera de suma importancia dada la falta de registros estadísticos sistemáticos que permitan estimar la magnitud y la relación de estas variables en la población objeto de análisis. La insuficiencia de esta información es un elemento que limita en gran medida adecuadas acciones en los ámbitos de la prevención secundaria y de la rehabilitación.

Los instrumentos de evaluación utilizados en este estudio podrán implementarse en las instituciones de salud y rehabilitación que atiendan este grupo poblacional en el país, para obtener una información completa de la población en cuanto a sus características

sociodemográficas, su perfil de funcionamiento a nivel corporal, individual y social y la CVRS.

El uso de un marco conceptual y metodológico de discapacidad y de calidad de vida relacionada con la salud internacionalmente validado, como lo son los utilizados en la presente investigación, brinda información valiosa no sólo a los profesionales involucrados de manera directa en esta problemática, sino a la comunidad científica y profesional a nivel nacional e internacional, ya que el abordaje del funcionamiento y de la discapacidad desde un enfoque biopsicosocial y de bienestar se convierte en insumo para direccionar los planes, programas y proyectos dirigidos a esta población y en referente para continuar realizando diferentes procesos investigativos en esta área.

Para este fin, la investigación se fundamenta en la aplicación del WHO-DAS II como instrumento de evaluación de la discapacidad. Este instrumento se reconoce como una herramienta que evalúa de forma multidimensional el funcionamiento y la discapacidad. De igual forma, el SF-36 cuestionario ampliamente utilizado en diversas condiciones de salud en todo el mundo evalúa la calidad de vida relacionada con la salud en términos de funcionamiento físico y psicológico, los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud.

De esta forma, el presente estudio puede constituirse en un importante avance en el campo de la discapacidad al establecer el grado de discapacidad y la CVRS en población con discapacidad bajo una perspectiva multidimensional; por ser un estudio multicéntrico podrán establecerse diferencias entre las cinco ciudades de Colombia participantes, se brindará mayor fundamentación científica a los diferentes procesos de intervención en el país y se amplía el espectro de abordaje de la discapacidad a enfoques cada vez menos reduccionistas y unidisciplinarios, al considerar de forma articulada las dimensiones corporal, individual y social de la persona.

En la actualidad no existe uniformidad en cantidad, significados e importancia de cada una de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con el grado de discapacidad. Los resultados que surjan del estudio pueden constituirse en referente regional y nacional para armonizar las líneas de intervención de los programas de

rehabilitación actuales desde el enfoque biopsicosocial con un abordaje necesariamente interprofesional e interdisciplinario.

Por otra parte la influencia lo sociocultural en la calidad de vida percibida corrobora la necesidad de utilizar componentes acordes con el contexto a evaluar. La medición de la CVRS se ha realizado en una gran variedad de contextos: la práctica clínica, la investigación de los servicios de salud, la evaluación de nuevos medicamentos y tecnologías sanitarias, los ensayos clínicos o estudios observacionales, la monitorización de la salud de poblaciones y subgrupos de población, y la asignación de los recursos sanitarios. Es importante tener en cuenta, que el plan nacional de salud pública de Colombia 2007 – 2010, contempla acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud en la población, y dentro de esas acciones definió la Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida, que se encuentra a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

3.1 Disposiciones éticas vigentes y condiciones de factibilidad

Analizadas las posibilidades de realización de esta investigación desde el punto de vista de los recursos humanos, técnicos, materiales y financieros no se encontraron elementos que obstaculizaran su desarrollo.

El proyecto fué ejecutado por una estudiante de la cohorte IV de la Maestría en Discapacidad en la ciudad de Pamplona, departamento de Norte de Santander.

El presupuesto para la ejecución del proyecto estuvo debidamente sustentado, una vez fué aprobado por las instancias respectivas de la UAM, este se derivó del pago de créditos académicos por parte de los maestrantes de su proceso de investigación, costos asumidos (directos e indirectos) por los maestrantes de acuerdo al presupuesto planteado para tal fin y honorarios para los directores de tesis.

De igual forma, existió el apoyo académico de asesores expertos en aspectos epistemológicos, metodológicos, estadísticos y técnicos que forman parte del Grupo de investigación Cuerpo-Movimiento.

Esta investigación se consideró de “riesgo mínimo” acorde con el artículo 11 de la resolución 008430 de 1993(33) del Ministerio de Salud Colombiano, pues se realizaron pruebas de evaluación clínica de carácter no invasivo, que no atentaron contra la integridad física y moral de los participantes, se protegió la privacidad del individuo. Cumplió además con los principios enunciados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (34) toda vez que su interés fué científico, en todo momento se respetó el derecho del participante a proteger su integridad, se tomaron todas las precauciones del caso para respetar su vida privada y para reducir al mínimo el impacto del estudio en su integridad física y mental. A cada participante se le comunicaron los propósitos y condiciones de la investigación y éste firmó voluntariamente el consentimiento informado (previamente aprobado por el Comité de Ética de la UAM, Acta No. 021 del 08 de febrero de 2012).

Fueron respetados los derechos de autor de los dos cuestionarios utilizados. Para la aplicación del WHO-DAS II se cuenta con la autorización de la Organización Mundial de la Salud, previa solicitud del permiso de (8) (35)

Para la aplicación del SF-36v2, la Universidad Autónoma de Manizales obtuvo el permiso de uso y adquirió el software de digitación y puntuación de resultados de salud “Quality Metric Health Outcomes™ Scoring versión 4.5” , distribuido en la versión española por la empresa BiblioPRO .

Por último, fueron respetados además los derechos de autor de los aportes teóricos y conceptuales utilizados para la construcción del área problemática y marco teórico mediante la citación actualizada en estilo Vancouver.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Relacionar discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud de adultos con discapacidad en la ciudad de Pamplona, Norte de Santander (Colombia).

4.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de los adultos con discapacidad en Pamplona, Norte de Santander (Colombia).
- Establecer el grado de discapacidad de los adultos con discapacidad en Pamplona, Norte de Santander (Colombia) haciendo uso del WHO DAS II.
- Caracterizar la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos con discapacidad en Pamplona, Norte de Santander (Colombia) utilizando el SF36.
- Establecer las relaciones entre las características sociodemográficas, clínicas, global y grado de discapacidad y la puntuación de calidad de vida relacionada con la salud de adultos con discapacidad en Pamplona, Norte de Santander (Colombia).

5 REFERENTE TEÓRICO

5.1 Referente conceptual de discapacidad

La discapacidad, como sistema conceptual, ha tenido variaciones que han marcado la forma como se concibe a las personas con discapacidad, desde la determinación por la anomalía, deformidad, castigo, negación hasta la nominación de la discapacidad como elemento agregado a las personas y no como una característica conatural de ellas(36).

Hoy en día se reconoce la coexistencia de múltiples visiones y modelos sobre la discapacidad, los modelos médico-biológicos consideran la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. La atención en salud se considera la cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud(36).

Los modelos sociales para abordar la discapacidad suponen que es el entorno social y el entorno construido por el hombre lo que definen la discapacidad, por ello las barreras físicas, las barreras sociales, los estereotipos y las actitudes, se convierten en los factores directamente responsables de las situaciones de desventaja que experimenta la persona o como lo expresa Harlan “el problema radica en el fracaso de sociedad y del entorno creado por el ser humano para ajustarse a las necesidades y aspiraciones de las personas con discapacidad y no en la incapacidad de dichas personas para adaptarse a las demandas de la sociedad(37). Romper las barreras físicas, sociales y actitudinales existentes contra las personas con discapacidad es tan importante, sino lo es más, como curar las deficiencias físicas o mentales. Por tanto, las intervenciones desde este modelo, son responsabilidad exclusiva de la sociedad en la medida que busque realizar las adecuaciones sobre el entorno social y construido que faciliten la plena participación de las personas con discapacidad.

El modelo sociopolítico o modelo del “grupo minoritario” una derivación del modelo social defiende que la concepción de la discapacidad es una “construcción social impuesta”, y plantea una visión de la discapacidad como clase oprimida, con una severa crítica al rol

desempeñado por los profesionales y la defensa de una alternativa de carácter político más que científico(38). Muchos de sus defensores abogan además porque sólo las personas con discapacidad son quienes están “capacitados “para hablar e investigar el tema.

El modelo biopsicosocial, busca una mirada integradora de los fenómenos en el mundo de la naturaleza y en el mundo cultural. Como modelo holístico de salud, considera al individuo un ser que participa de las esferas biológicas, psicológicas y sociales, modelo da soporte a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud – CIF-(1), en la cual se define discapacidad como una compleja interacción entre la condición de salud y los factores del contexto donde se desenvuelve la persona. Considera a la condición de salud como el estado de la estructuras, órganos y funciones corporales, los cuales dependen de los factores ambientales, que constituyen el ambiente físico, social y actitudinal, en el que las personas viven y conducen sus vidas(1) es decir, la discapacidad surge como un proceso continuo de ajuste entre las capacidades del individuo con una condición de salud específica y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona, y las expectativas y exigencias de su entorno.

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

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

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

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

Para cumplir con este propósito, existen en nuestro medio herramientas para la evaluación del funcionamiento y la discapacidad compatibles con la CIF, entre ellas está el WHO-DAS II (World Health Organization Disability Assessment Schedule II)(8) instrumento que evalúa de forma multidimensional el funcionamiento y la discapacidad con énfasis en las áreas de actividad y participación y permite obtener una puntuación por áreas y global del grado de discapacidad.

5.1.1 Evaluación de la Discapacidad desde el WHO-DAS II.

Desde su aprobación, la CIF ha desarrollado diferentes propuestas evaluativas mediante el desarrollo de instrumentos que permiten describir y evaluar el funcionamiento de las personas de acuerdo a diversas condiciones de salud. En la actualidad se cuenta con cuestionarios compatibles conceptualmente con el modelo de discapacidad de la OMS como el WHO-DAS II (World Health Organization Disability Assessment Schedule II)(8) (35).

El WHO-DAS originalmente creado por la OMS como instrumento de evaluación de discapacidades que estaba basado en el anterior modelo de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) y era específico para la evaluación

de alteraciones en el ajuste social y comportamiento de personas con discapacidad psíquica, fue seguido por El WHO- DAS II, el cual puede ser aplicado de manera universal a las “condiciones de salud”.

El WHO-DAS II ha sido desarrollado para evaluar las limitaciones de actividad y restricciones de participación experimentadas por un individuo independientemente del diagnóstico médico y busca determinar la cantidad de dificultad encontrada en las actividades que una persona hace en su vida cotidiana, en oposición a aquellas que pudieran ser hechas o puedan hacerse, pero no se hacen(8).

El perfil de funcionamiento de la persona puede ser evaluado con este instrumento a través de la exploración de seis dominios de actividades, como también un puntaje de la discapacidad en general, los entrevistados declaran el nivel de dificultad que experimentan al realizar la actividad concreta, tomando en consideración la forma como la realizan habitualmente, incluyendo el uso de cualquier tipo de asistencia mecánica o la ayuda de una persona. Los dominios incluidos en el instrumento son: Comprensión y Comunicación Capacidad para moverse en el entorno Cuidado personal Relacionarse con otras personas Actividades de la vida diaria Participación en sociedad(9). Los 36 ítems de la versión extensa del instrumento se distribuyen de manera homogénea en cada uno de estos dominios.

La escala de evaluación para cada dominio y para el instrumento en su totalidad es una escala que determina grados de dificultad o discapacidad según el caso. Esta escala va desde ninguna dificultad o sin discapacidad (0 – 4%), dificultad o discapacidad leve (5 – 24%), moderada (25 – 49%), severa (50 – 94%) hasta dificultad o discapacidad completa (95 – 100%). El WHO-DAS II está diseñado para evaluar la discapacidad a personas de seis (6) años o más. Puede ser aplicado a personas con antecedentes culturales y educacionales y niveles cognoscitivos marcadamente diferentes.

El WHO-DAS II ha sido traducido hasta el momento a 20 idiomas. Hay disponibles versiones autoadministradas, administradas por entrevistador o administradas por personas cercanas al evaluado en el caso que este no pueda por sí mismo diligenciar la evaluación(8).

La versión de 36 ítems es la versión más recomendada por el WHO-DAS II ya que provee la más completa evaluación del funcionamiento de la persona. Proporciona puntaje a los seis dominios de funcionamiento por separado, como también al funcionamiento general del individuo.

La versión en lengua española del WHO-DAS II(9) fue validada a través de un estudio de tipo observacional analítico de cohortes concurrentes, dirigido a verificar sus propiedades psicométricas. De acuerdo a los resultados de las pruebas de validación, el “Cuestionario para la Evaluación de Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud WHO-DAS II, se convierte en un instrumento fiable, aplicable a población hispanoparlante y fácil de utilizar en un amplio rango de circunstancias relacionadas con las diferentes condiciones de salud.

5.1.2 Referente conceptual de Calidad de Vida

La calidad de Vida no tiene un consenso general sobre su significado. La OMS (1994) define la calidad de vida como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”(39).

Battle-Gualda(40) afirma que la Calidad de Vida es un concepto complejo y multidimensional que no sólo tiene relación con componentes objetivos como el tipo de trabajo, el nivel socioeconómico o el estado de salud, sino que también depende de cuestiones subjetivas como la escala de valores, las creencias y las expectativas de cada persona, todo ello integrado en un marco biográfico, familiar, social y medio ambiental que cambia con cada persona, grupo o país. La Calidad de Vida es un constructo social que a partir de la década de los ochenta adquiere relevancia y se convierte en un vehículo a través del cual la igualdad centrada en el consumidor, el fortalecimiento y el incremento en la satisfacción con las condiciones de vida podían ser alcanzados. La creencia de la mayoría fue que, si los apoyos adecuados y apropiados estaban disponibles, la calidad de vida de las personas sería incrementada significativamente(41).

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

Basados en el paradigma cognitivista de que más que a la realidad objetiva, el hombre reacciona a la percepción que de ella tiene, comienzan a proliferar estudios directos con el sujeto acerca de su bienestar, y se toman en consideración las expectativas, las necesidades, los reclamos de los seres humanos en sus experiencias personales y su actividad cotidiana como elementos fundamentales que intervienen en la dinámica de los contextos en que interactúan(42).

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

La Calidad de vida tiene que ver con el estudio de la vida diaria del individuo, e incluye la propia percepción del individuo sobre su vida. Sin el conocimiento sobre lo que un

individuo piensa o siente poco se puede decir sobre su calidad de vida. La calidad de vida se define por factores objetivos y sociales (ej. vivienda, familia, ocio) o condiciones de la vida, algunas de las cuáles pueden modificarse a través de las comunidades, sistemas de servicios, entre otros(43). Haas en 1999(44) define la calidad de vida como las circunstancias de vida actuales de un individuo en el contexto de la cultura, que involucra tanto aspectos subjetivos como objetivos. Desde un punto de vista social y económico, Sobrino en 1998(45) la define como el conjunto de características físicas, biológicas, psicológicas y sociales del medio ambiente que se deben alcanzar para promover un alto nivel de bienestar de la población. Felce y cols(46) desde un ámbito psicológico hacen referencia a las sensaciones de bienestar físico, material y emocional percibido por las personas, sumado a las posibilidades de desarrollo personal, de acuerdo al conjunto de valores individuales.

En general, parece existir un acuerdo en que la calidad de vida hace referencia a un concepto multidimensional, amplio y complejo que involucra una serie muy variada de indicadores que lo definen en sí mismo de acuerdo al área de intervención. En tal sentido, su interpretación no debe apartarse en ningún momento de la referencia a circunstancias particulares del sujeto y su relación con el contexto.

En relación con la calidad de vida y la situación de discapacidad, en la literatura científica se encuentran posiciones diversas al respecto, aunque muchos investigadores coinciden en señalar que la medición de la calidad de vida comprende los mismos aspectos en personas con o sin discapacidad. Particularmente en el ámbito de la discapacidad, una de las propuestas más aceptadas y con mayores aplicaciones en distintos países y poblaciones en situación de discapacidad es la de Schalock(47),(48) quien considera que la calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de las personas: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos, siendo estas dimensiones igualmente importantes de evaluar tanto en una persona con o sin discapacidad, la diferencia estaría es en los resultados, dados por el tipo de deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación que tenga la persona. Se debe

tener precaución al tratar el tema de calidad de vida en personas con discapacidad, y no suponer que presenta exactamente iguales características que en otros tipos de población. Entre los aspectos particulares de la calidad de vida en personas con discapacidad está la relevancia dada a todos los aspectos de la conducta de la persona y su integración en el ambiente, incluyendo las ayudas técnicas requeridas y las distintas estrategias para superar la situación de discapacidad.

La calidad de vida y la situación de discapacidad son conceptos complejos y multidimensionales relacionados no solo con componentes objetivos como el tipo de trabajo, nivel socioeconómico, estado de salud, sino también con factores tan subjetivos como la escala de valores, creencias y expectativas de cada persona, de ahí la importancia de medirla y conocer con mejor exactitud el impacto de una deficiencia, de una intervención terapéutica, de una estrategia educativa, entre otros, en la calidad de vida de la persona con discapacidad, con la idea de trascender la mirada tradicional que se queda limitada a la calidad de vida como un objetivo global y poco definido de los programas de rehabilitación.

5.1.3 Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS)

Tal como sucede con el concepto de calidad de vida, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) no tiene una definición clara y unificada. Herdman y Baró(49) citan el concepto propuesto por Shumaker y Naughton, que refleja adecuadamente el enfoque tomado por muchos investigadores en este campo: “La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional”. El concepto de calidad de vida relacionada con la salud incluye todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente a ella, aunque puedan interactuar.

Patrick y Erikson definen la CVRS como “el valor asignado por individuos, grupos de individuos y la sociedad a la duración de la vida modificada por las deficiencias, los estados funcionales, las percepciones y las oportunidades sociales, que están influidas por las enfermedades, las lesiones, el tratamiento (médico) o la política (de salud)(50)”. Dado que la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto en el que convergen múltiples factores, ésta debe evaluarse a través de distintas áreas, desde la dimensión física, psicológica y social. En la primera, se evalúan atributos como los síntomas, el funcionamiento físico y la discapacidad; en la dimensión psicológica se consideran el nivel de satisfacción, el bienestar percibido, la ansiedad, la depresión y la autoestima; y en la dimensión social se valoran las relaciones interpersonales del paciente, la actividad diaria y la rehabilitación laboral, entre otros. Esta valoración de la calidad de vida relacionada con la salud incluye aspectos objetivos y subjetivos, con el fin de realizar una evaluación completa e integral del individuo.

El concepto de CVRS, enfatiza en el bienestar y satisfacción del sujeto, en la mejora de sus condiciones de vida, en la percepción que ellos tienen sobre su salud y en su recuperación integral, lo que es especialmente importante en las personas con enfermedades crónicas, quienes deben vivir con una condición médica permanente, por lo que es necesario convivir con las limitaciones que ocasiona la enfermedad y el tratamiento, además de modificar de manera importante el estilo de vida.

5.1.4 Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud desde el SF 36

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

Garratt(51) clasifica los diferentes instrumentos de calidad de vida en ámbitos como:

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

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

Entre los instrumentos genéricos para la CVRS se encuentra el Short Form 36 (SF-36)(52) diseñado por el Health Institute, New England Medical Center de Boston, Massachusetts, durante el Medical Outcomes Study (MOS es un instrumento psicométricamente sólido, para evaluar calidad de vida relacionada con la salud en términos de funcionamiento físico y psicológico y sus 36 ítems detectan tanto estados positivos como negativos de salud). El SF 36 ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto International Quality of Life Assessment (IQUOLA), su adaptación al español siguió un protocolo común a todos los países que participaron en el proyecto y se basó en la traducción seguida de la realización de estudios piloto.

El SF 36 evalúa la calidad de vida a través de distintas dimensiones: función física (limitaciones físicas), rol físico (interferencia en el trabajo y actividades diarias), dolor

corporal (intensidad del dolor y su efecto en las actividades), salud general (valoración personal de la salud), vitalidad (sentimiento de energía), función social (interferencia en la vida social habitual), rol emocional (interferencia en el trabajo u otras actividades diarias) y salud mental (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta). Se tiene en cuenta además, la evolución declarada de la salud (valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás).

La puntuación de acuerdo a los ítems relacionados se puntúa en una escala de 0 a 100, las cifras más altas indican una mejor calidad de vida, por lo que en población general se esperan valores cercanos a 50 con desviación de 21 puntos, adicionalmente este instrumento presenta dos índices sumarios (mental y físico) que tienen media poblacional de 50 y desviación de 10 puntos.

El SF-36 fue desarrollado para su uso en el estudio de los resultados médicos, a partir de una extensa batería que incluía cuarenta conceptos relacionados con la salud, el documento final es un instrumento genérico que contiene los 36 ítems que cubren 8 dimensiones del estado de salud proporcionando un perfil del mismo.

