

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

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

TESIS DE MAESTRÍA

**YESENIA MILENA MANOTAS GUZMAN
SISLEY DARIANA MARTÍNEZ CERVANTES**

DIRECTORAS DE TESIS

MG. LIDA MARITZA GIL OBANDO

MG. ALEXANDRA LOPEZ LÓPEZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD EXTENSIÓN BARRANQUILLA

COHORTE I

SABANALARGA, MAYO DE 2017

Agradecimientos

Hoy agradezco a Dios quien ha sido guía y estrella de mi vida, a El que me regaló la familia que hoy tengo y por quien he logrado esta otra meta en mi vida, por brindarme ese apoyo incondicional desde lo espiritual hasta lo material. A mis padres, quienes han inculcado en mí el deseo de crecer académicamente aludiendo que es la mejor herencia que me pueden dejar, sin ustedes este logro no hubiese sido posible. A mi esposo, que durante largas noches pusimos en una balanza el deseo de iniciar este camino o dedicarme a buscar mi otro gran sueño “Ser madre”, y creo que escogimos el mejor, empezar esta maestría sin saber que ya Dios había escogido para nosotros ese bello ángel que hoy nos acompaña y por quien anhelo seguir en esta lucha incansable “Sebastián”. Gracias porque no fue fácil ser estudiante, esposa y madre a la vez, pero ustedes me enseñaron que la unidad y metas en conjunto se logran. A mis hermanas, por sus dulces consejos y por estar allí cubriendo mis roles cuando yo no pude. A mi familia, que no alcanzaría a nombrar, pero que de cada uno recibí apoyo que respaldaron este anhelo. A mis compañeros de trabajo y tesis, quienes siempre han creído en mí, hoy agradezco sus espacios permitidos y palabras de aliento cuando en algún momento quise desfallecer. Hoy estoy inmensamente agradecida con mi coordinadora de maestría Lida, en quien siempre encontré apoyo y solución a cada dificultad, gracias por tu nobleza y disposición. A mi otra tutora de tesis Alexandra y docentes de maestría, sin duda de todos aprendí contenidos pero más que eso al ponerlos al servicio de lo que más se quiere. No podría dejar de agradecer a cada una de las personas con discapacidad del Municipio de Sabanalarga que compartieron conmigo sus experiencias de vida, son ustedes el mayor impulso para generar cambios en esta localidad.

YESENIA MILENA MANOTAS GUZMÁN

A Dios por cumplir en mi su voluntad dueño de mi vida y mis tiempos; mi amada virgen mi compañera fiel y quien me ha enseñado la paciencia en momentos de dificultad. A mi esposo por su apoyo incondicional; a mis hijos quienes son mi mayor fuente de inspiración para estudiar; quienes comprendieron mis momentos de ausencia para llegar al final de mi Maestría. A mi madre por cultivar en mi el estudio y la perseverancia. Mi ejemplo a seguir. Por enseñarme que todo en la vida es con sacrificio, constancia y dedicación. Gracias mami por tu constancia y por cada palabra de aliento cuando sentía desfallecer. A los profesores de la Universidad Autónoma de Manizales por compartir enseñanzas a lo largo de estos dos años de la maestría; sin duda alguna son muy valiosos y me ayudaron a la construcción de nuevos aprendizajes para mi vida profesional y personal. A las personas con discapacidad quienes fueron y serán actores importantes. A mi compañera de lucha Yesenia Manotas. Quien sin duda alguna se cumplió lo pactado nuestro lema: si alguna de las dos sentíamos desfallecer darnos ese aliento que nos llevara a finalizar nuestro proyecto de vida como era la maestría de Discapacidad. Amiga lo logramos y será el inicio de nuevas bendiciones y oportunidades. Dios con nosotras. Gracias por esta gran oportunidad.

SISLEY DARIANA MARTINEZ CERVANTES



TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN ACADÉMICO	10
1. AREA PROBLEMÁTICA, ANTECEDENTES, PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y SU JUSTIFICACIÓN	11
1.1 DISPOSICIONES ÉTICAS VIGENTES Y CONDICIONES DE FACTIBILIDAD	21
2. OBJETIVOS	22
2.1 OBJETIVO GENERAL	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3. REFERENTE TEÓRICO	23
3.1 DISCAPACIDAD	23
3.2 CALIDAD DE VIDA	26
3.2.1 Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS)	28
3.2.2 Medición de Calidad de Vida relacionada con la Salud desde el WHOQOL BREF (World Health Organization Quality of Life Instrument, versión corta 26 ítems).....	31
4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN	35
5. METODOLOGÍA	45
5.1 DISEÑO	45
5.2 ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO	46
5.3 POBLACIÓN.....	46
5.4 MUESTRA Y MUESTREO	46
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	47
5.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	47
5.7 PROCEDIMIENTO	48
5.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	48
6. RESULTADOS.....	50
6.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	50
6.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES CLÍNICAS	51
6.3 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE DISCAPACIDAD	53
6.4 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.....	57
6.5. RESULTADOS BIVARIADOS	64
6.5.1 Relación entre variables Sociodemográficas y Discapacidad	64
6.5.2 Relación entre variables clínicas y Discapacidad.....	65

6.5.3 Relación de calidad de vida relacionada con la salud por dominios y variables sociodemográficas .	66
6.5.4 Relación variables clínicas y CVRS	67
6.5.5 Relación entre discapacidad por áreas y global (0-100 puntos) y calidad de vida relacionada con la salud por dimensiones (0-100 puntos).....	68
7. DISCUSIÓN	69
8. CONCLUSIONES	74
9. RECOMENDACIONES	76
10. EJECUCIÓN PRESUPUESTO	77
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	78
ANEXOS	85
ANEXO 1. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	85
ANEXO 2. FORMATO DE REGISTRO DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS, CLINICOS	87
ANEXO 3. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD WHODAS 2.0	88
ANEXO 4. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - WHOQOL-BREF	90
ANEXO 5. Sintaxis WHODAS 2.0	92
ANEXO 6. Sintaxis WHOQOL-BREF.....	95
Anexo 7. CARACTERIZACIÓN MUNICIPIO DE SABANALARGA.....	97

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables sociodemográficas y clínicas.	35
Tabla 2. Operacionalización de variables de Funcionamiento y Discapacidad desde el instrumento WHO-DAS 2.0, versión de 36 ítems	38
Tabla 3. Operacionalización de Grado de discapacidad resultante desde el WHO-DAS 2.0.	41
Tabla 4. Operacionalización de variables de calidad de vida relacionada con la salud según el WHOQOL-BREF	42
Tabla 5. Operacionalización de calidad de vida relacionada con la salud resultante desde el WHOQOL-BREF	44
Tabla 6. Resumen descriptivo de variables sociodemográficas	50
Tabla 7. Resumen descriptivo de variables clínicas	52
Tabla 8. Resumen características sociodemográficas y clínicas, variables cuantitativas.	53
Tabla 9. Estadísticos descriptivos puntuación global y por áreas del WHODAS 2.0	53
Tabla 10. Grado de Discapacidad WHODAS 2.0	56
Tabla 11. Grado de discapacidad por áreas del WHODAS 2.0.	56
Tabla 12. Estadísticos descriptivos puntaje total por dominios del WHOQOL Bref.	57
Tabla 13. Prueba de normalidad para Discapacidad global y por áreas y CVRS por dominios, cuantitativas sociodemográficas	60
Tabla 14. Coeficientes de correlación utilizados para discapacidad por áreas y global (WHO DAS 2.0) con características sociodemográficas y clínicas, acorde con el nivel de medición de las variables	61
Tabla 15. Coeficientes de correlación utilizados para CVRS por dominios (WHOQOL BREF) con características sociodemográficas y clínicas, acorde con el nivel de medición de las variables	62
Tabla 16. Pruebas de homogeneidad para el contraste de discapacidad por áreas y global en subgrupos de variables sociodemográficas y clínicas	63
Tabla 17. Pruebas de homogeneidad para el contraste para CVRS por dominios (WHOQOL BREF) en subgrupos de variables sociodemográficas y clínicas	63
Tabla 18. Relación de variables sociodemográficas con Discapacidad global y por áreas.	64
Tabla 19. Relación de variables clínicas con Discapacidad global y por áreas	65
Tabla 20. Relación de variables sociodemográficas con dominios de CVRS.	66
Tabla 21. Relación de variables clínicas con dimensiones de CVRS	67
Tabla 22. Correlación entre CVRS por dimensiones y discapacidad por áreas y global	68

FICHA CATALOGRÁFICA

Formato documento Vancouver 2010

Manotas YM., Martínez SD. Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Sabanalarga, Atlántico (Colombia) 2017. [Tesis de Maestría]. Grupo de investigación Cuerpo Movimiento: Universidad Autónoma de Manizales; 2017. 98 p.



PRESENTACIÓN

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

Para la evaluación de la discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud esta investigación utilizó como instrumentos el WHODAS 2.0 y el WHOQOL Bref, ambos desarrollados por la OMS, cuentan con comprobadas propiedades psicométricas, adaptados y validados al idioma español los cuales pueden utilizarse no solo con fines investigativos sino también en instituciones de salud, de rehabilitación y de gobierno que deseen medir estos dos constructos en determinados grupos poblacionales para la toma de decisiones informadas.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

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

RESUMEN ACADÉMICO

Objetivo. Relacionar la discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Sabanalarga, Atlántico (Colombia, 2017). **Materiales y método.** Estudio descriptivo de alcance correlacional con 125 participantes con discapacidad mayores de 20 años de la ciudad de Sabanalarga, Departamento del Atlántico, Colombia, que llevaran más de seis meses con la limitación permanente. Se utilizó el cuestionario WHODAS 2.0 para la evaluación de discapacidad y el WHOQOL-Bref para establecer la calidad de vida relacionada con la salud de la población con discapacidad. **Resultados.** De acuerdo a las áreas de discapacidad evaluadas con el WHO- DAS 2.0 la discapacidad global presentó un grado leve en casi la mitad de la muestra, el área de actividades de la vida diaria fue la que presentó mayor puntaje promedio de puntuación en el grado leve. La calidad de vida general fue evaluada con una calificación de 68,240 en una escala de 0 a 100, siendo mayor el puntaje obtenido por el dominio de relaciones interpersonales y el menor por el dominio físico. **Conclusión.** Se encontraron relaciones significativas e inversas de todos los dominios de CVRS excepto ambiente con el edad y rangos de edad, estos hallazgos sugieren que a mayor edad menor es la percepción de calidad de vida y viceversa. La ocupación evidenció relación estadística con todos los dominios, Todas las áreas y global de discapacidad evidenciaron relación significativa e inversa con los dominios de CVRS, la puntuación global de discapacidad mostró la mejor fuerza de asociación con todos los dominios, lo anterior permite plantear que en la población participante la mejor percepción de calidad de vida se asocia con menor discapacidad.

Palabras clave

Evaluación de Discapacidad, Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Adultos (Fuente: DeCS)

DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PERSONAS ADULTAS CON DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE SABANALARGA, ATLÁNTICO (COLOMBIA) 2017

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

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

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

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

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

consecuente aumento del número de personas mayores, favorece tanto la incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas, como de las del sistema circulatorio y tumores.

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

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

Tipo de limitación en el departamento del Atlántico.

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

En Colombia además de la información censal, se viene implementando el registro continuo para la localización y caracterización de las personas con discapacidad, como una herramienta técnica que facilita los procesos de planificación en los territorios, éste registro de información estadística es una estrategia novedosa en el país por cuanto las fuentes generalmente utilizadas no han superado los marcos de las encuestas de prevalencia y de los censos nacionales, así mismo promueve su utilización en los campos de investigación, educación, laboral, salud, entre otros.

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

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

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

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

La evaluación en discapacidad es una estimación no sujeta a una disciplina o profesión, ésta debe atender a principios de validez y confiabilidad, para ser empleada por ejemplo en el seguimiento periódico de los cambios en la actuación con un usuario a través del tiempo, la calidad, la satisfacción, la evaluación de un programa, la determinación del costo beneficio de los procesos y recursos empleados, la toma de decisiones en la política de atención y los resultados de la rehabilitación. Con la evaluación se puede establecer el nivel funcional de una persona, pero la intención es además que se relacionen las consecuencias sociales y económicas, es decir la evaluación de la discapacidad precisa el abordaje transversal que abarca lo biológico, psicológico y sociocultural.

En las últimas décadas, han surgido diferentes instrumentos que pretenden evaluar la discapacidad en personas con diversas condiciones de salud, entre ellos se encuentra el World Health Organization - Disability Assessment Schedule II (7) conocido como WHO-DAS II, traducido y validado al español por Vásquez y Herrera en el 2006 (8); más recientemente denominado por los autores originales WHO DAS 2.0 en la descripción de la evolución del programa de evaluación de la discapacidad realizado por la OMS (9). El WHO DAS 2.0 es una medida normalizada que garantiza la posibilidad de comparar científicamente diversas poblaciones, es una herramienta desarrollada por la OMS que mide el funcionamiento y la discapacidad y es conceptualmente compatible con la CIF; consta de 36 ítems en su versión completa y permite evaluar la discapacidad desde seis dominios.

