

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD EN PERSONAS CON LIMITACIÓN EN LAS
ACTIVIDADES DE LA MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE NEIVA. 2009 - 2011**

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
CUERPO MOVIMIENTO UAM**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
TESIS DE MAESTRÍA**

**INVESTIGADORES
DIANA MARCELA QUESADA ESPINOSA
GLADYS TAMAYO PERDOMO**

Director de Tesis: Ft. LIDA MARITZA GIL OBANDO. MsC.D

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD - COHORTE II -

NEIVA, AGOSTO DE 2012

COMO CITAR ESTA TESIS

Formato documento Vancouver

Quesada DM, Tamayo G. Calidad de vida relacionada con salud en personas con limitación en las actividades de la movilidad del Municipio de Neiva. Facultad de Salud. Maestría en Discapacidad. Universidad Autónoma de Manizales. Tesis de Maestría. Manizales. 2009-2011. 109 págs.

HOJA DE APROBACIÓN

Diana Marcela Quesada Espinosa

Gladys Tamayo Perdomo

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD EN PERSONAS CON
LIMITACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE LA MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE
NEIVA. 2009 - 2011

Esta tesis fué evaluada y aprobada para la obtención del título de Magister en
Discapacidad por:

1. Árbitros Internos y Externos en fases de anteproyecto, proyecto e informe final
2. Comité de currículo de maestrías de salud UAM
3. Comité de Bioética de la UAM
4. Sustentación de tesis

Manizales, agosto de 2012.

DEDICATORIAS

Esta tesis se la dedico a DIOS por haberme dado la oportunidad de contar con una familia quien me ha brindado su apoyo incondicional, a mi esposo y a mi hijo, quienes me dieron su tiempo, amor y comprensión.

A mis padres por sus consejos, preocupaciones y acompañamiento espiritual y material, brindado por cada uno desde su esencia. A mis hermanos por el valor agregado que me dieron desde sus hogares, su preocupación y apoyo desde las diferentes esferas del ser.

GLADYS TAMAYO PERDOMO

La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

Gracias también a mis queridos compañeros, que me apoyaron y me permitieron entrar en su vida durante estos dos años de convivir dentro y fuera del salón de clase.

A mis hijos, padres y hermanas que me acompañaron en esta aventura que significó la maestría y que, de forma incondicional, entendieron mis ausencias y mis malos momentos. A ti Eduardo, que desde un principio hasta el día hoy sigues dándome ánimo para terminar este proceso. Gracias a todos.

DIANA MARCELA QUESADA ESPINOSA

AGRADECIMIENTOS

A la Secretaria de Salud Municipal de Neiva y Departamental del Huila, quienes por medio de su talento humano facilitaron el proceso investigativo.

A la magister Lida Maritza Gil Obando por haber confiado en nosotras, por la paciencia y por su generosidad al brindarnos la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

Finalmente a todos los que de una u otra forma contribuyeron a este proceso con sus palabras, momentos de ánimo y apoyo incondicional.

PRESENTACIÓN

La tesis a continuación presentada realizó un estudio sobre calidad de vida relacionada con salud en personas con limitación en las actividades de la movilidad en el Municipio de Neiva utilizando la primera versión al español del cuestionario SF36, el cual es una herramienta validada transculturalmente para la evaluación de la calidad de vida percibida en función de una condición de salud y discapacidad.

El proyecto se inscribió en la línea de investigación “Funcionamiento y Discapacidad en la perspectiva de la Salud” del grupo Cuerpo Movimiento de la UAM clasificado por COLCIENCIAS en A1.

Los resultados de esta investigación permitieron la generación de nuevo conocimiento en torno de la calidad de vida relacionada con salud en personas con limitación en las actividades de la movilidad que participaron en el Programa de Atención Integral a la población con Discapacidad en el Municipio de Neiva encontrando posibles relaciones con variables sociodemográficas y de discapacidad, proyecto culminado en el año 2012.

RESUMEN EJECUTIVO

Título: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD EN PERSONAS CON LIMITACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE LA MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE NEIVA, 2009 – 2011
Total de Investigadores 2
Investigadores Principales: DIANA MARCELA QUESADA ESPINOSA - GLADYS TAMAYO PERDOMO
Nombre del Grupo de Investigación al cual pertenece el proyecto: Cuerpo Movimiento, Clasificación A1 Colciencias 2011.
Línea de Investigación: Funcionamiento y Discapacidad en la perspectiva de la Salud
Entidad: Universidad Autónoma de Manizales
Representante Legal: Gabriel Cadena Gómez. Cédula: 5.565.569 de: Bucaramanga
Dirección: Antigua Estación del Ferrocarril. Teléfono (68)8727519. Fax (68) 8727272
Nit: 890805051-0. E-mail: uam@autonoma.edu.co. Ciudad: Manizales. Departamento: Caldas. Sede de la Entidad: Antigua estación del ferrocarril Manizales
Tipo de Entidad: Educativa UAM. Universidad Privada.
Lugar de Ejecución del Proyecto: Ciudad: Neiva. Departamento: Huila. Duración del Proyecto (en meses): 18 meses
Costo Total del Proyecto: \$ 19.028.000
Tipo de Proyecto: Tesis de Maestría. Investigación Aplicada

RESUMEN ACADÉMICO

Introducción. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) permite evaluar el estado de salud percibido por las personas en función de una condición de salud o discapacidad, a su vez es un indicador sensible para diseñar, implementar y evaluar programas de salud y rehabilitación. **Objetivos.** Establecer las características de calidad de vida relacionada con la salud y relacionarlas con variables sociodemográficas, de discapacidad y variables propias de la pertenencia al programa de atención integral a la discapacidad del Municipio de Neiva. **Método.** estudio cuantitativo, observacional descriptivo, la población estuvo constituida por 511. Se aplicó el cuestionario SF-36 a una muestra de 200 personas seleccionadas aleatoriamente a partir de una tabla de números aleatorios construida en excel, utilizando la base de datos proporcionada por la Secretaría Departamental del Huila. **Criterios de inclusión y exclusión del estudio.** Ser mayores de 20 años al momento de la evaluación y pertenecientes al Programa de Atención Integral del Municipio de Neiva por más de 6 meses, tener limitación de carácter permanente en las actividades de la movilidad por cualquier etiología, llevar al menos 6 meses de evolución de la deficiencia (disfunción, enfermedad, trauma), aceptar participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado y no tener limitación para actividades de aprendizaje y aplicación de conocimiento que impidan diligenciar el cuestionario de percepción de calidad de vida. **Resultados.** Las dimensiones del SF 36 con mejor puntaje fueron salud mental, vitalidad y función social. Se encontraron puntuaciones promedios bajas en dimensiones como función física, rol emocional y rol físico. La ocupación tuvo relación significativa con la dimensión de salud general ($p < 0,00$) y la correlación fue regular ($\eta^2 0,471$). La dimensión de dolor corporal fue presentó relaciones estadísticamente significativas con la limitación para caminar (p valor 0,022), para estar de pie (p valor 0,021) y para estar sentado (p valor 0,010), sin embargo la fuerza de la asociación fue positiva pero muy débil ($\eta^2 \leq 0,17$).

Palabras clave: calidad de vida, discapacidad, limitación de la movilidad, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, (Fuente: DeCS, BVS)

Key words: Quality of Life, Disability, Mobility Limitation, International Classification of Functioning, Disability and Health. (DeCS, bvs)

Tabla de contenido

LISTA DE TABLAS	10
LISTA DE GRÁFICOS	10
1. ÁREA PROBLEMÁTICA, ALCANCE Y JUSTIFICACIÓN	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
1.3 JUSTIFICACIÓN	20
1.4 CONDICIONES DE FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO	22
2. OBJETIVOS	24
2.1 OBJETIVO GENERAL	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3. REFERENTE TEÓRICO	26
3.1 CALIDAD DE VIDA	26
3.2 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)	29
3.3 DISCAPACIDAD	32
3.4 DISCAPACIDAD EN LA PERSPECTIVA DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD	35
3.4.1 Limitación en actividades relacionadas con la movilidad según la CIF	36
3.5 EL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD SF-36	36
3.6 PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD - P.A.I	39
4. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES Y TABLA DE VARIABLES	42
4.2 VARIABLES DE DISCAPACIDAD	43
4.3 VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	43
4.4 VARIABLES RELACIONADAS CON EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA DISCAPACIDAD	46
5. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	48
5.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	48
5.2 TIPO DE ESTUDIO	48
5.3 POBLACIÓN	48
5.4 MARCO MUESTRAL	48
5.4.1 Muestra y Muestreo:	49
5.4.2 Criterios de inclusión	50
5.4.3 Criterios de exclusión	50
5.5. ESTRATEGIAS DE VINCULACIÓN Y ADHERENCIA EN EL TRABAJO DE CAMPO 50	
5.6 ENTRENAMIENTO Y CALIBRACIÓN DE ENCUESTADORES	51
5.7 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	51
5.7.1 Instrumento de recolección de la información	51
5.7.2 Proceso de obtención de la información	52
5.8 CONTROL DE SESGOS Y ERRORES EN LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	52
5.9 ANÁLISIS DE LOS DATOS	53
6. RESULTADOS	54
6.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS CON LIMITACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE LA MOVILIDAD	54
GRAFICO 1. SEXO DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS	54
TABLA 1. EDAD DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS	54
TABLA 2. TABLA RESUMEN VARIABLES CUALITATIVAS SOCIODEMOGRÁFICAS	54
6.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES DE DISCAPACIDAD DE LAS PERSONAS CON LIMITACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE LA MOVILIDAD	55

TABLA 3. TABLA RESUMEN DEFICIENCIAS Y DEFICIENCIAS ESPECÍFICAS ESTRUCTURAS CORPORALES	55
TABLA 4. TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA CONDICIÓN DE SALUD	55
TABLA 5. TIPO DE LIMITACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE LA MOVILIDAD	56
6.3 ANALISIS DESCRIPTIVO POR DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	56
TABLA 6. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS 36 ÍTEMS SF 36.....	57
TABLA 7. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS PUNTAJE TOTAL POR DIMENSIONES DEL SF 36	57
6.4 ANALISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES RELACIONADAS CON EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL - P.A.I.....	58
TABLA 8. TABLA RESUMEN VARIABLES DEL P.A.I	58
TABLA 9. TABLA RESUMEN PARTICIPACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y EVENTOS EDUCATIVOS, CULTURALES Y RECREATIVOS OFRECIDOS POR EL P.A.I.....	59
6.5 ANALISIS BIVARIADO ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, DE DISCAPACIDAD Y DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA DISCAPACIDAD P.A.I Y DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA.....	60
TABLA 10. PRUEBA DE KOLMOGOROV PARA DIMENSIONES DE CVRS	60
TABLA 11. PRUEBA DE KOLMOGOROV PARA VARIABLES CUANTITATIVAS	61
<i>6.5.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD</i>	<i>61</i>
TABLA 12. RESUMEN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CVRS POR DIMENSIONES	62
TABLA 13. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD POR DIMENSIONES Y OCUPACIÓN.....	62
TABLA 14. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD PRO DIMENSIONES Y SEXO.....	63
<i>6.5.2 VARIABLES DE DISCAPACIDAD (LIMITACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE LA MOVILIDAD) Y DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD</i>	<i>64</i>
TABLA 15. RESUMEN VARIABLES DE DISCAPACIDAD Y CVRS POR DIMENSIONES	64
<i>6.5.3 VARIABLES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA DISCAPACIDAD P.A.I Y DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.....</i>	<i>65</i>
TABLA 16. DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADAS CON LA SALUD Y SERVICIOS OFRECIDOS POR EL P.A.I	65
7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	67
8. CONCLUSIONES.....	72
9. RECOMENDACIONES.....	74
12. ANEXOS	76
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105

LISTA DE TABLAS

- Tabla 1. Edad de las personas encuestadas
- Tabla 2. Tabla resumen variables cualitativas sociodemográficas
- Tabla 3. Tabla resumen deficiencias en estructuras corporales y deficiencias específicas en estructuras corporales
- Tabla 4. Tiempo de evolución de la condición de salud
- Tabla 5. Tipo de limitación en las actividades de la movilidad
- Tabla 6. Estadísticos descriptivos de los 36 ítems SF- 36
- Tabla 7. Estadísticos descriptivos puntaje total por dimensiones del SF -36
- Tabla 8. Tabla resumen variables del P.A.I
- Tabla 9. Tabla resumen participación y calificación de las actividades y eventos educativos, culturales y recreativos ofrecidos por el P.A.I
- Tabla 10. Prueba de Kolmogorov para dimensiones de CVRS
- Tabla 11. Prueba de Kolmogorov para variables cuantitativas edad, tiempo de evolución de la condición de salud y tiempo de pertenencia al P.A.I
- Tabla 12. Resumen variables sociodemográficas y CVRS por dimensiones
- Tabla 13. Calidad de vida relacionada con la salud por dimensiones y ocupación
- Tabla 14. Calidad de vida relacionada con la salud por dimensiones y sexo
- Tabla 15. Resumen variables de discapacidad y CVRS por dimensiones
- Tabla 16. Dimensiones de calidad de vida relacionadas con la salud y servicios ofrecidos por el P.A.I

LISTA DE GRÁFICOS

- Grafica 1. Sexo de la persona encuestada

1. ÁREA PROBLEMÁTICA, ALCANCE Y JUSTIFICACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia, el censo realizado en el año 2005 implementó el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad estimando una prevalencia de discapacidad del 6,4% para la población general basada en las personas que reportaron mínimo una limitación permanente para realizar alguna actividad de la vida diaria(1) es decir, que teniendo en cuenta la población total para Colombia en este mismo año (42.090.502), se calculó que existen en el país 2.651.701 personas con por lo menos una limitación (71.2%). 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%, Quindío 8.0%, Tolima con 7.8%, Putumayo 7.4% y el Huila 8.5%. Dentro de la información reportada se destaca como la limitación permanente para moverse o caminar figuró en los primeros lugares con un 29.32% (770.128 personas).

A través del tiempo el concepto de discapacidad ha tenido un proceso evolutivo multidimensional y multifactorial; basados en el modelo biopsicosocial, el cual postula que el ser humano en cualquier condición de salud su funcionamiento es el resultado de la interacción de las dimensiones biológica, psicológica y social(2) la mirada de la discapacidad deberá estar situada no sólo en el nivel corporal (estructuras y funciones del cuerpo) sino también en las actividades humanas y la participación social del ser humano.

La discapacidad genera impacto personal y social, produce modificaciones en el estilo de vida y en la forma como percibe su calidad de vida en función de una condición de salud que afecta su funcionamiento. La valoración del estado de salud en la práctica clínica tiene su eje evaluativo tradicional en dos vertientes: la tecnológica y la instrumental (escalas e instrumentos 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; incluyendo la rehabilitación; la segunda vertiente consiste en la descripción del estado de salud referido por el paciente, siendo la salud percibida el aspecto que estudia la calidad de vida relacionada con la salud(3)

De acuerdo a lo anterior 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 (C.V.R.S), esta última que explora dimensiones como la

función física, el rol físico, el dolor corporal, la salud general, la vitalidad, la función social, el rol emocional y la salud mental.

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

Un instrumento genérico muy utilizado para medir la CVRS es el SF-36 (Medical Outcomes Study Short-Form 36(4) originalmente desarrollado en los Estados Unidos, traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto International Quality of Life Assessment (IQOLA). La traducción al castellano del cuestionario siguió un protocolo común a todos los países que participaron en el proyecto IQOLA. Este cuestionario consta de 36 ítems o preguntas 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 la primera versión y la versión 2.0 del SF 36 en distintas condiciones de salud, Fernández de las Peñas y otros(5) realizaron 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 empleo 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(6) 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 rol emocional. La presencia de depresión se constituyó en el

predicador 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(7) encontró que la calidad de vida en personas con trastorno obsesivo compulsivo era peor cuando se comparaba con los 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.

Rodriguez(8) realizó un estudio sobre discapacidad y calidad de vida (C.V), cuyo resultados le permitieron afirmar que el concepto de CV está relacionado con la posibilidad de tomar decisiones y organizar la propia vida, relacionándose con sí mismos, con los demás y con el medio, donde la tecnología puede también jugar un papel importante facilitando y permitiendo la comunicación, la movilidad, las relaciones, el cuidado y las actividades de la vida diaria. Señala además que el aumento en la expectativa de años de vida implica que las personas pasan a lo largo de sus vidas por distintas situaciones y se desenvuelven de diferente manera según su edad y sus circunstancias; sumado a lo anterior, la heterogeneidad de situaciones en las personas mayores es aún mayor que en el resto de la población. Agrega que, los problemas de discapacidad y envejecimiento son distintos pero tienen puntos en común, además el envejecimiento también afecta a las personas con discapacidad, acentuando las limitaciones en las actividades.

Ron y otros(9) realizaron en el año 2003 un estudio sobre el uso del SF-36 aplicado a personas en situación de discapacidad, en el cual se determinó la conveniencia de las aproximaciones existentes para la evaluación de la calidad de vida relacionada con salud (HRQOL-Health Related Quality Of Life) para las personas con discapacidad comparada con la CIF, a partir de lo cual se observaron las implicaciones de los elementos que ésta contempla para la medición de la HRQOL. El estudio de resultados médicos (MOS) define la calidad de vida relacionada con la salud como la salud que impacta la capacidad funcional de un individuo para funcionar y su bienestar físico, mental y social. Donde el funcionamiento incluye las actividades básicas como autocuidado, trabajo, funcionamiento social. Los puntos de bienestar ítems referentes a la felicidad de las personas, sentimientos de tristeza, depresión o ansiedad, si presentan o no dolor, si están enérgicas o letárgicas. Derivado del MOS el SF-36 es el instrumento de estudio de la CVRS más utilizado en

Estados Unidos. El SF-36 evalúa 8 conceptos de salud utilizando escalas multipuntos (35 puntos): funcionamiento físico (10 puntos), limitaciones causados por problemas de salud física (4 puntos), limitaciones causadas por problemas emocionales (3 puntos), funcionamiento social (2 puntos), bienestar emocional (5 puntos), energía y fatiga (4 puntos), dolor (2 puntos), percepciones de salud general (5 puntos). Un punto individual adicional evalúa el cambio de salud percibido.

Ramírez(10) en su estudio sobre Calidad de vida relacionada con la salud, realizó una revisión de los aspectos metodológicos en los que se basa la evaluación de la calidad de vida, así como proporcionar un inventario de los instrumentos genéricos y específicos disponibles para evaluarla, esto se hace teniendo en cuenta que la calidad la vida es un concepto bastante complejo, dado que se trata de un concepto abstracto, subjetivo y multidimensional para el que aún no existe una definición de consenso. Sin embargo, aunque éste no existe, la calidad de vida puede estimarse por medio de la función física, el estado psicológico, la función y la interacción social, y los síntomas físicos de las personas. Evaluar la calidad de vida se ha convertido en los últimos años en un objetivo importante a alcanzar en el área de la salud. Su evaluación se considera como una nueva estrategia introducida para el análisis de los resultados de los programas terapéuticos reforzando el consenso que indicadores del área de la salud, tales como control de los síntomas, índices de mortalidad y expectativa de vida, no bastan, por sí solos, como estimaciones de la eficacia y efectividad de los programas e intervenciones introducidas para evaluar la salud. En este sentido el estudio realizó una búsqueda sistemática donde se indagaron instrumentos de medición de calidad de vida relacionada con la salud, su validez y los resultados sobre la salud, registrada en las bases de datos LILACS (Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud) y Medline, en los últimos 15 años. Para tal propósito se seleccionaron y revisaron los artículos científicos publicados desde enero de 1991 hasta diciembre de 2006. A partir del artículo o el conjunto de artículos que describían la intervención en calidad de vida relacionada con la salud, se identificó en una fase inicial el país e idioma donde se efectuó la intervención, el tipo de cuestionario genérico o específico, los grupos de edad, las características psicométricas del cuestionario, la validez, el nivel de confianza de la prueba, los resultados sobre la salud y el objetivo del cuestionario.

Encontrándose diferentes resultados con respecto a las consideraciones conceptuales donde se destaca la definición de calidad de vida expuesta por el Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, quienes definen calidad de vida como: «La

percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores, que él vive en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones», esta definición demuestra la posición de la Organización Mundial de la Salud con relación al carácter subjetivo y multidimensional del concepto, con una inclusión de elementos positivos y negativos en su valoración.

Las definiciones de calidad de vida como área de conocimiento científico, suscitan diversos componentes debido a la complejidad y multidimensionalidad del término, incluyendo componentes esenciales como: satisfacción con la vida, autoestima, salud/funcionamiento y posición socioeconómica; bienestar físico, psicológico, actividades, libertad y realización de ambiciones; estado físico, estado emocional, interacción social y sensación somática; salud/funcionamiento, socioeconómico, psicológico/espiritual y familiar. En la mayoría de trabajos, existen diferentes proposiciones que presentan cierta similitud, más no un patrón único de definición acertado para todos, o que resulta en formas múltiples de medir el concepto.

Es así como la literatura biomédica acepta los dos tipos de instrumentos: los genéricos, que permiten evaluar grupos y poblaciones con diversos diagnósticos, y los específicos, que son de mayor utilidad para medir el impacto de una enfermedad específica.

Entre los primeros instrumentos bien difundidos, se encuentra el índice de desarrollo humano (IDH), elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD). Este índice se creó con la intención de ampliar el debate sobre el desarrollo de aspectos puramente económicos como el nivel de renta, el producto interno bruto y el nivel de empleo, aspectos de naturaleza social y cultural. Este indicador se basa en la noción de capacidades, como lo que una persona es apta para realizar o hacer. El problema del IDH, es que presenta limitaciones como el territorio geográfico, las tasas de analfabetismo y el grado de desarrollo personal. Otra metodología que se utiliza para evaluar la calidad de vida es la medición de variables a través de una serie de indicadores macro que consideran las necesidades básicas o de primer orden y las de orden social y cultural, necesarias para una calidad de vida de la población. Lo que hacen estos métodos, de forma directa e indirecta, es establecer mediciones sobre las carencias específicas que orientan el diseño de acciones y programas de mejoramiento, y detectan los denominados “grupos vulnerables” o “grupos de riesgo”, mediante la medición de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), Línea de Pobreza (LP), Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), Índice de Calidad de Vida (ICV), Encuestas de Pobreza y Calidad de

Vida, Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Encuesta Nacional de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) en salud

El instrumento más utilizado es el cuestionario SF-36 debido a su simplicidad y corto tiempo de aplicación, este consiste en 36 ítems subdivididos en ocho dimensiones, y una puntuación de 0 a 100, aspectos ya detallados en la validación del mismo por Alonso J, y cols.

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud implica con frecuencia la utilización de un cuestionario desarrollado originalmente en otro contexto cultural. En ese caso, es necesario adaptar dicho instrumento a la lengua y cultura donde vaya a ser utilizado, mediante un proceso de adaptación cultural cuyo objetivo principal es preservar el contenido semántico en el uso habitual del lenguaje de la nueva traducción, logrando de este modo la equivalencia de significados de los cuestionarios entre ambas culturas.