6 VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

Tabla 7 Tabla de variables sociodemográficas y de índole general

Variable	Valor	Indicador	Índice
Sexo	Masculino	Condición de ser hombre o mujer, determinado por características biológicas: anatómicas, y fisiológicas.	1
	Femenino		2
Edad	Mayor a 20 años	Edad cronológica en años cumplidos al momento de la evaluación. Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha de medición de los cuestionarios.	Años cumplidos
Nivel de estudios alcanzado	Ninguno	Máximo nivel de estudios cursado o alcanzado acorde con el sistema de educación colombiano	0
	Primaria incompleta		1
	Primaria completa		2
	Secundaria incompleta		3
	Secundaria completa		4
	Técnico-Tecnológico		5
	Profesional		6
	Especialización		7
	Maestría		8
	Doctorado		10
Estado civil	Nunca ha estado casado/a	Situación de las personas, en el orden social, determinada por sus relaciones, que establecen ciertos derechos y deberes	1
	Actualmente está casado/a		2
	Separado/a		3
	Divorciado/a		4
	Viudo/a		5
	Vive en Pareja		6
Ocupación Actual	Asalariado (a)	Acción de ocupar, o sea trabajar o emplearse, ejercer un oficio o cargo.	1
	Independiente		2
	Trabajo no remunerado		3
	Estudiante		4
	Ama de casa		5
	Jubilado		6
	Pensionado por discapacidad		7
	Desempleado por motivo de salud		8
Desempleado por otras causas	10		
Tipo de afiliación a seguridad social en salud	No afiliado	Forma como el Estado colombiano brinda un aseguramiento que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos o extranjeros.	0
	Subsidiado		1
	Contributivo		2
	Régimen Especial		3
	Otro		9
Ingresos del núcleo familiar	Menos de 1 SMMLV	Ingresos totales mensuales aportados por todos los miembros del núcleo familiar de la persona con discapacidad. Un salario mínimo mensual legal vigente corresponde a \$535.600	1
	Entre 1 y 2 SMMLV		2
	Entre 2 y 4 SMMLV		3
	Más de 4 SMMLV		4
Estrato socioeconómico	Bajo-bajo: Estrato 1	Nivel de clasificación de un inmueble acorde con su clasificación socioeconómica, existe un máximo de seis estratos socioeconómicos.	1
	Bajo: Estrato 2		2
	Medio-bajo: Estrato 3		3
	Medio: Estrato 4		4
	Medio-alto: Estrato 5		5
	Alto: Estrato 6		6
Diagnóstico médico	Código CIE 10	El diagnóstico o propedéutica es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, o cualquier condición de salud de referencia para la discapacidad, comorbilidad asociada o enfermedad crónica. El CIE 10 es la clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud.	Registro del dato

Variable	Valor	Indicador	Índice
Tiempo de evolución de limitación permanente	Mayor a seis meses	Cantidad de tiempo en meses transcurrido desde el momento de adquirir o encontrarse con la limitación permanente hasta la fecha de evaluación	Registro del dato en meses
Uso de ayudas externas	Si No	Utilización de equipamiento adaptativo para la equiparación de oportunidades relacionado con la limitación permanente	1: Si 0: No
Tipo de ayudas externas	Nombre de la ayuda: Silla de ruedas Bastón Audífono Prótesis ocular Órtesis Oxígeno Otra		Registro de información
Uso de medicamentos	Si No	Utilización de farmacología para el manejo de la condición de salud actual	1: Si 0: No
Tipo de medicamento	Nombre del medicamento		Registro de información

Tabla 8 Variables de Funcionamiento y Discapacidad desde el instrumento WHO-DAS II, versión de 36 ítems

Variable	Sub-variable	Definición	Valor	Índice
Comprensión y comunicación (Área 1)	D1.1	Dificultad para concentrarse en hacer algo durante 10 minutos	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D1.2	Dificultad para recordar las cosas importantes que tiene que hacer	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D1.3	Dificultad para analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D1.4	Dificultad para aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar donde nunca ha estado.	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D1.5	Dificultad para entender en general lo dice la gente	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D1.6	Dificultad para iniciar o mantener una conversación	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
Capacidad para moverse en su alrededor / entorno (Área 2)	D2.1	Dificultad para estar de pie durante largos períodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D2.2	Dificultad para ponerse de pie cuando estaba sentado	Ninguna dificultad Dificultad leve	1 2

Variable	Sub-variable	Definición	Valor	Índice
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D2.3	Dificultad para movilizarse dentro de su casa	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
	D2.4	Dificultad para salir de su casa	Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
			Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
	D2.5	Dificultad para caminar largas distancias como un kilómetro (o equivalente)	Dificultad severa	4
Dificultad moderada			3	
Dificultad leve			2	
Dificultad extrema / No puede hacerlo			5	
Autocuidado (Área 3)	D3.1	Dificultad para bañarse (lavarse todo el cuerpo)	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
	D3.2	Dificultad para vestirse	Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
			Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
	D3.3	Dificultad para comer	Dificultad severa	4
			Dificultad moderada	3
			Dificultad leve	2
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
D3.4	Dificultad para estar sólo (a) durante unos días	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
Relacionarse con otras personas (Área 4)	D4.1	Dificultad para relacionarse con personas que no conoce	Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
			Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
	D4.2	Dificultad para mantener una amistad	Dificultad severa	4
			Dificultad moderada	3
			Dificultad leve	2
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D4.3	Dificultad para llevarse bien con personas cercanas a usted	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
D4.4	Dificultad para hacer nuevos amigos	Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
		Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
D4.5	Dificultad para tener relaciones sexuales	Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
			Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2

Variable	Sub-variable	Definición	Valor	Índice
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
Actividades de la vida diaria (Área 5)	D5.2	Dificultad para cumplir con sus quehaceres de la casa	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D5.3	Dificultad para realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
D5.4	Dificultad para acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
D5.5	Dificultad para acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
D5.8	Dificultad para llevar a cabo su trabajo diario	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
D5.9	Dificultad para realizar bien las tareas más importantes del trabajo o estudio	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
D5.10	Dificultad para acabar todo el trabajo que necesitaba hacer	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
D5.11	Dificultad para acabar su trabajo tan rápido como era necesario	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
Participación en sociedad (Área 6)	D6.1	Dificultad para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades)	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
D6.2	Dificultad relacionada con barreras u obstáculos existentes en su alrededor (entorno)	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
D6.3	Dificultad para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas	Ninguna dificultad	1	
		Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	

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

Tabla 9 Grado de discapacidad resultante desde el WHO-DAS II

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

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

Tabla 10 Variables de calidad de vida relacionada con la salud según el SF 36

Variable	Definición	Sub-variable	Indicador	Valor	Índice
Función física	Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados o intensos (10 ítems)	FF.1	Limitación para esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores causada por la salud actual	Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada	1 2 3
		FF.2	Limitación para esfuerzos moderados como mover una mesa, pasar la aspiradora, montar bicicleta o caminar más de una hora, causada por la salud actual	Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada	1 2 3
		FF.3	Limitación para coger o llevar una bolsas de compras, causada por la salud actual	Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada	1 2 3
		FF.4	Limitación para subir varios pisos por la escalera, causada por la salud actual	Sí, me limita mucho. Sí, me limita un poco. No, no me limita nada	1 2 3
		FF.5	Limitación para subir un solo piso por la escalera, causada por la salud actual	Sí, me limita mucho. Sí, me limita un poco. No, no me limita nada.	1 2 3
		FF.6	Limitación para agacharse o arrodillarse, causada por la salud actual	Sí, me limita mucho. Sí, me limita un poco. No, no me limita nada	1 2 3
		FF.7	Limitación para caminar un kilómetro o más, causada por la salud actual	Sí, me limita mucho. Sí, me limita un poco. No, no me limita nada.	1 2 3
		FF.8	Limitación para caminar varias manzanas, causada por la salud actual	Sí, me limita mucho. Sí, me limita un poco. No, no me limita nada.	1 2 3
		FF.9	Limitación para caminar una sola manzana, causada por la salud actual	Sí, me limita mucho. Sí, me limita un poco. No, no me limita nada	1 2 3
		FF.10	Limitación para bañarse o vestirse por sí mismo, causada por la salud actual	Sí, me limita mucho. Sí, me limita un poco. No, no me limita nada.	1 2 3
Rol físico	Grado en el que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 ítems)	RF.1	Reducción durante las últimas 4 semanas del tiempo dedicado al trabajo o a las actividades cotidianas a causa de la salud física	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
		RF.2	Hacer menos de lo que se hubiera querido hacer a causa de la salud física durante las últimas cuatro semanas	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
		RF.3	Tener que dejar de hacer algunas tareas en el trabajo o en las actividades cotidianas a causa de la salud física durante las últimas 4 semanas	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
		RF.4	Dificultad (costarle más de lo normal) para hacer el trabajo o las actividades cotidianas a causa de la salud física durante las últimas 4 semanas	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
Dolor corporal	Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo	DC.1	Dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas	No, Ninguno Sí, muy poco Sí, un poco Sí, moderado	1 2 3 4

Variable	Definición	Sub-variable	Indicador	Valor	Índice
	habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 ítems)	DC.2	Interferencia del dolor con el trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)	Sí, mucho	5
				Sí, muchísimo	6
				Nada	1
				Un poco	2
				Regular	3
				Bastante	4
				Muchísimo	5
Salud general	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas en de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 ítems)	SG.1	Salud general percibida. Apreciación del propio estado de salud	Excelente	1
				Muy Buena	2
				Buena	3
				Regular	4
				Mala	5
		SG.2	Creer que se enferma más fácilmente que otras personas	Totalmente cierta	1
				Bastante cierta	2
				No lo sé	3
				Bastante falsa	4
				Totalmente falsa	5
		SG.3	Creer que se está tan sano como cualquiera	Totalmente cierta	1
				Bastante cierta	2
				No lo sé	3
				Bastante falsa	4
				Totalmente falsa	5
SG.4	Creer que la propia salud va a empeorar	Totalmente cierta	1		
		Bastante cierta	2		
		No lo sé	3		
		Bastante falsa	4		
		Totalmente falsa	5		
SG.5	Creer que la propia salud es excelente	Totalmente cierta	1		
		Bastante cierta	2		
		No lo sé	3		
		Bastante falsa	4		
		Totalmente falsa	5		
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 ítems)	V.1	Tiempo durante las 4 últimas semanas en el que se sintió lleno de vitalidad	Siempre	1
				Casi siempre	2
				Algunas veces	3
				Casi nunca	4
				Nunca	5
		V.2	Tiempo durante las 4 últimas semanas en el que tuvo mucha energía	Siempre	1
				Casi siempre	2
				Algunas veces	3
V.3	Tiempo durante las 4 últimas semanas en el que se sintió agotado	Casi nunca	4		
		Nunca	5		
V.4	Tiempo durante las 4 últimas semanas en el que se sintió cansado (fatiga)	Siempre	1		
		Casi siempre	2		
		Algunas veces	3		
		Casi nunca	4		
		Nunca	5		
Función social	Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida	FS.1	Frecuencia en que la salud física o los problemas emocionales le han dificultado las actividades sociales (visitar amigos o familiares) durante las últimas 4 semanas	Siempre	1
				Casi siempre	2
				Algunas veces	3
				Casi nunca	4
				Nunca	5
		FS.2	Definir hasta qué punto la salud física o los problemas emocionales han dificultado las actividades sociales habituales con la familia,	Nada	1
Un poco	2				
				Regular	3

Variable	Definición	Sub-variable	Indicador	Valor	Índice
	social habitual (2 ítems)		los amigos, los vecinos u otras personas durante las últimas 4 semanas	Bastante Muchísimo	4 5
Rol emocional	Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 ítems)	RE.1	Reducción del tiempo dedicado al trabajo o a las actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso) durante las 4 últimas semanas	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
		RE.2	Haber hecho menos de lo que se hubiese querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso) durante las 4 últimas semanas	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
		RE.3	No hacer el trabajo o las actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso) durante las 4 últimas semanas	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
Salud mental	Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 ítems)	SM.1	Tiempo en las 4 últimas semanas de sentirse muy nervioso	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
		SM.2	Tiempo en las 4 últimas semanas de sentirse tan bajo de moral que nada podía animarle	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
		SM.3	Tiempo en las 4 últimas semanas de sentirse calmado y tranquilo	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
		SM.4	Tiempo en las 4 últimas semanas de sentirse desanimado y triste	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
		SM.5	Tiempo en las 4 últimas semanas de sentirse feliz	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5

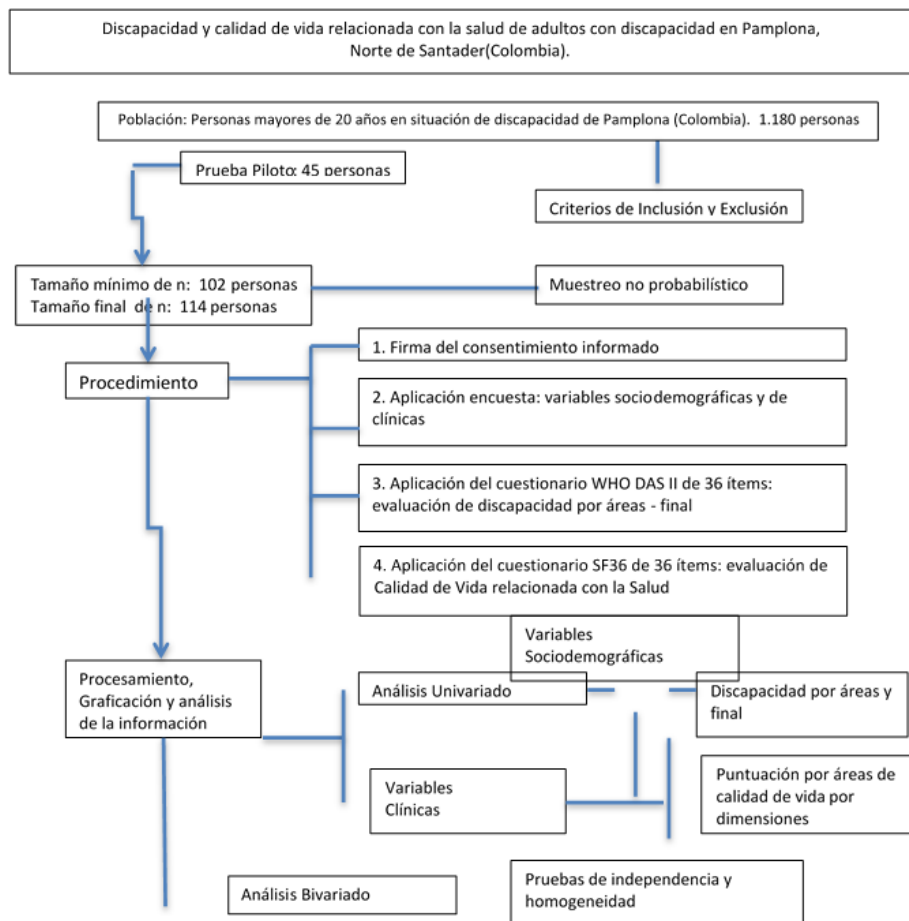
Tabla 11. Calidad de vida relacionada con la salud resultante desde el SF 36

Variable	Dimensiones	Número de ítems por dimensión	Indicador	Índice
Puntaje de calidad de vida relacionada con la salud por dimensiones	Función física	Diez (10)	0 – 100 puntos para cada dimensión	Puntaje de calidad de vida relacionada con la salud para cada dimensión obtenida en la aplicación del SF 36
	Rol físico	Cuatro (4)		
	Dolor corporal	Dos (2)		
	Salud general	Cinco (5)		
	Vitalidad	Cuatro (4)		
	Función social	Dos (2)		
	Rol emocional	Tres (3)		

Variable	Dimensiones	Número de ítems por dimensión	Indicador	Índice
	Salud mental	Cinco (6)		

7 METODOLOGÍA

7.1 Diseño metodológico de la investigación



7.2 Enfoque

Proyecto de investigación que se desarrolló bajo el enfoque empírico analítico.

7.3 Tipo de estudio

Descriptivo con alcance correlacional. Se realizó un estudio donde se correlacionaron el grado de discapacidad por áreas y final y la puntuación de calidad de vida por áreas en personas adultas con discapacidad de la ciudad de Pamplona (Colombia), con variables sociodemográficas y clínicas.

7.4 Población

Personas mayores de 20 años con discapacidad de la ciudad de Pamplona (Colombia).

Para el cálculo de la población mayor de 20 años con discapacidad para la ciudad de Pamplona se tomó como referencia la información censal del 2005 reportada por el Departamento Nacional de Estadística (DANE), a partir de lo cual se determinó la prevalencia de discapacidad.

Acorde con dicha información, y teniendo en cuenta las proyecciones de población estimadas por el DANE para 2012 se calculó la población esperada mayor de 20 años con discapacidad para Pamplona. En la siguiente tabla se presentan los datos en mención:

Tabla 12 Población esperada con discapacidad en Pamplona para el año 2012

Ciudad	Población mayor de 20 años con discapacidad: Censo DANE 2005 (número de habitantes)	Prevalencia de discapacidad en mayores de 20 años: Censo DANE 2005 (%)	Proyecciones poblacionales a 2012: DANE (número de habitantes)	Población esperada con discapacidad a 2012 (número de habitantes)
Pamplona	2.323	5.9%	56.153	1.180

7.5 Muestra y muestreo

Según la información del registro continuo para la localización y caracterización de las personas con discapacidad de la ciudad de Pamplona y actualizado por el DANE a marzo de 2010(53) el marco muestral de referencia para este estudio estuvo constituido por instituciones, asociaciones y entidades conformadas por personas con discapacidad.

Tabla 13 Marco muestral de Pamplona

Ciudad	Marco muestral: Registro DANE para la localización y caracterización de las personas con discapacidad
Pamplona	1.180

Para el cálculo de la muestra se realizó una prueba piloto en la ciudad de Manizales donde fueron entrevistadas 45 personas. El tamaño de la muestra se calculó tomando como referencia la desviación estándar del puntaje de área de Dolor Corporal (26,19) evaluada con

el cuestionario SF 36 que fue la más alta tras la realización de la prueba piloto, con lo cual se garantiza la representatividad de la muestra.

Tabla 14 Estadísticos descriptivos para la estimación de la muestra a partir de la prueba piloto

Indicadores	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Puntuación final de discapacidad -WHODAS II	0,00	79,35	23,0199	20,89080
Área de Función Física (SF 36)	50,00	97,50	73,5556	15,08017
Área de Rol Físico (SF 36)	75,00	100,00	85,5556	11,13437
Área de Dolor Corporal (SF 36)	,00	100,00	64,1667	26,19312
Área de Salud General (SF 36)	25,00	70,00	45,0000	11,23104
Área de Vitalidad (SF 36)	18,75	100,00	61,6667	21,09401
Área de Función Social (SF 36)	37,50	100,00	55,5556	12,37309
Área de Rol Emocional (SF 36)	75,00	100,00	83,7037	11,64440
Área de Salud Mental (SF 36)	25,00	100,00	69,3333	22,70362

n = 45

El tamaño de la muestra para la ciudad de Pamplona (a partir de los resultados de la prueba piloto de Manizales) se calculó con la siguiente fórmula:

Donde:

N= Población con discapacidad mayor de 20 años de Pamplona

Z= 1,96 (Nivel de confianza del 95%)

S= 26,19 (Desviación estándar resultado de la prueba piloto, área de Dolor Corporal)

d= Precisión de 5 puntos de discapacidad

n= Tamaño de la muestra calculada

Se ajustó la muestra a la pérdida en un 10% utilizando la fórmula:

$$\text{Muestra ajustada a las pérdidas} = n (1 / 1-R)$$

Donde:

n= Tamaño final de la muestra de Pamplona - R= 10% de pérdida proyectada para Pamplona

Tabla 15 Tamaño final de la muestra

Ciudad	Población con discapacidad proyectada a 2012	Tamaño de la muestra (n)	Muestra ajustada a la pérdida (R=10%)
Pamplona	1.180	102	114

Se realizó un muestreo no probabilístico, con estimaciones de variables sociodemográficas, de grado de discapacidad y de calidad de vida relacionada con la salud en la población mayor de 20 años con discapacidad de Pamplona.

- Criterios de inclusión y exclusión
- Ambos géneros
- Cualquier raza
- Cualquier nivel socioeconómico
- Contar con una edad igual o superior a 20 años
- Personas con limitaciones en la realización de actividades de carácter permanente para: Tareas y demandas generales, Comunicación, Movilidad, Autocuidado, Vida doméstica, Interacciones y relaciones interpersonales, Áreas principales de la vida, Vida comunitaria, social y cívica.
- Tener al menos seis meses de evolución de la limitación permanente.

Criterios de exclusión

- Estar institucionalizado.
- Haber estado hospitalizado en el último mes o al momento de la recolección de la información.
- Cuadro agudo de alguna enfermedad en el último mes.

- Persona con limitación permanente para la realización de actividades de aprendizaje y aplicación del conocimiento que impidan que conteste los dos cuestionarios.
- Residencia en la zona rural.

7.6 Técnicas e instrumentos de recolección de información

La técnica de recolección de la información fue la encuesta heteroadministrada de forma personal o telefónicamente (en este caso se utilizó la grabación de la entrevista telefónica, incluido el consentimiento informado) a cada una de las personas participantes en el estudio. Se utilizó un cuestionario que incluyó preguntas relacionadas con información sociodemográfica y de índole general. Para la evaluación del grado de discapacidad se utilizó el cuestionario WHO-DAS II 36 ítems (Anexo 2), para la evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud se utilizó el cuestionario SF-36 (Anexo 3).

7.6.1 Procedimiento

- Consolidación de los ítems, pruebas y escalas evaluativas en el instrumento de recolección de información.
- Calibración de instrumentos y entrenamiento de la evaluadora.
- Compra de la licencia de uso, algoritmo y software de puntuación del SF36.
- Prueba Piloto: Se realizó con 45 personas. El objetivo de esta prueba fue la calibración de los evaluadores en el diligenciamiento del instrumento y el establecimiento de la desviación estándar más alta para titular la muestra.
- Ajustes al instrumento luego de la prueba piloto.
- Reclutamiento de los participantes del estudio, según la muestra calculada.
- Aceptación y firma del consentimiento informado (anexo 4).
- Evaluación de variables sociodemográficas y clínicas.
- Evaluación del Grado de Discapacidad con el WHO DAS II.
- Evaluación de Calidad de Vida con el SF 36
- Sistematización, tabulación, Graficación y análisis de información.
- Discusión de resultados.

El análisis estadístico de los datos de variables sociodemográficas y de discapacidad se desarrolló mediante el programa estadístico SPSS versión 24 (Statistical Package for the Social Science - SPSS Inc, 444 N Michigan Ave, Chicago, IL 60611), licenciado por la Universidad Autónoma de Manizales.

El análisis estadístico de los datos de variables de calidad de vida relacionada con la salud se desarrolló con el software SF-36v2® Health Survey 1993, 2003, 2012 Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved. SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust. (SF-36v2® Health Survey Standard, Spain (Spanish).

Según el nivel de medición de la variable se utilizaron diferentes coeficientes de correlación para el análisis entre las variables sociodemográficas, clínicas y discapacidad por áreas y final (escala de 0-100). Para las variables cualitativas se recurrió a Eta y Spearman según la variable fuera nominal u ordinal, respectivamente. Para las variables cuantitativas se recurrió a Spearman acorde con la distribución no paramétrica de todas las variables de discapacidad, se consideró la significancia estadística cuando el p Valor fue \leq a 0,05.