A nivel internacional son varios los estudios realizados que han utilizado el WHO DAS II para medir la discapacidad, la tendencia actual se dirige a realizar validaciones de este cuestionario con otros instrumentos, especialmente con aquellos que miden la calidad de vida relacionada con la salud, Kutlay (10) comprobó la validez y confiabilidad del WHO DAS II (versión de Turquía) para la evaluación de discapacidad en sujetos con osteoartritis; para la validez interna de constructo del WHODAS-II se aplicó el instrumento a sujetos con osteoartrosis de rodilla mediante un análisis RASCH, y para la validez externa de constructo utilizaron el Western Ontario and McMaster Universities Index of Osteoarthritis (WOMAC) y el Nottingham Health Profile (NHP); la confiabilidad fue probada con la consistencia interna mediante el coeficiente de correlación intraclass (CCI) y test-retest. Los resultados del estudio a 225 sujetos evaluados mostraron un alfa de Cronbach, CCI, y test-retest para 6 áreas del WHODAS-II que variaron entre 0.71 y 0.94, 0.71 y 0.94, y 0.87 y 0.97, respectivamente.

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

Garin y otros (11), realizaron un estudio para validar el WHO DAS II en sujetos con enfermedades crónicas en una muestra de 1119 personas de 7 países europeos con al menos una de 13 condiciones crónicas. Todos los participantes eran evaluados clínicamente y se les aplicaba el WHODAS-II y el SF-36, luego se repitió la aplicación de los dos cuestionarios a las 6 semanas y a los 3 meses siguientes. La validez fue evaluada en términos de consistencia interna (alfa de Cronbach) y confiabilidad (coeficiente de correlación intraclass, CCI). La validez de constructo fue evaluada a través de la correlación de los dominios del WHODAS-II y del SF-36. Este estudio encontró un alfa de Cronbach en rangos de 0.77 (autocuidado) a 0.98 (actividades de la vida diaria: trabajo o

estudio), y un CCI bajo, pero alcanzando el nivel recomendado de 0.7 para cuatro dominios. La correlación entre el puntaje global del WHODAS-II y las diferentes dimensiones del SF-36 obtuvo rangos desde -0.29 a -0.65. La mayoría de las puntuaciones del WHODAS-II mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos clínicos de mayor gravedad de todas las patologías crónicas y entre los sujetos que trabajan y aquellos que no trabajan debido a la mala salud ($p < 0,001$). La principal conclusión de este estudio fue la necesidad de correlacionar las dimensiones de discapacidad con las de calidad de vida.

El WHO DAS II ha sido utilizado en estudios para evaluar la discapacidad desde una perspectiva biopsicosocial en personas con psicopatologías como la esquizofrenia (12) y desórdenes psiquiátricos (13), en trastornos neurológicos (14) y en enfermedades reumatológicas (15). En Colombia se encuentran estudios donde se muestran los resultados de la aplicación del WHO DAS II 36 ítems. Henao y Pérez, encontraron que el 100% de los participantes con lesión medular de la ciudad de Manizales evaluadas con el WHO-DAS II presentaban algún grado de discapacidad (53% moderada, 38% leve y 9% severa) con una media de 31,27 en una escala de 0 a 100 y una desviación estándar de 13,68 (16). Por su parte, Ríos reportó que la totalidad de las personas con insuficiencia renal crónica del departamento de Antioquia presentaba algún grado de discapacidad evaluada con el WHO-DAS II, donde la mayor parte de la población estaba en grado moderado (47%); el 26% presentó discapacidad leve y severa, con una media de 37 ± 15.7 puntos (17). Londoño y otros en el 2012 encontraron que entre las variables sociodemográficas solo el nivel de escolaridad evidenció relación estadísticamente significativa con el área de “comprensión y comunicación” y la situación ocupacional con el área de “actividades de la vida diaria”, ninguna variable sociodemográfica ni referida a los servicios de rehabilitación mostró asociación significativa con discapacidad global, contrario a las variables clínicas que en su mayoría evidenciaron asociación con la discapacidad global así como el número de complicaciones (18). Imbachí y otros en el 2012, encontraron con el WHO DAS II en la ciudad de San Juan de Pasto, mayor promedio de discapacidad de personas con lesión medular en la capacidad para moverse, reportando en su mayoría un grado de discapacidad leve (47,6%), mientras que en grado de discapacidad global se evidencia una media de 27.94 ± 19.06 puntos (19).

El WHODAS 2.0 (versión actualizada del cuestionario) se reconoce como una herramienta que evalúa de forma multidimensional el funcionamiento y la discapacidad con énfasis en las áreas de actividad y participación, permitiendo a la vez obtener una puntuación global del grado de discapacidad; esta herramienta se está utilizando cada vez con mayor frecuencia a nivel internacional por la comunidad científica y está validada en lengua española, lo que facilita su aplicación en población colombiana. Se considera que brinda información importante al ser aplicado en personas con discapacidad, ya que como herramienta integral de valoración, hace énfasis en las limitaciones de la actividad y restricciones en la participación experimentadas por las personas. La evaluación de la discapacidad

utilizando el WHO DAS 2.0, implica su comprensión como un hecho acompañado de un abanico de consecuencias entre las que se destacan la modificación en el funcionamiento y en la calidad de vida de la persona. Es aplicable tanto a población general como con condiciones de salud asociadas (enfermedades u otros problemas de salud, heridas, lesiones, problemas mentales o emocionales, problemas con el alcohol y problema con las drogas).

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

Salinas et al, evaluaron la asociación de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), con la incidencia de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) o demencia en un estudio de seguimiento en adultos mayores mexicanos. Para la evaluación de presencia de discapacidad, utilizaron el cuestionario de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0), se consideró con discapacidad a todos aquellos sujetos que calificaran por arriba del percentil 90. La muestra total fue de 1,194 sujetos mayores de 65 años. Se encontró que los sujetos con DM2 evidenciaron un mayor riesgo de desarrollar demencia, lo cual no se observó en el grupo de sujetos con DCL, con respecto a la presencia de discapacidad, se evidenció que el 6.20% de los sujetos residentes del área rural tienen algún tipo de discapacidad(21).

Respecto a la calidad de vida, éste es un concepto complejo y multidimensional que tiene relación con componentes objetivos como el tipo de trabajo, el nivel socioeconómico, el estado de salud, así como con factores subjetivos como la escala de valores, creencias y expectativas de cada persona integrado a un marco biográfico, familiar, social y medio ambiental. Acorde con Alonso y otros, en el ámbito de las ciencias de la salud se emplea el concepto de "Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)" como concepto multidimensional y dinámico, que incorpora los distintos aspectos del bienestar autopercebido o que recoge el punto de vista de la persona(22). Según Sánchez, existen dos perspectivas para la valoración del estado de salud en la práctica clínica: la observada o medida y la percibida; la primera, o sea la medida, tiene su eje evaluativo en dos vertientes: la tecnológica y la instrumental (escalas de valoración) cuya importancia es máxima dado que permite el estudio objetivo de las capacidades del individuo antes del tratamiento y su mejoría a través del seguimiento. La segunda, o sea la percibida, es el estado de salud referido por la persona, a ésta le compete el ámbito que estudia la calidad de vida relacionada con la salud (23).

Se han desarrollado diversos instrumentos de medición de CVRS en diferentes condiciones de salud, dichos instrumentos tienen en cuenta distintas dimensiones y suelen clasificarse en cuestionarios genéricos y específicos

¹ Las investigadoras y directoras de este macroproyecto solicitaron la autorización para reproducir el Manual de uso del WHODAS 2.0 a: permissions@who.int.

según se utilice en cualquier condición de salud y permita compatibilidad (genéricos) o se aplique en una condición concreta (específico).

El WHOQOL BREF (World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument, versión abreviada) es un cuestionario genérico desarrollado por el Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, cuya versión en español cuenta con comprobadas características psicométricas en cuanto a validez y confiabilidad (24). Este instrumento genérico de evaluación de la CVRS permite evidenciar la autopercepción de las personas respecto a los efectos de la condición de salud y las intervenciones sanitarias sobre su calidad de vida.

El WHOQOL-BREF es una versión reducida del WHOQOL 100 de la OMS y fue elaborado con un enfoque transcultural, contiene un total de 26 preguntas, una por cada una de las veinticuatro (24) facetas contenidas en el WHOQOL-100 más dos (2) preguntas generales: Calidad de vida general y salud general, las cuales se examinan separadamente. Cada ítem tiene cinco (5) opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro (4) dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Este cuestionario es aplicable tanto a población general como con condiciones de salud asociadas (enfermedades u otros problemas de salud, heridas, lesiones, problemas mentales o emocionales, problemas con el alcohol y problema con las drogas) y aunque fue creado para ser autoadministrado, también puede ser administrado por un entrevistador. El tiempo de referencia que contempla es de 2 semanas(25). En estudios recientes en Colombia se han establecido sus propiedades psicométricas en cuanto a consistencia interna y validez discriminante(26).

En el estudio realizado por Cardona en el 2009 en el que se analizaron las propiedades psicométricas del WHOQOL-BREF y otros instrumentos de evaluación de CVRS en una población con VIH/SIDA. Cardona reporta que una excelente consistencia interna para los diferentes dominios del WHOQOL-BREF exceptuando el dominio de salud psicológica (Alfa de Crobach entre 0,66 y 0,81). En la consistencia interna se encontró que los dominios de relaciones sociales y ambiente presentaron 100% de éxito, mientras salud física y psicológica 71.4% y 83.3% respectivamente. Entre tanto la validez discriminante fue excelente en los dominios de ambiente y relaciones sociales(26).

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

vida tanto general como en los dominios físico, psicológico, social y del entorno, en quienes provenían de estratos socioeconómicos más humildes (27).

Medir y relacionar la discapacidad y la CVRS no es una práctica habitual de los profesionales que intervienen e investigan la discapacidad, existe una necesidad reconocida de investigaciones en el país dirigidas a enriquecer la línea de investigación de funcionamiento y discapacidad en la perspectiva de la salud del grupo cuerpo-movimiento, desde el análisis integrado de la condición de salud, la deficiencia en funciones y estructuras corporales así como las limitaciones en las actividades y restricciones en la participación y su relación con la percepción del bienestar o la calidad de vida de las personas adultas con discapacidad.

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

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

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

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

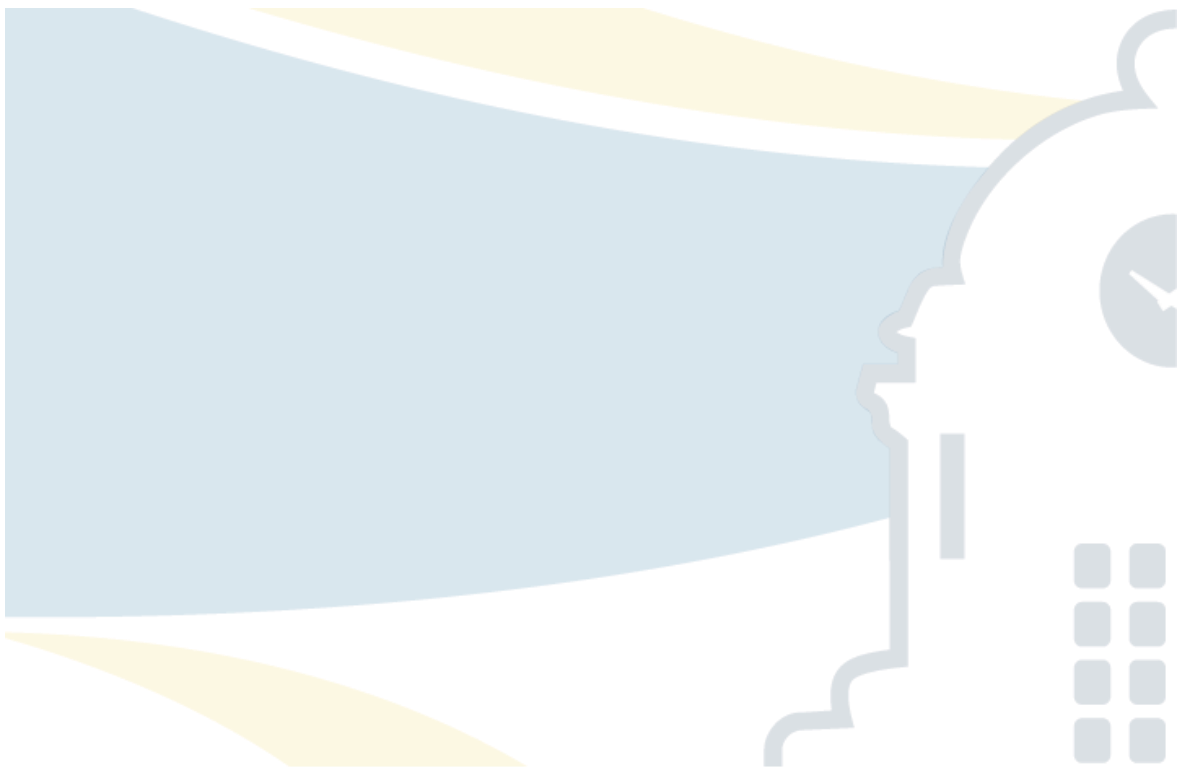
El presente estudio realizó un abordaje de la discapacidad desde el modelo biopsicosocial que sustenta la CIF y de aspectos relacionados con el bienestar y la calidad de vida en función de la salud que permitiera determinar la relación que la discapacidad tiene con las diferentes dimensiones del individuo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

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

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

Por otra parte, la influencia de lo sociocultural en la calidad de vida percibida corrobora la necesidad de utilizar componentes acordes con el contexto a evaluar. La medición de la CVRS se ha realizado en una gran variedad de contextos: práctica clínica, investigación de los servicios de salud, evaluación de nuevos medicamentos y tecnologías sanitarias, ensayos clínicos o estudios observacionales, monitorización de la salud de poblaciones y subgrupos de población, y asignación de recursos sanitarios. Es importante tener en cuenta, que estudios como este apuntan a los objetivos del plan decenal de salud pública –PDSP- 2012- 2021 en términos de la generación de estrategias que puedan apuntar al mejoramiento de las condiciones de vida manteniendo en lo posible cero tolerancia frente a la mortalidad, morbilidad y la discapacidad evitables. Uno de los mayores desafíos del PDSP es alcanzar mejor nivel de bienestar de la población apuntando finalmente a la calidad de vida de las personas(28).