Las investigaciones en calidad de vida relacionada con la salud, hacen posible indagar los efectos de la enfermedad a lo largo de su evolución, la imagen social e individual que se tiene de la enfermedad y sus tratamientos, los efectos del tratamiento en los estados de ánimo y las expectativas del enfermo, los efectos del ingreso hospitalario, de las relaciones médico-paciente, las características del apoyo familiar, el análisis de los proyectos de vida y las formas en que se percibe todo este complejo proceso. La medición de la calidad de vida presenta retos metodológicos que se han venido resolviendo y que han permitido desarrollar instrumentos aplicables a diversas patologías y grupos poblaciones. Generalmente, los estudios no reportan problemas metodológicos a la hora de realizar la medición de la calidad de vida relacionada con la salud, aunque queda en evidencia un número muy limitado de estudios que expongan un valor de referencia estándar contra el cual se pueda comparar. El desafío futuro será intentar implementar las diferentes mediciones de calidad de vida relacionada con la salud en los condicionantes ambientales, sociales y culturales que afectan los grandes colectivos de nuestro país.

Alonso y otros(4) realizaron un estudio sobre la versión española del SF-36 la adaptación se basó en la traducción y retro traducción donde se reunieron traductores, investigadores y por ultimo pacientes a los cuales se les administro la versión española del SF-36, estos fueron 46 los cuales presentaban enfermedad coronaria estable. Los resultados obtenidos fueron: puntuación media de la equivalencia alta, alfa de Crobach superior a 0.7 en todas las dimensiones menos en la social (alfa = 0.45).

Los estudios que evalúan la efectividad de los procedimientos médicos utilizan como variable de resultado la calidad de vida relacionada con la salud o el estado de salud, debido a que reflejan la salud desde la perspectiva del paciente, lo cual se realiza a través de entrevistas o cuestionarios. El SF-36 fue desarrollado para su uso en el estudio de los resultados médicos, a partir de una extensa batería de cuestionarios que incluía cuarenta conceptos relacionados con salud. Para realizar el nuevo cuestionario se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener su validez y operatividad. El formato final fue un instrumento genérico que contiene 36 ítems que cubren ocho dimensiones del estado de salud. Estos ítems detectan estados positivos y negativos de salud, donde se codifican en una escala que tiene un recorrido de 0(peor estado de salud) 100 (mejor estado de salud). El cuestionario fue traducido por dos personas bilingües de origen español y con experiencia clínica, ambas traducciones fueron discutidas hasta alcanzar un consenso para llegar a la versión final. En ese momento se observó la dificultad y equivalencia de la traducción de los ítems de las dimensiones de la versión española. Realizaron un estudio de ordinalidad que se comparó con la puntuación en el cuestionario y con un estudio similar realizado en Estados Unidos. Para evaluar la reproducibilidad del cuestionario, este se administró a 50 pacientes con enfermedad coronaria estable y obtuvo un estudio completo de 46 pacientes. Los resultados: este estudio muestra una gran equivalencia con respecto al cuestionario original debido a que no se situó por debajo del 90%. En la ordinalidad las puntuaciones promedio coincidió en todos los casos, con el orden asignado en el cuestionario, los valores fueron similares con los obtenidos en un estudio similar realizado en Estados Unidos. Consistencia interna y fiabilidad del cuestionario el estudio tomo a pacientes de edades promedio $61, 2 \pm 7,6$ años y el 89% fueron varones. La respuesta al cuestionario exigió aproximadamente 10 -15 min. El 75% lo lleno personalmente. Las puntuaciones medias de las dimensiones del cuestionario fueron: función social 90,5. Emocional 89,6. Salud en general 56,1 (la más baja). Vitalidad 66,8. Función física 69,9.

Los resultados muestran una alta coincidencia y equivalencia con los valores americanos. Además el cuestionario mostró una alta consistencia interna para la mayoría de las dimensiones que lo componen y una reproducibilidad aceptable. Esto sugiere que el proceso de adaptación culminó con la obtención de un instrumento aparentemente equivalente al original que puede utilizarse en la investigación clínica y epidemiológica. Debido a que el método utilizado fue estrictamente comparable asegura la adecuación de la versión española del cuestionario para la realización de estudios internacionales.

El proceso de adaptación se basó en traducción-retro traducción que es el más comúnmente aceptado para asegurar la equivalencia conceptual y adaptarlo a una cultura diferente. Este estudio ha sido replicado en países que participan en el IQOLA, y en estos se ha obtenido unos resultados muy semejantes tanto en el orden como en los valores de escalas. La consistencia interna tiene un coeficiente de alfa superior a 0,7 esto quiere decir que presentan poco error aleatorio (alta fiabilidad) para la comparación de grupos. El escaso número de ítems en la dimensión de salud social puede disminuir su fiabilidad, esto se observa en la baja consistencia interna de esta dimensión.

Otros estudios han utilizado el SF 36 para medir la calidad de vida en diferentes condiciones de salud como las enfermedades crónicas(11) en personas con discapacidad(12)en personas con vértigo(13)

En el departamento del Huila la prevalencia de discapacidad es del 2.6% es decir se 25.994 personas, de ellas en el municipio de Neiva existen 7.686 (prevalencia del 2.0%), de las cuales 3.026 presentaron alteraciones en el movimiento o movilidad del cuerpo, manos, brazos y piernas(14), de estas últimas, 1.303 participan en el programa de atención integral desde el subprograma “Neiva sin límites”, donde 638 presentan limitación en las actividades de la movilidad, las causas más frecuentes son las la enfermedad general con un 24.2% y accidentes el 14.8%.

Datos provenientes del programa de atención integral a la persona con discapacidad en el departamento del Huila(15) revelan que existe una elevada tasa de desempleo donde las personas en edad de trabajar (91.4%) el 80.1% corresponde a población económicamente inactiva, no están trabajando ni buscando trabajo; es decir 20.014 personas, el 37.7% está incapacitado permanentemente para trabajar y no cuenta con una pensión, el 2.2% también presenta incapacidad permanente para trabajar, pero cuenta con una pensión; el 8.1% se dedica a estudiar; el 27.1% se dedica a oficios del hogar; el 3.2 realiza actividades de autoconsumo; el 6.4% se dedica a otra actividad y el 0.5% restante esta pensionado o recibe algún tipo de renta.

De los servicios de la rehabilitación el 67% de las personas registradas han recibido órdenes de rehabilitación para sesiones de terapia física con un 21%, medicina física y rehabilitación el 16%, el 15% terapia ocupacional, entre otras, las cuales no han podido continuar por dificultad para trasladarse a los servicios de salud, sea por condición del transporte, económico, o por las barreras de accesibilidad, sin dejar de lado el corto tiempo que dura la intervención. Por otro lado el nivel educativo, el 35.6% de las personas en el

Huila carecen de estudios, donde el 35.1% no han culminado los estudios primarios y solo el 1.4% cuenta con un nivel de escolaridad igual o superior a la educación básica secundaria completa. Por otro lado de las 3.752 personas en situación de discapacidad que se encuentran ocupadas, 400, es decir el 12.3% de ellas desarrolla actividades comerciales, el 18.1 actividades relacionadas con los servicios; el 53.3% a actividades agrícolas; y el 14.3% a otro tipo de actividades y el 2.2% a actividades industriales. En el caso del departamento del Huila mientras 140 de cada 1000 personas mayores de 60 años o más está en situación de discapacidad, en las menores de 60 años 17 de cada 1000 se encuentran en la misma situación.

Con lo anterior es posible visualizar unos determinantes socioculturales que podrían influenciar la calidad de vida de las personas con discapacidad, desde variables como nivel de salud, nivel laboral, nivel educativo, de rehabilitación, falta de participación en la construcción e implementación de las políticas públicas, poco conocimiento por parte del equipo interdisciplinario que interviene en la aplicación del programa de atención integral y carencia de estudios investigativos en la región sobre calidad de vida relacionada con salud en esta población que permitan reorientar las acciones para dar respuesta a las demandas que impone el colectivo de personas con discapacidad.

La importancia de la medición de CVRS en discapacidad radica en la magnitud del problema en términos epidemiológicos y de costos en salud, así como en los aspectos psicológicos relacionados con ella, que en ocasiones no son debidamente tenidos en cuenta en el ámbito de la salud y en los procesos de rehabilitación e inclusión, además proporciona una evaluación comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo y una valoración precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención en salud.

Medir la CVRS no es una práctica habitual de los profesionales que intervienen e investigan la discapacidad, en Colombia no se han encontrado estudios que analicen la C.V.R.S en población con limitaciones en las actividades relacionadas con la movilidad ni utilizando el instrumento SF 36.

De acuerdo con lo anterior, existe una necesidad reconocida de investigaciones locales, regionales y en el país dirigidas a enriquecer la línea de investigación del grupo desde el análisis de las categorías de funcionamiento donde se integra la condición de salud, la deficiencia en funciones y estructuras corporales así como las limitaciones en las

actividades y restricciones en la participación y su influencia en la percepción del bienestar o la calidad de vida de las personas adultas con discapacidad para el caso con limitaciones en las actividades relacionadas con la movilidad.

Por todo lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características de calidad de vida relacionada con salud en personas con limitación en las actividades de la movilidad del Municipio de Neiva?

1.3 JUSTIFICACIÓN

En el departamento del Huila a partir del año 2008 se implementa el Programa de Atención Integral a la Población con Discapacidad P.A.I, el cual surge luego de realizarse un diagnóstico situacional en la región con el fin de mejorar las condiciones de vida de las personas en situación de discapacidad y sus familias, a través de la búsqueda de autonomía, independencia, e inclusión comunitaria, ajuste de políticas públicas y el desarrollo de la prestación de servicios, en cada uno de los municipios del Departamento(15) constituyéndose en el principal marco de referencia sobre discapacidad del departamento y del municipio de personas con discapacidad.

Según el objeto del Programa y de acuerdo a los resultados encontrados en el diagnóstico preliminar, las necesidades evidenciadas en esta población son del orden laboral, rehabilitatorio y educativo, desde las dimensiones de salud física y mental, actividades funcionales, las condiciones de vida y bienestar, lo cual supone el análisis de calidad de vida relacionada con salud, de la población que se encuentra participando del Programa de Atención Integral (P.A.I), desde el municipio de Neiva.

Se resalta la inexistencia de antecedentes en la región sobre la temática, siendo pertinente establecer la relación entre calidad de vida relacionada con la salud con la edad, tiempo de evolución de la lesión/enfermedad/condición/disfunción, nivel educativo, actividad laboral, y caracterización de las personas con limitación en las actividades de la movilidad que

participen en el programa de atención integral que sirvan como referencia y apoyo a los comités territoriales para la atención de las personas en situación de discapacidad en la elaboración, implementación, organización y evaluación del programa, por otro lado promover la inclusión de profesionales de la salud como de otras áreas, los cuales hacen parte del Programa de Atención, con el fin de suscitar a la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en las personas que se encuentren en situación de discapacidad.

Para la realización de este proyecto se hizo uso del instrumento SF-36 el cual permite la valoración de la calidad de vida relacionada con salud desde ocho dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental), el hecho de utilizar un instrumento transculturalmente validado, sensible y confiable permite la obtención de información objetiva para direccionar las acciones clínicas y de rehabilitación pero más allá de ello para orientar los planes, programas, proyectos y políticas públicas en discapacidad. Por otro lado contribuye a la generación de políticas públicas de acuerdo a un diagnóstico base de la población, enriqueciendo el trabajo que viene adelantando la secretaria de salud del municipio sobre la implementación del registro para la localización y caracterización de la población con discapacidad.

Es un estudio pionero y de referencia en Discapacidad para el Departamento del Huila, que fortalece los procesos de intervención interdisciplinar específicamente desde el campo de acción de la rehabilitación. 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 cómo influyen en el desempeño global del individuo en situación de discapacidad con limitación en las actividades de la movilidad.

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*, en esta línea se plantea la promoción de la conformación de redes sociales de apoyo y de usuarios que faciliten los procesos de mejoramiento de la salud y calidad de vida.

Es un estudio que enriquece la línea de investigación “Funcionamiento y Discapacidad en la perspectiva de la salud” de la comunidad cuerpo movimiento de la Universidad Autónoma de Manizales y fortalece en una perspectiva interdisciplinar el objeto de estudio de la maestría en discapacidad por ello los resultados de este proyecto beneficiaran a la

comunidad académica de la UAM, a las propias personas con discapacidad específicamente aquellas con limitaciones en la actividades de la movilidad, a sus familias y a toda la sociedad, pues es en el colectivo humano donde la discapacidad emerge como otra categoría más que lo influencia.

Los resultados de esta investigación podrán ser utilizados por nuevos proyectos de este tipo que aborden la temática de calidad de vida relacionada con la salud en condiciones de salud específicas que cursen con discapacidad, en proyectos de desarrollo y programas de intervención específicos, así como por otros profesionales de la salud que tienen que ver con el estudio de la calidad de vida.

La realización del estudio en personas con limitaciones en las actividades de la movilidad se debió al interés profesional, al área y perfil de desempeño de las investigadoras, también obedeció al hecho de que siendo el grupo con limitación permanente que más prevalencia muestra, de acuerdo al Dane en el 2005(1) representando el 46.0% es un colectivo sobre los cuales se han desarrollado experiencias investigativas aisladas, con enfoques clínicos y terapéuticos, más no sobre la base de un modelo biopsicosocial que dé cuenta no solo de las deficiencias en estructuras y funciones corporales sino también en las limitaciones en las actividades y cómo ellos influyen la calidad de vida de esta población.

No se encontraron elementos que obstaculizaron el desarrollo de este proyecto, en este sentido el estudio fue viable contando con la disponibilidad del recurso financiero, humano y material, desarrollado por dos fisioterapeutas estudiantes de la segunda cohorte de la maestría en discapacidad entrenadas y calibradas en el diligenciamiento del SF-36, quienes además asumieron los costos directos e indirectos generados por el proyecto. Debido a que se trabajó con personas que presentan limitación en actividades de la movilidad y que pertenecen al P.A.I de Neiva, se facilitó el acceso a la base de datos y a las personas asegurando una muestra suficiente para el desarrollo de la propuesta investigativa.

1.4 CONDICIONES DE FACTIBILIDAD DEL ESTUDIO

Esta investigación no necesitó materiales o equipos costosos o de difícil consecución, desde el punto de vista humano un director de tesis apoyo el proyecto desde los aspectos teórico y metodológico.

La muestra estuvo constituida por 200 personas con limitación en las actividades de la movilidad de la ciudad de Neiva que pertenecen P.A.I asegurando una muestra representativa.

Se trabajó con la primera versión del cuestionario SF 36 de acceso y uso gratuito, mediante un formato impreso, las preguntas fueron sencillas y de fácil comprensión por parte de quien las respondió. Desde el punto de vista ético, la investigación cumplió con los parámetros enunciados por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial(16) no se realizó procedimientos que atentaran contra la integridad física y moral, el cuestionario para valorar calidad de vida relacionada con la salud no generó riesgo sobre la condición funcional y de salud de las personas.

De acuerdo a la resolución 008430 artículo 11 el presente estudio se considera como “investigación con riesgo mínimo”, ya que se utilizó un cuestionario de percepción de calidad de vida validado transculturalmente y al español, que no atentó contra la integridad física y moral de los participantes del estudio(17). La participación en el estudio fue voluntaria, previa autorización a través de la aceptación y firma de un consentimiento informado (Aprobado por el comité de ética de la UAM en el acta No 011 del 26 de enero del 2010). La información recogida se usó para fines investigativos preservando los principios de integridad e intimidad de las personas.

Se respetaron no sólo los derechos de autor de los aportes teóricos y conceptuales utilizados para la construcción del área problemática y marco teórico mediante la citación en estilo Vancouver 2010 creado en una librería ENDNOTE X4, sino también el uso del de la primera versión al español del cuestionario SF-36, para ello se informó a la Fundación IMIM y CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) Grupo de Recerca en Serveis Sanitaris IMIM- Hospital del Mar BiblioPRO que se iba a utilizar el cuestionario y se respetaría la sintaxis de puntuación para conservar las propiedades psicométricas del mismo y que el período de recolección abarcaría de noviembre a diciembre de 2009. De igual forma los propietarios del copyright en esa época (Medical Outcomes Trust, habiendo sido evaluada e incluida la primera versión española del mismo) otorgaban de forma rutinaria, sin cargo el uso del cuestionario. (para el caso recolección de información, resultados y publicación).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer las características de calidad de vida relacionada con la salud de personas con limitación en las actividades de la movilidad del Municipio de Neiva, 2009 - 2011.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Caracterizar los aspectos sociodemográficos de la población con limitación en las actividades de la movilidad del Municipio de Neiva.

2.2.2 Determinar las características de discapacidad de la población participante en el estudio.

2.2.3 Caracterizar las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud de las personas objeto de estudio a partir del SF 36.

2.2.4 Establecer relaciones entre Calidad de Vida Relacionada con la Salud de la población objeto de estudio con variables sociodemográficas, de discapacidad y relacionadas con la pertenencia al P.A.I Neiva.

3. REFERENTE TEÓRICO

3.1 CALIDAD DE VIDA

Según la Organización Mundial de la Salud, la define como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno(18). El Ministerio de la protección social en Colombia asume la calidad de vida como "la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Supone la satisfacción mínima aceptable del complejo de necesidades y satisfactores en la dimensión individual, familiar y comunitaria en los ámbitos locales, regionales y nacionales(19). Otros autores la definen como, la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo. Este concepto está relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas(20) representa además un "término multidimensional de las políticas sociales, significa tener buenas condiciones de vida 'objetivas' y un alto grado de bienestar 'subjetivo', y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales(21).

Desde el punto de vista social y económico, se 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(22) desde el ámbito psicológico, hace referencia a las sensaciones de bienestar físico, material y emocional percibido por la personas, sumado a las posibilidades de desarrollo personal, de acuerdo al conjunto de valores individuales, desde el bienestar hace referencia a una serie de "aptitudes y cualidades que pueden considerarse propiamente humanas, entre las que se encuentran funciones básicas como la nutrición, el cobijo y la integridad física, pero también otras más anímicas o intelectuales como el desarrollo emocional y la capacidad de jugar y reír"(23)

Desde la discapacidad han surgido diversas posiciones conceptuales entre ellas: “la calidad de vida puede analizarse en función de los distintos tipos de discapacidad y de la edad de los individuos, pero los principios esenciales son los mismos y tienen aplicación en distintas edades y grupos de discapacidad”(24) otros autores sostienen que el constructo de calidad de vida es esencialmente igual para las personas con discapacidad o sin ella, y que toda persona tiene las mismas necesidades y deseos de afiliación, sentido de lo que es valioso y da importancia de poder elegir y tomar decisiones” (25)

De acuerdo a las concepciones evocadas en el texto, surge la importancia de evaluar la calidad de vida, ya que permite valorar aspectos técnico-médico relacionados con la atención y cuidado del paciente, bienes y servicios, tecnología y accesibilidad que tenga a su disposición, a lo que tiene derecho toda persona por ser simplemente un ciudadano de derechos. Es importante tener en cuenta que satisfacer los aspectos anteriormente mencionados representan una variable de resultado en diversos tipos de estudios, pero especialmente en ensayos clínicos, en el análisis costo/beneficio y otros análisis económicos que son de utilidad para la gestión hospitalaria.

Además, estos los índices de calidad de vida caracterizan el soporte social que recibe el paciente y han facilitado generar el tipo de apoyo o soporte psicológico que requiere un paciente y en gran medida se utilizan en los análisis de sobrevida(26). Para medir la calidad de vida existen instrumentos que se emplean con el propósito de discriminación entre sujetos afectados, predecir el pronóstico o resultado de una intervención y evaluar los posibles cambios en el tiempo, que permitiría valorar la supervivencia frente a tratamientos o intervenciones; dentro de estos instrumentos se encuentran los genéricos y específicos: los instrumentos de tipo genéricos no están relacionados con ningún tipo de enfermedad y son aplicables a la población general y a grupos de pacientes, se subdividen en tres subgrupos: las medidas de ítem único, los perfiles de salud y las medidas de utilidad o preferencia y, los instrumentos específicos son aquellos que contienen dimensiones de una determinada patología que se quiere evaluar(27)

Un estudio realizado en Madrid titulado “factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años(28),cuyos objetivos eran, contribuir a un mejor conocimiento de los principales factores que influyen en la calidad de vida y la percepción de la salud de los mayores de 65 años, así como determinar qué ventajas y desventajas presenta cada uno de los tres instrumentos de medida de la salud y la calidad de vida, los instrumentos utilizados fueron La Encuesta Nacional de Salud, el Euroqol (EQ) y el perfil de salud de Nottingham, arrojando los siguientes

resultados: la edad media de las personas de la muestra es de 74.7 años, el 59.7% son mujeres el 59.7% , el 40.9% carecen de estudios (analfabetos o sólo leen y escriben), el 38.3% pertenecen a las clases sociales más favorecidas (I y II), el 47.9% perciben su estado de salud como regular, malo o muy malo, con mayor frecuencia las mujeres. El valor medio de la EVA es 66.6 y la mediana 70, de los cuales el 48.8% presenta valores en la EVA inferiores a la mediana, siendo esto más frecuente entre las mujeres. El 54.4% presentan un perfil de Euroqol distinto del óptimo, ocurriendo con más frecuencia entre las mujeres y los mayores de 80 años.

Los siguientes porcentajes de la muestra padecen problemas en las distintas dimensiones del Euroqol: el 36.1% en movilidad, el 7.7% en cuidado personal, el 19.9% en actividades cotidianas, el 38.2% en dolor/ malestar y el 27% en ansiedad/depresión. Las mujeres presentan más problemas que los hombres en todas las dimensiones del Euroqol, excepto cuidado personal y los mayores de 80 años que los menores excepto en dolor/malestar y ansiedad/depresión. En el Perfil de Salud de Nottingham los siguientes porcentajes de la muestra puntúan más de 0 en las dimensiones: el 36.1% en energía, el 74.4% en dolor, el 62.1% en movilidad física, 71.3% en sueño, el 33.3% en reacción emocional y aislamiento social. Las mujeres puntúan más de 0 con mayor frecuencia que los hombres en todas las dimensiones, y los mayores de 80 años en todas excepto sueño y reacción emocional.

En la investigación Discapacidad y calidad de vida en pacientes con migraña: factores determinantes, realizado por O. Fernández-Concepción, L. Canuet-Delis(5) cuyo objetivo era, describir el comportamiento de la discapacidad y la CDV en un grupo de pacientes con Migraña atendidos en el Instituto de Neurología y Neurocirugía, e identificar los factores clínicos asociados a la discapacidad y al deterioro de la CDV en estos pacientes, para tal estudio se utilizó el cuestionario MIDAS (del inglés, *migraine disability assessment questionnaire*) mide la discapacidad relacionada con la cefalea en base a cinco preguntas. Sus resultados son: La puntuación media total del MIDAS fue de 40,8, y58, 6% de los pacientes estaban en grado de incapacidad IV. El número medio de días con dolor de cabeza durante un período de tres meses fue de 32,25y la intensidad media fue de 8,50 dolor de cabeza. La puntuación media en la HANA fue 76,37. Los factores asociados con la discapacidad es el número de días con cefalea y la comorbilidad con presión arterial alta, mientras que su calidad de vida se relacionó con el número de días con dolor de cabeza, la intensidad del dolor y al sexo femenino.