Tabla 16 Coeficientes de correlación utilizados para discapacidad por áreas y final (WHO DAS II) acorde con el nivel de medición de las variables

	Nivel de medición	Discapacidad por áreas y final	Estadístico
1. Sexo 2. Estado civil 3. Ocupación actual 4. Afiliación a salud 5. Diagnóstico médico 6. Uso de medicamentos 7. Tipo de medicamentos 8. Uso de ayudas externas 9. Tipo de ayuda externa	Nominal	1. Comprensión y comunicación 2. Movilidad 3. Autocuidado 4. Relacionarse con otras personas 5. Actividades de la vida diaria 6. Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado	Eta
1. Nivel de estudios alcanzados 2. Rango de ingresos del grupo familiar 3. Estrato socioeconómico 4. Rangos de edad 5. Rangos de tiempo de limitación permanente	Ordinal	7. Participación en sociedad 8. Discapacidad final -WHODAS II	Spearman
1. Edad 2. Tiempo Limitación Permanente	Cuantitativa	Distribución No Normal 1. Comprensión y comunicación 2. Movilidad 3. Autocuidado 4. Relacionarse con otras personas	Spearman

		5. Actividades de la vida diaria 6. Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado 7. Participación en sociedad 8. Discapacidad final -WHODAS II	
--	--	---	--

Se aplicaron pruebas de homogeneidad para evaluar la significancia estadística de las variables de estudio. En variables con dos grupos se utilizó la prueba U de Mann-Whitney y para variables de más de dos grupos se utilizó la prueba H de Kruskal-Wallis acorde con la distribución no normal de las variables de discapacidad por áreas y final.

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

Variable	Número de grupos	Discapacidad por áreas y final	Coefficiente de correlación
1. Sexo 2. Uso de medicamentos 3. Uso de ayudas externas	Dos grupos	Distribución No Normal 1. Comprensión y comunicación 2. Movilidad 3. Autocuidado	U Mann Whitney
1. Estado civil 2. Ocupación actual 3. Afiliación a seguridad social 4. Diagnóstico médico 5. Tipo de medicamentos 6. Tipo de ayudas externas	Más de dos grupos	4. Relacionarse con otras personas 5. Actividades de la vida diaria 6. Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado 7. Participación en sociedad 8. Discapacidad final -WHODAS II	H de Kruskal Wallis

Para la fuerza de asociación se utilizó la interpretación de los valores propuestos por Landis y Koch, así: Inferior a 0.0 sin acuerdo, de 0.0 a 0.20 insignificante o muy bajo, de 0.21 a 0.40 baja, de 0.41 a 0.60 moderada, de 0.61 a 0.80 buena y de 0.81 a 1.00 muy buena(54). El presente estudio considero correlaciones aceptables $\geq 0,30$ estadísticamente significativas.

8 RESULTADOS

8.1 RESULTADOS UNIVARIADO

8.1.1 Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas

El 60,5% fueron hombres, el mayor grupo por edad es el conformado por los sujetos entre 30 a 39 años 23,7%, seguido de los que tienen 40 a 49 años 22,8%, el 43,9% de los participantes estaban solteros. Casi la tercera parte de los participantes no realizó ningún tipo de estudios (32,5%), algunos con primaria incompleta con el 31,6%, seguido por aquellos que cursaron una primaria completa con el 12,3% de la población encuestada. En cuanto a la situación ocupacional se encontró que la mayoría eran desempleados por motivo de salud (51,8%), seguido de trabajadores independientes (17,5%). Respecto a la afiliación al sistema de seguridad social en salud, el 93% pertenece al régimen subsidiado, en cuanto al estrato socioeconómico se encontró que la mayoría corresponden al estrato 1 con el 84,2%, los ingresos inferiores de 1 SMMLV son el 90,4% de la muestra. (Tabla 18)

Tabla 18. Resumen descriptivo de variables sociodemográficas

Variable	Índice	FA	%
Género	Mujer	45	39,5
	Hombre	69	60,5
Nivel de estudios alcanzado	Ninguno	37	32,5
	Primaria incompleta	36	31,6
	Primaria completa	14	12,3
	Secundaria incompleta	8	7,0
	Secundaria completa	11	9,6
	Técnico-Tecnológico	7	6,1
	Profesional	0	0,0
	Especialización	1	0,9
	Maestría	0	0,0
	Estado civil	Soltero	50	43,9
Actualmente está casado		36	31,6
Separado		7	6,1
Divorciado		1	0,9
Viudo		12	10,5
Viviendo en Pareja		8	7,0
Ocupación Actual	Asalariado	3	2,6
	Independiente	20	17,5
	Trabajo no remunerado	1	0,9
	Estudiante	5	4,4
	Ama de casa	16	14,0
	Jubilado	2	1,8
	Pensionado por discapacidad	1	0,9
	Desempleado por motivo de salud	59	51,8
Desempleado por otro motivo	7	6,1	
Afiliación a seguridad social en salud	No afiliado	0	0,0
	Subsidiado	106	93,0
	Contributivo	8	7,0

Variable	Índice	FA	%
	Régimen especial	0	0,0
Ingresos del núcleo familiar	Menos de 1 SMMLV	103	90,4
	Entre 1 y 2 SMMLV	11	9,6
	Entre 2 y 4 SMMLV	0	0,0
	Más de 4 SMMLV	0	0,0
Estrato socioeconómico	Estrato 1	96	84,2
	Estrato 2	16	14,0
	Estrato 3	2	1,8
	Estrato 4	0	0,0
	Estrato 5	0	0,0
Rangos de edad	20 a 29 años	10	8,8
	30 a 39 años	27	23,7
	40 a 49 años	26	22,8
	50 a 59 años	22	19,3
	60 a 69 años	15	13,2
	70 a 79 años	6	5,3
	80 años y más	8	7,0
Total		114	100,0

Fuente: elaboración propia de la investigadora

8.1.2 Análisis descriptivo de las variables clínicas

De la muestra estudiada se evidencia que los principales diagnósticos médicos (CIE 10) a los cuales los participantes atribuyen la limitación permanente fueron: Enfermedades del sistema nervioso (28,1%), enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (28,1%) así como enfermedades del oído y de la apófisis mastoides con el 26,3% de los participantes en el estudio.

El 45% de los participantes no utiliza ningún tipo de ayuda externa, de los que utilizan alguna ayuda externa, el 21,9% manifestó que usa Silla de Ruedas, el 14,9% refiere la utilización de un bastón y el 14,0% usa Audífono; más de la mitad de los participantes (72,8%) manifiesta no usar medicamentos, del porcentaje que manifestó si usar, el 5,23%, consume medicamentos para hipertensión arterial. La media del tiempo de la limitación permanente fué de $278 \pm 202,36$ meses, el 65,8% de los encuestados lleva más de 10 años con la limitación permanente (Ver tabla 19).

Tabla 19. Resumen descriptivo de variables clínicas

Variables Clínicas	Subvariables	FA	%
Diagnóstico médico	Enfermedades infecciosas y parasitarias	1	0,9
	Trastornos mentales y del comportamiento	1	0,9
	Enfermedades del sistema nervioso	32	28,1
	Enfermedades del ojo y sus anexos	11	9,6
	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	30	26,3
	Enfermedades del sistema circulatorio	2	1,8
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	32	28,1
Uso de ayudas externas	Malformaciones congénitas	5	4,4
	No	39,5	45,0
Tipo de ayuda externa	Sí	60,5	69,0
	Audífono	16	14,0
	Bastón	17	14,9
	Caminador	5	4,4
	Gafas	2	1,8
	Muletas	2	1,8
	Silla de Ruedas	25	21,9
Uso de medicamentos	Prótesis	2	1,8
	No	83	72,8
Medicamentos	Sí	31	27,2
	Analgésico	3	2,6
	Antiagregante plaquetario	1	0,9
	Antireumático	3	2,6
	Antiinflamatorio no esteroideo	3	2,6
	Antihipertensivo	6	5,3
	Anticonvulsivante	2	1,8
	Insulina	5	4,4
	Estatinas	2	1,8
	Antiparkinsoniano	2	1,8
Otro	4	3,5	
Rangos de tiempo de la limitación permanente	Menos de 1 año	3	2,6
	1 a 5 años	13	11,4
	5 a 10 años	23	20,2
	Más de 10 años	75	65,8
	Total	114	100,0

Fuente: elaboración propia de la investigadora

8.1.3 Análisis descriptivo de discapacidad

En las 114 personas participantes del estudio la media de discapacidad final (en escala de 0 a 100 puntos) fué de 37,83 puntos \pm 22,26 puntos

En cuanto a los dominios o áreas evaluadas por el WHO DAS II, las que presentaron mayor promedio de puntuación fueron participación en sociedad \pm 16,02; movilidad 45,33 puntos \pm 34,93 puntos, El área con menor promedio de puntuación fue comprensión y comunicación 21,97 puntos \pm 24,99 puntos (Ver tabla 20).

Tabla 20. Estadísticos descriptivos de la puntuación final y por dominios del WHO DAS II

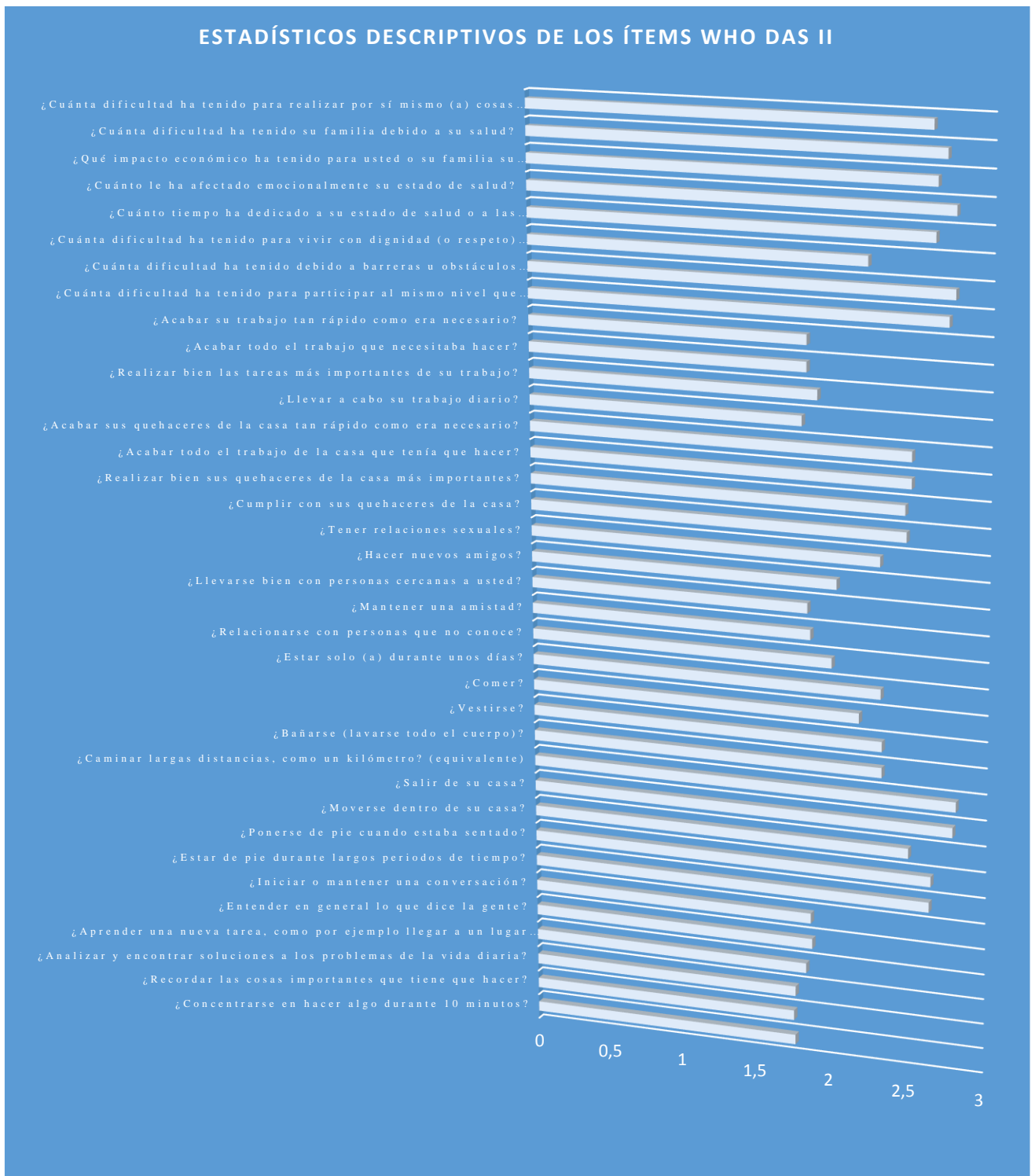
Dimensiones y Final Discapacidad	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Comprensión y Comunicación	21,97	24,99	0	100
Movilidad	45,33	34,93	0	100
Autocuidado	38,94	33,53	0	100
Relacionarse con otras personas	31,43	27,76	0	100
Actividades de la vida diaria-Trabajo no remunerado	45,08	32,34	0	100
Actividades de la vida diaria-Trabajo remunerado	22,11	26,49	0	100
Participación en sociedad	46,49	16,02	8,33	83,33
Discapacidad Final	37,83	22,26	5	94,57

n=114

Fuente: elaboración propia de la investigadora

En cuanto a la media de cada uno de los ítems del instrumento (36 preguntas) calificados por la persona en una escala de 1 a 5 puntos, se encontró que las 3 actividades que en promedio obtuvieron puntajes altos (mayor dificultad experimentada para la realización de una actividad) fueron: Caminar largas distancias, como un kilómetro (2,82 puntos \pm 1,42 puntos) y Salir de su casa (2,80 puntos \pm 1,34 puntos). Los ítems con menor puntuación fueron Recordar las cosas importantes que tiene que hacer 1,76 puntos \pm 1,01 puntos y Concentrarse en hacer algo durante 10 minutos 1,77puntos \pm 1,02 (Figura 3).

Figura 3. Estadísticos descriptivos de las preguntas del WHO DAS II



En cuanto a la discapacidad final recodificada a partir de los 6 dominios del WHO DAS II, se encontró que el 43,9% de los encuestados presentó discapacidad Moderada (Ver tabla 21).

Tabla 21. Grado de Discapacidad Final WHO DAS II

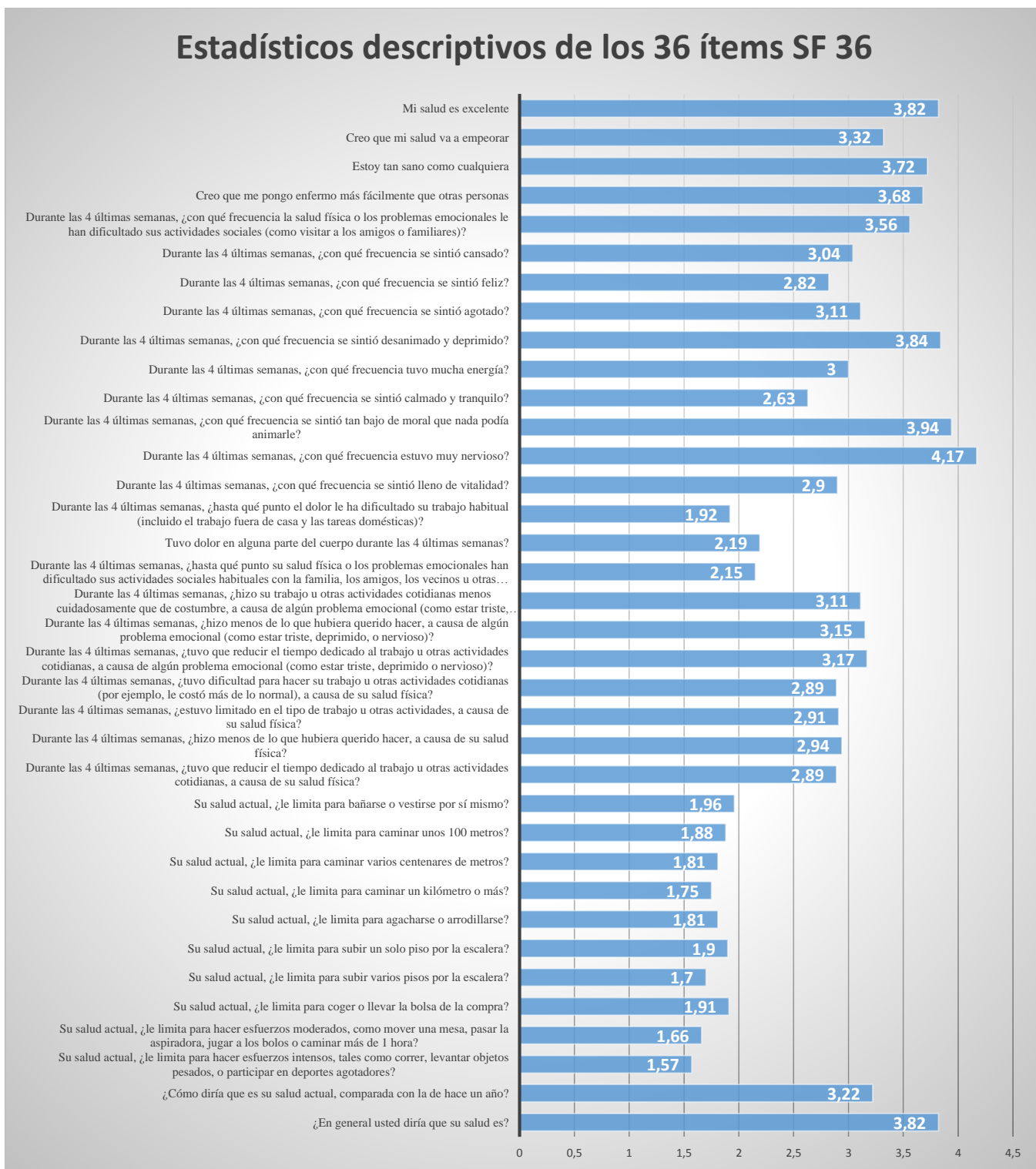
Grado de discapacidad	Frecuencia	Porcentaje
Leve	33	28,9
Moderada	50	43,9
Severa	31	27,2
Total	114	100,0

Fuente: elaboración propia de la investigadora

8.1.4 Análisis descriptivo de Calidad de Vida relacionada con la Salud

De acuerdo a los ítems que contempla cada dimensión del SF36, los puntajes más altos representan mejor percepción de calidad de vida (escala liker de 0 a 5 puntos). Los ítems con menores promedios de puntuación fueron: su salud actual le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores 1,57 puntos \pm 0,78 puntos y el ítem le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora 1,66 puntos \pm 0,82 puntos. Los ítems con mayor promedio de puntuación fueron: Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia estuvo muy nervioso 4,17 puntos \pm 0,85 puntos y el ítem Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle 3,94 puntos \pm 1,02 puntos. (Ver figura 4).

Figura 4. Estadísticos descriptivos de los 36 ítems SF 36



n=114 - Fuente: elaboración propia de la investigadora

De acuerdo a las dimensiones del SF 36 (con un puntaje de 0 a 100 puntos) los mejores promedios de las dimensiones de CVRS fueron para Dolor Corporal 76,56 puntos \pm 31,09 puntos y Salud Mental 67,68 puntos \pm 16,69 puntos. Se encontró que la puntuación promedio más baja o la dimensión peor percibida fue la dimensión de Función Física 39,78 puntos \pm 38,69 puntos (Ver tabla 22).

Tabla 22. puntaje total por dimensiones del SF 36

Dimensiones del SF 36	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Función Física	39,78	38,69	0	100
Rol Físico	47,75	35,31	0	100
Dolor Corporal	76,56	31,09	0	100
Salud General	43,05	11,41	15	75
Vitalidad	51,54	13,70	0	88
Función Social	67,65	30,70	0	100
Rol Emocional	51,32	34,63	0	100
Salud Mental	67,68	16,69	15	100

Se realizó la prueba de una muestra (Kolmogorov-Smirnov) para determinar la normalidad de las variables de discapacidad por áreas y final evaluada con el WHO DAS II y CVRS por dimensiones evaluada con el SF 36.

Se encontró distribución normal en la variable cuantitativa edad ($p < 0,05$). Las demás variables de discapacidad, CVRS y el tiempo de evolución de la limitación permanente presentaron distribución no paramétrica ($p < 0,05$) (ver tabla 23).

Tabla 23. Prueba de normalidad para Discapacidad final y por áreas y CVRS por dimensiones

Áreas y Final Discapacidad/ Dimensiones CVRS	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintótica (bilateral)

DISCAPACIDAD	Comprensión y Comunicación	21,97	24,99	0	100	0,202	0,000
	Movilidad	45,33	34,93	0	100	0,122	0,000
	Autocuidado	38,94	33,53	0	100	0,155	0,000
	Relacionarse con otras personas	31,43	27,76	0	100	0,129	0,000
	Actividades de la vida diaria	45,08	32,34	0	100	0,185	0,000
	Actividades de la vida diaria-Trabajo remunerado	22,11	26,49	0	100	0,217	0,001
	Participación en sociedad	46,49	16,02	8,33	83,33	0,111	0,001
	Discapacidad final - WHODAS II-	37,83	22,26	5	94,57	0,107	0,003
CVRS	Función Física	39,78	38,69	0	100	0,167	0,000
	Rol Físico	47,75	35,31	0	100	0,140	0,000
	Dolor Corporal	76,56	31,09	0	100	0,275	0,000
	Salud General	43,05	11,41	15	75	0,164	0,000
	Vitalidad	51,54	13,70	0	88	0,166	0,000
	Función Social	67,65	30,70	0	100	0,171	0,000
	Rol Emocional	51,32	34,63	0	100	0,133	0,000
	Salud Mental	67,68	16,69	15	100	0,195	0,014
S.D	Edad en años cumplidos	49,087	16,32500	21,00	87,00	0,080	0,073
	Tiempo de evolución de la limitación permanente (meses)	278,82	202,36	12,00	900,00	0,135	0,000

8.2 RESULTADOS BIVARIADOS

8.2.1 Variables sociodemográficas y Discapacidad

Al establecer la relación existente entre las variables sociodemográficas, variables clínicas con el tipo de discapacidad por área, respecto a la edad y rangos de edad se observó correlación inversa significativa con el área de relaciones con otras personas. Para estado civil solo se observó correlación significativa con el área de movilidad. La variable ocupación actual presenta correlación directa y significativa con las distintas áreas, siendo la más alta con respecto al grupo de personas Actividades de la vida diaria-Trabajo remunerado. (ver tabla 24).