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



1.1 DISPOSICIONES ÉTICAS VIGENTES Y CONDICIONES DE FACTIBILIDAD

Realizado el proceso de investigación, desde el punto de vista de los recursos humanos, técnicos, materiales y financieros no se encontraron elementos que obstaculizaron su desarrollo. El proyecto en la ciudad de Sabanalarga fué desarrollado por 2 investigadoras estudiantes de la cohorte I de la Maestría en Discapacidad de la Universidad Autónoma de Manizales extensión Barranquilla en convenio con la Universidad Simón Bolívar, quienes fueron capacitadas y entrenadas tanto para la evaluación de la discapacidad a partir de la aplicación del WHODAS 2.0 como de CVRS utilizando el WHOQOL-BREF por las autoras del Macroproyecto quienes fueron las directoras y coinvestigadoras del presente trabajo.

El presupuesto del proyecto fue ejecutado de acuerdo con lo previsto (Anexo 1), el estudio se consideró con “riesgo mínimo” acorde con el artículo 11 de la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud Colombiano (29), pues se realizaron pruebas de evaluación clínica de carácter no invasivo, que no atentaron contra la integridad física y moral de los participantes, se protegió la privacidad de los participantes. El estudio cumplió además con los principios enunciados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (30) toda vez que su interés fue científico, en todo momento se respetó el derecho del participante a proteger su integridad, se tomaron todas las precauciones del caso para respetar su vida privada y para reducir al mínimo el impacto del estudio en su integridad física y mental. A cada participante se le comunicaron los propósitos y condiciones de la investigación y éste firmó voluntariamente el consentimiento informado (previamente aprobado por el Comité de Ética de la UAM Acta No. 052 de octubre 14 de 2015).

Se respetaron los derechos de autor de los dos cuestionarios utilizados. Para la aplicación del WHODAS 2.0 se gestionó la autorización de la Organización Mundial de la Salud, previa solicitud del permiso(7),(9),(31). De igual forma se solicitó el aval para el uso del WHOQOL-BREF a la OMS(32).

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

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

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

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

3. REFERENTE TEÓRICO

3.1 DISCAPACIDAD

Acorde con Vanegas y Gil, la discapacidad como sistema conceptual, ha tenido variaciones que han marcado la forma como se concibe a las personas con discapacidad, desde la determinación por la anomalía, deformidad, castigo, negación hasta la nominación de la discapacidad como elemento agregado a las personas y no como una característica connatural de ellas(33).

Hoy en día se reconoce la coexistencia de múltiples visiones y modelos sobre la discapacidad, los modelos médico-biológicos consideran la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. Al respecto, plantean Vanegas y Gil, que la atención en salud se considera la cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud(33).

Los modelos sociales para abordar la discapacidad suponen que es el entorno social y construido por el hombre el que define la discapacidad; por ello, manifiesta Humprey, las barreras físicas y sociales, los estereotipos y las actitudes, se convierten en los factores directamente responsables de las situaciones de desventaja que experimenta la persona(34) o como lo expresa Hahn “el problema radica en el fracaso de sociedad y del entorno creado por el ser humano para ajustarse a las necesidades y aspiraciones de las personas con discapacidad y no en la incapacidad de dichas personas para adaptarse a las demandas de la sociedad”(35). En este sentido, las intervenciones desde este modelo, son responsabilidad exclusiva de la sociedad en la medida que busque realizar las adecuaciones sobre el entorno social y construido que faciliten la plena participación de las personas con discapacidad.

El modelo sociopolítico o modelo del “grupo minoritario” una derivación del modelo social defiende que la concepción de la discapacidad es una “construcción social impuesta”, según Barnes dicho modelo plantea la visión de la discapacidad como clase oprimida, con una severa crítica al rol desempeñado por los profesionales y la defensa de una alternativa de carácter político más que científico(36). Muchos de sus defensores abogan además porque sólo las personas con discapacidad son quienes están “capacitados” para hablar e investigar el tema.

El modelo biopsicosocial, busca una mirada integradora de los fenómenos en el mundo de la naturaleza y en el

mundo cultural. Según Vanegas y Gil, como modelo holístico de salud, considera al individuo un ser que participa teniendo en cuenta las esferas biológicas, psicológicas y sociales(33). Éste modelo da soporte a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud –CIF-, en la cual se define la discapacidad como una compleja interacción entre la condición de salud y los factores del contexto donde se desenvuelve la persona; considera la condición de salud como aquellas enfermedades, traumas, lesiones o condiciones fisiológicas que sirven de marco para el análisis del funcionamiento y los factores ambientales como el físico, social y actitudinal, en el que las personas viven y conducen sus vidas(37), es decir, la discapacidad surge como un proceso continuo de ajuste entre las capacidades del individuo con una condición de salud específica y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona, y las expectativas y exigencias de su entorno.

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

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

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

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

Para cumplir con este propósito, existen en el medio herramientas para la evaluación del funcionamiento y la discapacidad compatibles con la CIF, entre ellas está el WHO-DAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule II), validado al español por Vásquez Barquero en 2006 (8) instrumento que evalúa de forma multidimensional el funcionamiento y la discapacidad con énfasis en las áreas de actividad y participación y permite obtener una puntuación por áreas y global del grado de discapacidad. Evaluación de la Discapacidad desde el WHODAS 2.0.

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

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

El WHODAS 2.0 es un instrumento de evaluación genérico y práctico que puede medir la salud y la discapacidad en la población y en la práctica clínica. WHODAS 2.0 evalúa el nivel de funcionamiento de la persona a través de la exploración de seis dominios de la vida: Cognición, Comprensión y comunicación; movilidad y desplazamiento; cuidado personal – cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer y quedarse solo; relaciones- interacción con otras personas; actividades cotidianas- responsabilidades domésticas-tiempo libre-trabajo y escuela; participación – participación en actividades comunitarias y en sociedad(20). La versión completa contiene 36 preguntas que se relacionan con las dificultades en el funcionamiento experimentadas por el entrevistado en los seis dominios de la vida durante los 30 días previos.

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

niveles cognoscitivos marcadamente diferentes.

El WHO-DAS 2.0 ha sido traducido hasta el momento a 20 idiomas (Kostanjsek N. WHO. Comunicación personal). Hay disponibles versiones autoadministradas, administradas por entrevistador o administradas por personas cercanas al evaluado en el caso que este no pueda por sí mismo diligenciar la evaluación(38). De acuerdo a los resultados de las pruebas de validación, el “Cuestionario para la Evaluación de Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud WHODAS 2.0, se convierte en un instrumento fiable, aplicable a población hispanoparlante y fácil de utilizar en un amplio rango de circunstancias relacionadas con las diferentes condiciones de salud.

3.2 CALIDAD DE VIDA

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

Battle Gualda afirma que la calidad de vida es un concepto complejo y multidimensional que no sólo tiene relación con componentes objetivos como el tipo de trabajo, el nivel socioeconómico o el estado de salud, sino que también depende de cuestiones subjetivas como la escala de valores, las creencias y las expectativas de cada persona, todo ello integrado en un marco biográfico, familiar, social y medio ambiental que cambia con cada persona, grupo o país(40).

La calidad de vida es un constructo social que a partir de la década de los ochenta adquiere relevancia y se convierte en un vehículo a través del cual la igualdad centrada en el consumidor, el fortalecimiento y el incremento en la satisfacción con las condiciones de vida podían ser alcanzados. Según Schalock, la creencia de la mayoría fue que, si los apoyos adecuados y apropiados estaban disponibles, la calidad de vida de las personas sería incrementada significativamente(41).

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

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

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

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

La calidad de vida tiene que ver con el estudio de la vida diaria del individuo, e incluye la propia percepción del individuo sobre su vida. Sin el conocimiento sobre lo que un individuo piensa o siente poco se puede decir sobre su calidad de vida. Plantea Brown, que la calidad de vida se define por factores objetivos y sociales (ej. vivienda, familia, ocio) o condiciones de la vida, algunas de las cuales pueden modificarse a través de las comunidades, sistemas de servicios, entre otros(43).

Haas define la calidad de vida como las circunstancias de vida actuales de un individuo en el contexto de la cultura, que involucra tanto aspectos subjetivos como objetivos. Desde un punto de vista social y económico(44), para Sobrino es el conjunto de características físicas, biológicas, psicológicas y sociales del medio ambiente que se deben alcanzar para promover un alto nivel de bienestar de la población(45). Felce y otros desde un ámbito psicológico consideran que hace referencia a las sensaciones de bienestar físico, material y emocional percibido por las personas, sumado a las posibilidades de desarrollo personal, de acuerdo al conjunto de valores individuales(46). En general, parece existir un acuerdo en que la calidad de vida hace referencia a un concepto multidimensional, amplio y complejo que involucra una serie muy variada de indicadores que lo definen en sí mismo de acuerdo al área de intervención. En tal sentido, su interpretación no debe apartarse en ningún momento de la referencia a circunstancias particulares del sujeto y su relación con el contexto.

En relación con la calidad de vida y la situación de discapacidad, en la literatura científica se encuentran posiciones diversas al respecto, aunque muchos investigadores coinciden en señalar que la medición de la calidad de vida comprende los mismos aspectos en personas con o sin discapacidad. Particularmente en el ámbito de la discapacidad, una de las propuestas más aceptadas y con mayores aplicaciones en distintos países y poblaciones en situación de discapacidad es la de Schalock, quien considera que la calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de las personas: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos(47),(48), siendo estas dimensiones igualmente importantes de evaluar tanto en personas con o sin discapacidad, la diferencia estaría es en los resultados, dados por el tipo de deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación. Se debe tener precaución al tratar el tema de calidad de vida en personas con discapacidad, y no suponer que presenta exactamente iguales características que en otros tipos de población. Entre los aspectos particulares de la calidad de vida en personas con discapacidad está la relevancia dada a todos los aspectos de la conducta de la persona y su inclusión en el ambiente, incluyendo las ayudas técnicas requeridas y las distintas estrategias para superar la situación de discapacidad. Teniendo en cuenta lo anterior, es evidente la importancia de medir la calidad de vida relacionada con la salud y conocer con mejor exactitud el impacto de una deficiencia, de una intervención terapéutica, de una estrategia educativa, entre otros, en la calidad de vida de la persona con discapacidad, con la idea de trascender la mirada tradicional que se queda limitada a la calidad de vida como un objetivo global y poco definido de los programas de rehabilitación.

3.2.1 Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS)

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

“La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional”(49). El concepto de calidad de vida relacionada con la salud incluye todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente a ella, aunque puedan interactuar.