La calidad de vida es un concepto complejo y multidimensional 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.

3.2 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(29) 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)”(30). 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 dimensiones, 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.

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

Bajo la premisa anterior es importante tener en cuenta que actualmente el concepto de salud no implica sólo la ausencia de enfermedad, sino además la relación con múltiples factores, donde el estado de salud-enfermedad se concibe a partir de la percepción individual de manera relativa del ser humano, inmersa en un sistema de valores, creencias y costumbres, desde donde se proyectan de forma particular los objetivos, las expectativas y las preocupaciones(31) no solo para la persona con discapacidad, además de los aspectos anteriores se deben incluir los aspectos físicos, psicológicos y sociales, sin olvidar su habilidad en la realización de sus actividades de la vida diaria de manera independiente y funcional desempeñando roles dentro de una sociedad como ciudadano de derecho, donde la ciudadanía, se describe por la participación de los miembros en una comunidad y se caracteriza por sintetizar una serie de atributos comunes relacionados con cierta reciprocidad de derechos y deberes para con la comunidad(7)

La CVRS refleja la percepción subjetiva que tiene una persona sobre su estado de salud en relación con sus expectativas, teniendo en cuenta dimensiones las cuales incluyen la función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Es importante tener en cuenta que dicho proceso es individual y depende de las circunstancias de cada persona, y determinado por numerosos factores

dentro de los cuales se encuentran (educacionales, socioeconómicos, religiosos, etc.), los cuales pueden ser cambiantes a lo largo de la vida. Se debe tener en cuenta la importancia de la calidad de vida relacionada con la salud para todas las personas y debe ser entendida de forma similar, independientemente de la presencia de algún tipo de discapacidad(32). La calidad de vida relacionada con la salud es una característica subjetiva y personal, que no puede ser interpretada ni comparada”. Por lo tanto es “difícil distinguir entre los efectos del funcionamiento fisiológico y los de la calidad de vida”. Los datos sobre calidad de vida relacionada con la salud obtenidos por medio de técnicas psicométricas desarrolladas científicamente, proporcionan una forma segura de considerar la salud desde el punto de vista del paciente. Otro aspecto importante en la actualidad es la introducción de normas para evaluar las mediciones de calidad de vida relacionada con la salud, tanto genéricas (que tienen valor en todos los estados patológicos), como relacionadas con enfermedades específicas(33)

De una forma más específica la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), o salud percibida, integra aquellos aspectos de la vida directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar. La mejor forma de afrontar la medida de la CVRS es haciéndolo a partir de un enfoque multidimensional. Así, debe valorarse tanto el estado objetivo de salud, de funcionalidad y de interacción del individuo con su medio, como los aspectos más subjetivos, que engloban el sentido general de satisfacción del individuo y la percepción de su propia salud(34) Actualmente la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud ha tomado importancia con el fin de medir el impacto de servicios y/o programas en salud, proporcionando una evaluación comprensiva y válida del estado de salud de la persona con discapacidad.

El proceso investigativo propuesto tiene un orden evaluativo por pretender medir cual es la calidad de vida relacionada con la salud de las personas con limitación en las actividades de movilidad que participan en el Programa de Atención Integral, por medio de la aplicación de un instrumento que dé cuenta de la percepción que se tiene y cuales cambios ha tenido su vida y calidad de la misma.

Desde esta perspectiva se aplicará el instrumento SF-36, el cual evalúa la calidad de vida relacionada con la salud, mediante la primera versión del cuestionario diseñado por el *Health Institute, New England Medical Center* de Boston, Massachusetts, durante el *Medical Outcomes Study* (MOS). El SF36 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. Dicho cuestionario 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.

Este instrumento 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), salud mental (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta) y evolución declarada de la salud (valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás).

3.3 DISCAPACIDAD

Desde el modelo biopsicosocial, el ser humano, tanto la salud como el funcionamiento, debe ser visto como la resultante de fundamentaciones biológicas, motivaciones psicológicas y condicionamientos sociales, aceptando que dicha conceptualización ha de ser también aplicada a la discapacidad, sea cual sea su naturaleza, permitiendo explicar de manera más satisfactoria ese hecho complejo y multifacético, estableciendo un lazo entre los distintos niveles (biológico, personal y social) que sustentan la discapacidad desarrollando políticas y actuaciones dirigidas a incidir de manera equilibrada y complementaria sobre cada uno de ellos. Se facilita además, gracias a esta visión integradora, el establecimiento de una diferenciación entre los distintos componentes de la discapacidad, por ejemplo entre las deficiencias, las actividades personales y la participación en la sociedad, lo cual clarifica la naturaleza de las actuaciones que son requeridas y los niveles a los que dichas actuaciones han de estar dirigidas.

Vanegas y Gil(2) identifican y reflexionan sobre las personas en situación de discapacidad desde la teoría de sistemas y los elementos más relevantes a que esta relación convocan, con el fin de contribuir a la acumulación de conocimientos sobre la discapacidad, y especialmente como elemento que ayude a los profesionales a entender este fenómeno, no como algo aislado sino como una integración biopsicosocial, soportándose en los diferentes conceptos emitidos por la organización mundial de la salud.

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(2).

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(2) modelo que da soporte a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud –CIF-, 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, 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(35).

En cuanto a limitación en actividades esta se puede definir bajo el concepto de Querejeta(36) quien la refiere como la dificultad de un individuo que puede tener para realizar una actividad. Graduándose desde una desviación leve hasta una grave en términos de cantidad y calidad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud. Representa la perspectiva del individuo respecto a la discapacidad. Referente a la movilidad el mismo autor la define de acuerdo a la OMS como las actividades que realiza una persona para cambiar o mantener la posición o el lugar del cuerpo; al llevar, mover y usar objetos, al andar, al moverse o al desplazarse utilizando medios de transporte.

Un estudio realizado en la universidad de Alicante titulado “indicadores de discapacidad en la encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud”, cuyos objetivos propuestos fue comparar los indicadores de dependencia y discapacidad residual severa en cuanto a la estimación del porcentaje de discapacitados en cada una de las 14 AVD, así como su composición respecto a la ayuda recibida y a la presencia de incapacidad; y examinar cuál de estos indicadores tiene mayor validez interna como medida agregada (recuento de discapacidades) en las personas mayores de 64 años a través de los datos de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) arrojando resultados, como las principales discrepancias entre los indicadores se concentran en las

actividades de movilidad para lo cual al estimar (los coeficientes Kappa oscilaron entre 0,50 y 0,71 en actividades de movilidad y entre 0,73 y 0,87 en actividades domésticas y auto cuidado).

La discapacidad residual severa (indicador seleccionado por el INE) frente a la dependencia más incapacidad incluye a más personas discapacitadas en movilidad y excluye a más personas discapacitadas en actividades domésticas y auto cuidado. Dependencia más incapacidad es el indicador con mayor validez interna como medida agregada de discapacidad (dos auto valores: 8,37 y 1,91; 56,3 % varianza del primer factor, saturaciones del primer factor entre 0,58 y 0,87), lo que permite concluir que la dependencia más la incapacidad es un indicador más valido que la discapacidad residual severa como indicador principal de discapacidad(37).

Un estudio realizado por la universidad del Valle(38) donde el objetivo era estudiar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la discapacidad en 26 mujeres con diagnóstico clínico de vértigo de origen periférico clasificado según el tipo de alteración vestibular periférica vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB), neuronitis vestibular, enfermedad de Ménière, postrauma y otros, mediante la aplicación de una entrevista auto diligenciada el cuestionario de calidad de vida SF-12 y la discapacidad se evaluó con el cuestionario Dizziness Hándicap Inventory (DHI) y cuyos resultados arrojaron que los pacientes del grupo neuronitis vestibular y enfermedad de Ménière alcanzaron mayor nivel de discapacidad según el DHI en los dominios aspecto funcional y físico y una percepción de mayor deterioro en su calidad de vida según el SF-12 en los dominios desempeño físico y desempeño emocional respectivamente. Correlaciones inversas aceptables y significativas se encontraron entre el constructo físico (PCS-12) del SF-12 y los aspectos físicos, funcionales y emocionales del cuestionario DHI, concluyendo que el DHI y el SF-12 son herramientas útiles, prácticas y válidas para evaluar el impacto del vértigo en la calidad de vida de los pacientes con este síntoma.

De acuerdo a lo anterior el abordaje de la discapacidad y su 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 y la autopercepción de su calidad de vida en función de la discapacidad.

3.4 DISCAPACIDAD EN LA PERSPECTIVA DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD

La discapacidad es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, indicando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud⁽³⁵⁾ basada en un modelo biopsicosocial para abordar la salud y la discapacidad, entiende la discapacidad como “una interacción multidireccional entre la persona y su contexto socio-ambiental” y la nombra con la palabra Situación de Discapacidad porque la considera como un problema creciente y sitúa a todas las enfermedades y los problemas de salud en pie de igualdad con independencia de su causa.

La OMS por medio de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud -CIF- proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus variaciones, así como la relación del contexto, brinda un lenguaje unificado, estandarizado y un marco conceptual para la descripción de los componentes de la salud. Teniendo en cuenta que al analizar el funcionamiento y la discapacidad se deberá incluir el abordaje de lo corporal: funciones, estructuras corporales y deficiencias en estructuras y funciones corporales, de lo individual y lo social: es decir Actividades y Participación, limitación en las actividades y restricción de la participación en la sociedad).

A nivel de las funciones corporales se refieren a las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas; y las estructuras corporales son las partes anatómicas o estructuras del cuerpo como órganos y miembros, proporcionando información sobre el estado funcional del individuo en lo referente a las partes anatómicas y fisiológicas del cuerpo.

Por otro lado el término de deficiencias hace referencia al problema en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una pérdida, pueden ser temporales o permanentes, progresivas, regresivas o estáticas, Intermitentes o continuas. Por otro lado, las actividades y la participación son los aspectos relacionados con el funcionamiento humano desde una perspectiva tanto individual como social.

Por actividad se entiende la realización de una tarea o acción por una persona implica una perspectiva individual en un contexto normalizado y participación es el acto de involucrarse en una situación vital, implica una perspectiva social en un contexto real, las

limitaciones en la actividad son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades y restricciones en la participación son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Es importante circunscribir los factores contextuales los cuales constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo, incluyendo los componentes como factores ambientales y factores personales. Donde los primeros hacen referencia a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal afecta el funcionamiento de esa persona. Mientras que los factores personales constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y su estilo de vida, los cuales se componen por características del individuo que no forman parte de una condición o estados de salud, incluyendo el sexo, la raza, la edad, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, la educación, la profesión, experiencias actuales y pasadas, comportamiento, personalidad, espiritualidad, entre otros.

3.4.1 Limitación en actividades relacionadas con la movilidad según la CIF

Las limitaciones en la actividad son dificultades que una persona puede tener en el desempeño o realización de las actividades, abarcando desde una desviación leve hasta una grave en términos de cantidad o calidad, en la realización de la actividad de la movilidad, la cual incluye categorías como: Caminar, estar de pie, estar sentado, levantar y llevar objetos, uso fino de la mano, desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento, utilización de medios de transporte, conducción, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin condiciones de salud de causa varia que limiten la movilidad.

3.5 EL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD SF-36

El SF-36 es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios diseñada por el *Health Institute, New England Medical Center de Boston Massachusetts*, utilizado en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS) a mediados de los noventa, el cual detecta estados positivos de salud como negativos,

explorando la salud física y la salud mental. Como ya se referencia en apartes anteriores el instrumento consta de 36 ítems contemplando 8 dimensiones, se tiene en cuenta para su evaluación la propuesta de dos formas diferentes de puntuación.

La primera establecida por el Rand Group haciendo una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100, teniendo en cuenta que no todas las respuestas tienen el mismo valor, debido a que dependen del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta, 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.

Por otro lado el Health Institute otorga diferentes valores específicos a cada respuesta, de acuerdo a unos coeficientes que no siguen una distribución lineal, donde las características de la puntuación se referencian a continuación:

- a. Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sea, mejor estado de salud.
- b. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.

El cuestionario SF 36 no está diseñado para proporcionar un índice global, aunque en ocasiones se han propuesto puntuaciones resumen de salud física y de salud mental, mediante la combinación de las respuestas de los temas. Es importante recordar que el cuestionario permite detectar tanto estados positivos de salud, como negativos, donde el contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional y lo mejor es que su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación, por lo cual es de gran utilidad su utilización en estudios que pretenden medir la calidad de vida relacionada con salud en diferentes poblaciones y procesos patológicos.

Este cuestionario es autoadministrado aunque se puede utilizar también por medio de un entrevistador a través del teléfono o mediante soporte informático. En el caso de ser

administrado por otra persona, se deben realizar las preguntas y leer las respuestas como están anotadas, para evitar sesgos del entrevistador, por interpretación de las mismas(38). Este cuestionario es de gran utilidad al evaluar la percepción de la calidad de vida relacionada con salud en diferentes procesos patológicos a continuación se citaran algunos de los estudios en los cuales ha se ha empleado, como por ejemplo en el realizado por J. Alonso(4) quien retoma que el instrumento fue desarrollado para su uso en el estudio de los resultados médicos de una extensa batería de cuestionarios que incluía cuarenta conceptos relacionados con la salud, para crear el nuevo cuestionario de una manera eficiente, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del cuestionario inicial. El formato final es un instrumento genérico que contiene 36 ítems que cubren ocho dimensiones del estado de salud y proporcionan un perfil del mismo, sin olvidar los estados positivos como negativos de la salud.

Dichos factores, unidos a la existencia de un proyecto internacional de adaptación del cuestionario original en quince países (International Quality of Life Assessment - IQOLA-Project) están convirtiendo al SF-36 Health Survey en uno de los instrumentos genéricos de medida del estado de salud con mayor potencial de uso internacional en la evaluación de los resultados clínicos, este artículo presenta los resultados iniciales del proceso de adaptación del SF36 Health Survey para su uso en España.

Vilagut(39) comparte que el SF -36, es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud, afirmando su aplicabilidad tanto en pacientes como a la población general, siendo de utilidad evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos. Por otro lado permite comparar la carga de diversas enfermedades, detectando los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales.

Dicho instrumento posee propiedades psicométricas, las cuales han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la multitud de estudios ya realizados, permiten la comparación de resultados, convirtiéndolo en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS.

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).

3.6 PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD - P.A.I

La Gobernación del Departamento del Huila desde la Secretaria de Salud departamental en el año 2008 con su Plan de Desarrollo Departamental "Naturaleza Productiva" incluyó el Programa Discapacidad con oportunidad, elaborado e implementado bajo lineamientos de políticas públicas de discapacidad y sustentado en el diagnóstico situacional de la población con discapacidad en el departamento que según los resultados obtenidos con la aplicación del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad realizada por el DANE 2005, en el Departamento del Huila existen 25.994 personas con discapacidad con una prevalencia del 2,6% de la población(1).

El objetivo del P.A.I es mejorar las condiciones de vida de las personas en situación de discapacidad y sus familias en el Departamento del Huila, a través de la búsqueda de autonomía, independencia, e inclusión comunitaria, promoviendo la generación, ajuste de políticas públicas y el desarrollo de la prestación de servicios, en cada uno de los municipios del Departamento(15)

Para el logro de este objetivo se deben tener presente la ejecución de acciones que den cumplimiento a los específicos propuestos en el programa, siendo estos:

1. Promover el reconocimiento en la comunidad de la población en situación de discapacidad como miembros activos de la sociedad, con derechos y deberes ciudadanos y el empoderamiento de los mismos, a través de formación, información y recursos para que cuenten con los elementos necesarios y suficientes para responder a las necesidades generadas por la discapacidad.
2. Contribuir a disminuir la presencia de discapacidad por eventos prevenibles teniendo en cuenta las principales causas de la misma, mediante el desarrollo de actividades educativas, informativas a la población vulnerable y afectada con el fin de determinar factores de riesgo que producen una discapacidad, buscando evitar, disminuir y controlar consecuencias posibles.

3. Garantizar la calidad de los servicios de salud y Rehabilitación funcional para personas en situación de discapacidad transitoria o permanente en el Departamento del Huila, a partir del aseguramiento y la garantía de calidad en la atención y la prestación de servicios.
4. Ofrecer a la comunidad en situación de discapacidad la posibilidad de acceder al entorno mediante la educación e identificación comunitaria de las necesidades propias de movilidad, comunicación e integración social.
5. Producir los mecanismos necesarios para que en forma gradual, en los Municipios, se identifiquen, valoren y faciliten opciones de capacitación y empleo a las personas en situación de discapacidad a través de un proceso ocupacional en el que las exigencias laborales se adapten a las habilidades y destrezas del individuo mediante acciones de evaluación, orientación, adaptación, formación, ubicación y seguimiento.
6. Facilitar y reconocer con la población en situación de discapacidad y sus familias los soportes personales, comunitarios, institucionales y políticos que contribuyan a fomentar una vida en comunidad segura y armónica.
7. Generar un conocimiento de los entes políticos, de las Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud, de la normatividad, recursos, programas, proyectos, dirigidos a la población con discapacidad.

De acuerdo a lo anterior se plantean las siguientes acciones a realizar dentro del programa:

Acciones desde el componente de promoción y prevención

1. Campañas educativas e informativas sobre las causas de discapacidad (según mapa de riesgo y perfil epidemiológico municipal) y la manera de prevenirlos con las Instituciones Educativas. Prevención de accidentes en hogar, calle y escuela.
2. Educar a los Docentes de Escuelas Saludables sobre detección temprana de riesgos auditivos y visuales
3. Elaboración de diagnósticos integrales de la situación de discapacidad en cada uno de los municipios.
4. Coordinación y asistencia técnica a los Municipios en ayudas técnicas para la población con discapacidad

Acciones desde el componente de habilitación – rehabilitación

1. Diseño e implementación de un modelo de Rehabilitación Basada en la Comunidad , Discapacidad articulado a la vigilancia y operatividad intrasectorial de los programas de salud pública y en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud – EPS-, Administradoras de Riesgos Profesionales – ARP-, los actores de otros sectores y la comunidad
2. Fortalecer la red de servicios de rehabilitación en el departamento.
3. Atención en Rehabilitación funcional a la población pobre y vulnerable con Discapacidad mediante Convenio Interadministrativos ESES Departamentales.
4. Visitas Domiciliarias, Terapias Grupales y Jornadas de Extensión a la comunidad para la atención de población en situación de discapacidad.

Acciones desde el componente de equiparación de oportunidades

1. Reactivar y fortalecer en el Departamento del Huila el comité Departamental de Discapacidad y en sus 37 municipios, los comités locales de discapacidad o subcomité de discapacidad (a través de comité de política social).
2. Formación de líderes comunitarios y fortalecimiento de asociaciones de personas con discapacidad en cada uno de los municipios del departamento.
3. Desarrollo de actividades lúdicas, recreativas, ocupación del tiempo libre en personas en situación de discapacidad
4. Celebración del encuentro Departamental "día de la discapacidad" de la población con discapacidad el día 3 de diciembre.
5. Apoyo a proyectos productivos para la población con discapacidad y sus familias.
6. Desarrollo de actividades educativas en torno a la discapacidad y foros de discusión que permitan generar competencias y compromisos de diferentes sectores en el tema de discapacidad.
7. Plan de acción definido por cada uno de los sectores y construcción del plan anual desde el comité departamental de discapacidad.

El P.A.I cuenta con un equipo de profesionales de planta, un profesional en Rehabilitación para el apoyo en política pública del Departamento, un profesional en Rehabilitación para apoyo a la Estrategia de RBC en el Departamento, un Profesional de apoyo para Ayudas Técnicas en el Departamento, trece profesionales de apoyo en la implementación del programa de atención a la población con Discapacidad en 37 municipios del Departamento y el equipo Intersectorial que conforma el Comité Departamental de Discapacidad.

4. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES Y TABLA DE VARIABLES

4.1 VARIABLES SOCIO DEMOGRÁFICAS

Tabla 1. tabla de variables socio demográficas

VARIABLE	DEFINICIÓN	VALOR	ÍNDICE
Género	Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer	Femenino Masculino	1 2
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento al momento de la entrevista	Mayor de 20 años	Años cumplidos
Nivel de estudios	Máximo nivel de escolaridad alcanzado según el sistema de educación de la república de Colombia.	Sin estudio Estudios primarios Estudios secundarios Estudios universitarios Otros Cual	0 1 2 3 4
Estado civil actual	Situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indivisible, indisponible e imprescriptible, y su asignación corresponde a la ley de la república de Colombia.	Nunca ha estado casado Actualmente casado Separado Divorciado/a Viudo/a Viviendo en pareja	1 2 3 4 5 6
Ocupación actual	Las ocupaciones son distintas actividades que el hombre realiza a diario, en las cuales éste se involucra, tienen propósito y sentido(40)	Asalariado Trabaja por su propia cuenta Trabajo no remunerado Estudiante Ama de casa Jubilado Desempleado por motivo de salud Desempleado por otro motivo Otras Específica	1 2 3 4 5 6 7 8 9

4.2 VARIABLES DE DISCAPACIDAD

Tabla 2. tabla de variables de discapacidad

VARIABLE	DEFINICIÓN	VALOR	ÍNDICE
Diagnóstico médico	Es el resultado del análisis que se realiza en una primera instancia y que tiene como fin permitir conocer las características de la situación determinada para así poder actuar en consecuencia, sugiriendo tratamiento o no(41)	Código CIE 10	Se registra el nombre del diagnóstico
Tiempo de evolución	Tiempo transcurrido entre el evento (lesión/disfunción/enfermedad) y el momento de la entrevista.	Evolución mayor a seis mese	Meses
Clasificación de la limitación en la actividad de movilidad	Dificultad que una persona puede tener en el desempeño o realización de las actividades, abarcando desde una desviación leve hasta una grave en términos de cantidad o calidad, en la realización de la actividad de la movilidad para: Para caminar Para levantarse y llevar objetos Estar de pie Estar sentado Uso fino de la mano Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento Utilización de medios de transporte Para la conducción	Si	1
		No	0
			1
			2
			3
			4
			5
			6
			7
	8		

4.3 VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Tabla 3. tabla de variables de calidad de vida relacionada con salud

Variable	Definición	Sub-variable	Indicador	Valor	Índice		
Cambio de salud en el tiempo	Transición de salud notificada	CST.0	Cambio de salud actual comparada con la de hace un año	Mucho mejor ahora que hace un año	1		
				Algo mejor ahora que hace un año	2		
				Más o menos igual que hace un año	3		
				Algo peor ahora que hace un año	4		
				Mucho peor ahora que hace un año	5		
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	1		
				Sí, me limita un poco	2		
				No, no me limita nada	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	1
						Sí, me limita un poco	2
						No, no me limita nada	3
				FF.3	Limitación para coger o llevar una bolsa de compras, causada por la salud actual	Sí, me limita mucho	1
						Sí, me limita un poco	2
	No, no me limita nada	3					
FF.4	Limitación para subir varios pisos por la escalera, causada por la salud actual	Sí, me limita mucho.	1				
		Sí, me limita un poco.	2				
	No, no me limita nada	3					
FF.5	Limitación para subir un solo piso por la escalera, causada por la salud actual	Sí, me limita mucho.	1				
		Sí, me limita un poco.	2				
	No, no me limita nada.	3					
FF.6	Limitación para agacharse o arrodillarse, causada por la salud actual	Sí, me limita mucho.	1				
		Sí, me limita un poco.	2				
	No, no me limita nada	3					
FF.7	Limitación para caminar un kilómetro o más, causada por la salud actual	Sí, me limita mucho.	1				
		Sí, me limita un poco.	2				
	No, no me limita nada.	3					
FF.8	Limitación para caminar varias	Sí, me limita mucho.	1				

			manzanas, causada por la salud actual	Sí, me limita un poco. No, no me limita nada.	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	Sí No	1 2
		RF.2	Hacer menos de lo que se hubiera querido hacer a causa de la salud física durante las últimas cuatro semanas	Sí No	1 2
		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	Sí No	1 2
		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	Sí No	1 2
Dolor corporal	Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 ítems)	DC.1	Dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas	No, Ninguno Sí, muy poco Sí, un poco Sí, moderado Sí, mucho Sí, muchísimo	1 2 3 4 5 6
		DC.2	Interferencia del dolor con el trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)	Nada Un poco Regular Bastante Mucho	1 2 3 4 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 Muy Buena Buena Regular Mala	5 4 3 2 1
		SG.2	Creer que se enferma más fácilmente que otras personas	Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa	1 2 3 4 5
		SG.3	Creer que se está tan sano como cualquiera	Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa	1 2 3 4 5
		SG.4	Creer que la propia salud va a empeorar	Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa	1 2 3 4 5
		SG.5	Creer que la propia salud es excelente	Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa	1 2 3 4 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 Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca	1 2 3 4 5 6
		V.2	Tiempo durante las 4 últimas semanas en el que tuvo mucha energía	Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca	1 2 3 4 5 6
		V.3	Tiempo durante las 4 últimas semanas en el que se sintió agotado	Siempre Casi siempre	1 2

				Muchas veces Algunas veces Solo alguna vez Nunca	3 4 5 6
		V.4	Tiempo durante las 4 últimas semanas en el que se sintió cansado (fatiga)	Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca	1 2 3 4 5 6
Función social	Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 ítems)	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 Casi siempre Algunas veces Sólo alguna vez Nunca	1 2 3 4 5
		FS.2	Definir hasta qué punto la salud física o los problemas emocionales han dificultado las actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas durante las últimas 4 semanas	Nada Un poco Regular Bastante Mucho	1 2 3 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	Si No	1 2
		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	Si No	1 2
		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	Si No	1 2
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 Muchas veces Algunas veces Sólo alguna vez Nunca	1 2 3 4 5 6
		SM.2	Tiempo en las 4 últimas semanas de sentirse tan bajo de moral que nada podía animarle	Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Solo alguna vez Nunca	1 2 3 4 5 6
		SM.3	Tiempo en las 4 últimas semanas de sentirse calmado y tranquilo	Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Solo alguna vez Nunca	1 2 3 4 5 6
		SM.4	Tiempo en las 4 últimas semanas de sentirse desanimado y triste	Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Solo alguna vez Nunca	1 2 3 4 5 6
		SM.5	Tiempo en las 4 últimas semanas de sentirse feliz	Siempre Casi siempre Muchas veces Algunas veces Solo algunas veces Nunca	1 2 3 4 5 6

Tabla 4. Operacionalización de variables de calidad de vida relacionada con la salud resultante por dimensiones desde el SF 36

Variable	Dimensiones	Número de ítems por dimensión	Indicador	Índice
Puntaje de calidad de vida relacionada con la salud por dimensiones	1. Función Física 2. Rol Físico 3. Dolor Corporal 4. Salud General 5. Vitalidad 6. Función Social 7. Rol Emocional 8. Salud Mental Cambio de la salud en el tiempo	Diez (10) Cuatro (4) Dos (2) Cinco (5) Cuatro (4) Dos (2) Tres (3) Cinco (5) Uno (1)	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

4.4 VARIABLES RELACIONADAS CON EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA DISCAPACIDAD

Tabla 4. tabla de variables con respecto del P.A.I. Neiva

VARIABLE	DEFINICIÓN	VALOR	ÍNDICE
Tiempo en el PAI	Numero de meses o años en el programa de atención a la discapacidad.	Meses	Registro del dato
Servicios de salud recibidos en el PAI	Tipo de servicios de salud para la rehabilitación e inclusión social de la persona con discapacidad.	No Si Ninguna Terapia física. Terapia ocupacional. Terapia de lenguaje. Terapia farmacológica. Otros Cuales	0 1 1 2 3 4 5
Ayudas externas técnicas	Se clasifica como factor ambiental y se define como cualquier producto, instrumento, equipo o tecnología adaptada o diseñada específicamente para mejorar el funcionamiento de una persona con discapacidad(42) ofrecidas en el marco del PAI Neiva. Bastón Muletas Silla de ruedas Caminador Anteojos Audífonos Otro	No Si	0 1 1 2 3 4 5 6 7
Atención especializada	Atención profesional especializada recibida por la persona en situación de discapacidad con limitación en actividades de movilidad brindada por parte del PAI.	No Si	0 1
Tipo de atención especializada	Especialidades que se han recibido en las diferentes áreas acordes a la limitación	Neurología Ortopedia y traumatología Fisiatría Reumatología Otros	1 2 3 4 5
Actividades educativas en discapacidad	Participación de actividades educativas sobre la discapacidad, sus causas, riesgo, vulnerabilidad, prevención, hábitos saludables.	Si No	1 0
Como la Califica	Calificación del nivel de participación de la persona en situación de discapacidad en las actividades de recreación y culturales ofrecidas.	Mala Aceptable Buena	1 2 3

		No califica	0
Eventos culturales o recreativos	Participación de la persona en situación de discapacidad con limitación en actividades de movilidad en los eventos culturales y recreativos ofrecidos por el PAI.	Si No	1 0
Como la calificación	Calificación del nivel de participación de la persona en situación de discapacidad en las actividades de recreación y culturales ofrecidas.	Mala Aceptable Buena No califica	1 2 3 0
Proyectos productivos	Apoyo y desarrollo de proyectos productivos de las personas en situación de discapacidad con limitación de la movilidad y sus familias por parte del PAI	Si No	1 0 Todo proyecto productivo se registra.

5. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

5.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Proyecto que se realizó bajo un enfoque empírico analítico, investigación cuantitativa que incluyó la recolección de la información utilizando el instrumento SF 36 que mide calidad de vida relacionada con la salud en 8 dimensiones; el cual fue aplicado en una población con limitaciones en las actividades de la movilidad.

5.2 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de corte cuantitativo, observacional descriptivo, el cual estableció relaciones entre las dimensiones de calidad de vida en salud usando el cuestionario SF36 que consta de 36 ítems con variables sociodemográficas, de discapacidad y del Programa de Atención Integral a la Discapacidad de Neiva.

5.3 POBLACIÓN

Personas mayores de 20 años con limitación en las actividades de la movilidad, miembros del P.A.I del Municipio de Neiva (Huila – Colombia).

En el departamento del Huila la prevalencia de limitación permanente para caminar o moverse es del 30%(1) de ellas 1.303 personas son miembros del P.A.I, y 511 presentan limitación en las actividades de la movilidad por cualquier etiología y son mayores de 20 años constituyéndose en la población de referencia para el estudio.

5.4 MARCO MUESTRAL

Las investigadoras de este estudio realizaron visita a la secretaria de salud departamental del Huila, quienes suministraron información sobre el Programa de Atención Integral y la base de datos de las personas con discapacidad registradas en el mismo y distribuidas de la siguiente manera:

Discapacidad por comunas

COMUNA	TODAS LAS DISCAPACIDADES	FÍSICA	MAYORES DE 20 FÍSICA
1	42	20	14
2	70	34	31
3	69	41	34
4	33	14	12
5	108	54	50
6	279	139	122
7	74	46	37
8	241	106	76
9	214	107	76
10	173	77	59
TOTAL	1303	638	511

5.4.1 Muestra y Muestreo:

El tamaño de la muestra se calculó con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * S^2}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * S^2}$$

El estimador para la muestra se basó en el comportamiento de la calidad de vida relacionada con la salud en población con discapacidad medida de manera cuantitativa en una escala final de 0 – 100 puntos determinado con los resultados del estudio de Rojas(6) quienes reportaron la desviación estándar más alta (40,6 puntos) en la dimensión del rol emocional:

Parámetros	Neiva
Población	511
Nivel de confianza del 95% (Z)	1,96
Desviación estándar (S)	40,6
Varianza (S*S)	1648
Precisión (d)	5
Tamaño de la muestra (n)	170
Muestra ajustada a la pérdida (R=10%)	188

De acuerdo a lo anterior, esta investigación trabajó con 200 personas garantizando así una adecuada representatividad de la población objeto de estudio.

Se realizó un muestreo probabilístico de las personas que participaron en el estudio, utilizando la base de datos proporcionada por el P.A.I y creada en excel sobre la cual se trabajo una tabla de números aleatorios para la selección de los 200 participantes, en el caso de que el sujeto seleccionado no se encontrara disponible para la evaluación se procedió a su remplazo con el número inferior siguiente en la tabla.

5.4.2 Criterios de inclusión

1. Mayores de 20 años al momento de la evaluación.
2. Pertenecer al Programa de Atención Integral del Municipio de Neiva por más de 6 meses.
3. Tener limitación permanente en las actividades de la movilidad por cualquier etiología.
4. Llevar al menos 6 meses de evolución de la deficiencia en funciones o estructuras corporales.
5. Aceptar participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

5.4.3 Criterios de exclusión

1. Menor de 20 años
2. No estar vinculado con el P.A.I o tener un tiempo de pertenencia al programa inferior a 6 meses
3. Llevar menos de 6 meses de evolución de la deficiencia
4. Tener limitación en las actividades relacionadas con el aprendizaje y aplicación del conocimiento que impidan el diligenciamiento personal del cuestionario

5.5. ESTRATEGIAS DE VINCULACIÓN Y ADHERENCIA EN EL TRABAJO DE CAMPO

Se realizaron visitas a la secretaria de Salud Municipal de Neiva y Departamental del Huila, contactando a las fisioterapeutas que trabajan con el P.A.I. Dichos profesionales facilitaron el acceso a la base de datos elaborada en excel a los investigadores. Posteriormente se realizó reclutamiento de los participantes del estudio por medio de visita domiciliaria y llamadas telefónicas para confirmar residencia según la muestra probabilística calculada con una tabla de números aleatorios, posteriormente los

seleccionados aceptaron y firmaron el consentimiento informado. Es importante aclarar que de los 200 números arrojados por la tabla de números aleatorios 30 de ellos no fueron encontrados, por lo cual se procedió al reemplazo (15%)

Luego se aplicó el instrumento con el fin de evaluar las variables sociodemográficas, evaluación de variables de discapacidad, variables de calidad de vida relacionada con salud (SF-36), y servicios del P.A.I.

5.6 ENTRENAMIENTO Y CALIBRACIÓN DE ENCUESTADORES

Se realizó entrenamiento de los investigadores primero reconociendo la teoría de soporte científico sobre el instrumento SF-36, luego se realizó un reconocimiento de las 8 dimensiones que incluye el cuestionario, su significado, los 36 ítems, puntuación final por dimensiones. Posteriormente se realizó una calibración entre los dos investigadores y encuestadores con 20 personas mayores de 20 años residentes en la ciudad de Neiva con limitación en actividades de la movilidad por diferente etiología. Todos los participantes firmaron consentimiento informado. Tras el análisis al ejercicio de calibración entre encuestadores se establece un tiempo de aplicación promedio por encuesta de 15 minutos y se acuerda para las dos encuestadoras (investigadoras) aclarar en la pregunta # 8 de la dimensión Función Física del SF 36 la equivalencia para el término manzana por cuadra o varios centenares de metros. A este acuerdo se llegó internamente en el grupo, no se solicitó aprobación a ninguna instancia pues no se modificó el contenido de la pregunta.

5.7 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La técnica de recolección de información fue la encuesta aplicada a cada una de las personas seleccionadas de manera aleatoria.

5.7.1 Instrumento de recolección de la información

Esta investigación utilizó la primera versión del cuestionario validado al español por Jordi Alonso y otros. Su uso en salud y en investigación se hizo de manera libre hasta el año 2009 (año en el cual cambió los derechos del copyright a QUALITY METRIC quien desde la fecha distribuye el cuestionario, el software de puntuación y el instructivo) teniendo en cuenta la citación directa de los autores y la referencia vía correo electrónico a los mismos

de su utilización en los diferentes procesos. cuestionario que cuenta con la validación transcultural para uso en lengua castellana, la versión del cuestionario es producto de la validación transcultural al castellano por Alonso y cols de esta forma no se requirió validación adicional para ser utilizados en el presente estudio.

La base de datos del P.A.I suministrada por la secretaría de salud departamental del Huila estaba elaborada en excel y contemplaba las siguientes variables nombre, apellido, sexo, documento de identidad, edad, fecha de nacimiento, estado civil, ocupación, escolaridad, dirección, teléfono, barrio, comuna, discapacidad, estrato, procedencia, tipo de afiliación, seguridad social, ayudas técnicas. Dicha información fue recolectada por encuestadores del equipo profesional del P.A.I a través de un formato impreso de encuesta.

5.7.2 Proceso de obtención de la información

1. Base de datos elaborada en Excel suministrada por la secretaria de salud departamental del Huila.
2. Aplicación del cuestionario a los usuarios mediante visita domiciliaria

5.8 CONTROL DE SESGOS Y ERRORES EN LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Sesgo 1: sesgo durante la toma de datos o sesgo de medición porque las investigadoras del estudio fueron las mismas que recolectaron los datos.

Control del sesgo 1: No hubo control de este sesgo, no se contó con encuestadores distintos a los investigadores.

Sesgo 2: sesgo durante la toma de datos o sesgo de medición porque no se aleatorizó la recolección de los datos por grupos de variables entre los investigadores

Control del sesgo 2: No hubo control de este sesgo, cada investigador recolectó los datos de todas las variables del estudio condensados en el instrumento de medida en cada usuario entrevistado.

5.9 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el análisis se tuvo en cuenta la codificación de los datos obtenidos en el SF36 de acuerdo a la recodificación que plantea el cuestionario cuyas variables fueron procesadas en SPSS 19.0 licenciado por la Universidad Autónoma de Manizales. De igual forma las variables sociodemográficas, de discapacidad y de los servicios del P.A.I fueron procesadas en dicho software.

El análisis estadístico fué de tipo univariado, para las variables cualitativas se hizo cálculo de distribuciones de frecuencias, para las variables cuantitativas se calculó las medidas de tendencias central y dispersión.

Para el análisis bivariado se hicieron pruebas de homogeneidad para dos grupos y para varios grupos previa prueba de distribución de normalidad las cuales resultaron simétricas en las dimensiones de salud física, vitalidad y salud mental a partir de lo cual se hizo uso de estadística paramétrica en los análisis bivariados respectivos, las otras dimensiones que resultaron de distribución no normal se hizo uso de estadística no paramétrica. Se establecieron coeficientes de correlación entre variables cualitativas y cuantitativas y entre cuantitativas según su comportamiento normal o no.

Para el análisis de los resultados de la aplicación del instrumento la conversión se realizó de acuerdo al enfoque Rand Group, quien establece una graduación simple de las respuestas para cada ítem, transformando el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100).

Donde las preguntas de 3 categorías se puntúan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Luego, los puntajes de ítems de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.

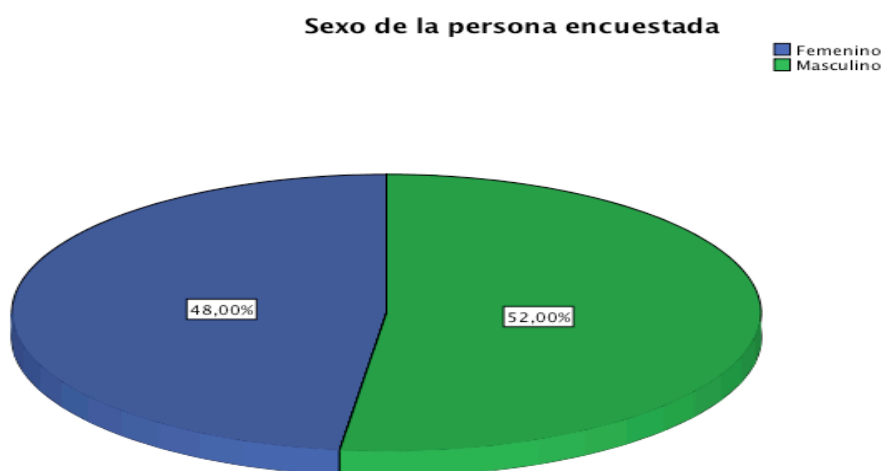
Es importante tener en cuenta que los ítems no respondidos no se consideraron para la puntuación

6. RESULTADOS

6.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS CON LIMITACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE LA MOVILIDAD

En este estudio se encontró que el 52% de los participantes corresponde al sexo masculino (ver gráfico 1), la media de edad de los participantes fue de 53 años, una desviación típica \pm 19 años, la mayoría es soltero (43,5%) y está desempleado por motivos de salud (40%), el nivel de estudios primarios es el que predominó entre la población encuestada (43,5%). (Ver tablas 1 y 2).

Grafico 1. Sexo de las personas encuestadas



Fuente: base de datos de la encuesta

Tabla 1. Edad de las personas encuestadas

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Error típico	Desviación Típica
Edad	200	20	96	53,28	1,35	19,046

Fuente: base de datos de la encuesta

Tabla 2. Tabla resumen variables cualitativas sociodemográficas

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Nunca ha estado casado/a (soltero)	87	43,5
Actualmente casado/a	48	24,0
Separado/a	16	8,0
Viudo/a	16	8,0

Viviendo en pareja	33	16,5
Nivel de estudios		
Sin estudio	54	27,0
Estudio primario	87	43,5
Estudio secundario	45	22,5
Estudios universitarios	9	4,5
Otros	5	2,5
Ocupación Actual		
Asalariado	8	4,0
Trabaja por su propia cuenta	47	23,5
Estudiante	3	1,5
Ama de casa	47	23,5
Jubilado	6	3,0
Desempleado/a por motivo de salud	80	40,0
Desempleado/a por otros motivos	9	4,5
Total	200	100,0

Fuente: base de datos de la encuesta

6.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES DE DISCAPACIDAD DE LAS PERSONAS CON LIMITACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE LA MOVILIDAD

La deficiencia en la estructura del sistema nervioso fue la que presentó mayor proporción con un 53%, de ella la deficiencia específica en la estructura del cerebro fue la más afectada entre los participantes con un 26.5%, seguida de la deficiencia en estructuras músculo esqueléticas adicionales relacionadas con el movimiento con un 20,5%. Ver tabla 3.

Tabla 3. Tabla resumen deficiencias y deficiencias específicas estructuras corporales

DEFICIENCIAS EN ESTRUCTURAS CORPORALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estructura de sistema nervioso	106	53
Estructuras relacionadas con el movimiento	93	46,5
Piel y estructuras relacionadas	1	0,5
DEFICIENCIAS ESPECÍFICAS EN ESTRUCTURAS CORPORALES		
Estructura del cerebro	53	26,5
Medula espinal y estructuras relacionadas	39	19,5
Estructuras de las meninges	10	5
Estructuras del sistema nervioso, otra especificada	4	2
Estructura de la extremidad superior	8	4
Estructura de la región pélvica	1	0,5
Estructura de la extremidad inferior	37	18,5
Estructura del tronco	6	3
Estructura músculo esqueléticas adicionales relacionadas con el movimiento	41	20,5
Estructuras del área de la piel	1	0,5
TOTAL	200	100%

Fuente: base base de datos de la encuesta

Respecto al tiempo de evolución de la condición de salud, las personas que participaron en la investigación tenían en promedio 192 meses, correspondiendo a 16 años. Ver tabla 4

Tabla 4. Tiempo de evolución de la condición de salud

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Error típico	Desviación Típica
Tiempo de evolución de la condición de salud (meses)	200	8	924	191,60	12,82	181,333

Fuente: base de datos de la encuesta

Para describir las limitaciones en las actividades de la movilidad, se tuvo en cuenta la establecida por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, por otro lado es pertinente aclarar que una sola persona pudo presentar una o varias limitaciones permanentes para las actividades de la movilidad.