Tabla 24. Resumen de relaciones bivariadas con significancia estadística entre variables sociodemográficas con Discapacidad final y por áreas

Variables		Discapacidad por áreas y final (escala de 0 – 100 puntos)							
		Comprensión y comunicación	Movilidad	Autocuidado	Relacionarse con otras personas	Actividades de la vida diaria - Trabajo no remunerado	Actividades de la vida diaria- Trabajo remunerado	Participación en sociedad	Discapacidad final
Sociodemográficas	Sexo	,046	,002	,104	,161*	,005	,221	,147	,094
	Edad	-,211*	,249*	,072	-,342**	,038	,320	,000	,003
	Rangos de Edad	-,214*	,238*	,079	-,352**	,038	,279	,001	,002
	Nivel de estudios	-,211*	-,065	-,125	-,157	-,129	-,127	-,152	-,170
	Estado civil	,112	,358**	,291	,224	,300	,070	,165	,186
	Ocupación Actual	,408**	,438**	,422**	,530**	,481**	,657**	,570**	,543**
	Afiliación a salud	,022	,123	,060	,122	,053	,079	,028	,073
	Rango de ingresos familiares	,186*	,116	,191*	,184*	,137	,290	,122	,194*
	Estrato	-,172	,082	,043	-,028	-,050	-,011	-,003	,004

Los coeficientes de correlación (estadístico de la prueba) se encuentran disponibles en las tablas No. 16 y 17.

* $P \leq 0.05$

** $P \leq 0.01$

Las diferencias en los promedios por subgrupos de la variable ocupación (relación significativa con fuerza de asociación por encima de 0,40) se presentan a continuación:

Las puntuaciones promedio más altas (mayor discapacidad) se observaron en personas desempleadas por otro motivo, siendo la más elevada para el área de actividades de la vida diaria ($\bar{x}=100$). (ver tabla 25)

Tabla 25. Ocupación con áreas y final de discapacidad

Ocupación actual	Medida estadística	Comprensión y Comunicación	Movilidad	Autocuidado	Relacionarse con otras	Actividades de la vida	Actividades de la vida	Participación en sociedad	Discapacidad final - WHODAS II
Asalariado	n	3	3	3	3	3	3	3	3
	Media	10,0	43,8	20,0	22,2	30,0	28,6	38,9	28,3
	DS	17,3	10,8	20,0	21,0	26,5	0,0	4,8	11,8
Independiente	n	20	20	20	20	20	20	20	20
	Media	12,8	19,1	16,5	20,4	20,0	14,3	28,5	19,4
	DS	14,2	31,9	25,4	15,6	23,4	17,3	17,2	15,1
Trabajo no remunerado	n	1	1	1	1	1	1	1	1
	Media	10,0	31,3	40,0	41,7	40,0	28,6	41,7	32,1
	DS	.	.	.	.	.	.	.	.
Estudiante	n	5	5	5	5	5	5	5	5
	Media	25,0	42,5	54,0	38,3	36,0	37,1	42,5	38,5
	DS	42,4	40,8	49,3	33,6	35,1	39,6	27,9	31,5
Ama de casa	n	16	16	16	16	16		16	16
	Media	8,4	39,1	25,6	5,2	38,8		39,1	26,5
	DS	15,8	21,2	19,0	8,0	18,2		12,3	7,7
Jubilado	n	2	2	2	2	2		2	2
	Media	0,0	59,4	40,0	0,0	65,0		41,7	32,6
	DS	0,0	57,5	28,3	0,0	35,4		11,8	20,0
Pensionado por discapacidad	n	1	1	1	1	1		1	1
	Media	0,0	0,0	40,0	16,7	0,0		33,3	15,2
	DS	.	.	.	.	.		.	.
Desempleado por motivo de salud	n	59	59	59	59	59	1	59	59
	Media	28,1	53,5	47,1	40,8	53,6	100,0	53,5	45,7
	DS	27,2	34,3	33,2	27,8	33,2	.	15,9	21,7
Desempleado por otro motivo	n	7	7	7	7	7	1	7	7
	Media	62,1	73,2	61,4	72,4	74,3	100,0	65,5	89,0
	DS	9,9	34,0	43,8	33,9	26,4	.	17,1	20,0

8.2.2 Variables clínicas y Discapacidad

Frente a las variables clínicas, el diagnóstico médico presento la correlación significativa con fuera de asociación más alta con el área de “actividades de la vida diaria – trabajo remunerado”. El tiempo de limitación evidencia correlación inversa y significativa más alta con movilidad. El uso de ayudas externas presenta correlación significativa frente a movilidad, sin embargo, respecto al tipo de ayuda externa se observa correlación significativa con las distintas áreas menos con comprensión y comunicación. (ver tabla 26)

Tabla 26. Resumen de relaciones bivariadas con significancia estadística entre variables clínicas con Discapacidad final y por áreas

Variables		Discapacidad por áreas y final (escala de 0 – 100 puntos)							
		Comprensión y	Movilidad	Autocuidado	Relacionarse con otras	Actividades de la vida diaria -	Actividades de la vida diaria-	Participación en sociedad	Discapacidad final
Clínicas	Diagnóstico médico	,437	,711**	,661**	,565*	,606**	,769**	,524**	,619**
	Tiempo limitación	-,049	-,457**	-,407**	,007	-,418**	-,460**	-,292**	-,374**
	Rangos de tiempo limitación permanente	,021	-,415**	-,297**	,008	-,324**	-,333	-,274**	-,295**
	Uso de ayudas externas	,113	,305**	,233*	,031	,178	,275*	,056	,132
	Tipo de ayuda externa	,265	,731**	,709**	,386*	,623**	,727**	,667**	,640**
	Uso de medicamentos	,140	,213*	,022	,124	,087	,148	,100	,036
	Tipo de medicamento	,315	,281	,300	,340	,288	,319	,233	,255

Los coeficientes de correlación (estadístico de la prueba) se encuentran disponibles en las tablas No. 16 y 17.

* $P \leq 0.05$

** P< 0.01

Se presentan a continuación las diferencias en los promedios por subgrupos para aquellas variables con fuerzas de asociación más altas.

En la variable diagnóstico médico, el subgrupo de malformaciones congénitas fue el que presentó mayores promedios de puntuación para las diferentes áreas de discapacidad, con valores que oscilan entre 71.7 y 90. El segundo subgrupo que presenta mayores puntuaciones promedio son las enfermedades del sistema nervioso, siendo la puntuación más elevada respecto al área de movilidad (\bar{x} =63.09) (ver tabla 27).

Tabla 27. Diagnóstico médico con áreas de discapacidad y discapacidad final

Variable clínica	Subgrupo	Medida estadística	Movilidad	Autocuidado	Relacionarse con otros	Actividades de la vida diaria	Actividades de la vida independiente	Participación en sociedad	Discapacidad final
Diagnóstico (CIE- 10)	Enfermedades infecciosas y parasitarias	n	1	1	1	1	1	1	1
		Media	50,00	20,00	25,00	40,00	28,57	41,67	29,25
		DS	.	.	.	.	.	.	.
	Trastornos mentales y del comportamiento	n	1	1	1	1		1	1
		Media	31,25	50,00	91,67	50,00		54,17	59,78
		DS	.	.	.	.		.	.
	Enfermedades del sistema nervioso	N	32	32	32	32	7	32	32
		Media	63,09	86,88	79,84	78,44	82,65	74,30	68,16
		DS	32,51	33,16	29,00	29,41	23,28	18,28	21,07
	Enfermedades del ojo y sus anexos	N	11	11	11	11		11	11
		Media	39,77	35,45	16,67	50,00		48,11	34,49
		DS	24,73	18,64	19,00	29,33		14,24	17,06
	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	N	30	30	30	30	18	30	30
		Media	6,25	7,00	30,56	15,67	7,14	32,36	19,45
		DS	11,37	12,91	15,68	20,29	12,00	16,62	12,98
	Enfermedades del sistema circulatorio	N	2	2	2	2		2	2
		Media	53,13	45,00	45,83	65,00		45,83	47,83
		DS	39,77	63,64	64,82	35,36		17,68	43,04
	Enfermedades del sistema	N	32	32	32	32	4	32	32
		Media	60,74	44,06	18,23	49,38	55,36	47,40	38,98

	osteomuscular y del tejido conjuntivo	DS	27,00	28,50	23,33	29,06	31,07	16,22	18,47
	Malformaciones congénitas	N	5	5	5	5	1	5	5
		Media	78,75	90,00	83,33	90,00	78,57	71,67	75,30
		DS	18,01	0,00	18,63	0,00	.	13,94	11,63

En la variable rangos de tiempo de limitación, el subgrupo de menos de un año con la limitación, fue el que presentó mayores promedios de puntuación de discapacidad en las distintas áreas, observándose la más alta respecto al área de “actividades de la vida diaria” ($\bar{x}=93.3$) (ver tabla 28).

Tabla 28. Rango del tiempo de limitación con áreas de discapacidad y discapacidad final

VARIABLES CLÍNICAS	Subgrupo	Medida estadística	Movilidad	Autocuidado	Relacionarse con otras personas	Actividades de la vida diaria	Actividades de la vida diaria- Trabajo	Participación en sociedad	Discapacidad final - WHODAS
Rangos de tiempo de limitación	Menos de 1 año	N	3	3	3	3		3	3
		Media	75,00	56,67	30,56	93,33		56,94	51,81
		DS	18,75	28,87	26,79	5,77		15,77	10,10
	1 a 5 años	N	13	13	13	13		13	13
		Media	64,90	43,08	28,85	53,85		53,21	43,98
		DS	25,84	32,25	28,39	32,03		16,42	20,68
	5 a 10 años	N	23	23	23	23	6	23	23
		Media	64,95	55,22	33,33	56,09	35,71	54,35	46,17
		DS	28,12	28,58	32,47	26,92	25,56	16,55	19,49
	Más de 10 años	N	75	75	75	75	25	75	75
		Media	34,75	32,53	31,33	38,27	18,86	42,50	33,65
		DS	34,27	33,82	26,67	31,98	26,15	19,31	22,76

Respecto al uso de ayudas, las mayores puntuaciones promedio para las diferentes áreas de discapacidad, son más elevadas en el subgrupo de usuarios con ayudas externas, siendo la más elevada para el área de movilidad ($\bar{x}=53.89$). (ver tabla 29).

Tabla 29. Uso de ayudas con áreas de discapacidad y discapacidad final

VARIABLES CLÍNICAS	Subgrupo	Medida estadística	Movilidad	Autocuidado	Relacionarse con otras personas	Actividades de la vida diaria	Actividades de la vida diaria- Trabajo	Participación en sociedad	Discapacidad final - WHODAS II
Uso de ayudas externas	No	N	45	45	45	45	9	45	45
		Media	32,22	29,33	30,37	38,00	33,33	45,19	34,20
		DS	29,16	25,53	26,00	23,22	20,52	13,59	17,13
	Sí	n	69	69	69	69	22	69	69
		Media	53,89	45,22	32,13	49,71	17,53	47,34	40,20
		DS	35,91	36,69	29,02	36,54	27,68	21,91	24,89

En cuanto al tipo de ayudas externas, las puntuaciones promedio más elevadas para las diferentes áreas de discapacidad se observan en el subgrupo de participantes que utilizan gafas, respecto a la dimensión “actividades de la vida diaria” ($\bar{x}=90$) y en los usuarios que utilizan silla de ruedas la mayor puntuación promedio se observó frente al área de movilidad ($\bar{x}=82.5$). (ver tabla 30)

Tabla 30. Tipo de ayudas con áreas de discapacidad y discapacidad final

VARIABLES CLÍNICAS	Subgrupo	Medida estadística	Movilidad	Autocuidado	Relacionarse con otras personas	Actividades de la vida diaria	Actividades de la vida diaria- Trabajo	Participación en sociedad	Discapacidad final - WHODAS II
Tipo de ayuda	Ninguna	N	45	45	45	45	9	45	45
		Media	32,22	29,33	30,37	38,00	33,33	45,19	34,20
		DS	29,16	25,53	26,00	23,22	20,52	13,59	17,13
	Audífono	n	16	16	16	16	14	16	16
		Media	3,91	2,50	24,48	10,63	3,06	22,66	13,08
		DS	10,67	4,47	14,42	17,31	7,78	13,77	10,23
	Bastón	n	19	19	19	19	2	19	19
		Media	50,33	34,21	17,54	40,00	39,29	40,13	32,10
		DS	24,87	25,24	23,22	26,46	15,15	15,35	17,35
	Caminador	n	5	5	5	5	1	5	5
		Media	77,50	70,00	35,00	82,00	100,00	69,17	59,87
		DS	8,39	27,39	21,57	23,87	.	5,59	13,17

	Gafas	n	2	2	2	2		2	2
		Media	68,75	45,00	20,83	90,00		58,33	52,17
		DS	17,68	7,07	29,46	0,00		11,79	12,30
	Prótesis Ocular	n	2	2	2	2		2	2
		Media	56,25	35,00	25,00	65,00		58,33	43,48
		DS	35,36	35,36	35,36	35,36		29,46	32,28
	Silla de Ruedas	n	25	25	25	25	5	25	25
		Media	82,50	76,80	69,00	71,20	32,86	62,50	78,56
		DS	19,43	25,61	34,13	31,27	28,39	14,53	19,96

8.2.3 Variables sociodemográficas y clínicas con Grado de discapacidad

Se aplicó la prueba estadística Chi cuadrado para el análisis entre todas las variables sociodemográficas y clínicas de tipo cualitativo con el grado de discapacidad final.

En cuanto a las variables sociodemográficas, se encontró relación estadísticamente significativa ($p \leq 0.05$) entre el grado de discapacidad y las variables nivel de estudios y ocupación (ver tabla 31).

Tabla 31. Relación entre variables sociodemográficas y grado de discapacidad final

Variable	Pruebas	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Sexo	Chi-cuadrado de Pearson	0,93	2	0,63
	Razón de verosimilitud	0,95	2	0,62
	Asociación lineal por lineal	0,67	1	0,41
Rangos de Edad	Chi-cuadrado de Pearson	20,11	12	0,07
	Razón de verosimilitud	21,85	12	0,04
	Asociación lineal por lineal	0,00	1	1,00
Nivel de estudios	Chi-cuadrado de Pearson	25,91	12	0,01
	Razón de verosimilitud	27,39	12	0,01
	Asociación lineal por lineal	0,99	1	0,32
Estado civil	Chi-cuadrado de Pearson	16,74	10	0,08
	Razón de verosimilitud	19,52	10	0,03
	Asociación lineal por lineal	1,10	1	0,29
Ocupación	Chi-cuadrado de Pearson	36,79	16	0,00
	Razón de verosimilitud	47,46	16	0,00
	Asociación lineal por lineal	21,74	1	0,00
Afiliación a salud	Chi-cuadrado de Pearson	1,21	2	0,55
	Razón de verosimilitud	1,38	2	0,50

	Asociación lineal por lineal	1,09	1	0,30
Rango de ingresos del núcleo familiar	Chi-cuadrado de Pearson	2,35	2	0,31
	Razón de verosimilitud	2,85	2	0,24
	Asociación lineal por lineal	1,81	1	0,18
Estrato socioeconómico	Chi-cuadrado de Pearson	1,18	4	0,88
	Razón de verosimilitud	1,67	4	0,80
	Asociación lineal por lineal	0,23	1	0,63

De acuerdo con lo anterior, se presentan las diferencias por subgrupos de variables sociodemográficas que mostraron relación estadísticamente significativa con el grado de discapacidad final.

El grado de discapacidad moderado y severo es más frecuente en personas con baja instrucción escolar (ninguna o primaria incompleta). (ver tabla 32).

Tabla 32. Nivel de estudios alcanzado vs grado de discapacidad final

NIVEL DE ESTUDIOS	Grado de discapacidad Final (%)		
	Leve	Moderada	Severa
Ninguno	29,7	27	43,2
Primaria incompleta	19,4	61,1	19,4
Primaria completa	57,1	35,7	17,1
Secundaria incompleta	0	75	25
Secundaria completa	27,3	45,5	27,3
Técnico-Tecnológico	57,1	28,6	14,3
Especialización	0	0	100
Total	28,9	43,9	27,2

El grado de discapacidad severo predomina en el grupo de desempleados por otro motivo (71.4%). Para los demás subgrupos impera el grado moderado. (ver tabla 33).

Tabla 33. Ocupación vs grado de discapacidad final

OCUPACIÓN ACTUAL	Grado de discapacidad Final (%)		
	Leve	Moderada	Severa
Asalariado	33,3	66,7	0
Independiente	55	45	0
Trabajo no remunerado	0	100	0
Estudiante	40	20	40
Ama de casa	37,5	62,5	0
Jubilado	50	50	0
Pensionado por discapacidad	50	0	0
Desempleado por motivo de salud	18,6	40,7	40,7
Desempleado por otro motivo	0	28,6	71,4
Total	28,9	43,9	27,2

Respecto a la relación entre las variables clínicas de tipo cualitativo y el grado de discapacidad final se encontró significancia estadística con respecto al diagnóstico médico, uso de ayudas externas y tipo de ayudas externa. ($p \leq 0.05$) (ver tabla 34).

Tabla 34. Relación entre variables clínicas y grado de discapacidad final

Variable	Pruebas	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Diagnóstico médico	Chi-cuadrado de Pearson	50,470	14	0,00
	Razón de verosimilitud	52,871	14	0,00
	Asociación lineal por lineal	2,859	1	,091
Rango de Tiempo de la limitación permanente	Chi-cuadrado de Pearson	11,190	6	,083
	Razón de verosimilitud	13,037	6	,042
	Asociación lineal por lineal	7,057	1	,008
Uso de ayudas externas	Chi-cuadrado de Pearson	9,801	2	0,007
	Razón de verosimilitud	10,228	2	0,006
	Asociación lineal por lineal	1,761	1	,185

Tipo de ayudas externas	Chi-cuadrado de Pearson	53,755	14	0,00
	Razón de verosimilitud	55,796	14	0,00
	Asociación lineal por lineal	23,931	1	0,00
Uso de medicamentos	Chi-cuadrado de Pearson	2,554	2	0,279
	Razón de verosimilitud	2,618	2	0,270
	Asociación lineal por lineal	,507	1	0,477
Tipo de medicamento	Chi-cuadrado de Pearson	24,871	20	0,206
	Razón de verosimilitud	32,374	20	0,04
	Asociación lineal por lineal	,745	1	,388

Acorde con lo anterior, se presentan las diferencias por subgrupos de variables clínicas que mostraron relación estadísticamente significativa con el grado de discapacidad final.

Respecto al diagnóstico médico, se observa que el grado discapacidad severo predomina las enfermedades neurovasculares y el grado de discapacidad moderada predomina en usuarios con condiciones de salud de origen músculo-esquelético. (ver tabla 35)

Tabla 35. Diagnóstico médico vs grado de discapacidad final

DIAGNÓSTICO MÉDICO	Grado de discapacidad Final (%)		
	Leve	Moderada	Severa
Amputación	20	60	20
Artritis	0	66,7	33,3
Artrosis	11,1	55,6	33,3
Cifosis	0	100	0
Cuadriplejia	0	0	100
Deficiencia visual	50	30	20
Demencia	0	0	100
Desviación de Cadera	50	50	0
Displasia de Cadera	50	50	0
E.C.V	10	20	70
Epilepsia	20	40	0
Esquizofrenia	0	0	0
Fribromatosis vertebral	0	100	0

DIAGNÓSTICO MÉDICO	Grado de discapacidad Final (%)		
	Leve	Moderada	Severa
Glaucoma	0	0	0
Hemiplejia Izquierda	0	0	100
Hipoacusia	65,5	31	13,4
Leishmaniasis	0	100	0
Luxación de Cadera	0	66,7	33,3
Meningitis	0	0	100
Microcefalia	0	0	100
Mielomeningocele	0	0	100
Neuropatía	0	0	0
Osteoartritis	0	100	0
Parkinson	0	50	80
Pérdida Auditiva	0	0	0
Pie equinovaro bilateral	0	100	0
Polidactilia	0	100	0
Reumatismo	0	100	0
Secuelas de Meningitis Infantil	0	0	0
Secuelas de Poliomyelitis	100	0	0
Síndrome Convulsivo	100	0	0
Trauma Raquímedular	0	20	80
Tromboflebitis	0	0	0
Úlcera Varicosa	100	0	0
Unión Lumbar y Vertebral	0	100	0
Total	28,9	43,9	27,2

En cuanto al tipo de ayuda utilizada, en la discapacidad severa predomina el uso de silla de ruedas mientras que en la discapacidad moderada predomina el uso de muletas y bastón, (ver tabla 36)

Tabla 36. Tipo de ayuda técnica vs grado de discapacidad final

TIPO DE AYUDA TÉCNICA	Grado de discapacidad Final (%)		
	Leve	Moderada	Severa
Ninguna	26,7	60	13,3
Audífono	75	25	0
Bastón	35,3	62,9	11,8
Caminador	20	20	40
Gafas	0	40	50
Muletas	0	60	50
Silla de ruedas	14	28	68
Prótesis	50	0	50
Total	28,9	43,9	27,2

8.2.4 Variables sociodemográficas y Calidad de vida

Al establecer la relación existente entre las variables sociodemográficas con las distintas áreas de calidad de vida relacionada con la salud, respecto a rangos de edad se observó correlación significativa inversa con la dimensión de dolor corporal. Frente al nivel de estudios se evidencio correlación significativa en lo concerniente a cambios en la salud a nivel general. La variable ocupación actual presenta correlación con la mayoría de dimensiones de calidad de vida, siendo la correlación más alta la encontrada con la dimensión de función social. (ver tabla 37).