Patrick y Erikson definen la CVRS como “el valor asignado por individuos, grupos de individuos y la sociedad a la duración de la vida modificada por las deficiencias, los estados funcionales, las percepciones y las oportunidades sociales, que están influidas por las enfermedades, las lesiones, el tratamiento (médico) o la política (de salud)”(50). Dado que la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto en el que convergen múltiples factores, ésta debe evaluarse a través de distintas áreas, desde la dimensión física, psicológica y social. En la primera, se evalúan atributos como los síntomas, el funcionamiento físico y la discapacidad; en la dimensión psicológica se consideran el nivel de satisfacción, el bienestar percibido, la ansiedad, la depresión y la autoestima; y en la dimensión social se valoran las relaciones interpersonales del paciente, la actividad diaria y la rehabilitación laboral, entre otros. Esta valoración de la calidad de vida relacionada con la salud incluye aspectos objetivos y subjetivos, con el fin de realizar una evaluación completa e integral del individuo. El concepto de CVRS, enfatiza en el bienestar y satisfacción del sujeto, en la mejora de sus condiciones de vida, en la percepción que ellos tienen sobre su salud y en su recuperación integral, lo que es especialmente importante en las personas con enfermedades crónicas, quienes deben vivir con una condición médica permanente, por lo que es necesario convivir con las limitaciones que ocasiona la enfermedad y el tratamiento, además de modificar de manera importante el estilo de vida.

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

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

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

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

Los cuestionarios de calidad de vida específicos tienen la ventaja de evaluar aspectos concretos propios de la

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

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

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

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

De acuerdo con los antecedentes sobre investigaciones que estudian la calidad de vida relacionada con la salud en

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

Pane, afirma que el concepto de salud no implica sólo la ausencia de enfermedad, sino además la relación con múltiples factores, donde el estado de salud-enfermedad se concibe a partir de la percepción individual de manera relativa del ser humano, inmersa en un sistema de valores, creencias y costumbres, desde donde se proyectan de forma particular los objetivos, las expectativas y las preocupaciones(52).

La CVRS refleja la percepción subjetiva que tiene una persona sobre su estado de salud en relación con sus expectativas, teniendo en cuenta dimensiones como la función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Es importante tener en cuenta que dicho proceso es individual y depende de las circunstancias de cada persona, y está determinado por numerosos factores dentro de los cuales se encuentran (educacionales, socioeconómicos, religiosos, etc.), que pueden ser cambiantes a lo largo de la vida. Además, la calidad de vida relacionada con la salud es importante para todas las personas y debe ser entendida de forma similar, independientemente de la presencia de algún tipo de discapacidad(53).

De una forma más específica la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), o salud percibida, integra aquellos aspectos de la vida directamente relacionados con el funcionamiento físico y mental y con el estado de bienestar. Guyatt y otros, expresan que la mejor forma de afrontar la medida de la CVRS es haciéndolo a partir de un enfoque multidimensional; así, debe valorarse tanto el estado objetivo de salud, de funcionalidad y de interacción del individuo con su medio, como los aspectos más subjetivos, que engloban el sentido general de satisfacción del individuo y la percepción de su propia salud (54). Actualmente la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud ha supuesto importancia con el fin de medir el impacto de servicios y/o programas en salud, proporcionando una evaluación comprensiva y válida del estado de salud de la persona con discapacidad.

3.2.2 Medición de Calidad de Vida relacionada con la Salud desde el WHOQOL BREF (World Health Organization Quality of Life Instrument, versión corta 26 ítems)

El cuestionario WHOQOL-BREF fue desarrollado en el año 1993 como parte del proyecto WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) como una medida genérica de evaluación de la calidad de vida de carácter transcultural. Fue desarrollado de manera simultánea en 15 países del mundo y ha sido traducido a diferentes idiomas(55). En la actualidad el WHOQOL existe en más de 30 lenguas en casi 40 países(56). Este instrumento hace parte del grupo

de medidas genéricas de CVRS, aplicable tanto a población general como con condiciones de salud asociadas, permitiendo evidenciar los efectos de la condición de salud y las intervenciones sanitarias en la calidad de vida de la persona desde su autopercepción.

Existen dos versiones del WHOQOL, el WHOQOL-100 que contiene 100 preguntas o ítems que evalúan la calidad de vida general y la salud global divididas en 24 facetas o aspectos y 6 dominios o dimensiones: salud física, psicológica, niveles de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad/religión/creencias(56); y el WHOQOL-BREF que es una versión abreviada del primero. Esta última versión contiene un total de 26 preguntas: una pregunta de calidad de vida global, una de salud general y una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en la versión larga (WHOQOL-100) agrupadas en cuatro dominios de calidad de vida: salud física (7 preguntas), salud psicológica (6 preguntas), relaciones sociales (3 preguntas) y ambiente (8 preguntas). La escala de evaluación es una escala con opciones de respuesta entre 1 y 5 tipo Likert que determina la percepción de la calidad de vida de menor a mayor. Los puntajes de cada dominio se convierten según una tabla de corrección de puntajes a un rango de 0 a 100 o de 4 a 20. Una mayor puntuación total equivale a una mejor calidad de vida. Este cuestionario fue creado para ser autoadministrado, sin embargo cuando la persona no sabe leer o escribir puede ser administrado por un entrevistador. El tiempo de referencia que contempla es de 2 semanas.

Dominios del WHOQOL-BREF(56)

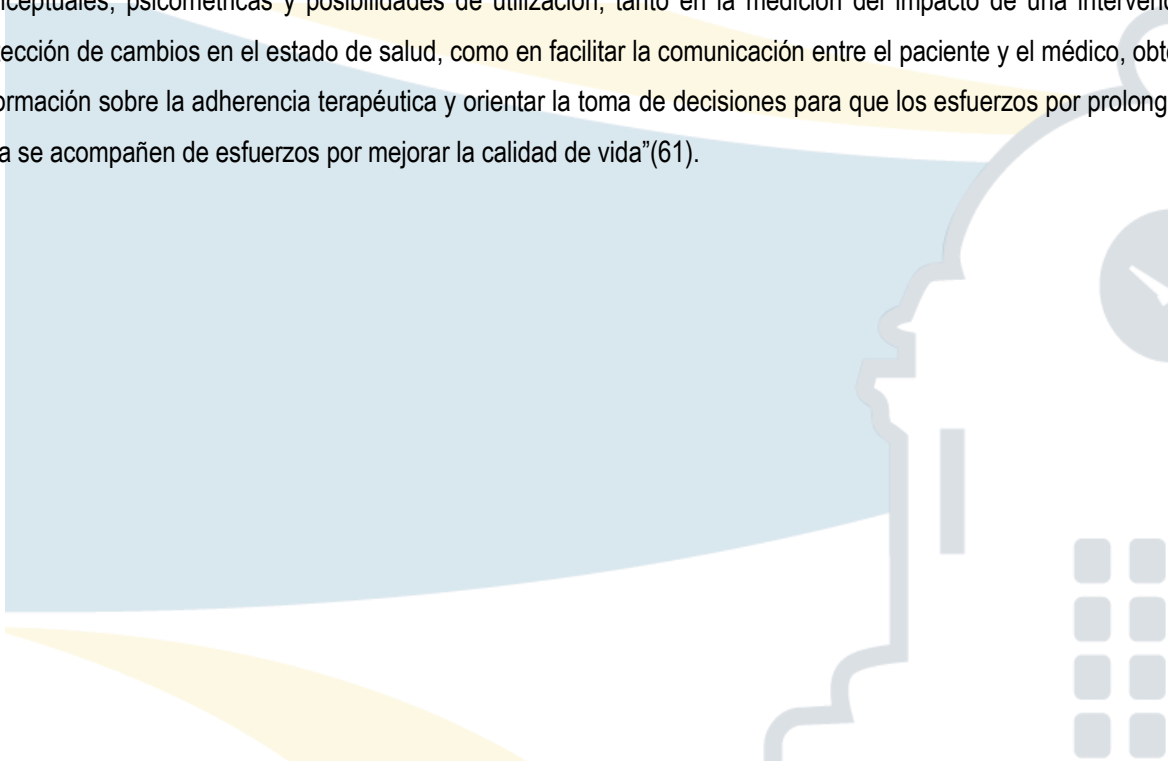
Ítems por áreas del WHOQOL-BREF, 26 ítems

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

La versión en idioma español fue adaptada por Lucas-Carrasco quien tras un estudio de campo con diversas

poblaciones en España, demostró sus propiedades psicométricas en cuanto consistencia interna (Alfa de Cronbach entre 0,74 y 0,8), validez de constructo y validez discriminante entre diferentes condiciones de salud(57). De igual forma en otros estudios realizados con el WHOQOL en población de habla hispana principalmente en México y Chile se han establecido sus propiedades psicométricas en cuanto a confiabilidad(58), validez(59) y estructura factorial en población adulta en diferentes rangos de edad(60).

Dentro de los diferentes instrumentos disponibles en la actualidad para abordar la calidad de vida relacionada con la salud, el WHOQOL-BREF brinda una excelente opción dada su “amplia difusión y excelentes propiedades conceptuales, psicométricas y posibilidades de utilización, tanto en la medición del impacto de una intervención, detección de cambios en el estado de salud, como en facilitar la comunicación entre el paciente y el médico, obtener información sobre la adherencia terapéutica y orientar la toma de decisiones para que los esfuerzos por prolongar la vida se acompañen de esfuerzos por mejorar la calidad de vida”(61).



4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

Tabla 1. Operacionalización de variables sociodemográficas y clínicas.

Variable	Valor	Indicador	Índice
Sexo	Masculino Femenino	Condición de ser hombre o mujer, determinado por características biológicas: anatómicas, y fisiológicas.	1 0
Edad	20 años en adelante	Edad cronológica en años cumplidos al momento de la evaluación. Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha de medición de los cuestionarios.	Años cumplidos
Años de escolaridad	Número de años cursados	Cantidad de años cursados en la escuela, colegio o universidad	Años
Máximo nivel de estudios alcanzado	Ninguno Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnico-Tecnológico Profesional Especialización Maestría Doctorado	Máximo nivel de estudios cursado o alcanzado acorde con el sistema de educación colombiano	0 1 2 3 4 5 6 7 8 10
Estado civil actual	Soltero Actualmente está casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Vive en Pareja	Situación de las personas, en el orden social, determinada por sus relaciones, que establecen ciertos derechos y deberes	1 2 3 4 5 6
Ocupación actual	Trabajo Remunerado (Asalariado) Trabaja por su propia cuenta (Independiente) Trabajo no remunerado Estudiante Responsable de tareas domésticas Jubilado Desempleado por motivo de salud Desempleado por otros motivos Pensionado por discapacidad Otra	Acción de ocupar, o sea trabajar o emplearse, ejercer un oficio o cargo.	1 2 3 4 5 6 7 8 10 11
Afiliación actual a salud	No afiliado Subsidiado Contributivo Régimen Especial Otro	Forma como el Estado colombiano brinda un aseguramiento que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos o extranjeros.	0 1 2 3 4
Ingresos familiares	Menos de 1 SMMLV Entre 1 y 2 SMMLV Entre 2 y 4 SMMLV Más de 4 SMMLV	Ingresos totales mensuales aportados por todos los miembros del núcleo familiar de la persona con discapacidad. Un salario mínimo mensual legal vigente corresponde a \$644.350	1 2 3 4
Estrato	Bajo-bajo: Estrato 1	Nivel de clasificación de un inmueble	1

Variable	Valor	Indicador	Índice
socioeconómico	Bajo: Estrato 2	acorde con su clasificación socioeconómica, existe un máximo de seis estratos socioeconómicos.	2
	Medio-bajo: Estrato 3		3
	Medio: Estrato 4		4
	Medio-alto: Estrato 5		5
	Alto: Estrato 6		6
Diagnóstico médico	Enfermedades Infecciosas y parasitarias	El diagnóstico o propedéutica es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, o cualquier condición de salud de referencia para la discapacidad, comorbilidad asociada o enfermedad crónica. El CIE 10 es la clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud.	1
	Tumores		2
	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos		3
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas		4
	Trastornos mentales y del comportamiento		5
	Enfermedades del sistema nervioso		6
	Enfermedades del ojo y sus anexos		7
	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides		8
	Enfermedades del sistema circulatorio		9
	Enfermedades del sistema respiratorio		10
	Enfermedades del aparato digestivo		11
	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo		12
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo		13
	Enfermedades del sistema genitourinario		14
	Afecciones originadas en el periodo neonatal		15
	Malformaciones congénitas		16
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa		17
	Otro		18
	Tiempo de evolución de limitación permanente		6 meses en adelante
Uso de ayudas externas	Sí No	Utilización actual de ayudas externas o dispositivos de apoyo para la discapacidad	1 0
Tipo de ayudas externas	Ninguna Aparato ortopédico Audífono Bastón Férula Sonda vesical Caminador Gafas Implante coclear Muletas	Utilización de equipamiento adaptativo para la equiparación de oportunidades relacionado con la limitación permanente	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Variable	Valor	Indicador	Índice
	Silla de ruedas		10
	Prótesis		11
	Oxígeno		12
	Otra		13
Uso de medicamentos	Sí	Consumo actual de medicamentos	1
	No		0
Tipo de medicamento	Ninguno	Utilización de farmacología para el manejo de la condición de salud actual	0
	Analgésico		1
	Protector Gástrico		2
	Antiagregante Plaquetario		3
	Antidepresivo		4
	Antirreumático		5
	Antiinflamatorio no esteroideo		6
	Relajante muscular		7
	Antihipertensivo		8
	Anticonvulsivante		9
	Insulina		10
	Inmunosupresor		11
	Hormona Tiroidea		12
	Estatinas		13
	Antiparkinsoniano		14
Otro	15		