De acuerdo a lo anterior se observa que la limitación para caminar fue la más frecuente en la población estudio con un 87,5%, seguida de limitación para la actividad de conducción con un 83%, y la limitación para la utilización de medios de transporte con un 72,5%. (Ver tabla 5)

Tabla 5. Tipo de limitación en las actividades de la movilidad

Tipo de limitación en la movilidad	Frecuencia	Porcentaje
Limitación para caminar	175	87,5
Limitación para levantarse y llevar objetos	138	69
Limitación para estar de pie	137	68,5
Limitación para estar sentado	84	42
Limitación para el uso fino de la mano	92	46
Limitación para desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	135	67,5
Limitación para la utilización de medios de transporte	145	72,5
Limitación para la actividad de conducción	166	83

Fuente: base base de datos de la encuesta

6.3 ANALISIS DESCRIPTIVO POR DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

De acuerdo a los ítems que contempla cada dimensión del SF36, los promedios de menor puntuación fueron: limitación para hacer esfuerzos intensos y moderados con una media de 11,75 puntos respectivamente, limitación para agacharse arrodillarse o ponerse de cuclillas con una media de 23,75 puntos, limitación para subir varios pisos por las escalera con una media de 24,50 puntos y limitación para subir un solo piso con una media de 26,25 puntos. Los ítems de mejor promedio de puntuación fueron: sentirse feliz con una media de 66 puntos, ponerse enfermo más fácilmente que otras personas con una media de 63,12 puntos, sentirse tan bajo de moral que nada podía animarle con una media de 62,30 puntos, estar nervioso con una media de 5 puntos y dificultad para realizar actividades sociales a causa de la salud física o problemas emocionales con una media de 56,75 puntos (mayores

puntajes representan mejor percepción de calidad de vida). El valor mínimo encontrado fue de 0 (cero) y el máximo de 100 (cien) para 35 ítems, mientras que el ítem de: durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo se sintió feliz? con un valor de mínimo de 20 y máximo de 100 puntos. Ver tabla 6

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de los 36 ítems SF 36

Ítems del SF36	Media	Desv. tip.
Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesado, o participar en deportes agotadores?	11,7500	27,44455
Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, montar bicicleta o caminar más de una hora?	11,7500	28,78507
Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar una bolsa de las compras?	28,5000	39,63083
Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	24,5000	36,83114
Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	26,2500	37,82315
Su salud actual, ¿le limita para agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas?	23,7500	39,44894
Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro (10 cuadras) o más?	26,7500	38,46211
Su salud actual, ¿le limita para caminar medio kilómetro (5 cuadras)?	29,7500	40,44274
Su salud actual, ¿le limita para caminar 100 metros (una cuadra)?	32,7500	41,51572
Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	58,7500	48,45282
Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	32,5000	46,95502
Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	32,5000	46,95502
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?	32,0000	46,76467
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?	32,5000	46,95502
Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	38,0000	37,34936
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)?	48,3750	37,34915
¿En general usted diría que su salud es?	34,5000	22,91014
¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	46,1250	22,00638
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	63,1250	38,25147
Estoy tan sano como cualquiera	55,6250	40,98639
Creo que mi salud va empeorar	48,8750	37,11464
Mi salud es excelente	47,3750	37,79387
Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	47,9000	32,50960
Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	48,9000	31,04204
Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?	49,6000	34,31805
Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	56,7500	34,15436
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)?	56,7500	27,53595
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?	43,8750	37,96798
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)?	31,0000	46,36538
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)?	31,0000	46,36538
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)?	31,0000	46,36538
Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	57,0000	30,72000
Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	62,3000	29,13683
Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	56,2000	31,47241
Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	52,0000	30,27512
Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	66,0000	22,86073

N= 200

Fuente: base de datos de la encuesta

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 las dimensiones de salud mental con 58 puntos, vitalidad 50,7 puntos y función social 50,3 puntos. Se encontraron puntuaciones promedios bajas en dimensiones como función física fue con 27 puntos, rol emocional de 31 puntos y rol físico con 32,37 puntos. Ver tabla 7

Tabla 7. Estadísticos descriptivos puntaje total por dimensiones del SF 36

Dimensiones del SF 36	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
FUNCIÓN FÍSICA	0,00	100,00	27,4500	30,72814
ROL FÍSICO	0,00	100,00	32,3750	46,80747
DOLOR CORPORAL	0,00	100,00	43,1875	35,60138
SALUD GENERAL	4,17	100,00	49,2708	21,90676
VITALIDAD	0,00	100,00	50,7875	28,22572
FUNCIÓN SOCIAL	0,00	100,00	50,3125	28,36736
ROL EMOCIÓN	0,00	100,00	31,0000	46,36538
SALUD MENTAL	8,00	100,00	58,7000	23,36836

N= 200

Fuente: base de datos de la encuesta

6.4 ANALISIS DESCRIPTIVO DE VARIABLES RELACIONADAS CON EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL - P.A.I

En cuanto al Plan de Atención Integral (P.A.I), se encontró que el 53.5 % de la población lleva de 6 a 11 meses participando en el programa pese a que éste inicia a partir del año 2008, el 23% ha recibido servicio profesional como fisioterapia, el 30.5% ha recibido ayudas externas como bastón y sillas de ruedas, el 1% ha recibido atención especializada en neurología. Ver tabla 8.

Tabla 8. Tabla resumen variables del P.A.I

Tiempo de pertenencia al P.A.I	Frecuencia	Porcentaje
6 a 11 meses de permanencia en el P.A.I	107	53,5
12 a 23 meses de permanencia en el P.A.I	78	39,0
Más de 24 meses de permanencia en el P.A.I	15	7,5
Tipo de servicio profesional recibido por parte del P.A.I		
Servicio de Terapia Física	46	23
Servicio de Terapia del Lenguaje	0	0
Servicio de Terapia Ocupacional	4	2
Medicamentos	1	0,5
Servicio de Terapia Psicológica	2	1
No recibieron	147	73,5
Apoyo con ayudas externas por parte del P.A.I		
No	139	69,5
Sí	61	30,5
Tipo de Ayuda Externa recibida		
Bastón	22	11
Muletas	6	3
Caminador	6	3
Silla de Ruedas	29	14,5
Ninguno	137	68,5
Servicio profesional especializado recibido por parte del P.A.I		
Neurología	2	1
Fisiatría	0	0
Reumatología	0	0
Ortopedia	1	0,5
Ninguna	197	98,5
Total	200	100

Fuente: base de datos de la encuesta

El 21% de las personas encuestadas ha participado en actividades educativas ofrecidas por el P.A.A calificándolas como buenas en un 17.5%, solamente el 8.5% de los encuestados ha participado en actividades culturales y recreativas ofrecidas por el P.A.I calificándolas

buenas un 8%, en el P.A.I no se han generado proyectos productivos en la población que hace parte de éste. Ver tabla 9

Tabla 9. Tabla resumen participación y calificación de las actividades y eventos educativos, culturales y recreativos ofrecidos por el P.A.I

Participación en actividades Educativas ofrecidas por el P.A.I	Frecuencia	Porcentaje
Si	42	21,0
No	158	79,0
Total	200	100
Calificación de la participación en actividades educativas		
Aceptable	7	3,5
Buena	35	17,5
Participación en eventos culturales y recreativos ofrecidos por el P.A.I		
Si	17	8,5
No	183	91,5
Total	200	100
Calificación de la participación en eventos culturales y recreativos		
Buena	2	1,0
Aceptable	15	8,0

6.5 ANALISIS BIVARIADO ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, DE DISCAPACIDAD Y DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA DISCAPACIDAD P.A.I Y DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA

Se realizó la prueba para una muestra (Kolmogorov-Smirnov) para determinar la normalidad de los valores de las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud con el SF 36, se encontró que la distribución de los valores para las dimensiones de salud general, vitalidad y salud mental presentaron distribución normal ($p>0,05$).

Las dimensiones que presentaron una distribución no normal fueron función física, rol físico, dolor corporal, función social y rol emocional presentaron un valor de $P< 0,05$. Ver tabla 10

Tabla 10. Prueba de Kolmogorov para dimensiones de CVRS

Estadísticos	CVRS (0 – 100 Puntos) POR ÁREAS	FUNCION FISICA	ROL FISICO	DOLOR CORPORAL	SALUD GENERAL	VITALIDAD	FUNCION SOCIAL	ROL EMOCIONAL	SALUD MENTAL
Parámetros normales (a,b)	Media	27,4500	32,3750	43,1875	49,2708	50,7875	50,3125	31,0000	58,7000
	Desviación típica	30,72814	46,80747	35,60138	21,90676	28,22572	28,36736	46,36538	23,36836
Diferencias más extremas	Absoluta	0,207	0,430	0,142	0,082	0,089	0,164	0,438	0,121
	Positiva	0,207	0,430	0,142	0,082	0,089	0,164	0,438	0,121
	Negativa	-0,186	-0,246	-0,120	-0,061	-0,078	-0,115	-0,252	-0,115
Z de Kolmogorov-Smirnov		2,932	6,087	2,015	1,153	1,255	2,325	6,196	1,718
Sig. asintót. (bilateral)		0,000	0,000	0,001	0,140*	0,086*	0,000	0,000	0,005*

n= 200

*variables con distribución normal

Fuente: base de datos de la encuesta

Se realiza esta misma prueba (KS) para determinar la normalidad de las variables cuantitativas: la edad presenta distribución normal ($p>0,05$) por ello el coeficiente de correlación utilizado fué Pearson, mientras que las variables tiempo de evolución de la condición de salud y tiempo de pertenencia en el P.A.I presentaron distribución no normal por lo cual se hizo uso de Rho de Spearman. Ver tabla 11

Tabla 11. Prueba de Kolmogorov para variables cuantitativas

Estadísticos		Tiempo de evolución de la condición de salud (meses)	Edad (años)	Cuanto tiempo lleva participando del PAI (meses)
N		200	200	200
Parámetros normales ^{a,b}	Media	194,02	52,99	1,5400
	Desviación típica	180,789	19,170	,63277
Diferencias más extremas	Absoluta	,186	,067	,338
	Positiva	,186	,067	,338
	Negativa	-,152	-,052	-,231
Z de Kolmogorov-Smirnov		2,629	,951	4,784
Sig. asintót. (bilateral)		,000	,326*	,000

n= 200

*variables con distribución normal

Fuente: base de datos de la encuesta

Según el nivel de medición de la variable se utilizaron diferentes **coeficientes de correlación** para el análisis entre las variables sociodemográficas, de discapacidad y del P.A.I y dimensiones de CVRS (escala de 0-100). Para las variables cualitativas nominales se hizo uso del coeficiente Eta y Rho de Spearman según la variable fuera nominal u ordinal, respectivamente. Para las variables cuantitativas se utilizó el coeficiente de Spearman para aquellas con comportamiento no normal y Pearson para las que demostraron distribución normal. Se consideró la significancia estadística cuando el pValor fue \leq a 0,05, para ello 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 dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud. Las dimensiones que evidenciaron distribución normal la significancia se evaluó con t student y F para dos y varios grupos respectivamente.

6.5.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La variable sexo evidenció relación significativa con la dimensión de vitalidad ($p \leq 0,000$), no obstante la fuerza de la asociación fue positiva baja (eta 0,253). Con respecto a las variables edad y escolaridad presentaron relación significativa con la dimensión de función física ($p \leq 0,05$) de igual forma la correlación fue débil inversa para la edad (Rho -0,378) y para escolaridad positiva débil (Rho 0,310). En cuanto al estado civil sólo se encontró relación con la dimensión de dolor corporal y está fue significativa ($p \leq 0,05$), pero con débil fuerza de asociación (eta 0,226). La ocupación tuvo relación significativa con la dimensión de salud general ($p < 0,00$) y la correlación fue regular (eta 0,471).

En general las variables sociodemográficas si bien muestran relaciones estadísticamente significativas para algunos dominios de calidad de vida, la fuerza de asociación es débil.

Se destaca la variable ocupación con significancia estadística y una correlación con salud general regular. Ver tabla 12

Tabla 12. Resumen variables sociodemográficas y CVRS por dimensiones

Variable	Prueba	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Función social	Rol emocional	Salud general	Vitalidad	Salud mental
Sexo	Eta	0,077	0,002	0,133	0,068	0,168	0,147	0,253*	0,233
	P valor U de Mann Whitney/t student	0,369	0,989	0,053	0,334	0,018*	0,037*	0,000**	0,001**
Edad	r/Rho/Pearson	-,378**	-,204**	-,122	-,105	-,229**	-,0233	-,0213	-,0247
	P valor	,000	,004	,086	,138	,001	0,001**	0,002	0,000**
Estado Civil	Eta	0,117	0,183	0,226*	0,064	0,199	0,058	0,165	0,178
	P valor H de Kruskal Wallis/ F	0,305	0,157	0,021*	0,961	0,095	0,957	0,247	0,176
Ocupación Actual	Eta	0,425	0,374	0,374	0,393	0,434	0,471*	0,401	0,461
	P valor H de Kruskal Wallis/ F	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**
Escolaridad	Rho	,310**	,146*	,109	,257**	,293**	,278**	,234**	,300**
	P valor	0,018*	0,350	0,074	0,005*	0,001**	0,001**	0,000**	0,000**

Rho: Coeficiente de correlación de Spearman

P valor: Significancia estadística bilateral

*Relación significativa al nivel 0,01 (Bilateral)

** Relación significativa al nivel 0,05 (Bilateral)

Fuente: base de datos de la encuesta

La variable ocupación presentó significancia estadística con mejor fuerza de asociación con las dimensiones de calidad de vida, se hizo un análisis de los promedios por subgrupos de la misma variable. La media de puntuación de todas las dimensiones excepto en rol físico y rol emocional fue mayor para el subgrupo de asalariado; seguido por el subgrupo de jubilados con las áreas de vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y por los que trabajan por su propia cuenta en las dimensiones de en las dimensiones de salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Las medias de peores puntuaciones de calidad de vida se presentó en el en el subgrupo de amas de casa. Ver tabla 13, estas diferencias fueron sólo significativas en las dimensiones de salud mental, vitalidad, salud general y dolor corporal.

Tabla 13. Calidad de vida relacionada con la salud por dimensiones y ocupación

Ocupación actual		Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud Mental
Asalariado	Media	54,37	46,87	57,81	68,22	70,46	64,06	62,50	80,50
	Desv. típ.	33,852	50,775	34,002	19,662	29,489	36,862	51,754	25,606
Trabaja por su propia cuenta	Media	43,08	57,44	56,86	62,67	64,17	46,75	55,31	71,91

	Desv. típ.	31,683	49,976	37,494	19,792	27,183	28,584	50,253	20,692
Estudiante	Media	35,00	40,00	49,16	37,77	44,58	75,00	36,66	84,00
	Desv. típ.	22,912	,000	18,763	12,729	26,702	33,071	57,735	12,000
Ama de casa	Media	22,65	23,40	26,22	45,56	40,82	47,07	19,14	52,85
	Desv. típ.	26,963	42,797	31,071	20,065	25,986	29,967	39,772	21,907
Jubilado	Media	15,00	16,66	37,50	48,61	69,79	56,25	83,33	74,66
	Desv. típ.	25,690	40,824	40,743	19,661	22,464	27,099	40,824	24,088
Desemplado/a motivo de salud	Media	17,56	21,25	40,00	40,15	44,01	40,93	16,25	50,00
	Desv. típ.	26,337	41,165	31,194	20,034	26,226	21,965	37,123	20,166
Desempleado/a por otros motivos	Media	27,22	22,22	64,16	53,70	51,66	40,27	22,22	59,11
	Desv. típ.	30,017	44,095	41,589	11,495	21,378	19,543	44,0958	21,979
F		8,830	6,621	11,603	9,195	6,153	0,619	7,899	8,695
P valor		0,305	0,157	0,021*	,000	,000	0,961	0,095	,000

Fuente: base de datos de la encuesta

En la tabla 14 se puede apreciar como para este estudio los hombres presentaron mayores puntajes promedios en las dimensiones de calidad de vida y fueron estadísticamente significativos.

Tabla 14. Calidad de vida relacionada con salud pro dimensiones y sexo

DIMENSIÓN	Sexo de la persona encuestada							
	Femenino			Masculino			T student	pvalor
	Media	N	Desv. típ.	Media	N	Desv. típ.		
FUNCIÓN FÍSICA	25,0000	96	28,24703	29,7115	104	32,82660	0,578	0,019
ROL FÍSICO	32,2917	96	47,00457	32,4519	104	46,85236	0,633	0,000
DOLOR CORPORAL	38,2552	96	34,76825	47,7404	104	35,91981	0,836	0,001
SALUD GENERAL	45,9201	96	20,65254	52,3638	104	22,66439	0,502	0,017
VITALIDAD	43,3724	96	26,46256	57,6322	104	28,19236	0,301	0,000
FUNCIÓN SOCIAL	48,3073	96	27,42333	52,1635	104	29,22140	0,354	0,013
ROL EMOCIONAL	22,9167	96	42,25030	38,4615	104	48,88602	0,453	0,000
SALUD MENTAL	53,0417	96	21,64008	63,9231	104	23,78532	2,279	0,001

6.5.2 VARIABLES DE DISCAPACIDAD (LIMITACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE LA MOVILIDAD) Y DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La dimensión de dolor corporal fue presentó relaciones estadísticamente significativas con la limitación para caminar (p valor 0,022), para estar de pie (p valor 0, 021) y para estar sentado (p valor 0,010), sin embargo la fuerza de la asociación fue positiva pero muy débil ($\eta^2 \leq 0,17$). La percepción de la salud general evidenció relaciones estadísticamente significativas con la limitación para levantarse y llevar objetos (p valor 0,001) y con la limitación para el uso fino de la mano (p valor 0,002) pero la fuerza de asociación para ambas fue débil ($\eta^2 \leq 0,22$). La función física presentó relación estadísticamente significativa con el tiempo de evolución de la condición de salud (p valor 0,010) la fuerza de la asociación resulto positiva pero muy débil. Ver tabla 15

Tabla 15. Resumen variables de discapacidad y CVRS por dimensiones

Variable	Prueba	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Función social	Rol emocional	Salud general	Vitalidad	Salud mental
Consumo de Medicamentos	Eta	0,110	0,049	0,113	0,093	0,106	0,043	0,124	0,089
	P valor U de Mann Whitney/t	0,260	0,680	0,180	0,330	0,310	0,610	0,110	0,380
Tiempo de Evolución de la condición salud	Rho	0,182	0,176	0,168	0,039	0,013	-0,035	0,110	0,064
	P valor	0,010*	0,013*	0,017*	0,588	0,858	0,622	0,119	0,370
Limitación para caminar	Eta	0,140	0,035	0,165	0,069	0,074	0,039	0,022	0,003
	P valor U de Mann Whitney	0,072	0,620	0,022*	0,297	0,299	0,645	0,743	0,990
Limitación para levantarse y llevar objetos	Eta	0,117	0,091	0,170	0,193	0,158	0,224	0,135	0,134
	P valor U de Mann Whitney	0,216	0,197	0,014*	0,015	0,025*	0,001**	0,095	0,098
Limitación para estar de pie	Eta	0,162	0,015	0,172	0,064	0,034	0,072	0,044	0,008
	P valor U de Mann Whitney	0,025*	0,821	0,021*	0,371	0,629	0,290	0,581	0,817
Limitación para estar sentado	Eta	0,137	0,091	0,179	0,126	0,088	0,138	0,123	0,149
	P valor U de Mann Whitney	0,056	0,202	0,010*	0,091	0,212	0,048*	0,096	0,032*
Limitación para uso fino de la mano	Eta	0,111	0,130	0,070	0,210	0,163	0,226	0,179	0,196
	P valor U de Mann Whitney	0,047*	0,065	0,302	0,004*	0,210	0,002*	0,017*	0,007*
Limitación para desplazarse utilizando equipamiento	Eta	0,100	0,068	0,068	0,068	0,112	0,062	0,044	0,057
	P valor U de Mann Whitney	0,135	0,336	0,337	0,500	0,114	0,360	0,511	0,374
Limitación para utilización de medios de transporte	Eta	0,71	0,77	0,037	0,072	0,047	0,076	0,001	0,02
	P valor U de Mann Whitney	0,287	0,277	0,613	0,453	0,505	0,253	0,958	0,968
Limitación para conducción	Eta	0,081	0,057	0,025	0,101	0,071	0,096	0,087	0,105
	P valor U de Mann Whitney	0,228	0,420	0,738	0,250	0,318	0,193	0,274	0,128

Rho: Coeficiente de correlación de Spearman
P valor: Significancia estadística bilateral
*Relación significativa al nivel 0,01 (Bilateral)
** Relación significativa al nivel 0,05 (Bilateral)
Fuente: base de datos de la encuesta

6.5.3 VARIABLES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA DISCAPACIDAD P.A.I Y DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

La dimensión de salud mental evidenció relación estadísticamente significativa con la participación y calificación de las actividades educativas que ofrece el P.A.I (p valor 0,054 y 0,050 respectivamente) pero la fuerza de dicha asociación para ambas variables fue positiva muy débil. La dimensión de rol físico mostro relación estadísticamente significativa (p valor 0,003 y 0, 010 respectivamente) con participación y calificación de actividades culturales y recreativas que ofrece el P.A.I, al igual que la situación anterior, la fuerza de asociación es positiva débil. La dimensión de vitalidad presentó relación estadísticamente significativa con el hecho de haber recibido el servicio de terapia física(p valor 0,002) pero esta relación tiene una fuerza de asociación débil (eta 0,228).

Se observa a partir de lo anterior como para la percepción de la calidad de vida el desarrollar actividades que impliquen un rol físico como se hace en las actividades recreativas y culturales influyen en la puntuación de la auto percepción. Ver tabla 16

Tabla 16. Dimensiones de calidad de vida relacionadas con la salud y servicios ofrecidos por el P.A.I

Variable	Prueba	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Función social	Rol emocional	Salud general	Vitalidad	Salud mental
Servicio de Terapia física	Eta	0,104	0,098	0,090	0,146	0,147	0,147	0,228	0,151
	P valor U de Mann Whitney/t	0,198	0,172	0,273	0,103	0,038*	0,055	0,002*	0,028*
Tiempo de pertenencia al P.A.I	Rho/Pearson	-0,046	-0,016	0,146	-0,049	0,016	0,053	0,021	-0,066
	P Valor	0,515	0,823	0,039*	0,488	0,817	0,455	0,769	0,354
Participa en actividades educativas del P.A.I	Eta	0,093	0,089	0,029	0,086	0,079	0,090	0,141	0,128
	P valor U de Mann Whitney/t	0,308	0,205	0,939	0,202	0,265	0,250	0,056	0,054*
Calificación de la participación act. Educativas	Rho	0,073	0,078	-0,012	0,071	0,083	0,077	0,130	0,139
	P Valor	0,307	0,274	0,866	0,319	0,245	0,277	0,067	0,050*
Participa en actividades recreativas y culturales	Eta	0,478	0,211	0,067	0,251	0,028	0,099	0,127	0,045
	P valor U de Mann Whitney/t	0,066	0,003*	0,452	0,109	0,690	0,184	0,064	0,620

Calificación de la participación act. Recreativas y culturales	Rho	0,110	0,182	0,005	0,067	0,016	0,073	0,138	0,046
	P Valor	0,120	0,010*	0,941	0,344	0,820	0,304	0,052	0,517

Rho: Coeficiente de correlación de Spearman

P valor: Significancia estadística bilateral

*Relación significativa al nivel 0,01 (Bilateral)

** Relación significativa al nivel 0,05 (Bilateral)

Fuente: base de datos de la encuesta

7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio tuvo como objetivo fundamental determinar la relación existente entre las variables sociodemográficas, de discapacidad y de servicios ofrecidos por el P.A.I con la puntuación por dimensiones de calidad de vida en personas con limitaciones en las actividades de la movilidad.

Los resultados en el ámbito sociodemográfico encontrados en el estudio son acordes a los publicados por otros investigadores en Colombia y a nivel internacional: la limitación en las actividades de la movilidad se presenta más en hombres (43) por condiciones de salud que afectan al sistema neuromuscular(44) lo anterior posiblemente debido a los hechos de violencia y a las altas cifras de accidentes de tránsito que afronta el país y la ciudad de Neiva no es ajena a ello.

La presente investigación encontró que el nivel de estudios primarios fue el máximo nivel alcanzado por la mayoría de los participantes (43,5%), este nivel educativo sigue el perfil presentado para la población con al menos una limitación del registro DANE para la localización y caracterización de personas con discapacidad en Colombia(1) donde se encontró que en general las personas con discapacidad no han completado el nivel primario de educación. Igual situación fue la encontrada en el estudio de la fundación Saldarriaga Concha(45) donde el bajo nivel de escolaridad entre los usuarios menores de 15 años podría corresponderse con las limitaciones generadas por la situación de discapacidad, en estrecha relación con los procesos de rehabilitación que desconocen la integralidad del ser humano.

Hecho coincidente en el diagnóstico situacional del programa de Atención Integral a la Discapacidad del Departamento del Huila(15) donde el 35.6% carece de estudios; el 35.1% no culminó estudios primarios. El estudio realizado por Scalone(46) muestra a nivel de escolaridad que la población con discapacidad ha alcanzado el primer grado completo (70.8%) y en el estudio de Alonso(47) casi una cuarta parte de los entrevistados no había completado los estudios primarios.