Tabla 37. Resumen de relaciones bivariadas con significancia estadística entre variables sociodemográficas con Discapacidad final y por áreas

Variables		calidad de vida relacionada con la salud								
		Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental	Cambios en la salud a
Sociodemográficas	Género									
	Rangos de edad de los participantes			-,316*		-,254**				
	Máximo nivel de estudios alcanzado					-,194*	-,207*			-,362*

	Estado civil actual							-,187 ⁺	-,190 ⁻		
	Ocupación actual	,350 [*]	,455 ^{**}	,345 [*]	,390 ^{**}			,480 ^{**}	,448 ^{**}		,394 [*]
	Ingresos familiares										

Los coeficientes de correlación (estadístico de la prueba) se encuentran disponibles en las tablas No. 16 y 17.

* $P \leq 0.05$

** $P \leq 0.01$

A continuación se presentan las diferencias en los promedios por subgrupos de la variable ocupación que evidenciaron relaciones estadísticamente significativas con fuerza de asociación más alta.

Las puntuaciones promedio más altas (mejor percepción de calidad de vida) se observan en personas asalariadas o independientes y estudiantes (ver tabla 38).

Tabla 38. Ocupación con dimensiones de calidad de vida relacionadas con la salud

Ocupación actual	Medidas estadísticas	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental	Cambios en la salud a nivel general
Asalariado	N	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Media	71,7	77,1	92,5	70,0	74,6	91,7	80,6	73,3	70,0
	DS	25,2	21,9	13,0	26,5	18,0	7,2	12,7	22,5	25,0
Independiente	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	Media	71,0	77,2	91,8	48,3	84,4	90,0	79,6	71,0	71,3
	DS	38,0	29,6	18,4	11,0	10,6	18,0	27,9	14,5	17,2
Trabajo no remunerado	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Media	,0	25,0	45,0	20,0	37,5	37,5	25,0	50,0	25,0
	DS	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Estudiante	N	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Ocupación actual	Medidas estadísticas	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental	Cambios en la salud a nivel general
	Media	68,0	75,0	100,0	53,0	47,5	95,0	58,3	74,0	70,0
	DS	52,2	44,7	,0	7,6	7,1	11,2	44,9	9,6	28,5
Ama de casa	n	16	16	16	16	16	16	16	16	16
	Media	36,6	53,9	78,0	45,6	50,4	70,3	56,8	65,0	43,8
	DS	30,3	26,5	25,8	11,7	5,8	20,3	23,0	17,9	14,4
Jubilado	n	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Media	25,0	50,0	66,3	50,0	50,0	75,0	50,0	75,0	37,5
	DS	35,4	35,4	47,7	7,1	,0	35,4	35,4	21,2	17,7
Pensionado por discapacidad	n	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Media	80,0	75,0	100,0	50,0	50,0	100,0	75,0	80,0	50,0
	DS	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Desempleado por motivo de salud	n	59	59	59	58	59	59	59	59	59
	Media	31,9	36,7	73,1	40,5	52,4	59,1	41,5	67,8	40,3
	DS	36,4	32,8	32,1	8,7	12,9	31,7	33,1	15,9	19,2
Desempleado por otro motivo	n	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	Media	20,0	24,1	39,6	33,6	38,4	37,5	23,8	55,0	25,0
	DS	33,0	36,5	41,2	14,6	31,1	30,6	36,8	25,2	20,4

8.2.5 Variables clínicas y Calidad de vida

Frente a las variables clínicas, el tiempo de limitación evidencia la correlación directa y significativa más alta con la dimensión de rol físico. Respecto al tipo de ayuda externa se observa correlación inversa y significativa más alta con la dimensión de función física. Frente al uso de medicamentos se evidenció correlación inversa y significativa más alta con la dimensión de dolor corporal. (ver tabla 39).

Tabla 39. Resumen de relaciones bivariadas con significancia estadística entre variables clínicas con calidad de vida y por dimensiones

Variables		calidad de vida relacionada con la salud								
		Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental	Cambios en la salud a nivel general
Clínicas	Diagnóstico médico (CIE 10)									
	Rangos de tiempo de la limitación permanente (años)	,382**	,496**	,422**	,350**	,236	,346**	,449**	0,16	,319**
	Uso de ayudas externas	-,340**	,208							
	Ayudas externas utilizadas	-,609**	-,469**	-,312**	-,311**	,281	,285	-,417**		,250
	Uso de medicamentos	-,207		-,382**	-,317**	-,380**	,248	-,189	-,300**	-,356**

Los coeficientes de correlación (estadístico de la prueba) se encuentran disponibles en las tablas No. 16 y 17.

* $P \leq 0.05$

** $P \leq 0.01$

Acorde con las relaciones estadísticamente significativas entre las variables clínicas y calidad de vida por dimensiones y total descritas anteriormente, se presentan a continuación las diferencias en los promedios por subgrupos para aquellas variables con fuerzas de asociación más altas.

En la variable rangos de tiempo de limitación, el subgrupo de personas que lleva 10 años o más con la limitación fue el que presentó mayores promedios de puntuación (mejor percepción) para las distintas áreas de calidad de vida relacionadas con la salud, con puntuaciones que oscilaron entre 52 y 85 puntos. La dimensión con mayor puntuación promedio fue dolor corporal (\bar{x} =85.1) (ver tabla 40).

Tabla 40. Rangos del tiempo de limitación con dimensiones de calidad de vida relacionadas con la salud

Rangos de tiempo de la limitación permanente (años)	Medidas estadísticas	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental	Cambios en la salud a nivel general
Menos de 1 año	N	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Media	15,0	,0	21,7	38,3	43,8	33,3	16,7	65,0	41,7
	DS	10,0	,0	21,3	7,6	16,5	19,1	16,7	,0	28,9
1 a 5 años	N	13	13	13	12	13	13	13	13	13
	Media	13,1	26,0	70,4	39,2	50,5	61,5	31,4	71,5	36,5
	DS	14,8	25,6	30,8	8,7	12,4	28,2	29,3	14,2	16,5
5 a 10 años	N	23	23	23	23	23	23	23	23	23
	Media	17,6	25,5	59,5	36,3	44,3	51,6	31,2	57,2	35,9
	DS	22,3	20,9	33,3	11,0	17,2	29,5	25,9	19,2	21,1
Más de 10 años	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75
	Media	72,2	90,3	85,1	85,9	84,3	75,0	92,3	80,3	88,7
	DS	40,5	34,4	26,2	11,0	11,9	29,2	33,4	15,5	20,1

En cuanto al tipo de ayudas externas, las puntuaciones promedio más elevadas para las diferentes áreas de calidad de vida se observan en el subgrupo de usuarios que utilizan audífonos. Las mayores puntuaciones promedio se observaron frente a las dimensiones dolor corporal y función social (\bar{x} =100.6 y \bar{x} =98.4). (ver tabla 41)

Tabla 41. Tipo de ayudas con dimensiones de calidad de vida relacionadas con la salud

Ayudas externas utilizadas	Medidas estadísticas	Función física	RoI físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental	Cambios en la salud a nivel general
Ninguna	N	45	45	45	44	45	45	45	45	45
	Media	54,7	56,8	83,0	45,2	55,3	71,1	58,1	70,7	46,7
	DS	34,7	30,8	27,9	11,2	13,3	27,9	29,9	17,3	17,4
Audífono	N	16	16	16	16	16	16	16	16	16
	Media	87,2	93,4	100,0	83,4	77,8	98,4	93,2	71,6	60,9
	DS	29,1	13,2	,0	7,5	6,7	4,3	14,3	9,6	18,2
Bastón	N	17	17	17	17	17	17	17	17	17
	Media	31,5	42,6	70,3	39,7	46,3	69,1	52,0	65,3	39,7
	DS	21,8	25,4	32,8	10,2	14,8	28,7	24,0	16,7	17,8
Caminador	N	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Media	5,0	25,0	22,5	35,0	45,0	32,5	28,3	54,0	30,0
	DS	6,1	26,9	28,4	10,0	10,3	24,4	26,1	16,7	20,9
Gafas	N	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Media	7,5	,0	60,0	37,5	50,0	50,0	16,7	75,0	50,0
	DS	10,6	,0	24,7	10,6	,0	,0	23,6	14,1	35,4
Muletas	N	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Media	17,5	40,6	50,0	32,5	43,8	68,8	45,8	52,5	25,0
	DS	24,7	22,1	38,9	17,7	,0	26,5	29,5	3,5	,0
Silla de ruedas	N	25	25	25	25	25	25	25	25	25
	Media	2,0	15,5	66,6	37,8	46,8	49,5	20,7	64,4	36,0
	DS	6,3	22,0	29,5	10,1	15,9	32,0	29,0	18,2	22,9
Prótesis	N	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Media	10,0	37,5	100,0	42,5	46,9	62,5	37,5	72,5	62,5
	DS	14,1	17,7	,0	3,5	4,4	17,7	17,7	24,7	17,7

Respecto al uso de medicamentos, las puntuaciones promedio más elevadas se observaron en usuarios que no usan medicamentos. (ver tabla 42)

Tabla 42. Uso de medicamentos con dimensiones de calidad de vida relacionadas con la salud

Uso de medicamentos	Medidas estadísticas	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental	Cambios en la salud a nivel general
No	N	83	83	83	83	83	83	83	83	83
	Media	76,3	71,1	84,4	65,5	74,8	72,0	84,9	70,8	68,8
	DS	40,1	37,3	24,5	10,5	12,1	29,9	36,3	15,6	20,3
Sí	N	31	31	31	30	31	31	31	31	31
	Media	22,4	38,9	55,5	36,3	42,7	56,0	41,7	59,4	33,1
	DS	28,5	28,0	37,0	11,2	14,0	30,3	27,9	16,8	17,5

8.2.6 Relación entre final y áreas de discapacidad con calidad de vida relacionada con la salud

Al establecer la relación entre las distintas áreas de discapacidad y las dimensiones de calidad de vida relacionadas con la salud, se logró determinar que existe una correlación inversa y estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre estas variables; es decir, a menor puntuación promedio en las distintas áreas de discapacidad y final, mayor puntuación promedio en las dimensiones de calidad de vida. La dimensión función física evidenció la correlación significativa más alta con el área de movilidad. La dimensión de rol físico mostró correlación significativa más alta con el área de autocuidado, de actividades de la vida diaria y con discapacidad final. (ver tabla 43)

Tabla 43. Relación entre final y áreas de discapacidad con calidad de vida relacionada con la salud

Variables		Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental	Cambios en la Salud General
Discapacidad	Comprensión y Comunicación						-,401**			
	Movilidad	-,848**	,818**	-,712**	-,589**	-,438**	-,676**	-,791**		-,462**
	Autocuidado	-,788**	,791**	-,565**	-,547**		-,594**	-,745**		-,420**
	Relacionarse con otras personas		,357**				-,316**	-,379**		
	Actividades de la vida diaria	-,697**	,771**	-,629**	-,552**		-,682**	-,733**		-,426**
	Actividades de la vida diaria-	-,753**	,672**	-,397*	-,369*	-,378*	-,461**	-,642**		

Variables	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental	Cambios en la Salud General
Trabajo remunerado									
Participación en sociedad	-,663**	-,662**	-,487**	-,496**		-,611**	-,674**		-,357**
Discapacidad final - WHODAS II	-,722**	-,781**	-,591**	-,584**	-,320	-,699**	-,765**		-,396**

Los coeficientes de correlación (estadístico de la prueba) se encuentran disponibles en las tablas No. 16 y 17.

* $P \leq 0.05$

** $P \leq 0.01$

9 DISCUSIÓN

Esta investigación caracterizó variables sociodemográficas, clínicas, de discapacidad y de calidad de vida, a su vez estableció las relaciones existentes entre las dos variables diana del estudio (discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud) y las posibles asociaciones entre ellas con características sociodemográficas y clínicas de adultos con discapacidad residentes en el municipio de Pamplona Norte de Santander. La discusión con autores se realizó a partir de los resultados univariados y bivariados publicados a nivel internacional y nacional, donde se evidenció limitación de publicaciones de estudios correlacionales de las variables investigadas, que hicieran uso de los mismos instrumentos (SF-36 y WHO DAS II) y por ende de resultados comparables para ser discutidos.

En las 114 personas participantes, la edad promedio fue de 59 ± 30 años y más de la mitad son hombres solteros, resultados semejantes respecto al sexo y estado civil reportados en ciudades de Colombia como Neiva(25), Pasto(55) y Popayán(56) y a nivel internacional como los reportados en España por Gispert(57), en Estados Unidos por Laditka(58) y a nivel mundial por Wilson y cols(59).

En el estudio, los ingresos económicos mensuales familiares no superan el salario mínimo legal mensual vigente en más de la mitad de los casos y predomina el desempleo explicado por su actual condición de salud y discapacidad. Datos igualmente concordantes con los resultados de investigaciones hechas en Colombia por la Fundación Saldarriaga Concha(7), por Heno y Pérez(61), y los reportados en Ciudades como Neiva(25), Pasto(55), Popayán(56), Medellín(60) y en otros países del mundo y América Latina(2), (57), (58), (62) donde el desempleo es uno de los factores característicos de esta población y esto repercute en no tener un ingreso familiar estable aumentando el impacto social de la enfermedad y la discapacidad. Respecto del nivel educativo, este estudio encontro que la tercera parte de los participantes son analfabetas y la mitad alcanzo estudios de primaria incompleta, resultados similares a los encontrados en la mayoría de estudios publicados tanto en el país como a nivel internacional (6), (25), (55), (57), (58), (62).

Tal como era previsible, en el estudio de la discapacidad se pone de nuevo de manifiesto que en esta población el sexo (hombres), la edad (mayores de 59 años), la situación

socioeconómica (desempleo, bajo ingreso mensual), la escolaridad (primaria incompleta) son determinantes individuales que aumentan la percepción de discapacidad. En general, los factores identificados son consistentes en los publicados en la literatura científica tanto nacional como internacional.

La discapacidad en grado moderado fue la más frecuente en la población estudiada tras la aplicación del WHODAS II (es decir entre 25% y 49% de discapacidad), similares resultados a los encontrados en Manizales(16) y en Medellín(17), no obstante se encontró mayor proporción de discapacidad leve en un estudio realizado en población colombiana(61) y los reportados en ciudades como Pasto-Nariño(55) Soledad-Atlántico(64) y Barranquilla-Atlántico(65).

Las condiciones de salud a las cuales los participantes del estudio atribuyen la limitación permanente con mayores promedios de puntuación (movilidad y participación en sociedad) fueron de origen neurológico, osteomuscular y del oído, resultados consistentes con el perfil de limitaciones permanentes reportados por el DANE en el censo de 2005(5) donde el departamento de Norte de Santander presentó en un segundo lugar las limitaciones para caminar o moverse con un 29% de su población con discapacidad y por el estudio de prevalencia en el municipio de Los Santos- Santander(66). A nivel mundial, son frecuentes los estudios para valorar la discapacidad en determinadas condiciones de salud, en psicopatologías como la esquizofrenia(12), desórdenes psiquiátricos y esclerosis múltiple (13), enfermedad cerebrovascular(14), espondilitis anquilosante(15), lesión medular(16) e insuficiencia renal crónica(17); en la mayoría de ellos el compromiso del área de la movilidad y de la participación social es evidente.

La dimensión de función física fue la peor percibida dentro de la evaluación de calidad de vida tras la aplicación del SF 36, resultados similares a los encontrados en el estudio realizado en la ciudad de Neiva(25) y en Bogotá(63). La razón de que los participantes hayan obtenido puntajes menores en la función física, puede ser atribuible al tipo de limitación en el área de movilidad que obtuvo mayor promedio de puntuación (mayor discapacidad) y a las condiciones de salud de origen neuromuscular que fueron las señaladas por los participantes como productoras de las limitaciones permanentes.

Los estudios en Colombia sobre calidad de vida relacionada con la salud, predominantemente han sido población con enfermedades crónicas como lupus eritematoso sistémico(67), enfermedad pulmonar obstructiva crónica - EPOC(68), cáncer(69), artritis reumatoide(70) e insuficiencia renal crónica(71).

La variable ocupación presentó asociación significativa con todas las áreas y final de discapacidad, siendo el subgrupo de desempleado el que evidenció mayor discapacidad para las áreas de movilidad, autocuidado y actividades de la vida diaria. Diversos estudios han encontrado esta misma asociación, ejemplo de ello lo reportado en Colombia (16), (55), (56), (61), (64),(74). Por otra parte, no se presentó relación significativa entre sexo y discapacidad; sin embargo, diversos estudios han encontrado por lo menos, asociación entre dichas variables(66),(72),(73).

El tiempo de limitación, el uso y tipo de ayudas externas y uso de medicamentos evidencian asociaciones significativas con la mayoría de dimensiones de calidad de vida, especialmente con la función física, rol físico y salud mental, similares resultados encontrados estudios en Colombia(55), (64),(65).

El área de movilidad presentó relación significativa e inversa con todos los dominios de calidad de vida, destacándose la mayor fuerza de asociación con el dominio físico, igual caso fue el reportado en el estudio de Gil y otros en Soledad-Atlántico(64).

La asociación entre el puntaje total y por áreas de discapacidad con dimensiones de calidad de vida evidenció una dirección inversa, es decir a mayor discapacidad más baja es la percepción de la calidad de vida, lo cual explica la influencia e impacto de la discapacidad en las diferentes áreas del bienestar subjetivo. Lo anterior igualmente encontrado en estudios nacionales en ciudades como Pasto(55), Bogotá(63), Soledad(64), Barranquilla(65) y Cartagena(75) y a nivel internacional ratificado en el estudio de Chopra(13) y Hays(24). Este resultado del estudio frente a la asociación entre áreas y final de discapacidad con dimensiones de calidad de vida no es motivo de mayor discusión debido a la limitación de la literatura encontrada acerca del tema.

10 CONCLUSIONES

De acuerdo con los objetivos específicos del estudio, se establecen las siguientes conclusiones:

1. La mayoría de los participantes fueron hombres, adultos, solteros y cerca de la mitad de ellos realizaron estudios de primaria incompleta. Más de la mitad de los participantes se encontraban desempleados por motivo de salud, vinculados al régimen subsidiado, pertenecientes al estrato uno, con ingresos familiares de menos de un salario mínimo legal vigente.
2. Más de la mitad de los participantes lleva 10 o más años con la limitación permanente, en mayor proporción la limitación es atribuida a enfermedades del sistema nervioso, del sistema osteomuscular, del tejido conjuntivo y del oído. Prevalece el uso de silla de ruedas, bastón y audífonos. Casi tres cuartas partes de los participantes manifestaron no usar medicamentos y dentro del grupo que sí consume, la mayor parte corresponden a antihipertensivos.
3. Tras la aplicación del WHO DAS II, predominó la discapacidad en grado moderado, el área de movilidad y participación en sociedad fueron las áreas con mayores puntajes (mayor discapacidad).
4. De acuerdo con las dimensiones del SF 36 para valorar calidad de vida, se encontró que la puntuación promedio más baja (peor percibida) fue la dimensión de Función Física.
5. La variable ocupación presentó correlación significativa con las distintas áreas y final de discapacidad. El subgrupo de desempleado fue el que presentó mayor promedio de discapacidad.
6. Las variables clínicas diagnóstico médico y tipo de ayudas externas presentaron asociación significativa con las áreas y final de discapacidad. El subgrupo de enfermedades neurológicas y malformaciones congénitas y el subgrupo que usa silla de ruedas evidenciaron mayor discapacidad.
7. A menor tiempo con la limitación permanente mayor puntuación de discapacidad.
8. El grado de discapacidad se asoció significativamente con el nivel educativo, el subgrupo de primaria incompleta evidenció mayor discapacidad en grado moderado.

9. Se encontró asociación entre diagnóstico médico y grado discapacidad, en el grado severo predominó las enfermedades neurovasculares y en el grado moderado predominó las condiciones de salud de origen músculo-esquelético.
10. La ocupación presentó asociación significativa con las dimensiones de calidad de vida, los subgrupos de estudiantes, asalariados e independientes presentaron las mejores percepciones de calidad de vida.
11. A mayor tiempo de limitación permanente mejor es la percepción de la calidad de vida,
12. Se encontró asociación entre consumo de medicamentos, uso de ayudas externas con calidad de vida, en el subgrupo que no consume medicamentos y el subgrupo que usa audífonos se evidenciaron mejores puntuaciones promedio de percepción de bienestar subjetivo.
13. A menor puntuación promedio en las distintas áreas y final de discapacidad mejor es el puntaje en las dimensiones de calidad de vida.

11 RECOMENDACIONES

- Generar a través de convenios con las diferentes empresas del estado procesos de inclusión laboral, con el fin de mejorar la estabilidad económica de las personas con discapacidad que tienen un trabajo informal.
- Establecer las estrategias necesarias en las instituciones educativas existentes, con el objetivo de incluir a las personas con discapacidad interesadas en mejorar su nivel académico, buscando disminuir el analfabetismo de la población y aumentando las posibilidades de un acceso académico superior.
- Difundir los resultados de este proyecto, y/o realizar una publicación informativa al respecto, a las entidades Gubernamentales públicas y privadas.
- Generar estrategias de participación a las diferentes actividades organizadas por los programas de la Alcaldía así como por la Consejería del departamento, diferenciadas por rangos de edad.
- Teniendo en cuenta lo anterior se le sugiere al municipio, continuar trabajando de la mano de la alta consejería del Consejero de Discapacidad y las diferentes entidades interesadas a participar de cada uno de los proyectos que permitan facilitar la inclusión, y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias.
- Generar programas participativos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de origen neurológico y osteomuscular.

12 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: IMSERSO, Ministerio de trabajo y asuntos sociales; Secretaria general de asuntos sociales; Instituto de migraciones y servicios sociales. 2001.
2. Organización Mundial de la Salud. Banco Mundial. Resumen. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Malta; 2011.
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Dirección de Censos y Demografía. Grupo de Discapacidad. 2004. [Internet]. [Consultado 21 agosto 2011]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/identificacion%20en%20los%20territorios.pdf>.
4. Gómez J. Discapacidad en Colombia: Reto para la Inclusión en Capital Humano. Fundación Saldarriaga Concha, editor. 2010. [Internet]. [Consultado 15 octubre 2012]. Disponible en: <http://www.colombialider.org/wp-content/uploads/2011/03/discapacidad-en-colombia-reto-para-la-inclusion-en-capital-humano.pdf>.
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005. Boletín Discapacidad-Colombia: Actualización. Bogotá: Dane; 2005. 2005.
6. Fundación Saldarriaga Concha. La Discapacidad en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: Lineamientos, Epidemiología e Impacto económico [Internet]. Fundación Santa Fé de Bogotá. 2009 [cited 2012 Oct 15]. disponible en: <http://mesadesplazamientoydiscapacidad.files.wordpress.com/2010/05/doc-fundac-2009.pdf>.
7. Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez L, Sánchez H. Encuesta Nacional de Salud 2007. 1 ed. Bogotá: Fundación cultural Javeriana de Artes Gráficas. (2009).