Tabla 2. Operacionalización de variables de Funcionamiento y Discapacidad desde el instrumento WHO-DAS 2.0, versión de 36 ítems

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

Variable	Sub-Variable	Definición	Valor	Índice
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D2.5	Dificultad para caminar largas distancias como un kilómetro (o equivalente a 10 cuadras)	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
Cuidado Personal (Área 3)	D3.1	Dificultad para lavarse todo el cuerpo (bañarse)	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D3.2	Dificultad para vestirse	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D3.3	Dificultad para comer	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D3.4	Dificultad para quedarse sólo (a) durante unos días	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
Relaciones (Área 4)	D4.1	Dificultad para relacionarse con personas que no conoce	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D4.2	Dificultad para mantener una amistad	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D4.3	Dificultad para llevarse bien con personas cercanas a usted	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D4.4	Dificultad para hacer nuevos amigos	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D4.5	Dificultad para realizar actividades sexuales	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
Actividades de	D5.1	Dificultad para ocuparse de sus	Ninguna dificultad	1

Variable	Sub-Variable	Definición	Valor	Índice
la vida diaria (Área 5)		responsabilidades domesticas	Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	2 3 4 5
	D5.2	Dificultad para realizar bien sus tareas domésticas más importantes	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D5.3	Dificultad para terminar todo el trabajo doméstico que debía realizar	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D5.4	Dificultad para terminar sus tareas domésticas tan rápido como era necesario	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D5.5	Dificultad para llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares diarias	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D5.6	Dificultad para realizar bien las tareas más importantes del trabajo o de la escuela	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D5.7	Dificultad para terminar todo el trabajo que necesitaba realizar	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D5.8	Dificultad para terminar su trabajo (estudio) tan rápido como era necesario	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D5.9	Reducción del nivel de trabajo debido a su condición de salud	No Sí	1 2
	D5.10	Ganancia de menor dinero debido a la condición de salud	No Sí	1 2
Participación (Área 6)	D6.1	Dificultad para participar, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades) al mismo nivel que el resto de las personas,	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D6.2	Dificultad relacionada con barreras u obstáculos existentes en el mundo	Ninguna dificultad Dificultad leve	1 2

Variable	Sub-Variable	Definición	Valor	Índice
		que lo rodea (entorno)	Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	3 4 5
	D6.3	Dificultad para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D6.4	Tiempo dedicado a su condición de salud o las consecuencias de la misma	Ninguno Leve Moderado Severo Extremo	1 2 3 4 5
	D6.5	Grado en que su condición de salud lo ha afectado emocionalmente	Ninguno Leve Moderado Severo Extremo	1 2 3 4 5
	D6.6	Impacto económico que su condición de salud ha tenido para usted o para su familia	Ninguno Leve Moderado Severo Extremo	1 2 3 4 5
	D6.7	Dificultad que ha tenido su condición de salud para su familia	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D6.8	Dificultad para realizar por sí mismo cosas que le ayuden a relajarse o a disfrutar	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5

Tabla 3. Operacionalización de Grado de discapacidad resultante desde el WHO-DAS 2.0.

Variable	Valor	Indicador	Índice
global de discapacidad por dominios y total	Ninguna Leve Moderada Severa Extrema	0 – 4 % 5 – 24 % 25 – 49 % 50 – 94 % 95 – 100 %	Porcentaje de discapacidad: equivalente en porcentaje de la calificación parcial (por dominios) o total obtenida en la aplicación del WHO-DAS 2.0 36 ítems

Es importante mencionar que el grado de discapacidad corresponde a la propuesta de la CIF y que el protocolo para la obtención de la puntuación global resulta de la suma de los ponderados por dominios acorde con la sintaxis propuesta por la OMS(8) permitiendo del mismo modo la conversión a la escala de 0 a 100 puntos(Anexo 1).

Tabla 4. Operacionalización de variables de calidad de vida relacionada con la salud según el WHOQOL-BREF

Variable	Sub-variable	Valor	Índice
Calidad de vida general y salud general	Percepción individual de calidad de vida	Muy mal	1
		Mal	2
Aceptable		3	
Bien		4	
Muy bien		5	
Calidad de vida general y salud general	Percepción individual de la salud	Muy insatisfecho	1
		Insatisfecho	2
Aceptable		3	
Satisfecho		4	
Muy satisfecho		5	
Salud Física	Dolor y malestar	Nada	1
		Un poco	2
		Regular	3
		Bastante	4
		Mucho	5
	Dependencia en medicamentos y ayudas médicas	Nada	1
		Un poco	2
		Regular	3
		Bastante	4
		Mucho	5
Energía y fatiga	Nada	1	
	Un poco	2	
	Regular	3	
	Bastante	4	
	Mucho	5	
Movilidad	Nada	1	
	Un poco	2	
	Aceptable	3	
	Bastante	4	
	Mucho	5	
Sueño y descanso	Muy insatisfecho	1	
	Insatisfecho	2	
	Aceptable	3	
	Satisfecho	4	
	Muy satisfecho	5	
Actividades de la vida diaria	Muy insatisfecho	1	
	Insatisfecho	2	
	Aceptable	3	
	Satisfecho	4	
	Muy satisfecho	5	
Capacidad de trabajo	Muy insatisfecho	1	
	Insatisfecho	2	
	Aceptable	3	
	Satisfecho	4	
	Muy satisfecho	5	
Salud Psicológica	Sentimientos Positivos	Nada	1
		Un poco	2
Regular		3	
Bastante		4	
Mucho		5	
Salud Psicológica	Autoestima	Nada	1
		Un poco	2
		Regular	3
		Bastante	4
		Mucho	5

	Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración	Nada Un poco Regular Bastante Mucho	1 2 3 4 5
	Imagen corporal y apariencia física	Nada Un poco Regular Bastante Totalmente	1 2 3 4 5
	Espiritualidad/Religión/Creencias personales	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable Satisfecho Muy satisfecho	1 2 3 4 5
	Sentimientos negativos	Nunca Raramente Algunas veces Casi siempre Siempre	1 2 3 4 5
Relaciones Sociales	Relaciones sociales	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable Satisfecho Muy satisfecho	1 2 3 4 5
	Actividad sexual	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable Satisfecho Muy satisfecho	1 2 3 4 5
	Apoyo social	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable Satisfecho Muy satisfecho	1 2 3 4 5
Ambiente	Seguridad en la vida diaria	Nada Un poco Regular Bastante Mucho	1 2 3 4 5
	Ambiente físico (polución/ ruido/ tráfico/ clima)	Nada Un poco Regular Bastante Mucho	1 2 3 4 5
	Recursos económicos	Nada Un poco Regular Bastante Totalmente	1 2 3 4 5
	Oportunidades para adquirir información y habilidades nuevas	Nada Un poco Regular Bastante Totalmente	1 2 3 4 5
	Participación en/ y oportunidades de descanso, recreo/actividades de ocio	Nada Un poco Regular Bastante Totalmente	1 2 3 4 5

	Ambiente del hogar	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable Satisfecho Muy satisfecho	1 2 3 4 5
	Sistemas sanitario y social: accesibilidad y calidad	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable Satisfecho Muy satisfecho	1 2 3 4 5
	Transporte	Muy insatisfecho Insatisfecho Aceptable Satisfecho Muy satisfecho	1 2 3 4 5

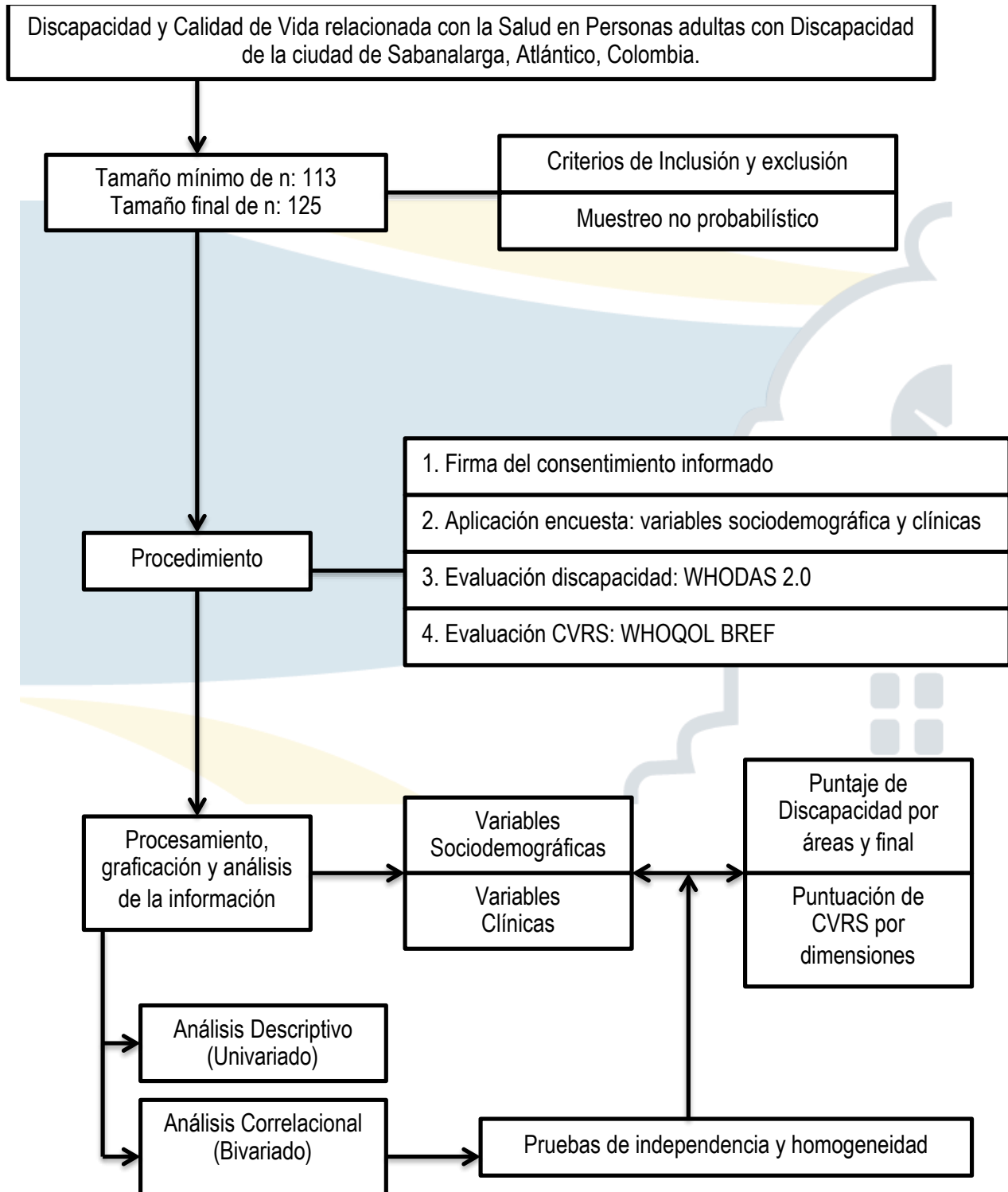
Tabla 5. Operacionalización de calidad de vida relacionada con la salud resultante desde el WHOQOL-BREF

Variable	Dominios	Número de ítems por dimensión	Indicador	Índice
Puntaje de calidad de vida relacionada con la salud por dominio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Calidad de vida y salud general 2. Física 3. Psicológica 4. Relaciones Interpersonales 5. Ambiente 	<p>Dos (2)</p> <p>Siete (7)</p> <p>Seis (6)</p> <p>Tres (3)</p> <p>Ocho (8)</p>	0 – 100 puntos para cada dominio	<p>Puntaje de calidad de vida relacionada con la salud para cada área obtenida en la aplicación del WHOQOL BREF, puntajes cercanos a 100 indican una mejor percepción de calidad de Vida, puntajes cercanos a cero (0) indican malas o peores percepciones de calidad de vida.</p>

El WHOQOL Bref contempla el protocolo para la obtención de las puntuaciones en los cinco dominios, es una sumatoria de los ítems promedio según la recodificación propuesta en la sintaxis, así como de su conversión a escala de 0-100 puntos (Anexo 2).

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO



5.2 ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO

Investigación que se desarrolló con un enfoque empírico analítico. Estudio transversal descriptivo y correlacional que estableció la relación entre variables sociodemográficas, clínicas, de discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud de personas mayores de 20 años con discapacidad en la ciudad de Sabanalarga, Atlántico.