El fenómeno del desempleo ligado a la condición de salud y la discapacidad es un hecho evidente en las personas participantes, para el presente estudio se encontró que el 40% de

la población encuestada está desempleada por motivo de salud y los que se encuentran trabajando el 23,5% es por su propia cuenta generalmente en el sector informal de la economía, hecho similar al estudio realizado por Donnelly(48). Situación diferente encontró Scalone(46) donde la población con discapacidad encuestada la mayoría se encontraba jubilada (36,9%). Los resultados de la investigación y los hallazgos de otros autores ratifican que las condiciones en el orden laboral y educativo aun continúan siendo una problemática en determinantes sociales de la discapacidad.

En cuanto a las características de discapacidad el presente estudio encontró un mayor predominio de deficiencias en la estructura del sistema nervioso (53%) y de estructuras relacionadas con el movimiento (46,5%) de ellas la afectación de las estructuras del cerebro, de la médula espinal y de extremidades inferiores fueron en su orden las que limitan las actividades de la movilidad. Resultados coincidentes con otros autores de estudios sobre calidad de vida en personas que han presentado alteración en su condición de salud, muestran que la estructura más afectada es el sistema nervioso central como el cerebro de acuerdo a lo referenciado por Díaz(49) según Vásquez(50) es la médula espinal, y en el estudio de Costa(51) la Enfermedad Vascul ar Cerebral y la hemiplejía ocuparon los mayores porcentajes.

El tipo de deficiencia encontrada esta relacionada con los hallazgos en el presente estudio de limitaciones en las actividades de la movilidad, donde de los participantes tenían en mayores porcentajes limitaciones para caminar, para estar de pie, para desplazarse, para utilizar algún medio de transporte. Al respecto Curcio(52) encontró en su investigación que la limitación en las actividades de locomoción se encuentran afectadas en un 18%. Cabrero(37) encontró que el componente de la movilidad hace referencia a actividades o tareas físicas simples, las cuales pueden generar restricción en la participación, siendo un componente más complejo por lo cual abordar este tipo de limitación desde procesos de rehabilitación integrales contribuye a la inclusión social de la persona.

En el presente estudio se encontró que la dimensión del SF 36 con menor promedio de puntuación (pobre percepción de calidad de vida) fue la salud física. Resultados similares son los reportados en el estudio de Rojas(6) donde el rol físico tuvo el promedio más bajo ($x=26,41$ ptos $\pm 38,42$ ptos) igual ocurrió en el estudio de Scalone(46) donde la peor puntuación fue para el rol físico ($x=54,8$ ptos $\pm 47,8$ ptos).

La salud mental, la vitalidad y la función social fueron las áreas mejor percibidas dentro del constructo de calidad de vida en las persona participantes del estudio hecho coincidente con los datos arrojados por Scalcone(46) donde la mejor puntuación fue para aspectos sociales ($x = 82$; $DE = 26,6$). Resultados semejantes encontraron en el estudio realizado por Alonso(47) el cual muestra que la salud física fue una de las más bajas puntuadas con un promedio de 69 puntos en población española, reflejando que la población percibe de acuerdo al significado de esta dimensión, la existencia de muchas dificultades en la realización de actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir y bajar escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos como aspectos clave que influencias de manera negativa la percepción de su calidad de vida.

En los resultados de este estudio hubo significancia estadística entre el sexo y dimensión de vitalidad aunque la fuerza de la correlación fue débil al respecto, Henao reporta que para esta dimensión puntuaciones promedio más altas en los hombres (media 70 puntos) que para las mujeres (59,4) (53) iguales resultados reporta Vásquez media en hombres de 63 y en el sexo femenino 38 ptos(50) Patiño en su estudio arroja datos similares con respecto presentando una media en hombres de 84,7 y el en femenino 75,3 ptos(54) los resultados de otros autores y del presente estudio muestran que la población masculina tiene mejor percepción de su calidad de vida de acuerdo al aspecto de vitalidad con respecto de las mujeres.

Este estudio evidencio que la ocupación presenta diferencias significativas con dimensiones de calidad de vida; en el subgrupo de asalariados y jubilados las dimensiones peor percibidas son las de rol físico, rol emocional y función social. Ariza(55) reporta resultados similares a nivel de ocupación estableciendo una significancia estadística con un valor de p de 0,036.

El estado civil obtuvo significancia estadística en los promedios de puntuación de la dimensión de función física; Ariza(55) reporta a partir de su estudio que el estado civil tuvo significancia estadística en el área de salud general; mientras que Coronado(56) reporta en su estudio que el estado civil tuvo significancia estadística en el área de dolor corporal con una ($p = 0,39$). De acuerdo a la variable estado civil y dimensiones de calidad de vida, los resultados encontrados en este estudio no son coincidentes con los reportados por otros autores, es decir, el estado civil marco diferencias estadísticamente significativas en dimensiones distintas a las encontradas por el presente estudio.

Las limitaciones en la actividad para caminar, para estar de pie, para estar sentado, para llevar objetos y para el uso fino de la mano presentaron relaciones significantes con las dimensiones de calidad de vida especialmente el dolor corporal, la salud general y la función física desafortunadamente al momento de la presente discusión no se encontraron resultados de otros autores que describieran limitaciones en las actividades de movilidad en población con diversas condiciones de salud para contrastar hallazgos.

Respecto del Programa de Atención integral P.A.I se encontró que existe poca cobertura de servicios de rehabilitación como asistencia profesional aunque es la fisioterapia y la neurología los servicios más ofrecidos y recibidos por los usuarios. El apoyo con ayudas externas para equiparar oportunidades en personas con limitación de la movilidad registró porcentajes muy bajos y de ellos lo que más se ha entregado a esta población han sido sillas de ruedas que si bien el estudio registra mayor predominio de limitaciones para caminar no necesariamente éstas requieren de silla de ruedas para desplazarse en el entorno. La participación de las personas en las actividades educativas y recreativas es muy baja, y éstas las califican como buenas o aceptables con respecto de la influencia en su calidad de vida. Lo contrario se puede evidenciar en la ciudad de Bogotá en el documento Evaluación de la política “Concertando Entornos Colectivos para las Personas con Discapacidad”(57) y el Plan Distrital de Discapacidad(58) donde muestran la transformación de la calidad de vida de las personas con discapacidad a partir de los programas de gobierno en torno de la discapacidad, evidenciando logros en la dimensión de capacidades y oportunidades, dimensión de ciudadanía activa, dimensión cultural simbólica, y en la dimensión de entorno territorio y medio ambiente, alcanzando el 100% de la meta programada respecto al servicio para la comunidad con discapacidad para actividades de aprendizaje y aplicación del conocimiento, particularmente niños y adolescentes. Así mismo, como parte de la atención integral a niñas, niños y adolescentes, se llevaron a cabo 6.158 atenciones terapéuticas con el fin de una mayor y mejor aceptación de la persona en estado de discapacidad al interior del núcleo familiar fortaleciendo los lazos intrafamiliares.

Lo anterior muestra como la población participante en el estudio y perteneciente al P.A.I manifiesta un bajo impacto de las intervenciones que ha tenido el programa, el cual pese a direccionarse bajo parámetros de políticas públicas no ha alcanzado la como ha generado las transformaciones necesarias al interior del colectivo de personas con discapacidad y ha

centrado sus acciones en diagnósticos de la población con discapacidad del Departamento del Huila con escaso seguimiento y evaluación de la implementación del programa.

El presente estudio evidencio que el servicio de fisioterapia es el más prestado por parte del P.A.I a sus usuarios con limitación en la movilidad y presentó una relación estadísticamente significativa con la dimensión de vitalidad. En el estudio realizado por De Dios Sancho, Penélope(59) se encontró que la eficacia de la fisioterapia en el tratamiento de la rigidez, el dolor y la calidad de vida de los pacientes artríticos, se considera que una actuación fisioterápica capaz de reducir la rigidez matinal en más del 30% de los sujetos y el dolor en más del 50% de los mismos es una estrategia terapéutica interesante que influencia de manera positiva la calidad de vida. En el estudio de la Fundación Saldarriaga Concha(45) respecto a la oferta de servicios de rehabilitación, los investigadores del estudio llegan a concluir lo siguiente: los servicios de órtesis y prótesis resultan insuficientes, máxime teniendo en cuenta que el 57% de la población que dice necesitar este servicio, refiere no haber tenido acceso a él. Los ortesistas y protesistas, los trabajadores sociales y los especialistas en medicina física y rehabilitación son los profesionales con menor participación dentro del recurso humano disponible. El desarrollo de los procesos de atención a los usuarios, específicamente en lo que respecta a la evaluación inicial, la información suministrada al usuario a lo largo de todo el proceso y la planeación de la intervención no están implementados en la mayoría de las instituciones analizadas. Existe una falta de reconocimiento de la persona como ser biopsicosocial, lo que lleva a orientar las intervenciones a partir de signos parcialmente analizados, centrados básicamente en los aspectos corporales del individuo.

8. CONCLUSIONES

1. El mayor porcentaje de participantes fueron hombres con un promedio de edad de 53 años, con deficiencias en estructuras del sistema nervioso tanto del cerebro como de la medula espinal, con un promedio de evolución de la condición de salud de 15 años.
2. La mayoría de los participantes alcanzaron a culminar sus estudios primarios, están desempleados por motivos de salud y son solteros.
3. La mayor proporción de limitación en las actividades de la movilidad estuvo representada por la limitación para caminar.
4. Todos los participantes del estudio pertenecían al P.A.I de Neiva al momento de la evaluación, de los servicios que ofrece este programa un bajo porcentaje accedido a fisioterapia, apoyo de ayudas externas representadas en bastones y sillas de ruedas, y a atención médica especializada como neurología.
5. Muy bajo porcentaje de los encuestados ha participado de actividades educativas, culturales y recreativas que ofrece el P.A.I y de ellos la calificación que da a las mismas es de buenas.
6. Las dimensiones de calidad de vida mejor autopercibidas por la población encuestada fueron salud mental, vitalidad y función social.
7. De las variables sociodemográficas estudiadas todas mostraron relación estadísticamente significativa con los puntajes de las dimensiones de calidad de vida, sin embargo la fuerza de dicha asociación fue débil. La ocupación fue la variable que demostró mejor fuerza de asociación estadísticamente significativa, los subgrupos de asalariados, jubilados y los que trabajan por su propia cuenta perciben mejor la mayoría de las dimensiones de calidad de vida evidenciadas en puntajes más altos, cabe anotar que el subgrupo de estudiantes mostró muy buena percepción de calidad de vida desde la dimensión de salud mental.
8. Se evidencia en el estudio como el hecho de tener un empleo influencia positivamente la percepción de calidad de vida.
9. Las variables de discapacidad con relación significativa fueron las limitaciones para caminar, para estar de pie y para estar sentado con las dimensiones de dolor corporal, salud general y función física. De acuerdo a lo anterior, es posible afirmar que la limitación en actividades de la movilidad influyen de manera negativa las dimensiones que tienen que ver con el área física y que el área mental y social son mejores percibidas en el análisis de la calidad de vida de estas personas.

10. El programa de atención a la discapacidad presentó relaciones significativas con las dimensiones de calidad de vida, sin embargo la fuerza de dichas asociaciones fue muy débil. Es interesante el hallazgo en este estudio de la relación entre la salud mental y la participación de las personas con discapacidad en actividades educativas programadas por el P.A.I; mientras que la dimensión de rol físico presentó relación significativa con la participación de las personas con discapacidad en actividades recreativas y culturales ofrecidas por el mismo programa. Los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y neurología son los más demandados por parte de la población encuestada y ofrecidos por el P.A.I
11. En esta investigación la muestra hace parte del programa de atención dirigido a la población con discapacidad, según el objeto del Programa y de acuerdo a los resultados encontrados, las necesidades evidenciadas en esta población son del orden laboral, educativo, de rehabilitación aspectos que influyen en las condiciones de salud y la calidad de vida.

9. RECOMENDACIONES

1. La metodología empleada en el presente estudio con el uso de la primera versión del SF36 para la evaluación de calidad de vida puede ser aplicada a diversos tipos de población con discapacidad independiente de la condición de salud o diagnóstico médico, se recomienda actualmente la utilización de la versión 2.0 del cuestionario teniendo acceso al permiso de uso el cual dispone del cuestionario, algoritmo de puntuación, instructivo y software para procesar toda la información.
2. Se sugiere consolidar una línea o sublínea de investigación en calidad de vida y discapacidad en el grupo de investigación Cuerpo Movimiento de la Universidad Autónoma de Manizales que involucre proyectos desde métodos tanto cuantitativos como cualitativos para explicar la percepción de calidad de vida en función de una condición de salud o discapacidad.
3. Realizar procesos investigativos de tipo cualitativo para movilizar la producción del conocimiento en torno a calidad de vida y discapacidad desde perspectivas interpretativas y comprensivas de la discapacidad como hecho que influencia la calidad de vida percibida.
4. Al equipo interdisciplinario que interviene en la ejecución del programa de atención integral, crear y aplicar estrategias que midan la discapacidad y la calidad de vida relacionada con salud para que basados en esta información se reorienten las acciones para dar respuesta a las demandas que impone el colectivo de personas con discapacidad.
5. Conocer y/o reconocer las políticas públicas ya existentes buscando involucrar sectores de salud, educación recreación y bienestar social, desde los ámbitos locales y nacionales, en pro del mejoramiento de la calidad de vida, buscando desarrollar propuestas que permitan las modificaciones de las políticas públicas, con el fin de propender al cambio.
6. Diseñar y validar instrumentos que midan calidad de vida relacionada con la salud en la limitación de actividades relacionadas con la movilidad.
7. Realizar evaluaciones de calidad de vida con cuestionarios específicos que permitan discriminar diferencias en los efectos de un tratamiento o de un proceso de rehabilitación.

10. Limitaciones del estudio

1. El presente estudio realizó la evaluación de calidad de vida en población con limitaciones en las actividades de la movilidad independiente de su causa con un cuestionario genérico por lo tanto es posible encontrar sesgos específicos en función de la condición de salud que influyen de manera diferente la autopercepción de la calidad de vida.
2. No se contó con encuestadores distintos a los investigadores que permitieran una recolección de datos independiente de la perspectiva del investigador.
3. Un mismo encuestador recolectó todas las variables del cuestionario, no se dividió el procedimiento de recolección de variables sociodemográficas y clínicas por un investigador y variables de calidad de vida por otro.

11. Implicaciones para las políticas en discapacidad y para la práctica:

1. Los planes, programas y proyectos en Discapacidad de los Municipios deberán incorporar resultados de investigaciones como esta para la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de la política pública en discapacidad
2. Los comités Locales de Discapacidad tienen el reto de incorporar los resultados de investigaciones como estas para priorizar las acciones en discapacidad de los Municipios.
3. Los procesos de rehabilitación de personas con discapacidad deben replantear la forma en que sustentan sus acciones, toda vez que procesos centrados en la deficiencia o en la limitación no impactan positivamente la calidad de vida de las personas.
4. Al disponer de información sistemática, confiable y oportuna acerca de la calidad de vida relacionada con la salud en población con limitación en actividades de la movilidad, se pueden diseñar, desarrollar y evaluar políticas e intervenciones en salud que favorezcan la inclusión social de este colectivo.
5. A futuro, la medición de calidad de vida relacionada con la salud es uno de los indicadores de impacto, seguimiento y efectividad de los programas de rehabilitación.

12. ANEXOS

12.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA EN EL ESTUDIO

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
COMUNIDAD ACADÉMICA CUERPO MOVIMIENTO
MAESTRIA EN DISCAPACIDAD**

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN
EN INVESTIGACIONES**

INVESTIGACIÓN: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PERSONAS CON LIMITACION EN LAS ACTIVIDADES DE LA MOVILIDAD, DEL MUNICIPIO DE NEIVA, 2009-2011.

Manizales, fecha: _____

Yo, _____ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a _____, estudiante de la Universidad Autónoma de Manizales, para la realización de los siguientes procedimientos, según el instrumento de evaluación a mi explicado:

1. Evaluación de calidad de vida relacionada con salud aplicando el cuestionario SF 36, el cual consta de 36 preguntas sobre cómo es la percepción que tengo de mi calidad de vida relacionada con la salud.
2. Evaluación de variables sociodemográficas, clínicas y de discapacidad como edad, nivel educativo y ocupación actual, diagnósticos médicos, tiempo de la evolución de la enfermedad/disfunción/lesión.
3. Evaluación del apoyo recibido mediante ayudas técnicas, servicios profesionales, proyectos productivos y educativos ofrecidos por el P.A.I Neiva.

Adicionalmente se me informó que:

Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.

No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar los procesos de evaluación de pacientes con condiciones clínicas similares a las mías.

Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Autónoma de Manizales bajo la responsabilidad de los investigadores.

Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis médicos.

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

Firma
CC No. _____ de _____

HUELLA

Aprobado por el comité de ética de la UAM en el acta No 011 del 26 de enero del 2010

12.2 INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y DE DISCAPACIDAD

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES – MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

DATOS DEMOGRÁFICOS

DATOS DEMOGRÁFICOS Y DE ÍNDOLE GENERAL									
NOMBRE _____ APELLIDOS _____ SEXO Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>									
EDAD (en años cumplidos) _____	Años de educación formal: ¿Cuántos años en total ha estudiado o estudió? (desde primaria) _____ Indique el nivel de estudios alcanzado:								
	Ninguno <input type="checkbox"/> (0)	Primaria incompleta <input type="checkbox"/> (1)	Primaria completa <input type="checkbox"/> (2)	Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> (3)					
	Secundaria completa <input type="checkbox"/> (4)	Técnico-Tecnológico <input type="checkbox"/> (5)	Profesional <input type="checkbox"/> (6)		Especialización <input type="checkbox"/> (7)				
	Maestría <input type="checkbox"/> (8)	Doctorado <input type="checkbox"/> (10)							
ESTADO CIVIL ACTUAL									
Nunca ha estado casado/a <input type="checkbox"/> 1	Actualmente está casado/a <input type="checkbox"/> 2	Separado/a <input type="checkbox"/> 3	Divorciado/a <input type="checkbox"/> 4	Viudo/a <input type="checkbox"/> 5	Viviendo en Pareja <input type="checkbox"/> 6				
DESCRIBA CUÁL ES SU OCUPACIÓN ACTUAL. Marque con una X									
Asalaria do (a) <input type="checkbox"/> (1)	Trabaja por su propia cuenta <input type="checkbox"/> (2)	Trabajo no remunerado <input type="checkbox"/> (3)	Estudiante <input type="checkbox"/> (4)	Ama de Casa <input type="checkbox"/> (5)	Jubilado(a) <input type="checkbox"/> (6)	Pensionado o por invalidez <input type="checkbox"/> (7)	Desempleado(a) por motivo de salud <input type="checkbox"/> (8)	Desempleado(a) por otros motivos <input type="checkbox"/> (10)	Otras <input type="checkbox"/> (9) Especifique que _____ _____
DIAGNÓSTICO MÉDICO									
TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA CONDICIÓN DE SALUD (En meses)									
CLASIFICACIÓN DE LA LIMITACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE LA MOVILIDAD									

**12.3 INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
SOCIODEMOGRÁFICA Y DE DISCAPACIDAD**

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES

COMUNIDAD CUERPO MOVIMIENTO

INSTRUMENTO PARA RECOLECCION DE INFORMACION

CUESTIONARIO DE SALUD SF36

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, comparada con la de hace un año?	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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FF.9 Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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> , ¿ <u>hizo menos</u> 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"/>	Sí, 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 dolor 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 HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. 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 tuvo 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 <u>4 últimas semanas</u> , ¿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	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
	1	2	3	4	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"/>

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES
COMUNIDAD CUERPO MOVIMIENTO
INSTRUMENTO PARA RECOLECCION DE INFORMACION
CUESTIONARIO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN P.A.I

Respecto al programa de atención integral a la población con discapacidad responda	
: Cuanto tiempo lleva participando del P.A.I? _____ meses/años	
Cuáles son los servicios profesionales recibidos en el P.A.I? Terapia física _____, Terapia ocupacional ____ Terapia del lenguaje____ Terapia farmacológica __ Otras __ Cuáles? _____	Ha recibido atención profesional especializada ofrecida por el PAI? No ___ Si ___ Describa _____ _____
Ha participado en las actividades educativas que ofrece el PAI? No ___ Si ___ Como califica su participación? Mala __ Aceptable __ Buena ____	Ha participado en los eventos culturales o recreativos que ofrece el PAI? No ___ Si ___ Como califica su participación? Mala __ Aceptable __ Buena ____
Usted y su familia han generado proyectos productivos a partir del acompañamiento y apoyo del PAI? No ___ Si ___ Describa el proyecto	

12.4. SINTAXIS DEL SF 36:

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

2 ítems

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

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

5 ítems

D8.1

Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1=0; 2;20; 3=40; 4=40; 5=80; 6=100

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

12.5 COSTO TOTAL DE LA INVESTIGACIÓN

RUBROS	PRESUPUESTO
PERSONAL	\$ 3.040.000
EQUIPOS	\$ 3.600.000
MATERIALES	\$ 2.410.000
VIAJES	\$7.200.000
SALIDAS DE CAMPO	\$2.778.000
TOTAL	\$ 19.028.000.