8. World Health Organization. Classification, Assessment, and Terminology Team (CAT)- Department for Measurement and Health Information System. WHODAS II. Disability assessment Schedule. Training manual: a guide to administration. Geneva (Switzerland): OMS;(2004).
9. Vasquez Baquero JL, Herrera Castanedo S, Vasquez Bourgón E, Gaité Pindado L. Cuestionario para la evaluación de discapacidad. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales; 2006. 196 p.
10. Kutlay S, Küçükdeveci AA, Elhan AH, Oztuna D, Koç N, Tennant A. Validation of the World Health Organization disability assessment schedule II (WHODAS-II) in patients with osteoarthritis. *Rheumatology International*, 2009; 31(3), 339–346. doi:10.1007/s00296-009-1306-8.
11. Garin O, Ayuso-Mateos JL, Almansa J, Nieto M, Chatterji S, Vilagut G, et al. Validation of the “World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2” in patients with chronic diseases. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:51.
12. McKibbin C, Patterson TL, Jeste DV. Assessing disability in older patients with schizophrenia: results from the WHODAS-II. *J Nerv Ment Dis*. 2004 Jun;192(6):405–13.
13. Chopra P, Herrman H, Kennedy G. Comparison of disability and quality of life measures in patients with long-term psychotic disorders and patients with multiple sclerosis: an application of the WHO Disability Assessment Schedule II and WHO Quality of Life-BREF. *Int J Rehabil Res Int Z Für Rehabil Rev Int Rech Réadaptation*. 2008 Jun;31(2):141–9.
14. Schelote A, Richter M, Poppendick U, Moller C, Schwelm K, et al. WHODAS II with people after stroke and their relatives. *Disabil Rehabil*. 2008;1–10.
15. Van Tubergen A, Landewé R, Heuft-Dorenbosch L, Spoorenberg A, van der Heijde D, van der Tempel H, et al. Assessment of disability with the World Health Organization

- Disability Assessment Schedule II in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 2003 Feb;62(2):140–5.
16. Henao Lema CP, Pérez Parra JE. Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular de Manizales (Colombia): Resultados desde WHO DAS II [Tesis de maestría]. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales;(2010).
 17. Rios L. Grado de discapacidad en población adulta con insuficiencia renal crónica- IRC en hemodialisis [Tesis de maestría]. Medellín: Universidad Autónoma de Manizales;(2010).
 18. Londoño J, Rivera D, Valencia F. Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular de Medellín (Colombia): resultados desde el WHO DAS II. [Tesis de maestría]. Manizales. Universidad Autónoma de Manizales;(2012).
 19. Alonso J, Eboallo P, Vilagut G, Ferrer M. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005 Nov 22;135–50.
 20. Fernández C., Alonso C., Del Almo Pérez A., Miangolarra Paje J. Relación entre movilidad, funcionalidad y calidad de vida en pacientes con espondilitis anquilosante. *Fisioterapia.* 2006;(28(3)):143–51.
 21. Rojas A, Zapata A, Anaya J, Fitzpatrick R. Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Revista colombiana de Reumatología.* 2005;(12(4)):295–300.
 22. Bobes J, Gonzales M, Bascarán M, Arango C, Sáliz P, Bousoño M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Euro Psychiatry.* 2001;(16):239–45.
 23. Salaffi F, Sarzi-Puttini P, Girolimetti R, Atzeni F, Gasparini S, Grassi W. Health-related quality of life in fibromyalgia patients: a comparison with rheumatoid arthritis patients and the general population using the SF-36 health survey. *Clin Exp Rheumatol.* 2009 Oct;27(5 Suppl 56):S67–74.

24. Hays RD, Hahn H, Marshall G. Use of the SF-36 and other health-related quality of life measures to assess persons with disabilities. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002 Dec;83(12 Suppl 2):S4–9.
25. Tamayo G, Quesada D. Calidad de vida relacionada con salud en personas con limitación en las actividades de la movilidad del municipio de Neiva. Facultad de Salud. Universidad autónoma de Manizales;(2011).
26. Leonardi M, Raggi A, Antozzi C, Confalonieri P, Maggi L, Cornelio F, et al. The relationship between health, disability and quality of life in myasthenia gravis: results from an Italian study. *J Neurol.* 2010 Jan;257(1):98–102.
27. Baron M, Schieir O, Hudson M, Steele R, Kolahi S, Berkson L, et al. The clinimetric properties of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II in early inflammatory arthritis. *Arthritis Rheum.* 2008 Mar 15;59(3):382–90.
28. Hudson M, Thombs BD, Steele R, Watterson R, Taillefer S, Baron M. Clinical correlates of quality of life in systemic sclerosis measured with the World Health Organization Disability Assessment Schedule II. *Arthritis Rheum.* 2008 Feb 15;59(2):279–84.
29. Soberg HL, Bautz-Holter E, Roise O, Finset A. Long-term multidimensional functional consequences of severe multiple injuries two years after trauma: a prospective longitudinal cohort study. *J Trauma.* 2007 Feb;62(2):461–70.
30. Plan Básico de Ordenamiento Territorial, Municipio de Pamplona. [Internet]. Extraído el 22 de febrero de 2018 de:
<http://PamplonaNortedesantander.Gov.Co/Transparencia/Planeaciongestionycontrol/Diagn%C3%93stico%20pbot%20pamplona.pdf>.
31. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones Municipales 2006-2020. [Internet]. Extraído el 28 de febrero de 2018 de:
https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/MProyeccionesMunicipalesedadsexo.pdf.

32. Alcaldía de Pamplona. Instituto Departamental de salud de Norte de Santander. Análisis de Situación de la Salud- ASIS-2015. Análisis de Situación de la Salud- ASIS [Internet]. <http://pamplona-nortedesantander.gov.co/apc-aa/files/61386164343338313235643530653061/asis-pamplona-n.-s.pdf>.
33. República de Colombia. Ministerio de salud. Resolución No 008430. 1993-4-Octubre.
34. 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. p. 53–6.
35. Ustün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, et al. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bull World Health Organ*. 2010 Nov 1;88(11):815–23.
36. Vanegas J, Gil L. La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2007;12:51–61.
37. Harlan H. The Political implications of disability definitions and data. *Journal of Disability Policy Studies*. 1993;4(2):41–52.
38. Barnes C. Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental. In: Barton L, editor *Discapacidad y sociedad* Madrid: Morata/Fundación Paideia. 1998;59–76.
39. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1982. 1995 Nov;41(10):1403–9.
40. Batlle Gualda E., citado por Carmona B. Mediciones II: Cómo medir la calidad de vida? Cuestionarios y escalas de salud. In: reumatólogos Mdep, editor. *Majadahonda: Ergón*;(2000).

41. Schalock RL, Brown I, Brown R, Cummins RA, Felce D, Matikka L, et al. Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: report of an international panel of experts. *Ment Retard*. 2002 Dec;40(6):457–70.
42. Diaz G. El bienestar subjetivo. Actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2001;(17:6).
43. Brown R. Quality of Life issues in aging and intellectual disability. Australia and New Zeland. *Journal of Developmental Disabilities*. 1993;18: 219–227.
44. Haas BK. A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *West J Nurs Res*. 1999 Dec;21(6):728–42.
45. Sobrino J. Desarrollo Urbano y Calidad de Vida. Toluca, México: Documentos de Investigación;(1998).
46. Felce D, Perry J. Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Development Disabilities*. 1995;16:51–54.
47. Schalock RL. Hacia una nueva concepción de la discapacidad. In: III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad. 1999 Verdugo y Borja;(1999).
48. Schalock RL. The concept of quality of life: what we know and do not know. *J Intellect Disabil Res Jidr*. 2004 Mar;48(Pt 3):203–16.
49. Herdman M, Baró E, Badía X, Podzameczer D. La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos. In: *Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH*. Primera ed. Madrid: Jarpyo Editores;(2000):19–33.
50. Patrick D, Erickson P. *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press;(1993).

51. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ*. 2002 Jun 15;324(7351):1417.
52. Alonso J, Prieto L, Antó J. La versión española del SF-36 Health Survey (cuestionario de la salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. In: *médica Imdi, pública, Barcelona Uad, editors Barcelona: Universidad autónoma de Barcelona*. 1995.
53. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Registro continuo para la localización y caracterización de las personas con discapacidad. Bogotá: DANE: Dirección de Censos y Demografía; 2010.
54. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33:159–174.
55. Gil-Obando LM, López-López A, Avila-Rendón CL, Criollo-Castro CH, Canchala-Obando AM, Serrato-Mendoza MP. Discapacidad y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en adultos de San Juan de Pasto - Nariño, Colombia. *Rev Univ. Salud*. [Internet]. 2016;18(3):505-513. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.55>.
56. Daza S, Ramírez M, Salazar M, Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular de Popayán (Colombia): resultados desde el WHO-DAS II. Tesis Maestría. Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
57. Gispert Magarolas, R, Clot-Razquin G, G, March Llanes, J, Freitas Ramírez, A, Busquets Bou, E, Ruíz-Ramos, M, Rivero Fernández, A. Prevalencia de la discapacidad en España por comunidades autónomas: el papel de los factores individuales y del entorno geográfico en su variabilidad. *Revista Española de Salud Pública* [Internet]. 2009;83(6):821-834. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17012323006>

58. Laditka JN, Laditka SB, Unemployment, Disability and Life Expectancy in the United States: A Life Course Study, *Disability and Health Journal* (2015), doi: 10.1016/j.dhjo.2015.08.003.
59. Wilson NJ, Cordier R, Parsons R, Vaz S, Buchanan A, Men with Disabilities – A Cross Sectional Survey of Health Promotion, Social Inclusion and Participation at Community Men’s Sheds, *Disability and Health Journal* (2015), doi: 10.1016/j.dhjo.2015.08.013.
60. Cardona D, Agudelo A, Restrepo A, Sánchez L, Segura AM. Calidad de vida de las personas en situación de discapacidad física. Medellín, 2011. CES Salud Pública [Internet]. 2014;(5):137-146. Recuperado de: http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/3176).
61. Henao-Lema CP, Pérez-Parra JE. Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular: resultados desde el Who-Das II. *Rev. Cienc. Salud* 2011; 9 (2): 159-172. [Internet]. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/download/1687/1504>
62. Pinilla-Roncancio M, The reality of disability: Multidimensional poverty of people with disability and their families in Latin America, *Disability and Health Journal* (2017), <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.12.007>
63. Botero, P. A & Londoño, C. (2013). Factores psicosociales predictores de la calidad de vida en personas en situación de discapacidad física. [Internet] Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552013000200012
64. Gil-Obando, L; Lopéz-López, A; Barreiro-Novoa, S; Molina- Heredia, Y; Solano-Esparragoza, Z. Discapacidad y calidad de vida en población adulta del Municipio de Soledad, Atlántico – Colombia. *Revista Inclusión y Desarrollo*. [Internet]. 2018; 5 (2) 2018, 141-15262. <http://biblioteca.uniminuto.edu/ojs/index.php/IYD/issue/view/162>.

65. Florez Linares GM, Mejía Beltrán MC, Pérez Rodríguez ML. Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Barranquilla–Atlántico, Colombia. Tesis Maestría. Universidad Autónoma de Manizales; 2017.
[Internet].repositorio.autonoma.edu.co/http://hdl.handle.net/11182/1170
66. Hijuelos ML, Angarita A, Martínez RP, Yajaira L, Rojas AM, Rangel LA, Torres JA. Prevalencia y caracterización de la población en condición de discapacidad del municipio de Los Santos (Santander, Colombia), 2011. *Salud Uninorte*. 2012; 28 (2): 238-250.
67. Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Zapata, C., Obesso, S., & Quintero, D.C. Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Psicología desde el Caribe*. 2006; 18, 89 - 108.
68. Vinaccia, S., Quiceno, J.M, Fonseca, P., Fernández, H., & Tobón, S. Calidad de vida relacionada con la salud y su impacto sobre la cognición hacia la enfermedad en pacientes con hiperplasia prostática. *Acta Colombiana de Psicología*. 2006; 9 (2), 47 - 56.
69. Gaviria, A.M., Vinaccia, S., Riveros, M.F., & Quiceno, J.M. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*. 2007; 20, 50 - 75.
70. Vinaccia, S., Contreras, F., Restrepo, L.M., Cadena, J., & Amaya, J.M. Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2005; 5 (1) 129 - 142.

71. Contreras, F., Esguerra, G.A., Espinosa, J.C., & Gómez, V. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*. 2007; 10 (2), 169 - 179.
72. Wilson NJ, Cordier R, Parsons R, Vaz S, Buchanan A, Men with Disabilities – A Cross Sectional Survey of Health Promotion, Social Inclusion and Participation at Community Men’s Sheds, *Disability and Health Journal* (2015), doi: 10.1016/j.dhjo.2015.08.013.
73. Walker, J. L., Harrison, T. C., Brown, A., Thorpe, R. J., & Szanton, S. L. (2016). Factors associated with disability among middle-aged and older African American women with osteoarthritis. *Disability and Health Journal*, 9(3), 510–517. doi:10.1016/j.dhjo.2016.02.004
74. Sánchez RPN, Hernández WJ, Peralta VJ, Rojano MD, Castañeda MR. Evaluación de la actividad y participación del paciente con lesión medular a través de un cuestionario basado en la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR). *Rev Mex Med Fis Rehab* 2010; 22 (4) [Internet] <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2010/mf104c.pdf>.
75. Visbal HP, Marin LO, Kandlar IE. Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Cartagena–Bolívar, Colombia. Tesis Maestría. Universidad Autónoma de Manizales; 2017. [Internet]. repositorio.autonoma.edu.co/jspui/handle/11182/1206.

13 12. ANEXOS

13.1 ANEXO 1. Instrumento para evaluar aspectos sociodemográficos, clínicos y discapacidad (WHO-DAS II)

REVISIÓN DE LAS ÁREAS					
ÁREA 1: COMPRENSIÓN Y COMUNICACIÓN					
En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para... (repetir la frase subrayada “¿Cuánta dificultad para”)	Ningun a 1	Lev e 2	Moderad a 3	Severa 4	Extrema/no puede hacerlo 5
D1.1 Concentrarse en hacer algo durante 10 minutos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.2 Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.3 Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.4 Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar donde nunca ha estado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.5 Entender en general lo que dice la gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.6 Iniciar o mantener una conversación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÁREA 2: CAPACIDAD PARA MOVERSE EN SU ALREDEDOR/ENTORNO					
En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para... (repetir la frase subrayada “¿Cuánta dificultad para”)	Ningun a 1	Lev e 2	Moderad a 3	Severa 4	Extrema/no puede hacerlo 5
D2.1 Estar de pie durante largos períodos de tiempo, por ejemplo 30 minutos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2.2 Ponerse de pie cuando estaba sentado (a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2.3 Moverse dentro de su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2.4 Salir de su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2.5 Caminar o desplazarse largas distancias, como un (1) kilómetro (equivalente a 10 cuadras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÁREA 3: CUIDADO PERSONAL					
En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para... (repetir la frase subrayada “¿Cuánta dificultad para”)	Ningun a 1	Lev e 2	Moderad a 3	Severa 4	Extrema/no puede hacerlo 5
D3.1 Bañarse (lavarse todo el cuerpo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3.2 Vestirse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3.3 Comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3.4 Estar sola(o) durante unos días? (Recuerde que es diferente tener una dificultad para estar solo porque no lo puede hacer por orden médica o condición de salud actual a que no se quede solo, no porque no pueda, sino porque la familia o acompañantes no lo permiten, para el primer caso la respuesta sería por ejemplo 4 o 5, para el último caso sería 1 o 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÁREA 4: RELACIONARSE CON OTRAS PERSONAS					
En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para... (repetir la frase subrayada “¿Cuánta dificultad para”)	Ningun a 1	Lev e 2	Moderad a 3	Severa 4	Extrema/no puede hacerlo 5
D4.1 Relacionarse con personas que no conoce?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4.2 Mantener una amistad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4.3 Llevarse bien con personas cercanas a usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4.4 Hacer nuevos amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4.5 Tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÁREA 5: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA					
Tenga en cuenta que la referencia para la comparación en las preguntas D5.2 a D5.5 es la condición de salud actual.					

REVISIÓN DE LAS ÁREAS													
En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para... (repetir la frase subrayada “¿Cuánta dificultad para”)	Ningun a 1	Lev e 2	Moderad a 3	Severa 4	Extrema/no puede hacerlo 5								
D5.2 Cumplir con sus quehaceres de la casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
D5.3 Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
D5.4 Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
D5.5 Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<p>***Marque aquí la información registrada en el ítem A5 si corresponde con alguna de las 4 opciones presentadas*** Asalariado (a) <input type="checkbox"/> (1) Independiente <input type="checkbox"/> (2) Trabajo no remunerado <input type="checkbox"/> (3) Estudiante <input type="checkbox"/> (4) *** SI EL ENTREVISTADO TRABAJA (ASALARIADO, INDEPENDIENTE, TRABAJO NO REMUNERADO O ESTUDIA, COMPLETE LOS ITEMS D5.8 – D5.11. DE LO CONTRARIO VAYA AL ÁREA 6***</p>													
Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:	Ningun a 1	Lev e 2	Moderad a 3	Severa 4	Extrema/no puede hacerlo 5								
D5.8 Llevar a cabo su trabajo o estudio diario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
D5.9 Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
D5.10 Acabar todo el trabajo o estudio que necesitaba hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
D5.11 Acabar su trabajo o estudio tan rápido como era necesario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
ÁREA 6: PARTICIPACIÓN EN SOCIEDAD													
En los últimos 30 días:	Ningun a 1	Lev e 2	Moderad a 3	Severa 4	Extrema/no puede hacerlo 5								
D6.1 ¿En qué medida ha tenido dificultad a causa de su condición de salud para participar al mismo nivel que el resto de las personas en actividades de la comunidad (fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
D6.2 ¿En qué medida ha tenido dificultad debido a barreras u obstáculos existentes en su entorno o alrededor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
D6.3 ¿En qué medida ha tenido dificultad para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
D6.4 ¿Cuánto tiempo ha dedicado a su condición de salud o a las consecuencias de la misma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
D6.5 ¿Cuánto le ha afectado emocionalmente su condición de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
D6.6 ¿Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su condición de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
D6.7 ¿En qué medida su condición de salud ha representado una dificultad para su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
D6.8 ¿En qué medida ha tenido dificultad para realizar por sí mismo (a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<p>A10. CLASIFICACIÓN DE LA LIMITACION PERMANENTE. Este ítem debe ser diligenciado por el evaluador acorde con la propuesta de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud –CIF–. Marque una o más opciones si es del caso.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Limitación en tareas y demandas generales</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Limitación en la vida doméstica</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Limitación en la comunicación</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Limitación en interacciones y relaciones personales</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Limitación en la movilidad</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Limitación en áreas principales de la vida</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Limitación en el autocuidado</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Limitación en vida comunitaria, social y cívica</td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> Limitación en tareas y demandas generales	<input type="checkbox"/> Limitación en la vida doméstica	<input type="checkbox"/> Limitación en la comunicación	<input type="checkbox"/> Limitación en interacciones y relaciones personales	<input type="checkbox"/> Limitación en la movilidad	<input type="checkbox"/> Limitación en áreas principales de la vida	<input type="checkbox"/> Limitación en el autocuidado	<input type="checkbox"/> Limitación en vida comunitaria, social y cívica
<input type="checkbox"/> Limitación en tareas y demandas generales	<input type="checkbox"/> Limitación en la vida doméstica												
<input type="checkbox"/> Limitación en la comunicación	<input type="checkbox"/> Limitación en interacciones y relaciones personales												
<input type="checkbox"/> Limitación en la movilidad	<input type="checkbox"/> Limitación en áreas principales de la vida												
<input type="checkbox"/> Limitación en el autocuidado	<input type="checkbox"/> Limitación en vida comunitaria, social y cívica												

Anexo 2. Instrumento para evaluar la calidad de vida relacionada con salud (SF-36)

No de identificación Entrevistado _____	No Identificación Entrevistador _____	No de Entrevista: _____	Fecha de Entrevista: ____/____/____ Mes/Día/a/ Año		
NOMBRE _____ APELLIDOS _____					
CUESTIONARIO DE SALUD SF36					
EN CADA PREGUNTA MARQUE UNA SOLA RESPUESTA					
SG1. En general, usted diría que su salud es?	Excelente 1 <input type="checkbox"/>	Muy Buena 2 <input type="checkbox"/>	Buena 3 <input type="checkbox"/>	Regular 4 <input type="checkbox"/>	Mala 5 <input type="checkbox"/>
CST1. ¿Cómo diría que es su salud actual, <u>comparada con la de hace un año</u>?	Mucho mejor ahora que hace un año 1 <input type="checkbox"/>	Algo mejor ahora que hace un año 2 <input type="checkbox"/>	Más o menos igual que hace un año 3 <input type="checkbox"/>	Algo peor ahora que hace un año 4 <input type="checkbox"/>	Mucho peor ahora que hace un año 5 <input type="checkbox"/>
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL		Sí, me limita mucho 1	Sí, me limita un poco 2	No, no me limita nada 3	
FF.1. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FF.2 Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FF.3 Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FF.4 Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FF.5 Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FF.6 Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FF.7 Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro (10 cuadras) o más ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FF.8 Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (medio kilómetro o 5 cuadras) o (varios centenares de metros)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FF.9 Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana o una sola cuadra (unos 100 metros)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FF.10 Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS					