5.3 POBLACIÓN

Personas mayores de 20 años con discapacidad de la ciudad de Sabanalarga, Atlántico. La proyección poblacional de personas con discapacidad mayores de 20 años en las ciudades participantes corresponde a información del registro de localización y caracterización de personas con discapacidad reportada por el Departamento Nacional de Estadística -DANE- con punto de corte al 30 de junio de 2015(62).

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

Ciudad	Proyección de población con discapacidad mayor de 20 años: RLCPD, DANE 2015 (número de habitantes)
Sabanalarga	60.172

5.4 MUESTRA Y MUESTREO

El cálculo de la muestra se estimó con la fórmula para test bilateral (“estimación de una relación lineal”), teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95%, un poder estadístico del 90% y una correlación lineal esperada de 0,3 considerada por Mukaka como aceptable para éste tipo de estudio(63). La fórmula utilizada fue la siguiente:

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

Donde:

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

La muestra fue ajustada a la pérdida con la fórmula:

$$n' = \frac{n}{1 - L}$$

Donde:

N: Muestra calculada

L: Pérdida del 10%

Acorde con lo anterior, la muestra fué de 125 personas con discapacidad en el municipio de Sabanalarga. Se realizó un muestreo no probabilístico con sujetos voluntarios mayores de 20 años de instituciones, asociaciones y colectivos de personas con discapacidad del Municipio con la técnica de bola de nieve.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Crterios de Inclusión

- Contar con una edad igual o superior a 20 años
- Personas con limitaciones en la realización de actividades de carácter permanente
- Tener al menos seis meses de evolución de la limitación permanente.

Crterios de exclusión

- Estar institucionalizado.
- Hospitalización en el último mes o al momento de la recolección de la información.
- Cuadro agudo de alguna enfermedad en el último mes.
- Persona con limitación permanente para la realización de actividades de aprendizaje y aplicación del conocimiento que impidan que conteste los dos cuestionarios.
- Residencia en la zona rural.

5.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

- a) Encuesta: Información general, aspectos sociodemográficos y clínicos (anexo 3).
- b) Cuestionario WHO DAS 2.0: Instrumento de evaluación de la discapacidad de la OMS (*World Health Organization Disability 2.0*) (Anexo 3).
- c) Cuestionario WHOQOL-BREF: Instrumento de evaluación de la calidad de vida de la OMS (*World Health Organization Quality of Life Instrument*, versión corta 26 ítems) (Anexo 4)

Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de información están validados para uso en lengua castellana, de esta forma no requirieron validación adicional para ser utilizados en el presente estudio.

5.7 PROCEDIMIENTO

- a) Entrenamiento y calibración de evaluadores.
- b) Reclutamiento de los participantes del estudio, según la muestra calculada.
- c) Aceptación y firma del consentimiento informado (Anexo 5).
- d) Aplicación de instrumentos de evaluación de discapacidad y calidad de vida
- e) Sistematización, tabulación, graficación y análisis de información.
- f) Discusión de resultados.
- g) Informe final

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

- Evaluación de variables sociodemográficas y clínicas: 3 minutos.
- Aplicación de WHO DAS 2.0: 20 minutos.
- WHOQOL-BREF: 15 minutos.

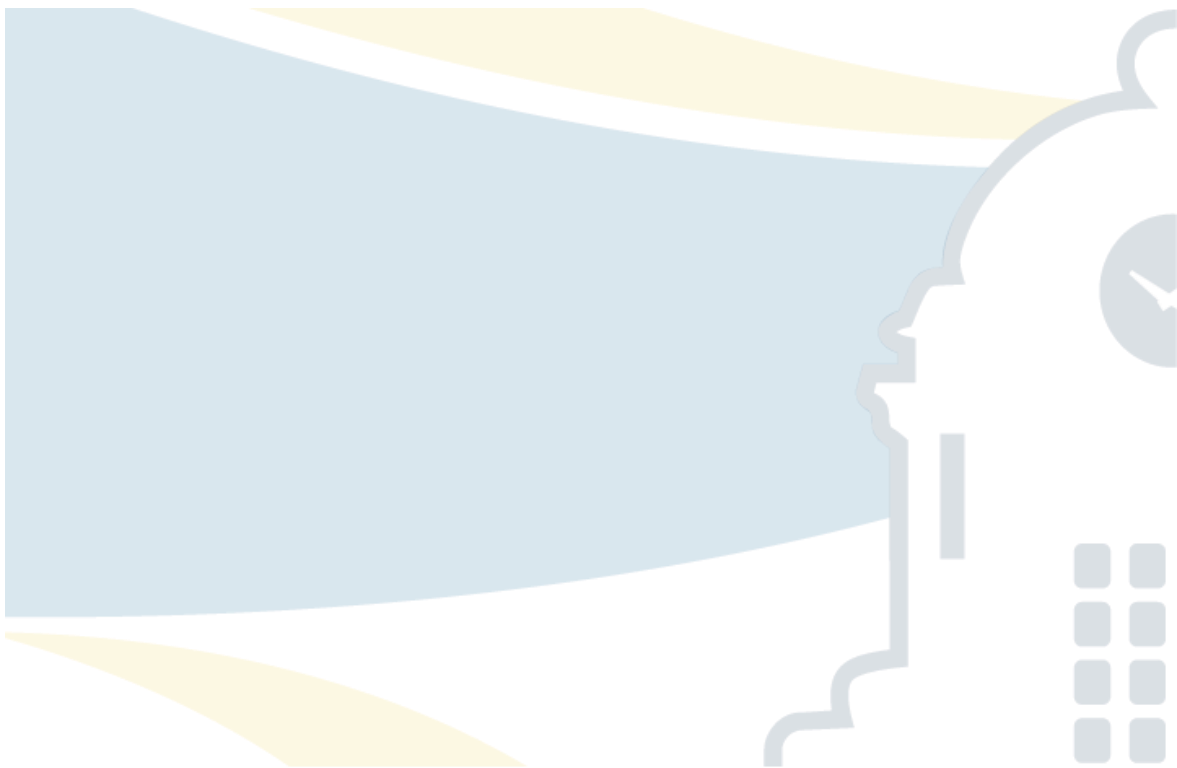
El control de sesgos en la recolección de información se realizó asignando la evaluación de las variables sociodemográficas, de índole general y discapacidad a un investigador diferente al que evaluó CVRS.

5.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El procesamiento de la información se hizo en el software SPSS versión 23.0 (*Statistical Package for the Social Science*). Los resultados se presentan de la siguiente manera:

- a) Análisis univariado. Se caracterizó la muestra teniendo en cuenta las variables sociodemográficas, clínicas, de discapacidad y CVRS. En variables de tipo cualitativo se calcularon proporciones y en las cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión.
- b) Análisis bivariado. Se establecieron relaciones entre variables de discapacidad por áreas, global con variables sociodemográficas y clínicas. De igual forma se correlacionaron las dimensiones de calidad de vida con sociodemográficas y clínicas, finalmente se estableció la relación entre discapacidad por áreas y global con

calidad de vida por dimensiones. Para ello, se aplicaron coeficientes de correlación de Pearson o Spearman, según el comportamiento de la variable. Previamente se realizaron pruebas de normalidad con Kolmogorov-Smirnov. Para todos los casos se aceptó significancia estadística con un pValor menor o igual a 0,05.



6. RESULTADOS

6.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

El estudio se realizó en la ciudad de Sabanalarga Atlántico en total participaron 125 personas. El 68% de los participantes fueron mujeres, la media de edad fue de $48,57 \pm 15,772$ años y el 44,8% estaban casados. El mayor grupo por edad de la muestra, es el conformado por los sujetos entre 30 y 39 años, representando un 24,8%, seguido de los que tienen entre 50 y 59 años (20%). El 22,4% de los participantes realizó estudios secundarios completos, en cuanto a la situación ocupacional se encontró que el 29,6% eran trabajadores independientes. Respecto a la afiliación al sistema de seguridad social en salud, el 42,4% pertenecían al régimen subsidiado, el 36% perteneciente al estrato 3 y cerca de la mitad de la muestra tiene ingresos familiares mensuales inferiores a un salario mínimo (44,8%). Ver tabla 6.

Tabla 6. Resumen descriptivo de variables sociodemográficas

Variable	Índice	FA	%
Sexo	Femenino	68	54,4
	Masculino	57	45,6
Rangos de edad	20 a 29 años	13	10,4
	30 a 39 años	31	24,8
	40 a 49 años	21	16,8
	50 a 59 años	25	20,0
	60 a 69 años	22	17,6
	70 a 79 años	8	6,4
	80 años y más	5	4,0
Máximo nivel de estudios alcanzado	Ninguno	7	5,6
	Primaria incompleta	20	16,0
	Primaria completa	11	8,8
	Secundaria incompleta	10	8,0
	Secundaria completa	28	22,4
	Técnico-Tecnológico	17	13,6
	Profesional	18	14,4
	Especialización	13	10,4
	Maestría	1	0,8
Estado civil	Soltero/a	35	28,0

Variable	Índice	FA	%
	Casado/a	56	44,8
	Separado/a	12	9,6
	Viudo/a	6	4,8
	Vive en Pareja	16	12,8
Ocupación Actual	Trabajo remunerado (Asalariado/a)	33	26,4
	Trabaja por su propia cuenta (Independiente)	37	29,6
	Trabajo no remunerado	1	0,8
	Estudiante	2	1,6
	Responsable de tareas domésticas	16	12,8
	Jubilado/a	5	4,0
	Desempleado/a por motivo de salud	16	12,8
	Desempleado/a por otros motivos	14	11,2
	Pensionado por discapacidad	1	0,8
Afilación a seguridad social en salud	No afiliado	1	0,8
	Subsidiado	53	42,4
	Contributivo	51	40,8
	Régimen especial	20	16,0
Ingresos del núcleo familiar	Menos de 1 SMMLV	56	44,8
	Entre 1 y 2 SMMLV	45	36,0
	Entre 2 y 4 SMMLV	20	16,0
	Más de 4 SMMLV	4	3,2
Estrato socioeconómico	Estrato 1	43	34,4
	Estrato 2	35	28,0
	Estrato 3	45	36,0
	Estrato 4	2	1,6
n=125			

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras (2017)

6.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES CLÍNICAS

De la muestra estudiada se evidencia que el principal diagnóstico médico (CIE 10) al cual se atribuyó la limitación permanente fue el de enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (40%) seguido de enfermedades del oído y de la apófisis mastoides con el 12%. El 75.2% de los participantes manifestaron el uso de ayudas externas; de ellos, el 8% refiere la utilización del bastón. Más de la mitad de los participantes no consume medicamentos, del porcentaje que manifestó si hacerlo, el 18,4% consume antihipertensivos. La media de tiempo de evolución de la limitación permanente fue de 195,25± 175,615 meses, el 52,8% de los encuestados lleva más de 10 años con la limitación permanente. Tabla 7.

Tabla 7. Resumen descriptivo de variables clínicas

Variables Clínicas	Subvariables	FA	%
Diagnóstico médico (CIE 10)	Tumores	1	0,8
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3	2,4
	Trastornos mentales y del comportamiento	8	6,4
	Enfermedades del sistema nervioso	13	10,4
	Enfermedades del ojo y sus anexos	8	6,4
	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	15	12,0
	Enfermedades del sistema circulatorio	6	4,8
	Enfermedades del sistema respiratorio	3	2,4
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	55	44,0
	Malformaciones congénitas	8	6,4
	Otro	5	4,0
Rangos de tiempo de la limitación permanente	Menos de 12 meses	1	0,8
	13 a 60 meses	35	28,0
	61 a 120 meses	23	18,4
	121 y más meses	66	52,8
Uso de ayudas externas	No	94	75,2
	Si	31	24,8
Tipo de ayuda externa	Ninguna	94	75,2
	Silla de ruedas	9	7,2
	Muletas	3	2,4
	Bastón	10	8,0
	Audífono	1	0,8
	Otras	8	6,4
Uso de medicamentos	No	64	51,2
	Si	61	48,8
Medicamentos	Ninguno	64	51,2
	Analgésico	19	15,2
	Antidepresivo	8	6,4
	Antiinflamatorio no esteroideo	1	0,8
	Relajante muscular	1	0,8
	Antihipertensivo	23	18,4
	Anticonvulsivante	2	1,6
	Insulina	2	1,6
	Inmunosupresor	1	0,8
Otro	4	3,2	
TOTAL		125	100

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras (2017).

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

Variable	Media	Desv Tip	Mínimo	Máximo
Edad (años cumplidos)	48,57	± 15,772	20	92,00
Tiempo de limitación (meses)	195,25	175,615	6	744
n= 125				

Fuente: Elaboración propia de las investigadoras (2017).