12.6 ANEXO TABLAS REUSLTADO ORIGINALES

Tabla 1. Coeficientes de correlación utilizados para calidad de vida relacionada con la salud acorde con el nivel de medición de las variables explicativas

VARIABLES	Nivel de medición	Dimensiones de CVRS	Coefficiente de correlación
1. Género 2. Estado civil 3. Ocupación actual 4. Consumo de medicamentos 5. Limitación para caminar 6. Limitación para levantarse y llevar objetos 7. Limitación para estar de pie 8. Limitación para estar sentado 9. Limitación para uso fino de la mano 10. Limitación para desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento 11. Limitación para utilización medios de transporte 12. Limitación para actividad de conducción 13. Terapia física 14. Terapia Ocupacional 15. Neurología 16. Reumatología y ortopedia 17. Participación en actividades educativas 18. Participación en actividades recreativas y culturales	Nominal	Función física Rol físico Dolor corporal Salud general Vitalidad Función social Rol emocional Salud mental	Eta
19. Escolaridad (años) 20. Calificación de la participación actividades educativas (meses) 21. Calificación de la participación actividades recreativas y culturales (meses)	Ordinal		Pearson Spearman
22. Edad 23. Tiempo de evolución de la condición de salud 24. Tiempo en el P.A.I	Cuantitativa		Pearson Spearman

TablaXX. Pruebas de homogeneidad para el contraste de calidad de vida relacionada con la salud en subgrupos de variables

Variable nominal	Número de grupos	Dimensiones de CVRS	Prueba para diferencias entre grupos
1. Sexo 2. Consumo de medicamentos 3. Limitación para caminar 4. Limitación para levantarse y llevar objetos 5. Limitación para estar de pie 6. Limitación para estar sentado 7. Limitación para uso fino de la mano 8. Limitación para desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento 9. Limitación para utilización medios de transporte 10. Limitación para actividad de conducción 11. Terapia física 12. Terapia Ocupacional 13. Neurología 14. Reumatología y ortopedia	Dos grupos	Distribución no normal Función física Rol físico Dolor corporal Función social Rol emocional	U Mann Whitney
1. Sexo 2. Consumo de medicamentos 3. Limitación para caminar 4. Limitación para levantarse y llevar objetos 5. Limitación para estar de pie 6. Limitación para estar sentado 7. Limitación para uso fino de la mano 8. Limitación para desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento 9. Limitación para utilización medios de transporte		Distribución normal Salud general Salud mental Vitalidad	T de student

10. Limitación para actividad de conducción 11. Terapia física 12. Terapia Ocupacional 13. Neurología 14. Reumatología y ortopedia			
15. Nivel de escolaridad 16. Estado civil 17. Ocupación actual	Más de dos grupos	Distribución no normal: 1. Función física 2. Rol físico 3. Dolor corporal 4. Función social 5. Rol emocional	H de Kruskal Wallis
		Distribución normal: 1. Salud general 2. Salud mental 3. Vitalidad	F de Fisher

COEFICIENTES DE CORRELACIÓN SEGÚN NIVEL DE LAS VARIABLES DE DISCAPACIDAD Y DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA

Tabla 2. Limitación para caminar y dimensiones de calidad de vida:

Variables y Coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Función Física dependiente	,140
		Limitación para caminar dependiente	,399
Variables y Coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol físico dependiente	,035
		Limitación para caminar dependiente	,043
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Dolor corporal dependiente	,165
		Limitación para caminar dependiente	,295
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud general dependiente	,039
		Limitación para caminar dependiente	,428
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Vitalidad dependiente	,022
		Limitación para caminar dependiente	,416
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Función social dependiente	,069
		Limitación para caminar dependiente	,207
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol emocional dependiente	,074
		Limitación para caminar dependiente	,074
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud mental dependiente	,003
		Limitación para caminar dependiente	,433

Tabla 3. prueba de significancia estadística – diferencias entre grupos: U de Mann Whitney Limitación para caminar y dimensiones de calidad de vida:

Resumen de prueba de hipótesis			
Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1 La distribución de FUIFI es la misma entre las categorías de Limitación para caminar.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,072	Retener la hipótesis nula.
2 La distribución de ROLFISIC es la misma entre las categorías de Limitación para caminar.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,620	Retener la hipótesis nula.
3 La distribución de DOLCORP es la misma entre las categorías de Limitación para caminar.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,022	Rechazar la hipótesis nula.
4 La distribución de SALUGENE es la misma entre las categorías de Limitación para caminar.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,645	Retener la hipótesis nula.
5 La distribución de Vitalidad es la misma entre las categorías de Limitación para caminar.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,743	Retener la hipótesis nula.
6 La distribución de FUNSOCIA es la misma entre las categorías de Limitación para caminar.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,297	Retener la hipótesis nula.
7 La distribución de ROLEMOCI es la misma entre las categorías de Limitación para caminar.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,299	Retener la hipótesis nula.
8 La distribución de SALUMENT es la misma entre las categorías de Limitación para caminar.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,990	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Tabla 4. Limitación para levantarse y llevar objetos y dimensiones de calidad de vida:

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Función Física dependiente	,117
		Limitación para levantarse y llevar objetos dependiente	,335
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol físico dependiente	,091
		Limitación para levantarse y llevar objetos dependiente	,106
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Dolor corporal dependiente	,170
		Limitación para levantarse y llevar objetos dependiente	,374
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud general dependiente	,224
		Limitación para levantarse y llevar objetos dependiente	,356
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Vitalidad dependiente	,135
		Limitación para levantarse y llevar objetos dependiente	,409
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Función social dependiente	,193
		Limitación para levantarse y llevar objetos dependiente	,261
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol emocional dependiente	,158
		Limitación para levantarse y llevar objetos dependiente	,158
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud mental dependiente	,134
		Limitación para levantarse y llevar objetos dependiente	,311

Tabla 5. Prueba de significancia estadística – diferencias entre grupos: U de Mann Whitney Limitación para levantarse y llevar objetos y dimensiones de calidad de vida:

Resumen de prueba de hipótesis			
Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1 La distribución de FUPI es la misma entre las categorías de Limitación para levantarse y llevar objetos.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,216	Retener la hipótesis nula.
2 La distribución de ROLFISIC es la misma entre las categorías de Limitación para levantarse y llevar objetos.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,197	Retener la hipótesis nula.
3 La distribución de DOLCORP es la misma entre las categorías de Limitación para levantarse y llevar objetos.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,014	Rechazar la hipótesis nula.
4 La distribución de SALUGENE es la misma entre las categorías de Limitación para levantarse y llevar objetos.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,001	Rechazar la hipótesis nula.
5 La distribución de Vitalidad es la misma entre las categorías de Limitación para levantarse y llevar objetos.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,095	Retener la hipótesis nula.
6 La distribución de FUNSOCIA es la misma entre las categorías de Limitación para levantarse y llevar objetos.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,015	Rechazar la hipótesis nula.
7 La distribución de ROLEMOCI es la misma entre las categorías de Limitación para levantarse y llevar objetos.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,025	Rechazar la hipótesis nula.
8 La distribución de SALUMENT es la misma entre las categorías de Limitación para levantarse y llevar objetos.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,098	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Limitación para estar de pie y dimensiones de calidad de vida:

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Función física dependiente	,162
		Limitación para estar de pie dependiente	,346
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol físico dependiente	,015
		Limitación para estar de pie dependiente	,107
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Dolor corporal dependiente	,172
		Limitación para estar de pie dependiente	,306
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud general dependiente	,072
		Limitación para estar de pie dependiente	,368
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Vitalidad dependiente	,044
		Limitación para estar de pie dependiente	,345
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Función social dependiente	,064
		Limitación para estar de pie dependiente	,202
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol emocional dependiente	,034
		Limitación para estar de pie dependiente	,034
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud mental dependiente	,008
		Limitación para estar de pie dependiente	,323

Tabla 6. Tabla de prueba de significancia estadística – diferencias entre grupos: U de Mann Whitney. Limitación para estar de pie y dimensiones de calidad de vida:

Resumen de prueba de hipótesis			
Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1 La distribución de FUFFI es la misma entre las categorías de Limitación para estar de pie.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,025	Rechazar la hipótesis nula.
2 La distribución de ROLFISIC es la misma entre las categorías de Limitación para estar de pie.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,821	Retener la hipótesis nula.
3 La distribución de DOLCORP es la misma entre las categorías de Limitación para estar de pie.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,022	Rechazar la hipótesis nula.
4 La distribución de SALUGENE es la misma entre las categorías de Limitación para estar de pie.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,290	Retener la hipótesis nula.
5 La distribución de Vitalidad es la misma entre las categorías de Limitación para estar de pie.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,581	Retener la hipótesis nula.
6 La distribución de FUNSOCIA es la misma entre las categorías de Limitación para estar de pie.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,371	Retener la hipótesis nula.
7 La distribución de ROLEMOCI es la misma entre las categorías de Limitación para estar de pie.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,629	Retener la hipótesis nula.
8 La distribución de SALUMENT es la misma entre las categorías de Limitación para estar de pie.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,817	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Tabla 7. Limitación para estar sentado y dimensiones de calidad de vida:

Variables y coeficiente		Valor
Nominal por intervalo	Eta	Función física dependiente
		Limitación para estar sentado dependiente
Variables y coeficiente		Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol físico dependiente
		Limitación para estar sentado dependiente
Variables y coeficiente		Valor
Nominal por intervalo	Eta	Dolor corporal dependiente
		Limitación para estar sentado dependiente
Variables y coeficiente		Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud general dependiente
		Limitación para estar sentado dependiente
Variables y coeficiente		Valor
Nominal por intervalo	Eta	Vitalidad dependiente
		Limitación para estar sentado dependiente
Variables y coeficiente		Valor
Nominal por intervalo	Eta	Función social dependiente
		Limitación para estar sentado dependiente
Variables y coeficiente		Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol emocional dependiente
		Limitación para estar sentado dependiente
Variables y coeficiente		Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud mental dependiente
		Limitación para estar sentado dependiente

Tabla 8. Prueba de significancia estadística – diferencias entre grupos: U de Mann Whitney. Limitación para estar sentado y dimensiones de calidad de vida:

Resumen de prueba de hipótesis			
Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1 La distribución de FUPI es la misma entre las categorías de Limitación para estar sentado.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,056	Retener la hipótesis nula.
2 La distribución de ROLFISIC es la misma entre las categorías de Limitación para estar sentado.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,202	Retener la hipótesis nula.
3 La distribución de DOLCORP es la misma entre las categorías de Limitación para estar sentado.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,010	Rechazar la hipótesis nula.
4 La distribución de SALUGENE es la misma entre las categorías de Limitación para estar sentado.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,048	Rechazar la hipótesis nula.
5 La distribución de Vitalidad es la misma entre las categorías de Limitación para estar sentado.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,096	Retener la hipótesis nula.
6 La distribución de FUNSOCIA es la misma entre las categorías de Limitación para estar sentado.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,091	Retener la hipótesis nula.
7 La distribución de ROLEMOCI es la misma entre las categorías de Limitación para estar sentado.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,212	Retener la hipótesis nula.
8 La distribución de SALUMENT es la misma entre las categorías de Limitación para estar sentado.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,032	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Tabla 9. Limitación para el uso fino de la mano y dimensiones de calidad de vida:

Variables y coeficiente		Valor
Nominal por intervalo	Eta	Función física dependiente
		Limitación para el uso fino de la mano dependiente
Variables y coeficiente		Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol físico dependiente
		Limitación para el uso fino de la mano dependiente
Variables y coeficiente		Valor
Nominal por intervalo	Eta	Dolor corporal dependiente
		Limitación para el uso fino de la mano dependiente
Variables y coeficiente		Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud general dependiente
		Limitación para el uso fino de la mano dependiente
Variables y coeficiente		Valor
Nominal por intervalo	Eta	Vitalidad dependiente
		Limitación para el uso fino de la mano dependiente
Variables y coeficiente		Valor
Nominal por intervalo	Eta	Función social dependiente
		Limitación para el uso fino de la mano dependiente
Variables y coeficiente		Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol emocional dependiente
		Limitación para el uso fino de la mano dependiente
Variables y coeficiente		Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud mental dependiente
		Limitación para el uso fino de la mano dependiente

Tabla 10. Prueba de significancia estadística – diferencias entre grupos: U de Mann Whitney. Limitación para uso fino de la mano y dimensiones de calidad de vida:

Resumen de prueba de hipótesis				
	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de FUFU es la misma entre las categorías de Limitación para el uso fino de la mano.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,047	Rechazar la hipótesis nula.
2	La distribución de ROLFISIC es la misma entre las categorías de Limitación para el uso fino de la mano.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,065	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de DOLCORP es la misma entre las categorías de Limitación para el uso fino de la mano.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,302	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de SALUGENE es la misma entre las categorías de Limitación para el uso fino de la mano.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,002	Rechazar la hipótesis nula.
5	La distribución de Vitalidad es la misma entre las categorías de Limitación para el uso fino de la mano.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,017	Rechazar la hipótesis nula.
6	La distribución de FUNSOCIA es la misma entre las categorías de Limitación para el uso fino de la mano.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,004	Rechazar la hipótesis nula.
7	La distribución de ROLEMOCI es la misma entre las categorías de Limitación para el uso fino de la mano.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,021	Rechazar la hipótesis nula.
8	La distribución de SALUMENT es la misma entre las categorías de Limitación para el uso fino de la mano.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,007	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Limitación para desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento y dimensiones de calidad de vida:

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Función física dependiente	,100
		Limitación para desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento dependiente	,354

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol físico dependiente	,068
		Limitación para desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento dependiente	,086

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Dolor corporal dependiente	,068
		Limitación para desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento dependiente	,277

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud general dependiente	,062
		Limitación para desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento dependiente	,364

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Vitalidad dependiente	,044
		Limitación para desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento dependiente	,412

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Función social dependiente	,068
		Limitación para desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento dependiente	,241

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol emocional dependiente	,112
		Limitación para desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento dependiente	,112

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud mental dependiente	,057
		Limitación para desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento dependiente	,296

Tabla 11. de prueba de significancia estadística – diferencias entre grupos: U de Mann Whitney. Limitación para desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento y dimensiones de calidad de vida:

Resumen de prueba de hipótesis			
Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1 La distribución de FUI es la misma entre las categorías de Limitación para desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,135	Retener la hipótesis nula.
2 La distribución de ROLFISIC es la misma entre las categorías de Limitación para desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,336	Retener la hipótesis nula.
3 La distribución de DOLCORP es la misma entre las categorías de Limitación para desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,337	Retener la hipótesis nula.
4 La distribución de SALUCENE es la misma entre las categorías de Limitación para desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,360	Retener la hipótesis nula.
5 La distribución de Vitalidad es la misma entre las categorías de Limitación para desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,511	Retener la hipótesis nula.
6 La distribución de FUNSOCIA es la misma entre las categorías de Limitación para desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,500	Retener la hipótesis nula.
7 La distribución de ROLEMOCI es la misma entre las categorías de Limitación para desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,114	Retener la hipótesis nula.
8 La distribución de SALUMENT es la misma entre las categorías de Limitación para desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,374	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Limitación para la utilización de medios de transporte y dimensiones de calidad de vida:

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Función física dependiente	,071
		Limitación para la utilización de medios de transporte dependiente	,267

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol físico dependiente	,077
		Limitación para la utilización de medios de transporte dependiente	,091

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Dolor corporal dependiente	,037
		Limitación para la utilización de medios de transporte dependiente	,235

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud general dependiente	,076
		Limitación para la utilización de medios de transporte dependiente	,394

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Vitalidad dependiente	,001
		Limitación para la utilización de medios de transporte dependiente	,350

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Función social dependiente	,072
		Limitación para la utilización de medios de transporte dependiente	,259

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol emocional dependiente	,047
		Limitación para la utilización de medios de transporte dependiente	,047

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud mental dependiente	,002
		Limitación para la utilización de medios de transporte dependiente	,271

Tabla 12. Prueba de significancia estadística – diferencias entre grupos: U de Mann Whitney.

Limitación para la utilización de medios de transporte y dimensiones de calidad de vida:

Resumen de prueba de hipótesis				
	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de FUI es la misma entre las categorías de Limitación para la utilización de medios de transporte.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,287	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de ROLFISIC es la misma entre las categorías de Limitación para la utilización de medios de transporte.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,277	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de DOLCORP es la misma entre las categorías de Limitación para la utilización de medios de transporte.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,613	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de SALUGENE es la misma entre las categorías de Limitación para la utilización de medios de transporte.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,253	Retener la hipótesis nula.
5	La distribución de Vitalidad es la misma entre las categorías de Limitación para la utilización de medios de transporte.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,958	Retener la hipótesis nula.
6	La distribución de FUNSOCIA es la misma entre las categorías de Limitación para la utilización de medios de transporte.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,453	Retener la hipótesis nula.
7	La distribución de ROLEMOCI es la misma entre las categorías de Limitación para la utilización de medios de transporte.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,505	Retener la hipótesis nula.
8	La distribución de SALUMENT es la misma entre las categorías de Limitación para la utilización de medios de transporte.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,968	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Limitación para la conducción y dimensiones de calidad de vida:

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Función física dependiente	,081
		Limitación para la actividad de conducción dependiente	,336

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol físico dependiente	,057
		Limitación para la actividad de conducción dependiente	,067

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Dolor corporal dependiente	,025
		Limitación para la actividad de conducción dependiente	,287

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud general dependiente	,096
		Limitación para la actividad de conducción dependiente	,375

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Vitalidad dependiente	,087
		Limitación para la actividad de conducción dependiente	,407

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Función social dependiente	,101
		Limitación para la actividad de conducción dependiente	,206

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol emocional dependiente	,071
		Limitación para la actividad de conducción dependiente	,071

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud mental dependiente	,105
		Limitación para la actividad de conducción dependiente	,260

Tabla 13. Prueba de significancia estadística – diferencias entre grupos: U de Mann Whitney. Limitación para la conducción y dimensiones de calidad de vida:

Resumen de prueba de hipótesis			
Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1 La distribución de FUFU es la misma entre las categorías de Limitación para la actividad de conducción.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,228	Retener la hipótesis nula.
2 La distribución de ROLFISIC es la misma entre las categorías de Limitación para la actividad de conducción.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,420	Retener la hipótesis nula.
3 La distribución de DOLCORP es la misma entre las categorías de Limitación para la actividad de conducción.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,738	Retener la hipótesis nula.
4 La distribución de SALUGENE es la misma entre las categorías de Limitación para la actividad de conducción.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,193	Retener la hipótesis nula.
5 La distribución de Vitalidad es la misma entre las categorías de Limitación para la actividad de conducción.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,274	Retener la hipótesis nula.
6 La distribución de FUNSOCIA es la misma entre las categorías de Limitación para la actividad de conducción.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,250	Retener la hipótesis nula.
7 La distribución de ROLEMOCI es la misma entre las categorías de Limitación para la actividad de conducción.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,318	Retener la hipótesis nula.
8 La distribución de SALUMENT es la misma entre las categorías de Limitación para la actividad de conducción.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,128	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Coefficiente ETA para consumo de medicamentos

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Función física dependiente	,110
		Medicamentos dependiente	,403
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol físico dependiente	,049
		Medicamentos dependiente	,049
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Dolor corporal dependiente	,113
		Medicamentos dependiente	,154
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud general dependiente	,043
		Medicamentos dependiente	,294
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Vitalidad dependiente	,124
		Medicamentos dependiente	,202
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Función social dependiente	,093
		Medicamentos dependiente	,219
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol emocional dependiente	,106
		Medicamentos dependiente	,106
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud mental dependiente	,089
		Medicamentos dependiente	,281

Tabla 14. Prueba de significancia estadística – diferencias entre grupos: U de Mann Whitney.

Consumo de medicamentos y dimensiones de calidad de vida:

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de FUFU es la misma entre las categorías de Medicamentos.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,260 ¹	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de ROLFISIC es la misma entre las categorías de Medicamentos.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,680 ¹	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de DOLCORP es la misma entre las categorías de Medicamentos.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,180 ¹	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de SALUGENE es la misma entre las categorías de Medicamentos.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,610 ¹	Retener la hipótesis nula.
5	La distribución de Vitalidad es la misma entre las categorías de Medicamentos.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,110 ¹	Retener la hipótesis nula.
6	La distribución de FUNSOCIA es la misma entre las categorías de Medicamentos.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,330 ¹	Retener la hipótesis nula.
7	La distribución de ROLEMOCI es la misma entre las categorías de Medicamentos.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,310 ¹	Retener la hipótesis nula.
8	La distribución de SALUMENT es la misma entre las categorías de Medicamentos.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,380 ¹	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

¹ Se muestra la significancia exacta para esta prueba.

Tabla 15. Sexo con dimensiones de CVRS

DIMENSION	Sexo de la persona encuestada								
	Femenino			Masculino			Total		
	Media	N	Desv. típ.	Media	N	Desv. típ.	Media	N	Desv. típ.
FUNCIÓN FÍSICA	25,0000	96	28,24703	29,7115	104	32,82660	27,4500	200	30,72814
ROL FÍSICO	32,2917	96	47,00457	32,4519	104	46,85236	32,3750	200	46,80747
DOLOR CORPORAL	38,2552	96	34,76825	47,7404	104	35,91981	43,1875	200	35,60138
SALUD GENERAL	45,9201	96	20,65254	52,3638	104	22,66439	49,2708	200	21,90676
VITALIDAD	43,3724	96	26,46256	57,6322	104	28,19236	50,7875	200	28,22572
FUNCIÓN SOCIAL	48,3073	96	27,42333	52,1635	104	29,22140	50,3125	200	28,36736
ROL EMOCIONAL	22,9167	96	42,25030	38,4615	104	48,88602	31,0000	200	46,36538
SALUD MENTAL	53,0417	96	21,64008	63,9231	104	23,78532	58,7000	200	23,36836

Tabla 16. Medida de asociación entre sexo y dimensiones de CVRS

	FUFU *	ROLFISIC *	DOLCORP *	SALUGENE *	Vitalidad *	FUNSOCIA *	ROLEMOCI *	SALUMENT *
	Sexo de la persona encuestada	Sexo de la persona encuestada	Sexo de la persona encuestada	Sexo de la persona encuestada	Sexo de la persona encuestada	Sexo de la persona encuestada	Sexo de la persona encuestada	Sexo de la persona encuestada
Eta	,077	,002	,133	,147	,253	,068	,168	,233
Eta cuadrado	,006	,000	,018	,022	,064	,005	,028	,054

Tabla 17. Significancia de dimensiones de calidad de vida con distribución no normal con U de Mann Whitney y

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de FUPI es la misma entre las categorías de Sexo de la persona encuestada.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,369	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de ROLFISIC es la misma entre las categorías de Sexo de la persona encuestada.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,989	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de DOLCORP es la misma entre las categorías de Sexo de la persona encuestada.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,053	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de SALUGENE es la misma entre las categorías de Sexo de la persona encuestada.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,041	Rechazar la hipótesis nula.
5	La distribución de Vitalidad es la misma entre las categorías de Sexo de la persona encuestada.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,000	Rechazar la hipótesis nula.
6	La distribución de FUNSOCIA es la misma entre las categorías de Sexo de la persona encuestada.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,334	Retener la hipótesis nula.
7	La distribución de ROLEMOCI es la misma entre las categorías de Sexo de la persona encuestada.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,018	Rechazar la hipótesis nula.
8	La distribución de SALUMENT es la misma entre las categorías de Sexo de la persona encuestada.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,001	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Sexo

Tabla 18. Significancia con t student para dimensiones con distribución normal y Sexo

DIMENSION		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
SALUD GENERAL	Se han asumido varianzas iguales	0,502	0,479	-2,096	198	0,037	-6,4436	3,07447	-12,50655	-,38074
	No se han asumido varianzas iguales			-2,104	197,969	0,037	-6,4436	3,06303	-12,48400	-,40328
VITALIDAD	Se han asumido varianzas iguales	1,074	0,301	-3,680	198	0,000	-14,2598	3,87466	-21,90071	-6,61892
	No se han asumido varianzas iguales			-3,690	197,942	0,000	-14,2598	3,86482	-21,88133	-6,63831
SALUD MENTAL	Se han asumido varianzas iguales	2,279	0,133	-3,375	198	0,001	-10,8814	3,22434	-17,23986	-4,52296
	No se han asumido varianzas iguales			-3,388	197,961	0,001	-10,8814	3,21214	-17,21582	-4,54700

Fuente: base de datos de la encuesta

Tabla 19. Significancia con U de Mann Whitney y limitación para caminar

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de FUI es la misma entre las categorías de Limitación para caminar.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,072	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de ROLFISIC es la misma entre las categorías de Limitación para caminar.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,620	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de DOLCORP es la misma entre las categorías de Limitación para caminar.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,022	Rechazar la hipótesis nula.
4	La distribución de SALUGENE es la misma entre las categorías de Limitación para caminar.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,645	Retener la hipótesis nula.
5	La distribución de Vitalidad es la misma entre las categorías de Limitación para caminar.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,743	Retener la hipótesis nula.
6	La distribución de FUNSOCIA es la misma entre las categorías de Limitación para caminar.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,297	Retener la hipótesis nula.
7	La distribución de ROLEMOCI es la misma entre las categorías de Limitación para caminar.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,299	Retener la hipótesis nula.
8	La distribución de SALUMENT es la misma entre las categorías de Limitación para caminar.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,990	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