RF.1 Durante las <u>4 últimas semanas</u> , ¿tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, <u>a causa de su salud física</u> ?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>				
RF.2 Durante las <u>4 últimas semanas</u> , ¿ hizo menos de lo que hubiera querido hacer, <u>a causa de su salud física</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
RF.3 Durante las <u>4 últimas semanas</u> , ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, <u>a causa de su salud física</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
RF.4 Durante las <u>4 últimas semanas</u> , ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), <u>a causa de su salud física</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
RE.1 Durante las <u>4 últimas semanas</u> , ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, <u>a causa de algún problema emocional</u> (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
RE.2 Durante las <u>4 últimas semanas</u> , ¿ hizo menos de lo que hubiera querido hacer, <u>a causa de algún problema emocional</u> (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
RE.3 Durante las <u>4 últimas semanas</u> , ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, <u>a causa de algún problema emocional</u> (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
FS.2 Durante las <u>4 últimas semanas</u> , ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	Nada 1 <input type="checkbox"/>	Un poco 2 <input type="checkbox"/>	Regular 3 <input type="checkbox"/>	Bastante 4 <input type="checkbox"/>	Mucho 5 <input type="checkbox"/>	
DC.1 ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las <u>4 últimas semanas</u> ?	No, ninguno 1 <input type="checkbox"/>	Sí, muy poco 2 <input type="checkbox"/>	Si, un poco 3 <input type="checkbox"/>	Sí, moderado 4 <input type="checkbox"/>	Sí, mucho 5 <input type="checkbox"/>	Sí, muchísimo 6 <input type="checkbox"/>
DC.2 Durante las <u>4 últimas semanas</u> , ¿hasta qué punto el <u>dolor</u> le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	Nada 1 <input type="checkbox"/>	Un poco 2 <input type="checkbox"/>	Regular 3 <input type="checkbox"/>	Bastante 4 <input type="checkbox"/>	Mucho 5 <input type="checkbox"/>	
LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HA IDO EN LAS COSAS DURANTE LAS <u>4 ÚLTIMAS SEMANAS</u>. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED						
V.1 Durante las <u>4 últimas semanas</u> , ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	Siempre 1 <input type="checkbox"/>	Casi siempre 2 <input type="checkbox"/>	Muchas veces 3 <input type="checkbox"/>	Algunas veces 4 <input type="checkbox"/>	Sólo alguna vez 5 <input type="checkbox"/>	Nunca 6 <input type="checkbox"/>
SM.1 Durante las <u>4 últimas semanas</u> , ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SM.2 Durante las <u>4 últimas semanas</u> , ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SM.3 Durante las <u>4 últimas semanas</u> , ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V.2 Durante las <u>4 últimas semanas</u> , ¿cuánto tiempo se sintió con mucha energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SM.4 Durante las <u>4 últimas semanas</u> , ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V.3 Durante las <u>4 últimas semanas</u> , ¿cuánto tiempo se sintió agotado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SM.5 Durante las <u>4 últimas semanas</u> , ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V.4 Durante las <u>4 últimas semanas</u> , ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FS.1. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	Siempre 1 <input type="checkbox"/>	Casi siempre 2 <input type="checkbox"/>	Algunas veces 3 <input type="checkbox"/>	Solo alguna vez 4 <input type="checkbox"/>	Nunca 5 <input type="checkbox"/>	
POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES	Totalmente cierta 1	Bastante cierta 2	No lo sé 3	Bastante falsa 4	Totalmente falsa 5	
SG.2 Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SG.3 Estoy tan sano como cualquiera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SG.4 Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SG.5 Mi salud es excelente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

13.2 Anexo 3. Consentimiento informado de participación voluntaria en el estudio



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO MOVIMIENTO
LÍNEA: FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD EN LA PERSPECTIVA DE LA SALUD
MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD - COHORTE IV

MACROPROYECTO DE INVESTIGACIÓN
GRADO DE DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE
ADULTOS CON DISCAPACIDAD EN CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA,

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES

Ciudad de _____, fecha: _____

Yo, _____ (persona con discapacidad) una vez informado(a) sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a _____ (nombre del evaluador), estudiante de la Universidad Autónoma de Manizales, para la realización de los siguientes procedimientos:

1. Evaluación del grado de discapacidad aplicando el cuestionario llamado WHO DAS II, el cual consta de 36 preguntas que indagan sobre comprensión, comunicación, movilidad, participación en sociedad, cuidado personal, relacionarse con otras personas y actividades de la vida diaria.
2. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud aplicando el cuestionario llamado SF 36, el cual consta de 36 preguntas sobre la percepción que tengo de mi salud general, salud mental, vitalidad, función física, rol físico, dolor corporal, función social, rol emocional y salud mental.

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 permitan mejorar los procesos de evaluación e intervención de las personas con discapacidad.

HUELLA

13.3 Anexo 4. Sintaxis para la obtención de puntajes globales y parciales del cuestionario para evaluación del grado de discapacidad WHO-DAS II

SINTAXIS PARA LA OBTENCIÓN DE PUNTUACIONES GLOBALES DEL CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD WHO-DAS II

Una vez desglosados los pasos necesarios para la obtención de puntuaciones, a continuación se adjuntan las sintaxis de SPSS completas para cada una de las fases.

Como ya se ha mencionado, se trata de un desarrollo realizado por los técnicos de la Organización Mundial de la Salud y que está siendo utilizado por todos los grupos que trabajan con el WHO-DAS II. Es por ello que se precisa trabajar bajo estas normas protocolizadas, para poder generar unas puntuaciones estandarizadas del instrumento que permitan posibles comparaciones entre todos los trabajos realizados.

Señalar, tanto para las personas que habitualmente trabajan con el SPSS como para las que no conozcan el programa en profundidad, la necesidad de extremar el cuidado en la denominación de cada una de las variables para no cometer errores a la hora de ejecutar los procesos de ponderación y recodificación así como en el trabajo final de producción de puntuaciones parciales y globales. Sutiles diferencias de nomenclatura o de inclusión de ítems modificarán las puntuaciones haciendo que arrastremos errores difícilmente detectables en los posteriores análisis.

SINTAXIS PARA LA OBTENCIÓN DE PUNTUACIONES PARCIALES Y GLOBALES EN PERSONAS QUE REALIZAN UN TRABAJO REMUNERADO:

```
RECODE          (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) D1_4
                INTO D12.

D1_1            (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4)
                RECODE          INTO D14.
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4)
INTO D11.      D1_3            RECODE

RECODE          (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) D1_5
                INTO D13.

D1_2            (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2)
                RECODE          INTO D15.
```

RECODE (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) D4_4
INTO D31.

D1_6 (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4)
RECODE INTO D44.

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2)
INTO D16. D3_2 RECODE

RECODE (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) D4_5
INTO D32.

D2_1 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2)
RECODE INTO D45.

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4)
INTO D21. D3_3 RECODE

RECODE (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) D5_2
INTO D33.

D2_2 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2)
RECODE INTO D52.

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2)
INTO D22. D3_4 RECODE

RECODE (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) D5_3
INTO D34.

D2_3 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2)
RECODE INTO D53.

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2)
INTO D23. D4_1 RECODE

RECODE (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) D5_4
INTO D41.

D2_4 (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4)
RECODE INTO D54.

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4)
INTO D24. D4_2 RECODE

RECODE (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) D5_5
INTO D42.

D2_5 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2)
RECODE INTO D55.

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4)
INTO D25. D4_3 RECODE

RECODE (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) D6_1
INTO D43.

D3_1 (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2)
RECODE INTO D61.

RECODE	D6_8	compute Do3 = (D31+D32+D33+D34)*100/10.
D6_2	(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2)	
	INTO D68.	compute Do4 =
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4)		(D41+D42+D43+D44+D45)*1
INTO D62.	RECODE	00/12.
RECODE	D5_8	compute Do51 =
D6_3	(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2)	(D52+D53+D54+D55)*100/10.
	INTO D58.	compute Do52 =
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2)		(D58+D59+D10+D11)*100/14.
INTO D63.	RECODE	
RECODE	D5_9	compute Do6 =
D6_4	(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4)	(D61+D62+D63+D64+D65+D
	INTO D59.	66+D67+D68)*100/24.
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4)		
INTO D64.	RECODE	compute
RECODE	D5_10	st_s36 =
D6_5	(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4)	(D11+D12+D13+D14+D15+D
	INTO D510.	16+D21+D22+D23+D24+D25
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4)		+
INTO D65.	RECODE	D31+D32+D33+D34+D41+D4
RECODE	D5_11	2+D43+D44+D45+D52+D53+
D6_6	(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4)	D54+D55+
	INTO D511.	D58+D59+D510+D511+D61+
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2)		D62+D63+D64+D65+D66+D6
INTO D66.		7+D68)*100/106.
		execute.
RECODE	compute Do1 =	
D6_7	(D11+D12+D13+D14+D15+D	
	16)*100/20.	
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4)	compute Do2 =	
INTO D67.	(D21+D22+D23+D24+D25)*1	
	00/16.	
RECODE		

SINTAXIS PARA LA OBTENCIÓN DE PUNTUACIONES PARCIALES Y GLOBALES EN PERSONAS QUE NO REALIZAN UN TRABAJO REMUNERADO:

RECODE	D2_1	(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D32.
D1_1	(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D21.	RECODE
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D11.	RECODE	D3_3
RECODE	D2_2	(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D33.
D1_2	(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D22.	RECODE
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D12.	RECODE	D3_4
RECODE	D2_3	(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D34.
D1_3	(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D23.	RECODE
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D13.	RECODE	D4_1
RECODE	D2_4	(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D41.
D1_4	(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D24.	RECODE
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D14.	RECODE	D4_2
RECODE	D2_5	(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D42.
D1_5	(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D25.	RECODE
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D15.	RECODE	D4_3
RECODE	D3_1	(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D43.
D1_6	(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D31.	RECODE
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D16.	RECODE	D4_4
RECODE	D3_2	

(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) D6_2 INTO D44.		
RECODE	(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D62.	compute Do1 = (D11+D12+D13+D14+D15+D16)*100/20.
D4_5	RECODE	
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) D6_3 INTO D45.		compute Do2 = (D21+D22+D23+D24+D25)*100/16.
RECODE	(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D63.	compute Do3 = (D31+D32+D33+D34)*100/10.
D5_2	RECODE	
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) D6_4 INTO D52.		compute Do4 = (D41+D42+D43+D44+D45)*100/12.
RECODE	(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D64.	compute Do51 = (D52+D53+D54+D55)*100/10.
D5_3	RECODE	
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) D6_5 INTO D53.		compute Do6 = (D61+D62+D63+D64+D65+D66+D67+D68)*100/24.
RECODE	(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D65.	
D5_4	RECODE	compute
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) D6_6 INTO D54.		st_s32 = (D11+D12+D13+D14+D15+D16+D21+D22+D23+D24+D25
RECODE	(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D66.	+ D31+D32+D33+D34+D41+D42+D43+D44+D45+D52+D53+D54+D55+
D5_5	RECODE	
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) D6_7 INTO D55.		D61+D62+D63+D64+D65+D66+D67+D68)*100/92.
RECODE	(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D67.	
D6_1	RECODE	execute.
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) D6_8 INTO D61.		
RECODE	(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D68.	

13.4 Anexo 5. Manual de uso de la versión española del WHO-DAS II (instructivo)

Cada una de las secciones de la que consta el instrumento posee un sistema diferenciado y definido para su codificación y el propio instrumento contiene instrucciones sobre el modo de puntuar. No obstante, a continuación presentamos las características de cada uno de los ítems, así como lo que se pretende explorar a través de cada uno de ellos.

Sección 1: Hoja inicial

Esta sección está compuesta por un total de 6 ítems denominados «F» que deberán ser cumplimentados por el entrevistador antes de encontrarse con el entrevistado. Algunos de los pueden obviarse cuando el tipo de exploración que se vaya a realizar no pertenezca a un estudio epidemiológico, etc.

- F1 El número de identificación de siete cifras del sujeto o entrevistado deberá registrarse con el formato: (nº del centro/nº del sujeto/entrevista 1 ó 2)
- Los primeros 3 dígitos para el número del centro.
 - Los segundos 3 dígitos para el número de identificación personal del sujeto.
 - El último dígito indica primera (1) o segunda (2) entrevista en el supuesto caso de que se vaya a realizar 2 entrevistas.
- F2 El número de identificación de siete cifras del entrevistador deberá registrarse con el formato: (nº del centro/nº del entrevistador/1)
- Los primeros 3 dígitos para el número del centro.
 - Los segundos 3 dígitos para el número del entrevistador.
- F3 Indique si la entrevista va a ser administrada por primera o segunda vez.
- F4 Regístrese la fecha de la entrevista con el formato mes/día/año, rellenando los espacios en blanco con ceros: 01/05/06.
- F5 Para aquellos casos en los que se lleva a cabo más de una entrevista registre el número de días entre la primera y la segunda administración del WHO-DAS II. Si la entrevista fue administrada primero por la mañana y después esa misma tarde, regístrelo como un día.
- F6 Rodee con un círculo solo una opción para indicar el tipo de muestra a elegir entre población general, problemas relacionados con drogas, problemas relacionados con alcohol, problemas de salud mental, problemas físicos y otros problemas cuyo caso WHO-DAS II nos ofrece la posibilidad de especificar el problema concreto.

Sección 2: Datos demográficos y de índole general

Esta sección consta inicialmente de las denominadas preguntas «A» (A1-A5), que recogen datos sociodemográficos mediante un sistema de respuesta múltiple.

A1 Registrar el sexo.

A2 ¿Cuántos años tiene?

Registre la edad

A3 ¿Cuántos años en total ha estado estudiando en la escuela, colegio, instituto, universidad etc.?

A4 ¿Cuál es su estado civil actual?

Sólo se deberá elegir una opción, que será aquella que mejor refleje su estado civil ACTUAL. Por ejemplo si el entrevistado está actualmente casado, pero estuvo divorciado el año anterior, puntúe como actualmente casado.

A5 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral?

Se deberá registrar la opción que mejor refleje su principal situación laboral ACTUAL. Este ítem se emplea para determinar qué entrevistados van a ser interrogados sobre una serie de cuestiones relacionadas con el trabajo, que se encuentran en el Área 5 (D5.7-D5.14) Si un entrevistado afirma que su principal situación laboral abarca dos opciones (por ejemplo, trabajo remunerado y labores domésticas) puntúe como trabajo remunerado, de tal forma que el entrevistado responda más adelante a las preguntas relativas al empleo en el dominio 5. Los estudiantes no han de serlo necesariamente a jornada completa para que sean incluidos en ésta categoría. Ésta opción se ha de aplicar incluso para aquellos estudiantes que lo sean a media jornada, aunque ésta sea su principal situación laboral. Si el entrevistado asegura estar desempleado, el entrevistador deberá preguntar: “¿se debe esto a motivos de salud o a alguna otra razón?”, y puntuar de acuerdo a lo que responda.

De acuerdo a esta pregunta, que se encuentra en la página 5, se usará para determinar quién pasará a las preguntas D5.7-D5.14, en la página 15, el entrevistador deberá advertir la anotación práctica, presentada para recordarle que realice dichas preguntas. Así pues, si se elige la opción de asalariado, autónomo, trabajo no remunerado o estudiante, el entrevistado deberá marcar el recuadro en la

parte superior de la página 15. Cuando se llegue a ésta página en el transcurso de la entrevista, inmediatamente se tendrá conocimiento de si es necesario preguntar dichas cuestiones (si, cuando el recuadro está marcado) o de si por el contrario habrán de omitirse (en el caso de que el recuadro no esté marcado).

Sección 3: Preámbulo

Tal y como se ha mencionado anteriormente, esta sección puede definirse como una introducción a la entrevista y que es esencial para todas las preguntas que van a realizarse a continuación. El entrevistador habrá de leer la totalidad de las instrucciones palabra por palabra que aparecen en esta sección y deberá hacer referencia a las Tarjetas. Las Tarjetas N°1 y N°2, una vez presentadas, deberán permanecer permanentemente visibles para el entrevistado. Esta sección, consta además de información adicional sobre la entrevista dirigida a recordarle al entrevistado el objetivo de la misma, ubicarle de nuevo en el margen temporal que vamos a explorar (30 días) y presentarle las mencionadas Tarjetas N°1 y N°2. Se trata de una sección que por lo tanto no posee ítems a evaluar.

Sección 4: Revisión de las Áreas

Dominio 1: Comprensión y Comunicación:

El primer dominio del WHO-DAS II examina con detalle actividades relacionadas con la comunicación y el pensamiento. Las áreas específicamente evaluadas incluyen concentración, memoria, solución de problemas, aprendizaje y comunicación. Las Tarjetas N°1 y N°2 habrán de permanecer visibles para el entrevistado. Cuando un entrevistado informe de algún tipo de dificultad en el desempeño de una actividad en particular, deberá preguntarle “¿Durante cuántos días ha estado esta dificultad presente?”. El entrevistador registrará en la última columna el número de días.

Especificaciones para cada Pregunta:

D1.1 En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para concentrarse en hacer algo durante diez minutos?

El propósito de esta pregunta es determinar la estimación del entrevistado respecto a su dificultad para concentrarse durante un periodo de tiempo breve, definido como 10 minutos. Si pidiese mayor aclaración, deberá animarse al entrevistado a pensar sobre su concentración en circunstancias habituales, no cuando estén preocupados por algún problema ó situación, o bien en un ambiente con un grado de distracción

inusualmente elevado. Se les puede guiar a que piensen en su concentración cuando realizan tareas propias de su trabajo, o bien estén leyendo, escribiendo, dibujando, tocando un instrumento musical, montando piezas, etc.

D1.2 ¿Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?

Esta es una pregunta sobre el tipo de memoria involucrada en aspectos de la vida diaria. No se refiere a la memoria para datos irrelevantes, ni a la memoria para información detallada sobre el pasado. El entrevistado deberá considerar si suele recordar hacer cosas que son importantes para él/ella y para su familia. Si el entrevistado utiliza normalmente anotaciones, sistemas de recuerdo electrónicos, o mensajes verbales de asistentes personales, para facilitar el recuerdo, el rendimiento deberá valorarse teniendo en cuenta estas ayudas.

D1.3 ¿Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?

Ésta es una actividad compleja que implica un gran número de funciones mentales. Se puede facilitar una mayor aclaración sobre el propósito de esta pregunta haciendo que el entrevistado piense sobre un problema al que se enfrentó durante los últimos 30 días. Si el entrevistado no puede identificar por sí mismo un problema al que se tuvo que enfrentar recientemente, el entrevistador puede sugerir, a modo de guía, áreas específicas en las que pueden surgir problemas, tales como el trabajo, llevar la casa, cuidar a los hijos, organizar horarios para la familia o uno mismo, etc. Una vez se ha identificado el problema, se deberá pedir al entrevistado que considere con qué facilidad: detectó la existencia de un problema, lo descompuso en partes manejables, elaboró un listado de posibles soluciones, determinó los pros y contras de cada solución, determinó cuál era la mejor solución dadas las circunstancias, ejecutó y evaluó la solución escogida y seleccionó una solución alternativa si es que la primera elección no fue exitosa.

D1.4 ¿Aprender a realizar una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?

Aprender una nueva ruta se ofrece a modo de ejemplo en esta pregunta, sin embargo, el entrevistado no deberá limitarse a esta situación. Si se precisa una mayor clarificación o el entrevistador considera que el entrevistado está pensando exclusivamente en aprender cómo llegar a un lugar nuevo, deberá incitar al entrevistado a pensar en una situación durante el último mes en la que se requería que aprendiera algo nuevo. Podría tratarse de una tarea en el trabajo (como un nuevo procedimiento o encargo), en clase (aprender una nueva lección), en el hogar (aprender a cocinar una nueva receta) o durante el tiempo libre (aprender nuevos juegos o actividades de ocio). Deberá valorar la facilidad con que adquirió nueva información, cuánta asistencia o repetición necesitó para aprender y el grado de retención de aquello que había aprendido.

D1.5 ¿Comprender en general lo que dice la gente?

El entrevistado deberá considerar su modo habitual de comunicación (Ejemplo. lenguaje oral, lenguaje de signos, comunicación con dispositivos de ayuda, etc.) y en general, el grado de dificultad experimentado a la hora de comprender los mensajes de otras personas. Deberán considerarse todas las situaciones a las que el entrevistado se ha enfrentado durante los últimos 30 días, tales como entender lo que dice otra persona cuando habla rápido, cuando hay ruido de fondo, en presencia de distracciones, etc.

D1.6 ¿Iniciar y mantener una conversación?

Se puntuará tanto el iniciar como el mantener una conversación. Si el entrevistado afirma tener más problemas con el inicio que con el mantenimiento de una conversación (o viceversa), deberá promediar la cantidad de dificultad experimentada con ambas actividades para determinar así una puntuación final de dificultad. El término conversación incluye el uso de cualquiera que sea el modo de comunicación habitual (oral, escrito, lenguaje de signos, etc.). Si el entrevistado usa algún tipo de dispositivo de ayuda, la puntuación de dificultad deberá tener en cuenta la conversación durante el uso de tales mecanismos, asumiendo que generalmente están presentes. El entrevistado deberá considerar todos y cada uno de los factores que le parezcan relevantes para iniciar y mantener una conversación, como podría ser una pérdida de audición, problemas de lenguaje tales como aquellos que surgen tras una apoplejía, padecer tartamudeo, ansiedad o cualquier otro factor relacionado con una “condición de salud”.

Dominio 2: Capacidad pura Moverse en su Entorno

Las actividades a discusión en este segundo dominio del WHO-DAS II, Capacidad para Moverse en su Entorno, incluyen permanecer de pie, desenvolverse dentro de la casa, salir de casa y andar largas distancias. Las Tarjetas N°1 y N°2 deberán estar a la vista.

Especificaciones para cada Pregunta:

D2.1 ¿Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?

D2.2 ¿Ponerse de pie cuando estaba sentado/a?

Se refiere a levantarse desde una posición de sentado en una silla, un banco o en el inodoro. No hace referencia a levantarse desde una posición de sentado en el suelo.

D2.3 ¿Moverse dentro de su casa?

Se refiere a moverse de una habitación a otra, o dentro de una misma habitación, usando dispositivos de ayuda o ayuda personal normalmente disponibles. Si el entrevistado vive en una casa de varios pisos, la pregunta también incluye el desplazarse de un piso a otro según sea necesario.

D2.4 ¿Salir de su casa?