6.3 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE DISCAPACIDAD

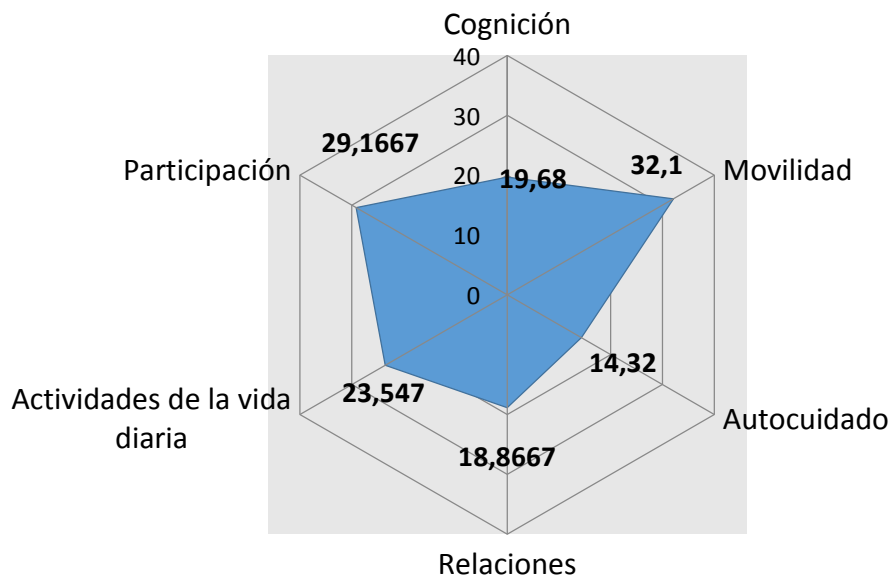
En las 125 personas participantes del estudio la media de discapacidad global encontrada (escala de 0 a 100 puntos) fue de $26,85 \pm 15,0910$ puntos. En cuanto a las áreas evaluadas por el WHODAS 2.0, la que presentó mayor promedio de puntuación fue movilidad $32,10 \pm 26,3537$. El área con menor promedio de puntuación fue autocuidado o cuidado personal con $14,32 \pm 20,1740$ puntos. Ver tabla 9 y gráfico radial 1

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

Áreas y global Discapacidad	Media	Desv. Tip	Mínimo	Máximo
Cognición	19,6800	18,78082	,00	90,00
Movilidad	32,1000	26,35377	,00	93,75
Cuidado Personal	14,3200	20,17408	,00	100,00
Relaciones	18,8667	20,05660	,00	83,33
Actividades de la vida diaria AVD	29,2800	25,27832	,00	100,00
AVD-Trabajo remunerado	17,1815	15,04438	,00	71,43
Participación	29,1667	17,00760	,00	70,83
Puntuación global de discapacidad	26,8522	15,09103	1,09	79,35
n=125				

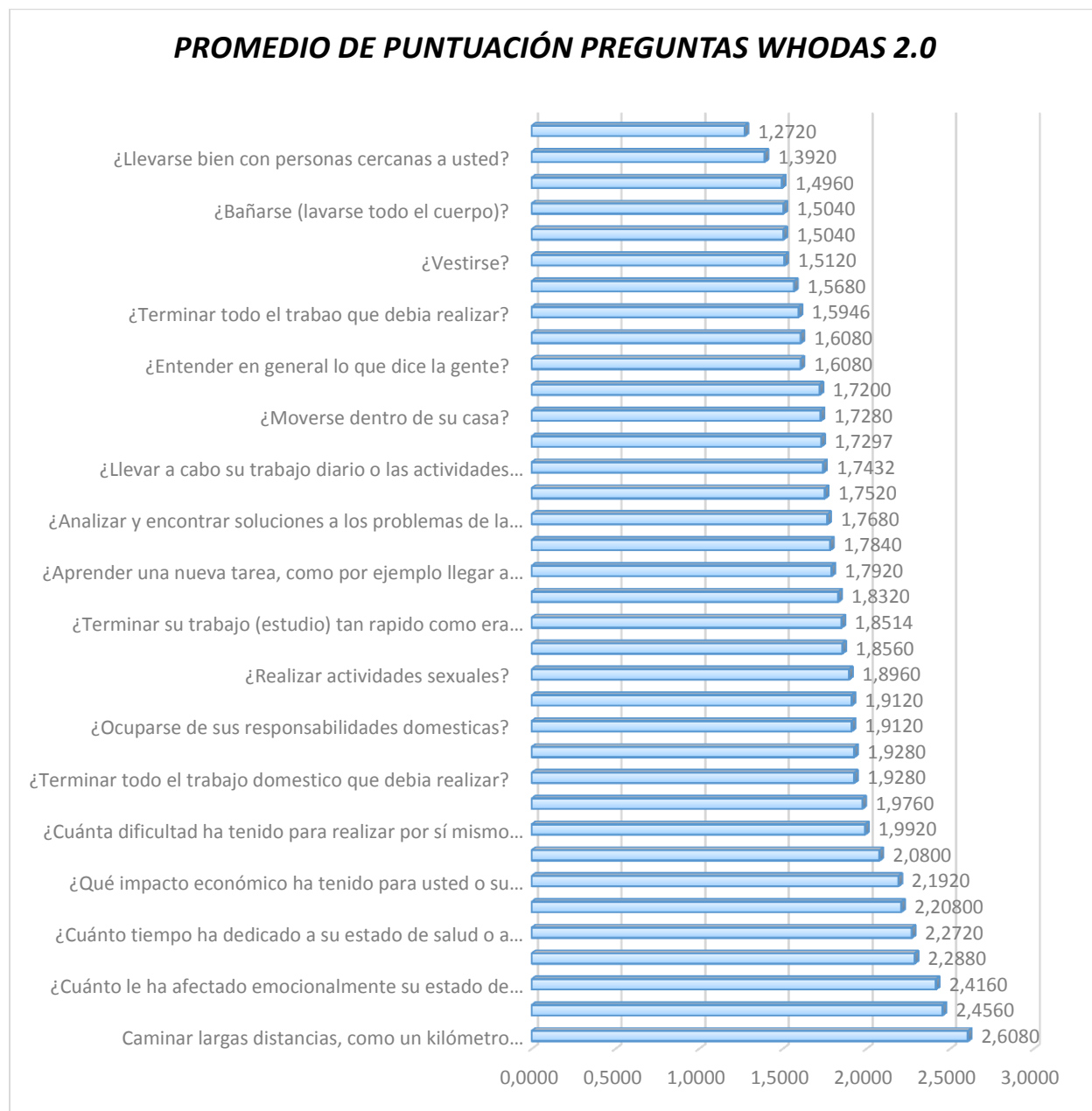
Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017).

Perfil de Discapacidad - Sabanalarga



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

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



n=125

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017).

En cuanto a la discapacidad global recodificada a partir de las 6 áreas del WHODAS 2.0, se encontró que el 48% de los encuestados presentaron discapacidad leve. Ver tabla 10.

Tabla 10. Grado de Discapacidad WHODAS 2.0

Grado de Discapacidad	FA	%
Ninguna	3	2,4
Leve	60	48,0
Moderada	53	42,4
Severa	9	7,2
Extrema	0	0
Total	125	100

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

El grado de discapacidad extremo fue en mayor porcentaje para las áreas de cuidado personal y actividades de la vida diaria-trabajo no remunerado (0,8%). El área de Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado fue la que evidenció mayor proporción de discapacidad en grado leve (61%). Ver tabla 11.

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

Dominio	Grado	FA	%
Cognición	Ninguna	23	18,4
	Leve	59	47,2
	Moderada	32	25,6
	Severa	11	8,8
Movilidad	Ninguna	26	20,8
	Leve	25	20,0
	Moderada	40	32,0
	Severa	34	27,2
Cuidado Personal	Ninguna	63	50,4
	Leve	32	25,6
	Moderada	19	15,2
	Severa	10	8,0
	Extrema	1	0,8
Relaciones	Ninguna	43	34,4
	Leve	35	28,0
	Moderada	31	24,8
	Severa	16	12,8
Actividades de la vida diaria-trabajo no remunerado	Ninguna	39	31,2
	Leve	14	11,2
	Moderada	38	30,4
	Severa	33	26,4
	Extrema	1	0,8
Actividades de la vida diaria-trabajo	Ninguna	21	16,8

Dominio	Grado	FA	%
	Leve	77	61,6
	Moderada	25	20,0
	Severa	2	1,6
Participación	Ninguna	4	3,2
	Leve	43	34,4
	Moderada	59	47,2
	Severa	19	15,2

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2015)

6.4 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

En la muestra del estudio, el dominio de relaciones interpersonales presentó mayor promedio de puntuación, el más bajo promedio fue para el dominio Físico. Ver tabla 12.

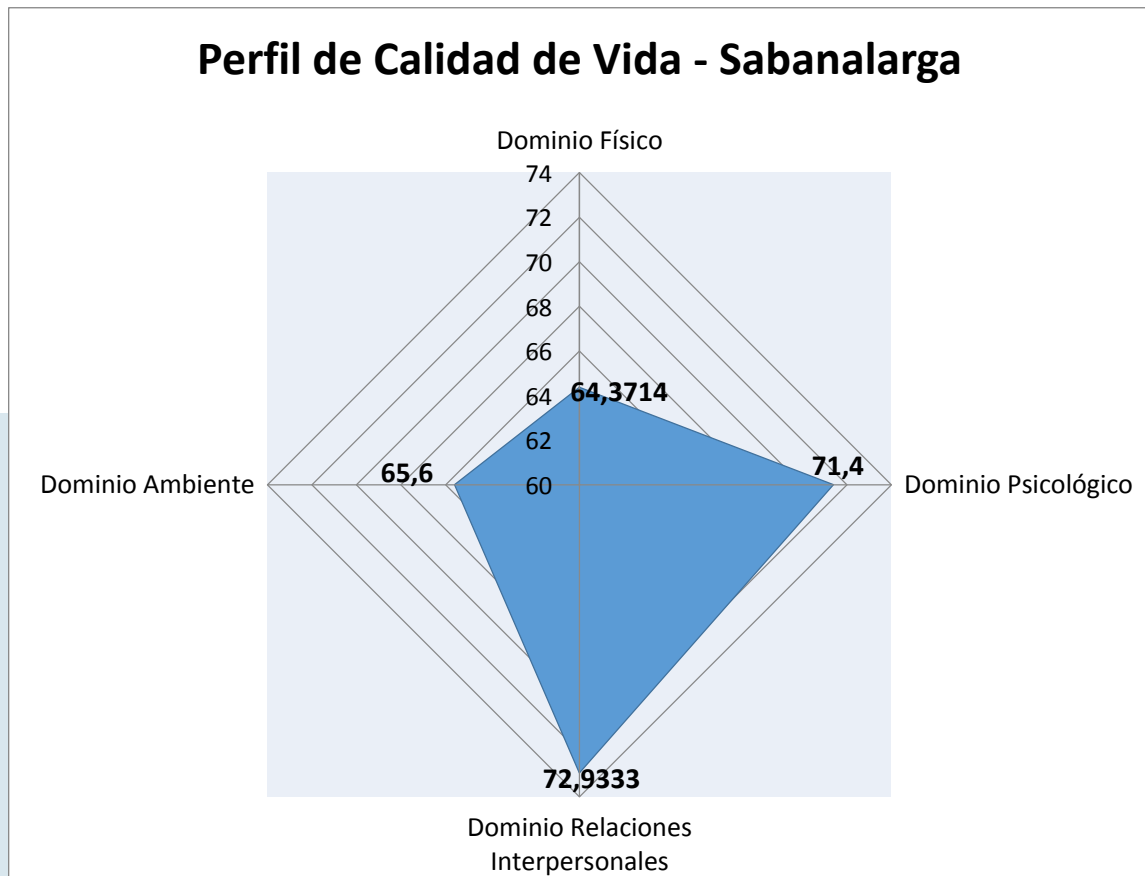
Tabla 12. Estadísticos descriptivos puntaje total por dominios del WHOQOL Bref.

DOMINIOS WHOQOL Bref (0 a 100 puntos)	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Calidad de vida general	0	100	68,240	15,870
Dominio Físico	21,43	92,86	64,3714	15,39116
Dominio Psicológico	33,33	100,00	71,4000	14,70613
Dominio Relaciones Interpersonales	33,33	100,00	72,9333	14,53645
Dominio Ambiente	28,13	100,00	65,6000	13,85940

n=125

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

Perfil de Calidad de Vida - Sabanalarga



Dentro de la muestra del estudio, las preguntas con menores promedios de puntuación fueron: frecuencia de sentimientos negativos, dolor físico impide realizar lo que necesita y necesidad de tratamiento médico para funcionar en su vida diaria; los que tuvieron mayores promedios (mejor percepción de CVRS) fueron: el sentido de lo que piensa que tiene su vida, aceptar su apariencia física? Ver gráfico 2.