COEFICIENTES DE CORRELACIÓN SEGÚN NIVEL DE LAS VARIABLES DE PERTENENCIA AL P.A.I Y DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA

Tabla 20. Servicios profesionales recibidos y dimensiones de calidad de vida

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol físico dependiente	,098
		Servicios de Terapia Física dependiente	,158
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Dolor corporal dependiente	,090
		Servicios de Terapia Física dependiente	,424
Variable y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud general dependiente	,147
		Servicios de Terapia Física dependiente	,344
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Vitalidad dependiente	,228
		Servicios de Terapia Física dependiente	,499
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Función social dependiente	,146
		Servicios de Terapia Física dependiente	,364
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol emocional dependiente	,147
		Servicios de Terapia Física dependiente	,147
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud mental dependiente	,151
		Servicios de Terapia Física dependiente	,448

Tabla 21. Tabla de prueba de significancia estadística – diferencias entre grupos: U de Mann Whitney Servicio de terapia física y dimensiones de calidad de vida:

Resumen de prueba de hipótesis

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de FUPI es la misma entre las categorías de Servicios de Terapia Física.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,198	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de ROLFISIC es la misma entre las categorías de Servicios de Terapia Física.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,172	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de DOLCORP es la misma entre las categorías de Servicios de Terapia Física.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,273	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de SALUGENE es la misma entre las categorías de Servicios de Terapia Física.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,055	Retener la hipótesis nula.
5	La distribución de Vitalidad es la misma entre las categorías de Servicios de Terapia Física.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,002	Rechazar la hipótesis nula.
6	La distribución de FUNSOCIA es la misma entre las categorías de Servicios de Terapia Física.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,103	Retener la hipótesis nula.
7	La distribución de ROLEMOCI es la misma entre las categorías de Servicios de Terapia Física.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,038	Rechazar la hipótesis nula.
8	La distribución de SALUMENT es la misma entre las categorías de Servicios de Terapia Física.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,028	Rechazar la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Participación en actividades educativas y recreativas del P.A.I y dimensiones de calidad de vida

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Función física dependiente	,093
		Ha participado en las actividades educativas que ofrece el PAI? dependiente	,418
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Función física dependiente	,136
		Ha participado en los eventos culturales o recreativos que ofrece el PAI? dependiente	,478
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol físico dependiente	,089
		Ha participado en las actividades educativas que ofrece el PAI? dependiente	,099
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol físico dependiente	,211
		Ha participado en los eventos culturales o recreativos que ofrece el PAI? dependiente	,214
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Dolor corporal dependiente	,029
		Ha participado en las actividades educativas que ofrece el PAI? dependiente	,406
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Dolor corporal dependiente	,067
		Ha participado en los eventos culturales o recreativos que ofrece el PAI? dependiente	,332
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud general dependiente	,090
		Ha participado en las actividades educativas que ofrece el PAI? dependiente	,288
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud general dependiente	,099
		Ha participado en los eventos culturales o recreativos que ofrece el PAI? dependiente	,322

Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Vitalidad dependiente	,141
		Ha participado en las actividades educativas que ofrece el PAI? dependiente	,533
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Vitalidad dependiente	,127
		Ha participado en los eventos culturales o recreativos que ofrece el PAI? dependiente	,561
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Función social dependiente	,086
		Ha participado en las actividades educativas que ofrece el PAI? dependiente	,230
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Función social dependiente	,115
		Ha participado en los eventos culturales o recreativos que ofrece el PAI? dependiente	,251
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol emocional dependiente	,079
		Ha participado en las actividades educativas que ofrece el PAI? dependiente	,079
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Rol emocional dependiente	,028
		Ha participado en los eventos culturales o recreativos que ofrece el PAI? dependiente	,028
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud mental dependiente	,128
		Ha participado en las actividades educativas que ofrece el PAI? dependiente	,328
Variables y coeficiente			Valor
Nominal por intervalo	Eta	Salud mental dependiente	,045
		Ha participado en los eventos culturales o recreativos que ofrece el PAI? dependiente	,327

Tabla 22. Tabla de prueba de significancia estadística – diferencias entre grupos: U de Mann Whitney Participación en actividades educativas y recreativas del P.A.I y dimensiones de calidad de vida:

Resumen de prueba de hipótesis			
Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1 La distribución de FUPI es la misma entre las categorías de Ha participado en las actividades educativas que ofrece el PAI?	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,308	Retener la hipótesis nula.
2 La distribución de ROLFISIC es la misma entre las categorías de Ha participado en las actividades educativas que ofrece el PAI?	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,205	Retener la hipótesis nula.
3 La distribución de DOLCORP es la misma entre las categorías de Ha participado en las actividades educativas que ofrece el PAI?	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,939	Retener la hipótesis nula.
4 La distribución de SALUGENE es la misma entre las categorías de Ha participado en las actividades educativas que ofrece el PAI?	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,250	Retener la hipótesis nula.
5 La distribución de Vitalidad es la misma entre las categorías de Ha participado en las actividades educativas que ofrece el PAI?	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,056	Retener la hipótesis nula.
6 La distribución de FUNSOCIA es la misma entre las categorías de Ha participado en las actividades educativas que ofrece el PAI?	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,202	Retener la hipótesis nula.
7 La distribución de ROLEMOCI es la misma entre las categorías de Ha participado en las actividades educativas que ofrece el PAI?	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,265	Retener la hipótesis nula.
8 La distribución de SALUMENT es la misma entre las categorías de Ha participado en las actividades educativas que ofrece el PAI?	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,054	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Tabla 23. Coeficiente Rho Spearman. Calificación del nivel de participación en actividades educativas que ofrece el P.A.I

Rho Spearman	Calificación de las actividades que ofrece el PAI
--------------	---

		Actividades Educativas	Actividades culturales - recreativas
Función física	Coefficiente. correlación	0,073	0,110
	Sig. (bilateral)	0,307	0,120
Rol físico	Coefficiente correlación	0,078	0,182
	Sig. (bilateral)	0,274	0,010*
Dolor corporal	Coefficiente Correlación	-0,012	0,005
	Sig. (bilateral)	0,866	0,941
Salud general	Coefficiente correlación	0,077	0,073
	Sig. (bilateral)	0,277	0,304
Vitalidad	Coefficiente correlación	0,130	0,138
	Sig. (bilateral)	0,067	0,052
Función social	Coefficiente correlación	0,071	0,067
	Sig. (bilateral)	0,319	0,344
Rol emocional	Coefficiente correlación	0,083	0,016
	Sig. (bilateral)	0,245	0,820
Salud mental	Coefficiente correlación	0,139	0,046
	Sig. (bilateral)	0,050*	0,517

**La correlación es significativa al nivel de 0.01 (bilateral)

*La correlación es significativa al nivel de 0.05 (bilateral) Fuente: base de datos de la encuesta

Tabla 24. Coeficiente Rho Spearman. Tiempo que lleva en el PAI

		FUNCION FISICA	ROL FISICO	DOLOR CORPORAL	FUNCION SOCIAL	ROL EMOCIONAL
Rho de Spearman	Coefficiente de correlación	-,046	-,016	,146	-,049	,016
	Sig. (bilateral)	,515	,823	,039	,488	,817
	N					

** La correlación es significativa al nivel de 0.01 (bilateral)

* La correlación es significativa al nivel de 0.05 (bilateral)

Tabla 25. Coeficiente Rho Spearman. Tiempo evolución de la condición de salud

		FUNCION FISICA	ROL FISICO	DOLOR CORPORAL	FUNCION SOCIAL	ROL EMOCIONAL
Rho de Spearman	Coefficiente de correlación	,182	,176	,168	,039	,013
	Sig. (bilateral)	,010	,013	,017	,588	,858
	N					

Tabla 26. Correlación de Pearson entre dominios de CVRS y edad

Variable	Estadísticos	SALUD GENERAL	VITALIDAD	SALUD MENTAL
Edad	Correlación de Pearson	-0,233	-0,213	-0,247
	Sig. (bilateral)	0,001**	0,002	0,000**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Fuente: base de datos de la encuesta

Tabla 27. Coeficiente Rho de Spearman para Edad

		FUNCION FISICA	ROL FISICO	DOLOR CORPORAL	FUNCION SOCIAL	ROL EMOCIONAL
Rho de Spearman	Coefficiente de correlación	-,378(**)	-,204(**)	-,122	-,105	-,229(**)
	Sig. (bilateral)	,000	,004	,086	,138	,001
	N	200	200	200	200	200

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 28. Estado civil y dimensiones de CVRS con distribución no normal Estadísticos de contraste (a,b)

	FUNCION FISICA	ROL FISICO	DOLOR CORPORAL	FUNCION SOCIAL	ROL EMOCIONAL
Chi-cuadrado	4,830	6,621	11,603	0,619	7,899
G1	4	4	4	4	4
Sig. asintót.	0,305	0,157	0,021*	0,961	0,095

a Prueba de Kruskal-Wallisb Variable de agrupación: Estado civil actual

*p valor <0.05

Fuente: base de datos de la encuesta

Tabla 29. Ocupación actual y dimensiones de CVRS con distribución no normal

	FUNCION FISICA	ROL FISICO	DOLOR CORPORAL	FUNCION SOCIAL	ROL EMOCIONAL
Chi-cuadrado	34,788	27,801	27,456	26,647	37,531
G1	6	6	6	6	6
Sig. asintót.	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**

a Prueba de Kruskal-Wallisb Variable de agrupación: Ocupación actual

**p valor <0.01

Fuente: base de datos de la encuesta

Tabla 30. Ocupación actual y dimensiones de CVRS

Dimensiones		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Salud General	Inter-grupos	21230,906	6	3538,484	9,195	,000
	Intra-grupos	74270,396	193	384,821		
	Total	95501,302	199			
Vitalidad	Inter-grupos	25457,424	6	4242,904	6,153	,000
	Intra-grupos	133084,170	193	689,555		
	Total	158541,594	199			
Salud Mental	Inter-grupos	23124,161	6	3854,027	8,695	,000

Tabla 31. Nivel de estudios y dimensiones de CVRS con distribución no normal

	FUNCION FISICA	ROL FISICO	DOLOR CORPORAL	FUNCION SOCIAL	ROL EMOCIONAL
Chi-cuadrado	8,044	2,097	5,217	10,506	13,810
G1	2	2	2	2	2
Sig. asintót.	0,018*	0,350	0,074	0,005*	0,001*

a Prueba de Kruskal-Wallisb Variable de agrupación: Nivel de estudios

Tabla 32. Correlaciones Rho de Spearman dimensiones de CVRS y nivel de estudios

Nivel de estudios		
Función física	Coefficiente de correlación	,310(**)
	Sig. (bilateral)	,000
Rol físico	Coefficiente de correlación	,146(*)
	Sig. (bilateral)	,039
Dolor corporal	Coefficiente de correlación	,109
	Sig. (bilateral)	,124
Salud general	Coefficiente de correlación	,278(**)
	Sig. (bilateral)	,000
Vitalidad	Coefficiente de correlación	,234(**)
	Sig. (bilateral)	,001
Función social	Coefficiente de correlación	,257(**)
	Sig. (bilateral)	,000

Rol emocional	Coefficiente de correlación	,293(**)
	Sig. (bilateral)	,000
Salud mental	Coefficiente de correlación	,300(**)
	Sig. (bilateral)	,000

Tabla 33. Dimensiones de CVRS y Nivel de estudios

Dimensiones		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
SALUGENE	Inter-grupos	9259,592	4	2314,898	5,234	,001
	Intra-grupos	86241,710	195	442,265		
	Total	95501,302	199			
VITALIDA	Inter-grupos	17657,614	4	4414,403	6,110	,000
	Intra-grupos	140883,980	195	722,482		
	Total	158541,594	199			
SALUMENT	Inter-grupos	12114,508	4	3028,627	6,117	,000
	Intra-grupos	96555,492	195	495,156		
	Total	108670,000	199			

Tabla 34. Anova para dimensiones de CVRS y Nivel de estudios

Variable		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
SALUD GENERAL	Sin estudio	54	42,2068	20,73161	2,82122	36,5481	47,8654	8,33	83,33
	Primario	87	48,4674	21,79111	2,33625	43,8231	53,1117	4,17	91,67
	Secundario	45	53,2407	21,70322	3,23532	46,7204	59,7611	12,50	100,00
	Universitario	9	64,3519	14,45045	4,81682	53,2443	75,4595	37,50	87,50
	otros	5	76,6667	7,56913	3,38502	67,2684	86,0650	66,67	87,50
	Total	200	49,2708	21,90676	1,54904	46,2162	52,3255	4,17	100,00
VITALIDAD	Sin estudio	54	44,3056	22,77047	3,09867	38,0904	50,5207	,00	100,00
	Primario	87	47,7011	27,86222	2,98714	41,7629	53,6394	10,00	100,00
	Secundario	45	54,8889	29,63536	4,41778	45,9854	63,7923	10,00	100,00
	Universitario	9	78,0556	29,58773	9,86258	55,3124	100,7987	20,00	100,00
	otros	5	88,5000	15,77181	7,05337	68,9167	108,0833	62,50	100,00
	Total	200	50,7875	28,22572	1,99586	46,8518	54,7232	0,00	100,00
SALUD MENTAL	Sin estudio	54	50,9630	21,62019	2,94214	45,0618	56,8641	8,00	96,00
	Primario	87	57,0115	22,14723	2,37443	52,2913	61,7317	16,00	100,00
	Secundario	45	64,1778	22,78685	3,39686	57,3319	71,0237	28,00	100,00
	Universitario	9	80,0000	26,83282	8,94427	59,3745	100,6255	28,00	100,00
	otros	5	84,0000	15,74802	7,04273	64,4463	103,5537	60,00	100,00
	Total	200	58,7000	23,36836	1,65239	55,4416	61,9584	8,00	100,00

Tabla 35. Sexo y dimensiones de CVRS con distribución no normal

	FUNCION FISICA	ROL FISICO	DOLOR CORPORAL	FUNCION SOCIAL	ROL EMOCIONAL
U de Mann-Whitney	4631,500	4987,500	4213,500	4601,000	4216,000
W de Wilcoxon	9287,500	9643,500	8869,500	9257,000	8872,000
Z	-0,898	-0,014	-1,932	-0,967	-2,369
Sig. asintót. (bilateral)	0,369	0,989	0,053	0,334	0,018*

**La Variable de agrupación: Sexo de la persona encuestada

*p valor <0.05

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Censo General Boletín Discapacidad Colombia: Actualización. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.; 2005.
2. Vanegas J, Gil Obando L. La teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. Hacia la promoción de la salud. 2007;12:51-61.
3. Tuesca M. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. Salud Uninorte 2005;21(021):76-86.
4. 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.*
5. Fernández C, Pérez A, Miangolarra J. Relación entre movilidad, funcionalidad y calidad de vida en pacientes con espondilitis anquilosante. *Fisioterapia.* 2006;28(3):143-51.
6. Rojas A, Zapata A, Anaya J, Pineda R. Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Revista Colombiana de Reumatología* 2005;12(4):295-300.
7. Bobes J. Calidad de Vida y Discapacidad en Pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Eur Psychiatry* 2001;8(16):436-442.
8. Rodríguez C. Discapacidad y Calidad de Vida. *Rev Mult Gerontol* 2000;10(2):66-9.
9. Ron D, Harlan H, Grant M. Use of the SF-36 and other Health- related Quality of life measures to assess persons with disabilities. *Physical Medicine and Rehabilitation* 2003;83(12).
10. Ramírez R. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Rev Colomb Cardiol* 2007;14(4):207 - 222.
11. Salafi FS, Utini P, Girolimetti R, Atzenif G, Sgrassi W. Health-Related Quality of life in fibromyalgia patients: a comparison with Rheumatoid Arthritis patients and the general population using the SF36 health survey. *Clin Exp Rheumatol* 2009;27(5):567-574.
12. Hays R, Hahn H, Marshall G. Use of the SF-36 and other Health- related Quality of life measures to assess persons with disabilities. *Physical Medicine and Rehabilitation*

- 2003;83(Suppl 2(S4-9)).
13. Vélez V. Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la discapacidad en mujeres con vértigo de origen periférico. *Acta Otorrinolaringológica Española* 2010;61(4):255-261.
 14. República de Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Resultados preliminares de la implementación del registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad, Departamento del Huila. Bogotá. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 2005.
 15. Gobernación del Huila. Plan De Desarrollo Departamental Huila Naturaleza Productiva: Programa: Discapacidad Con Oportunidades, Programa De Atención Integral a la Población con Discapacidad. Neiva: Secretaria de Salud Departamental; 2008.
 16. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, CIOMS. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. Ginebra: CIOMS; 1993.
 17. República de Colombia. Resolución N° 008430. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
 18. World Health Organization. Measuring quality of life the world health organization quality of life instruments (the WHOQOL-100 and the WHOQOL-bref). WHOQOL - measuring quality of life 1997.
 19. República de Colombia. Decreto 3039. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007.
 20. XBadia L. Estudios de calidad de Vida. *Salud Pública* 1995.
 21. Rossella P. Calidad de Vida: Conceptos y medidas. División de Población CEPAL Santiago de Chile. Institute of Population Research and Social Policies 2002.
 22. 22. Sobrino J. Desarrollo Urbano y Calidad de Vida. Toluca México. Instituto Nacional de Administración Pública; 1998.
 23. Felce D. Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Development Disabilities SciVerse* 1995;16(1):51-74.
 24. Parrellada R. Capacidades y Derechos Humanos. *Filosofía y Derechos Humanos. ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura* 2010;CLXXXVI(745):799-807.
 25. Gómez L, Arias B, Navas P. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala Fumat. *Intervención Psicosocial* 2008;17(2):189-199.
 26. Schalock M, Hoffman K, Karen O. Quality of life, its measurement and use human

- service programas. *Ment Retard* 1989;27(1):25-31.
27. Ruiz A, Gómez FJ, Hermosa H. Valoración de la calidad de vida mediante EuroQol-5D durante la profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa con HBPM. *Anales de patología vascular* 2009;3(4):233-238.
 28. Azpiazu G. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev. Esp Salud Pública* 2002;76(6):683-699.
 29. Baró H, Baró E, XBadía L, Podzamczar D. La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos. In: *Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH*. Jarpyo Editores 2000;Primera ed. Madrid:19-33.
 30. Patrick D, Erickson P. *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York. Oxford University Press 1993.
 31. Pane S. Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica, revisión sistémica de la literatura actualización. *Red iryss* 2006.
 32. Mirón C, Alonso M, Serrano L, Sáenz A, González M. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con discapacidad intelectual en España. *Rev. Panam Salud. Pública* 2008;24(5):336-44.
 33. Misrach C. Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud. *Revista dental de Chile* 2005;96(2):28-35.
 34. Guyatt G, Patrick D. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993;118(8):622-629.
 35. 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.
 36. Querejeta G. *Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. 2003.
 37. Cabrera J. Indicadores de Discapacidad en la encuesta de discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. *Revista Española de Salud Pública* 2007;81(2):167-181.
 38. Vélez LV. Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la discapacidad en mujeres con vértigo de origen periférico. *Acta otorrinolaringológica Española* 2010;61(4):255-261.
 39. Villagut G, Ferrer M. El cuestionario de salud SF-36, español: Una década de experiencias y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* 2005;19(2):135-50.
 40. Rueda L. *La ocupación: ciencia y técnica de la terapia ocupacional para la intervención*

- en psiquiatría. *Revista chilena de neuropsiquiatría* 2004;43(1):33-40.
41. Molinero L. Cuestionarios de salud. Asociación de la sociedad Española de hipertensión. liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial 1998.
 42. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Lineamientos para el Otorgamiento de Ayudas Técnicas Banco de Ayudas Técnicas (BAT). In: segunda edición; 2007.
 43. Charlifue S, Lammertse DP, Adkins RH. Aging With Spinal Cord Injury: Changes in selected health indices and life satisfaction. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;85:1848-1853.
 44. Strauss D, DeVivo MJ, Paculdo DR, Shavelle RM. Trends in life expectancy after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2006;87:1079-1085.
 45. Gómez L, Valencia M, Fundación Saldarriaga Concha. Resumen del estudio nacional de necesidades, oferta y demanda de servicios de rehabilitación en Colombia. In. Bogotá; 2003.
 46. Scalconely F. Calidad de Vida relacionada a la Salud de Pacientes que usan Anti coagulación oral. *Rev. Latino -Am. Enfermagen* 2011;19(4):09.
 47. Alons J. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *BiblioPro* 1995:110-116.
 48. Donnell C, McColl MA, Charlifue S. Utilization, access and satisfaction with primary care among people with spinal cord injuries: a comparison of three countries. *Spinal Cord* 2007;45:25-36.
 49. Díaz T, Gana J. Estudio sobre la Calidad de Vida en Pacientes con Accidente Vascular Cerebral Isquémico. *REV NEUROL* 2008;46(11):652-655.
 50. Vásquez C, Carod J. Calidad de vida en pacientes con secuela neurológica y en sus cuidadores evaluados mediante la escala sf-36. *Hospital Sarah. Red Sarah de Brasilia DF. Brasil.* 1999.
 51. Costa A, Mala L. Evaluación Neuropsicológica de Calidad de vida (ENCV) en pacientes con Enfermedad Vascular Cerebral (ECV). *REVISTA GALEGO-PORTUGUESA DE PSICOLOGÍA E EDUCACIÓN* 2007;15(2,).
 52. Curcio C, Gómez MJ. Factores predictores de temor a caer. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria* 2006;20(4).
 53. Henao SA, Pirela C, Alvarez EA. Quality of life in patients post ischaemic cerebrovascular event in two hospitals of Barranquilla (Colombia). *Salud, Barranquilla. Salud, Barranquilla* 2009;vol.25(1):73-79.
 54. Patiño V. Calidad de vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de

- actividad física. Iatreia Universidad de Antioquia 2011;Vol. 24(3):238- 249.
55. Ariza K. Calidad de vida relacionada con la salud, factores psicológicos y fisiopatológicos en pacientes con diagnóstico de Lupus eritematoso sistémico (LES). Revista terapia psicológica Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. 2001;28(1):27-36.
 56. Coronad M, Mavhier J. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. Revista Acta Medica Peruana 2009;4.
 57. Alcaldía Mayor de Santafé de Bogota, Bromberg P. Política social del distrito capital para la población con discapacidad. Concertando nuevos entornos colectivos para las personas con discapacidad. in. Santafé de Bogotá; 1997.
 58. Ojeda YP, Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Alcances y logros de la política pública distrital de discapacidad durante el periodo comprendido entre 2007 y 2010. In. Bogotá; 2010.
 59. De Dios P, Elenay C. Influencia de la fisioterapia sobre el estado de salud y la calidad de vida del paciente reumático. Rev Reumatología 2011;7(4):224–229.