Esta pregunta pretende recoger información sobre aspectos físicos (de movilidad) a la hora de salir de casa, así como aspectos mentales o emocionales relacionados con el hecho de abandonar el hogar, tales como la depresión, ansiedad, etc. En esta pregunta, el término “casa” significa también piso, apartamento, residencia o cualquier tipo de alojamiento que tenga el entrevistado.

D2.5 ¿Andar largas distancias, como un kilómetro o equivalente?

Las distancias de recorrido habrán de ser convertidas al sistema de medida imperante en cada cultura cuando sea necesario.

Dominio 3: Cuidado Personal

Este dominio plantea cuestiones sobre actividades del cuidado personal, e incluye: bañarse, vestirse, comer y permanecer solo. Las Tarjetas N°1 y N°2 deberán estar a la vista.

Especificaciones para cada Pregunta:

D3.1 ¿Lavar y asear todo su cuerpo?

Se refiere a lavarse el cuerpo por completo de aquella forma que sea el modo usual de hacerlo en cada cultura.

D3.2 ¿Vestirse?

Incluye todos los aspectos del vestirse, tanto de la parte superior como inferior del cuerpo. Incluye, así mismo, coger la ropa del lugar en el que se guarda habitualmente (Ejemplo, armarios, percheros, etc.) y abrocharse botones, atarse los cordones, etc.

D3.2 ¿Comer?

Se refiere a alimentarse (Ejemplo, cortar la comida, llevar la comida/bebida del plato/vaso a la boca) y tragar (tanto sólidos como líquidos). Así mismo, incluye

factores mentales/emocionales que podrían contribuir a dificultar la ingesta de alimentos, como pueden ser la anorexia o la bulimia. Esta pregunta no se refiere a la preparación de la comida. Si el entrevistado se alimenta por vía no-oral (alimentación parenteral), esta pregunta se referirá a cualquier dificultad experimentada al auto-administrarse la alimentación no-oral (Ejemplo, alimentar y limpiar la bomba).

D3.4 ¿Permanecer solo durante unos días?

El objetivo de esta pregunta es estimar la dificultad del entrevistado a la hora de permanecer solo por un periodo de tiempo considerable y sin poner en riesgo su seguridad. Una respuesta de “no aplicable” sería apropiada si la persona no ha vivido tal situación durante los últimos treinta días. Sin embargo, si el permanecer solo fue vivido sin dificultad, una puntuación de 1 o “ninguno” sería lo apropiado. Puede ser especialmente importante en esta pregunta que el entrevistador explore las respuestas de “ninguno”, y compruebe si tal respuesta es dada porque la situación fue vivida sin dificultad (en cuyo caso, codificarlo como 1 sería lo correcto) o porque no se vivió en absoluto tal experiencia (en cuyo caso deberá codificarse como N/A).

Dominio 4: Relacionarse con otras Personas

El dominio 4 se refiere a “relacionarse con otras personas” y a las dificultades que se pueden llegar a plantear con estas actividades debido a una “condición de salud”. En este contexto, “otras personas” pueden ser aquéllos de los que el entrevistado es íntimo o conoce bien (Ejemplo, el cónyuge o pareja, miembros de la familia, amigos íntimos), o aquellas personas que no conoce (Ejemplo, desconocidos). Las Tarjetas N°1 y N°2 deberán estar a la vista.

Especificaciones para cada Pregunta:

D4. ¿Relacionarse con personas que no conoce?

Se refiere a la interacción con desconocidos en cualquier situación, como tratar con los dependientes de las tiendas, personal de servicio o cuando se pide indicaciones para llegar a un sitio. Incluye la aproximación a tales personas y su interacción con ellos con el objeto de obtener un propósito deseado.

D4.2 ¿Mantener una a mistad?

Incluye mantener el contacto e interactuar con amigos según sea la costumbre. Incluye también iniciar actividades con amigos y participar en las mismas cuando haya sido invitado/a.

D4.3 ¿Llevarse bien con otras personas cercanas a usted?

El entrevistado deberá considerar aquellas relaciones que el/ella mismo/a define como estrechas. Pueden ser o no relaciones familiares.

D4.4 ¿Hacer nuevos amigos?

Incluye la búsqueda de oportunidades para conocer gente nueva y captar las invitaciones para reunirse. Asimismo, incluye las tareas y acciones sociales y de comunicación habituales para contactar con otra persona y desarrollar una amistad.

D4.5 ¿Mantener relaciones sexuales?

El entrevistado deberá basar su respuesta considerando lo que él/ella entiende por actividad sexual. Esta pregunta no se refiere exclusivamente a la penetración, sino que incluye abrazarse, besarse, acariciarse y otros actos íntimos o sexuales.

Dominio 5: Actividades de la Vida Diaria

Este dominio incluye preguntas relacionadas con la dificultad experimentada por el entrevistado en las actividades de la vida diaria. Estas actividades son aquéllas que la gente realiza la mayoría de los días, e incluyen el cuidado de la casa, el trabajo y actividades académicas. Las Tarjetas N°1 y N°2 deberán estar a la vista.

Especificaciones para cada Pregunta:

D5.1 Habitualmente, ¿Cuántas horas dedica a la semana a estas actividades?

El entrevistado deberá pensar en una semana típica de los últimos 30 días para calcular la respuesta a esta pregunta. Algunas personas realizan el grueso de las tareas del hogar durante el fin de semana. Si es así, deberá considerarse ese número de horas a la hora de calcular las horas de una semana típica. Si el entrevistado ha estado en un centro de tratamiento o en cualquier otro tipo de alojamiento diferente a su situación cotidiana habitual, deberá responder la pregunta en base al intervalo de 30 días inmediatamente anterior al periodo de referencia habitual. Si así fuera el caso, el entrevistador deberá anotarlo en el formulario.

D5.2 ¿Cumplir con sus obligaciones domésticas?

Esta es una pregunta general cuyo objetivo es obtener la valoración del entrevistado respecto a la dificultad encontrada a la hora de mantener el hogar y cuidar de los miembros de la familia u otras personas cercanas. Se incluyen actividades relacionadas con las necesidades físicas, emocionales, económicas y/o psicológicas del hogar/la familia. En algunas culturas, cuando se plantea ésta pregunta, los varones pueden llegar a señalar que ellos no tienen obligaciones domésticas. Si tal es el caso, se les habrá de aclarar que las obligaciones domésticas incluyen administrar el dinero, hacer reparaciones en casa y en el coche, cuidar el jardín de la casa, recoger a los niños del colegio, ayudarles con los deberes, encargarse de la disciplina de los niños, y cualquier otro ejemplo que al entrevistador se le ocurra con el objeto de describir obligaciones domésticas de los varones en una determinada cultura.

D5.3 ¿Realizar bien sus tareas domésticas más importantes?

D5.4 ¿Acabar todo el trabajo doméstico que tenía que hacer?

El entrevistado facilitará una puntuación basándose en su propia valoración de lo bien que lleva a cabo el trabajo doméstico y en si el trabajo doméstico que precisa ser realizado, realmente queda hecho. Si fuera necesario, el entrevistador recordará al entrevistado que habrá de informar exclusivamente de aquellas dificultades debidas a una “condición de salud”, y no aquellas debidas a otras razones como podría ser no tener tiempo (a no ser que de alguna manera esta razón esté ligada a la “condición de salud”).

D5.5 ¿Acabar su trabajo doméstico tan rápido como era necesario?

Se refiere a cumplir a tiempo las expectativas y necesidades de aquellos con los que vive (o a los que es cercano/a) en relación con las tareas y responsabilidades domésticas.

D5.6 En los últimos 30 días, ¿Durante cuántos días redujo o dejó de hacer sus tareas domésticas debido a su “condición de salud”?

Para indicar 3 días, por ejemplo, regístrelo de la siguiente manera 0/3. Si el entrevistado no hubiera sido capaz de llevar a cabo las tareas domésticas durante una pequeña parte del día, deberá registrarse igualmente como un día. Si el entrevistado ha estado en un centro de tratamiento o en cualquier otro tipo alojamiento diferente a su situación cotidiana habitual, deberá responder la pregunta en base al intervalo de 30 días inmediatamente anterior al periodo de referencia habitual.

A continuación, las preguntas D5.7-D5.14 se formularán a aquellos entrevistados que informen de una situación laboral tal como un empleo remunerado, autónomo, trabajo no remunerado o estudiante. Para el resto, se omitirá esta sección y se continuará en el área 6.

D5.7 Habitualmente, ¿Cuántas horas trabaja a la semana?

Esta pregunta se formula como un modo de obtener información sobre la proporción de tiempo empleado en el trabajo. En algunas culturas, esta pregunta se plantea de forma que el entrevistado responde si trabaja jornada completa o media jornada. Sin embargo, en este ítem lo que se pide es un número específico de horas trabajadas a la semana. El entrevistador puede ayudar al entrevistado a realizar el cálculo en base al número de horas trabajadas al día, si es que al entrevistado le resulta más fácil informar de éstas. Si el entrevistado es un estudiante a jornada completa, el entrevistador deberá sustituir el término “trabajo” por el de “clase” en las preguntas de la 5.7 a la D5.14. Si una persona trabajara y además asistiera a clases, esta serie de preguntas deberán contestarse en base al número total de horas dedicadas a ambas.

D5.8 ¿Llevar a cabo su trabajo diario?

Esta es una pregunta general cuyo objetivo es obtener la valoración del entrevistado respecto a la dificultad encontrada al realizar su trabajo o las actividades relacionadas con sus estudios. Esto puede incluir, aunque no se limita a ello exclusivamente, el llegar a tiempo, responder adecuadamente a la supervisión recibida, supervisar a otros, planear y organizar, así como cumplir las expectativas propias del empleo.

D5.9 ¿Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo?

Realizar “bien” las tareas propias del trabajo o los estudios se refiere a completarlas de acuerdo a las expectativas del supervisor o profesor, según los propios haremos de actuación y/o tal y como se especifica en los criterios de actuación del empleo o centro de estudios.

D5.10 ¿Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer?

D5.11 ¿Acabar su trabajo tan rápido como era necesario?

Se refiere a cumplir con las expectativas de cantidad y con las fechas indicadas para la conclusión de la tarea.

D5.12 ¿Ha tenido que trabajar a un menor ritmo debido a su “condición de salud”?

El entrevistador y el entrevistado deberán recordar que el periodo de referencia para el WHO-DAS II corresponde a los últimos 30 días. Sin embargo, esta pregunta puede hacer referencia a un intervalo de tiempo iniciado en un pasado más lejano pero que continúa en el presente. El entrevistado deberá responder afirmativamente si es que actualmente está trabajando a un menor ritmo debido a su “condición de salud”. Si es que trabajó a un menor ritmo debido a una “condición de salud”, pero en el presente no se da el caso, la respuesta habrá de ser “no”

D5.13 ¿Ha ganado menos dinero debido a su “condición de salud”?

El entrevistado puede que sea o no capaz de dar una respuesta en base a hechos establecidos. En el caso de que indicara que no está seguro/a, se permitirá al entrevistado dar una respuesta teniendo en cuenta su propia opinión con relación a este hecho.

D5.14 En los últimos 30 días, ¿Cuántos días ha perdido media jornada o más de trabajo debido a su “condición de salud”?

Para indicar 3 días, por ejemplo, regístrelo de la siguiente manera 0/3. Si hubiera perdido menos de media jornada, no incluya ese día en el cómputo total. Al igual que en preguntas anteriores, el término “trabajo” se puede sustituir por el de “clase” según sea apropiado.

Dominio 6: Participación en la sociedad

Este último dominio representa un cambio en el modo de preguntar empleado en las primeros cinco áreas. En esta área, se pide al entrevistado que considere de qué manera otras personas y el entorno dificultan su participación en la sociedad que les rodea. En esta área, el entrevistado no informa de sus limitaciones en la actividad, sino más bien de las restricciones que vive y le son impuestas por la gente, las leyes y otros aspectos del entorno en el que se desenvuelve. A la hora de leer la introducción a esta área, es muy importante que se enfatice en las frases subrayadas, para ayudar al entrevistado a cambiar de esquema mental y a entender lo que se le pregunta. El entrevistado deberá entender que el énfasis de estas preguntas no está en sus propias dificultades, sino que está en los problemas surgidos a causa de la sociedad en la que vive. Así mismo, se plantearán preguntas en relación al impacto de la “condición de salud”.

El entrevistador deberá tener en cuenta que en la introducción a esta área se habrá de recordar al entrevistado que esta entrevista se centra en los últimos 30 días. El área 6, sin

embargo, no se presta tan fácilmente a un intervalo de tiempo tan limitado, si bien se pedirá al entrevistado que intente permanecer centrado en el periodo de referencia de 30 días.

Especificaciones para cada Pregunta:

D6.1 ¿En qué medida ha tenido problemas para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (Ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?

Se podrán usar estos y otros ejemplos de actividades de la comunidad para clarificar la pregunta, como por ejemplo la asistencia a reuniones, actividades locales, del vecindario o la comunidad relacionadas con el ocio y el deporte. El aspecto que se debe enfatizar en este ítem es si se le facilita al entrevistado la participación en estas actividades o sí por el contrario ésta se ve inhibida por diversos factores del entorno.

D6.2 ¿En qué medida ha tenido problemas debido a barreras u obstáculos existentes en su entorno (alrededor)?

El propósito de esta pregunta es determinar cuántos obstáculos se han interpuesto en la actividad del entrevistado a la hora de lograr sus aspiraciones y planes de la misma manera que el resto de las personas. El concepto clave aquí es la interferencia externa creada por el entorno u otras personas que el entrevistado ha tenido que afrontar. Las barreras podrían ser físicas, como la falta de rampas para entrar en la iglesia, o sociales, como las leyes que discriminan contra las personas con discapacidades y/o las actitudes negativas de la gente que crea las barreras.

D6.3 ¿En qué medida ha tenido problemas para vivir con dignidad debido a las actitudes y acciones de otras personas?

El entrevistado deberá considerar problemas que haya tenido a la hora de vivir dignamente y orgulloso de quien es, de lo que hace y/o de cómo vive su vida.

D6.4 ¿Cuánto tiempo ha dedicado a su “condición de salud” o a las consecuencias de la misma?

Esta pregunta trata de obtener una puntuación o idea global de la proporción de tiempo en esos 30 últimos días que el entrevistado dedica a afrontar algún aspecto de su “condición de salud”. Puede abarcar el tiempo empleado en visitas al centro de tratamiento, el tiempo gastado en afrontar aspectos financieros relacionados con

la “condición de salud”, como pagar facturas, rembolsar los beneficios del seguro, tiempo empleado en obtener información sobre su “condición de salud”, o educando a otros a cerca de ella, etc.

D6.5 ¿Cuánto le ha afectado emocionalmente su “condición de salud”?

Esta pregunta se refiere al grado de impacto emocional experimentado por el entrevistado debido a su “condición de salud”. Entre las emociones exploradas pueden incluirse ira, pesar, arrepentimiento, agradecimiento, aprecio o cualquier otra emoción positiva o negativa.

D6.6 ¿Qué repercusión económica ha tenido para usted o para su familia su “condición de salud”?

El concepto de familia se entiende aquí en un sentido muy amplio, de tal manera que incluye a los familiares pero también a todos aquéllos con los que el entrevistado no tiene lazos familiares pero se les considere de la familia, intuyendo a quienes puedan estar compartiendo aspectos económicos de la “condición de salud”. El énfasis de esta pregunta radica en el detrimento de los ahorros personales o de los ingresos actuales para satisfacer las necesidades creadas por la “condición de salud”. Si un entrevistado hubiera sufrido una importante repercusión económica pero no así su familia, o viceversa, deberá responder a la pregunta basándose en la carga experimentada por la parte que económicamente se ha visto más afectada.

D6.7 ¿En qué medida sus problemas de salud han supuesto un problema para su familia?

El énfasis se centra aquí en los problemas derivados de la interacción de la “condición de salud” con el entorno en el que vive la persona. La pregunta persigue obtener información sobre los problemas que sobrelleva la familia y que pueden incluir problemas económicos, emocionales, físicos, etc. Téngase en cuenta la definición de familia dada en D6.6.

D6.8 ¿En qué medida ha tenido problemas para realizar por sí mismo/a cosas encaminadas a relajarse o disfrutar?

El entrevistado deberá considerar actividades de ocio en las que esté interesado/a y a los que actualmente aspira o le gustaría poder aspirar pero no puede, debido a su “condición de salud” y a las restricciones impuestas por la sociedad. Ejemplos que se podrían incluir son: que el entrevistado deseara leer pero se viera restringido porque la biblioteca local no tiene libros impresos en una edición aumentada para su uso por personas con problemas de visión, o que el entrevistado disfrutara viendo películas de vídeo pero no pudiera porque no disponen de subtítulos para sordos. Se deberá facilitar una puntuación global de los problemas encontrados.

Una vez revisada esta sección 4 y cada uno de los dominios que la componen, haremos referencia a las denominadas **Preguntas de Exploración** para los dominios que ya se han mencionado anteriormente.

Existe una pregunta de exploración idéntica al final de cada dominio. Esta pregunta, identificada como Px.1, se formula únicamente si alguna de las preguntas del área fue contestada con una respuesta mayor que «1» en la escala de respuesta de cinco puntos. Tal y como se indica en las instrucciones si ninguna de las preguntas del dominio recibiera una respuesta mayor que uno, la pregunta de exploración de esa área se omitirá.

El entrevistador observará que hay una segunda pregunta de exploración sólo en el dominio 6, señalada como P6.2. Más adelante se detallarán las especificaciones pertinentes para esta pregunta.

La especificación para cada pregunta Px.1 es aplicable para la misma pregunta de exploración después de cada dominio.

Especificaciones para cada Pregunta:

Px.1 ¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?

Al evaluar la “interferencia” con su vida, el entrevistado deberá considerar el grado de entorpecimiento que las dificultades mencionadas le suponen en su vida. Para algunos entrevistados, esto se relacionará con el grado de importancia que atribuya a estas actividades, o puede estar relacionado con el grado en que las limitaciones de actividad se ven reducidas por el uso de dispositivos de ayuda o asistencia personal. La pregunta persigue generar una puntuación global sobre cómo de problemáticas resultan para el entrevistado las actividades de la vida diaria.

Px.2 En los últimos 30 días, ¿Durante cuántos días ha tenido estas dificultades?

Tal y como se ha señalado anteriormente, esta segunda pregunta de exploración se encuentra sólo al final del área 6. El entrevistador deberá advertir que, en lugar de hacerlo después de cada pregunta, en esta área sólo se pregunta una vez el nivel de dificultad experimentado, lo cual se lleva a cabo con esta pregunta de exploración. De esta manera, se obtiene un único cómputo general de los días en los que se experimentó algún tipo de problema en la Participación en Sociedad.

Finalmente, el objetivo de éste, es el de facilitar información adicional respecto a qué es lo que se pretende con cada pregunta del WHO-DAS II. El entrevistador deberá hacer uso de esta información para su propio entrenamiento en el uso de la entrevista, así como para cuando el entrevistado pida algún tipo de aclaración respecto a preguntas concretas, absteniéndose así de ofrecer sus propias interpretaciones.

13.5 Anexo 6. Codificación y sintáxis de puntuación del cuestionario SF 36.

DIMENSIÓN	#	PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA
Cambio de la salud en el tiempo	D0	¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	1=100; 2=75; 3=50; 4=25; 5=0
D1. FUNCION FISICA 10 ítems	D1.1	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	1=0; 2=50; 3=100
	D1.2	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, montar bicicleta o caminar más de una hora?	1=0; 2=50; 3=100
	D1.3	Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar una bolsa de las compras?	1=0; 2=50; 3=100
	D1.4	Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	1=0; 2=50; 3=100
	D1.5	Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	1=0; 2=50; 3=100
	D1.6	Su salud actual, ¿le limita para agacharse, arrodillarse?	1=0; 2=50; 3=100
	D1.7	Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	1=0; 2=50; 3=100
	D1.8	Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas?	1=0; 2=50; 3=100
	D1.9	Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana?	1=0; 2=50; 3=100
	D1.10	Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	1=0; 2=50; 3=100
D2. ROL FISICO 4 ítems	D2.1	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	1=0; 2=100
	D2.2	Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	1=0; 2=100
	D2.3	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	1=0; 2=100
	D2.4	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	1=0; 2=100
D3. DOLOR CORPORAL	D3.1	¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	1=100; 2=80; 3=60; 4=40; 5=20; 6=0

DIMENSIÓN	#	PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA
2 ítems	D3.2	Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	1=100; 2=75; 3=50; 4=25; 5=0
D4. SALUD GENERAL 5 ítems	D4.1	¿En general usted diría que su salud es?	1=100; 2=75; 3=50; 4=25; 5=0
	D4.2	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1=0; 2=25; 3=50; 4=75; 5=100
	D4.3	Estoy tan sano como cualquiera	1=100; 2=75; 3=50; 4=25; 5=0
	D4.4	Creo que mi salud va empeorar	1=0; 2=25; 3=50; 4=75; 5=100
	D4.5	Mi salud es excelente	1=100; 2=75; 3=50; 4=25; 5=0
D5. VITALIDAD 4 ítems	D5.1	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	1=100; 2=80; 3=60; 4=40; 5=20; 6=0
	D5.2	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	1=100; 2=80; 3=60; 4=40; 5=20; 6=0
	D5.3	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?	1=0; 2=20; 3=40; 4=60; 5=80; 6=100
	D5.4	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	1=0; 2=20; 3=40; 4=60; 5=80; 6=100
D6. FUNCION SOCIAL 2 ítems	D6.1	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	1=0; 2=25; 3=50; 4=75; 5=100
	D6.2	Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otra persona?	1=100; 2=75; 3=50; 4=25; 5=0
D7. ROL EMOCIONAL 3 ítems	D7.1	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	1=0; 2=100
	D7.2	Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1=0; 2=100
	D7.3	Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	1=0; 2=100
D8. SALUD MENTAL	D8.1	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	1=0; 2=20; 3=40; 4=40; 5=80; 6=100

DIMENSIÓN	#	PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA
5 ítems	D8.2	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1=0; 2=20; 3=40; 4=40; 5=80; 6=100
	D8.3	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	1=100; 2=80; 3=60; 4=40; 5=20; 6=0
	D8.4	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	1=0; 2=20; 3=40; 4=40; 5=80; 6=100
	D8.5	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	1=100; 2=80; 3=60; 4=40; 5=20; 6=0