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



n=125

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

Se realizó la prueba de una muestra (Kolmogorov-Smirnov) para determinar la normalidad de las variables de discapacidad por áreas y global evaluada con el WHODAS 2.0 y CVRS por dominios evaluada con el WHOQOL Bref. Así como también para las variables cuantitativas sociodemográficas y clínicas.

Se encontró distribución normal ($p > 0,005$) en las áreas de participación y puntuación global de discapacidad, en el dominio psicológico de CVRS y en edad en años cumplidos. Este resultado indicó el análisis de correlación no paramétrico.

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

Variables	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Prueba de Normalidad	
					Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintótica (bilateral)
Cognición	19,6800	18,78082	,00	90,00	0.174	,000
Movilidad	32,1000	26,35377	,00	93,75	0.133	,000
Cuidado Personal	14,3200	20,17408	,00	100,00	0.265	,000
Relaciones	18,8667	20,05660	,00	83,33	0.196	,000
Actividades de la vida diaria	29,2800	25,27832	,00	100,00	0.189	,000
Actividades de la vida diaria- Trabajo remunerado	17,1815	15,04438	,00	71,43	0.157	,000
Participación	29,1667	17,00760	,00	70,83	0.092	,011
Discapacidad global	26,8522	15,09103	1,09	79,35	0.09	,014
Calidad de vida general	68,240	15,870	0	100	0.234	0,02
Físico	64,3714	15,39116	21,43	92,86	0.102	,003
Psicológico	71,4000	14,70613	33,33	100,00	0.085	,026
Relaciones Interpersonales	72,9333	14,53645	33,33	100,00	0.253	,000
Ambiente	65,6000	13,85940	28,13	100,00	0.109	,001
Edad en años cumplidos	48,57	± 15,772	20	92,00	0.083	,035
Tiempo de evolución de la limitación permanente	195,25	175,615	6	744	0.158	,000
n= 125						

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

Según el nivel de medición de la variable se utilizaron diferentes coeficientes de relación para el análisis entre las variables sociodemográficas, clínicas y discapacidad por áreas y global (escala de 0-100). Para las variables cualitativas se recurrió a Eta y Spearman según la variable fuera nominal u ordinal. Para las variables cuantitativas se recurrió a Spearman según el comportamiento no paramétrico de la variable discapacidad (áreas y global) y calidad de vida (dominios), para todos los casos se consideró significativa la relación cuando el p Valor fuera \leq a 0,05. Ver tabla 14 y 15.

Tabla 14. Coeficientes de correlación utilizados para discapacidad por áreas y global (WHO DAS 2.0) con características sociodemográficas y clínicas, acorde con el nivel de medición de las variables

Variable	Nivel de medición	Discapacidad por áreas y global WHODAS 2.0 (0 – 100)	Coefficiente de relación
1. Sexo 2. Estado civil 3. Ocupación actual 4. Diagnóstico médico 5. Uso de ayudas externas 6. Uso de medicamentos 7. Medicamentos utilizados	Nominal	1. Cognición 2. Movilidad 3. Cuidado Personal 4. Relaciones	Eta
8. Nivel de estudios alcanzados 9. Estrato socioeconómico 10. Rangos de edad 11. Rangos de tiempo de limitación permanente 12. Ayudas externas utilizadas	Ordinal	5. Actividades de la vida diaria 6. Participación 7. Discapacidad global	Spearman
13. Tiempo Limitación Permanente 14. Edad	Cuantitativa (Intervalo o razón)	1. Cognición 2. Movilidad 3. Cuidado Personal 4. Relaciones 5. Actividades de la vida diaria 6. Participación 7. Discapacidad global	Spearman Pearson

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

Tabla 15. Coeficientes de correlación utilizados para CVRS por dominios (WHOQOL BREF) con características sociodemográficas y clínicas, acorde con el nivel de medición de las variables

Variable	Nivel de medición	CVRS por dimensione	Coeficiente de relación
1. Sexo 2. Estado civil 3. Ocupación actual 4. Diagnóstico médico 5. Uso de ayudas externas 6. Uso de medicamentos 7. Medicamentos utilizados	Nominal	Calidad de Vida General Dominio Físico Dominio Psicológico	Eta
8. Nivel de estudios alcanzados 9. Estrato socioeconómico 10. Rangos de edad 11. Rangos de tiempo de limitación permanente 12. Ayudas externas utilizadas	Ordinal	Dominio Relaciones Interpersonales Dominio Ambiente	Spearman
13. Tiempo Limitación Permanente 14. Edad	Cuantitativa (Intervalo o razón)	Calidad de Vida General Dominio Físico Dominio Relaciones Interpersonales Dominio Ambiente Dominio Psicológico	Spearman Pearson

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

Se aplicaron pruebas de homogeneidad para evaluar la significancia estadística de las variables de estudio. En variables con dos grupos se utilizó la prueba U de Mann-Whitney (t student) y para variables de más de dos grupos se utilizó la prueba H de Kruskal-Wallis (F de Fisher) acorde con la distribución no normal de las variables de discapacidad por áreas y global y calidad de vida por dominios. ver tablas 16 y 17.

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

Variable	Número de grupos	Discapacidad por áreas y global WHODAS 2.0	Coefficiente de relación
1. Sexo	Dos grupos	1. Cognición 2. Movilidad 3. Cuidado Personal 4. Relaciones 5. Actividades de la vida diaria 6. Participación 7. Discapacidad global	U Mann Whitney
2. Estado civil 3. Ocupación actual 4. Nivel de estudios alcanzados 5. Estrato socioeconómico 6. Rangos de edad 7. Diagnóstico médico 8. Tiempo de limitación permanente 9. Uso de ayudas externas 10. Ayudas externas utilizadas 11. Uso de medicamentos 12. Medicamentos utilizados 13. Rangos de tiempo de limitación permanente	Más de dos grupos		H de Kruskal Wallis

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

Variable	Número de grupos	Discapacidad por áreas y global	Coefficiente de relación
1. Sexo	Dos grupos	Calidad de Vida General Dominio Físico Dominio Psicológico Dominio Relaciones Interpersonales Dominio Ambiente	U Mann Whitney
2. Estado civil 3. Ocupación actual 4. Nivel de estudios alcanzados 5. Estrato socioeconómico 6. Rangos de edad 7. Diagnóstico médico 8. Tiempo de limitación permanente 9. Uso de ayudas externas 10. Ayudas externas utilizadas 11. Uso de medicamentos 12. Medicamentos utilizados 13. Rangos de tiempo de limitación permanente	Más de dos grupos		H de Kruskal Wallis

6.5. RESULTADOS BIVARIADOS

6.5.1 Relación entre variables Sociodemográficas y Discapacidad

La edad y el rango de edad fueron las variables sociodemográficas que presentaron relación estadísticamente significativa con las áreas de cognición, movilidad y puntuación global de discapacidad. Los datos de las demás asociaciones, algunos estadísticamente significativos, no se consideraron en este trabajo por tener fuerzas de relación inferiores a 0,3. Ver tabla 18

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

Variables	Discapacidad por áreas y global								
	Estadístico***	Cognición	Movilidad	Cuidado Personal	Relaciones	Actividades de la vida diaria	Actividades de la vida diaria-Trabajo remunerado	Participación	Puntuación global de discapacidad
Sexo del encuestado	ETA	0,262	0.283	0.259	0.187	0.276	0.419	0.341	0.589
	P Valor	0.01	0.811	0.926	0.758	0.282	0.118	0.362	0.277
Edad en años cumplidos	Rho / r	,309**	,346**	,262	-0.04	,271	,245	,202	,308**
	P Valor	0.000	0.000	0.003	0.659	0.002	0.036	0.024	0,000
Rangos de Edad	Rho / r	,309**	,330**	,267	-0.037	,268	,255	,208	,308**
	P Valor	0.000	0.000	0.003	0.685	0.003	0.029	0.02	0.000
Escolaridad	Rho / r	-,268	-0.109	-,245	-,296	-0.029	0.07	-,188	-,213
	P Valor	0.003	0.228	0.006	0.001	0.75	0.553	0.036	0.017
Estado civil actual	ETA	0.343	0.347	0.258	0.265	0.5	0.337	0.298	0.531
	P Valor	0.573	0.379	0.914	0.892	0.676	0.764	0.879	0.737
Ocupación actual	ETA	0.364	0.332	0.328	0.257	0.292	0.699	0.348	0.589
	P Valor	0.135	0.643	0.397	0.573	0.176	0.612	0.609	0.61
Afilación en salud	Rho / r	-0.033	0.083	-0.156	-,290	-0.048	0.072	-0.169	-0.1
	P Valor	0.717	0.36	0.083	0.001	0.592	0.542	0.059	0.269
Ingresos familiares	Rho / r	-0.118	0.079	-0.151	-,254	-0.008	0.142	-,223	-0.15
	P Valor	0.19	0.38	0.093	0.004	0.933	0.228	0.012	0.094
Estrato socioeconómico	Rho / r	-0.065	0.08	-0.027	-0.169	0.071	0.16	-0.117	-0.071
	P Valor	0.47	0.378	0.761	0.059	0.435	0.174	0.194	0.432

*p valor ≤ 0,05. ** p valor ≤ 0,01

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

r: Coeficiente de correlación de Pearson

Rho: Coeficiente de correlación de Spearman

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

6.5.2 Relación entre variables clínicas y Discapacidad

En la relación entre variables clínicas y discapacidad se encontró que el área de movilidad presento asociación significativa e inversa con tiempo de la limitación y directa con uso de ayudas y tipo de ayudas externas. Las demás correlaciones no fueron consideradas en este estudio por evidenciar fuerzas de asociación inferiores a 0,3. Ver tabla 19.

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

Variables	Estadístico***	Discapacidad por áreas y global							
		Cognición	Movilidad	Cuidado Personal	Relaciones	Actividades de la vida diaria	Actividades de la vida diaria-Trabajo remunerado	Participación	Puntuación global de discapacidad
Diagnóstico médico (CIE 10)	ETA	-0.166	0.155	0.019	-,320**	0.173	,260	-0.151	-0.017
	P Valor	0.064	0.085	0.83	0,000	0.054	0.025	0.092	0.853
Tiempo de evolución de la limitación (meses)	Rho / r	0.024	-,323**	-0.044	0.026	-0.165	-0.169	-,197	-,197
	P Valor	0.789	0,000	0.628	0.773	0.066	0.15	0.027	0.028
Uso de ayudas externas	ETA	-0.152	,377**	,196	-0.125	0.149	0.018	0.027	0.121
	P Valor	0.092	0,000	0.029	0.164	0.098	0.876	0.762	0.18
Ayudas externas utilizadas	Rho / r	-0.129	,340**	0.153	-0.125	0.112	0.032	-0.035	0,000
	P Valor	0.152	0,000	0.089	0.165	0.212	0.784	0.697	0.999
Uso de medicamentos	ETA	0.121	,288	0.108	0.036	,249	0.227	0.148	,246
	P Valor	0.182	0.001	0.231	0.695	0.005	0.053	0.1	0.006
Medicamentos utilizados	Rho / r	0.108	,271	0.096	0.012	,220	0.228	0.042	0.138
	P Valor	0.231	0.002	0.288	0.896	0.014	0.052	0.644	0.126

*p valor ≤ 0,05 ** p valor ≤ 0,01

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

rho: Coeficiente de correlación de Spearman

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

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

En la relación entre variables clínicas y discapacidad se encontró que las variables la variable ocupación actual presentó relación significativa con todos los dominios de Calidad de vida. Se destaca como el ingreso familiar mostró asociación significativa con calidad de vida general y el dominio ambiental y estarto socioeconómico con ambiente. Otras correlaciones significativas se pueden apreciar en la tabla siguiente considerando aceptables para el estudio aquellas con fuerza de asociación igual o superior a 0,3.

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

Variables	Estadístico	CVRS por dominios				
		Dominio Físico	Dominio Psicológico	Dominio Relaciones Interpersonales	Ambiente	CV general
Sexo del encuestado	ETA	0.302	0.378	0.208	0.425	0,055
	P Valor	0.541	0.456	0.229	0.771	0,541
Edad en años cumplidos	Rho / r	-0,298	-,333**	-,193	-0.102	-0,329**
	P Valor	0,000	0,000	0.031	0.257	0,001
Rangos de Edad	Rho	-,396**	-,336**	-,189	-0.087	0,477**
	P Valor	0,000	0,000	0.034	0.332	0,000
Máximo nivel de estudios alcanzado	Rho	0.176	,318**	,406**	,277	0,149
	P Valor	0.05	0,000	0,000	0.002	0,051
Estado civil actual	ETA	0.399	0.389	0.321	0.436	0,172
	P Valor	0.678	0.185	0.174	0.749	0,055
Ocupación actual	ETA	0,355**	0,389*	0,358**	0,4**	0,537*
	P Valor	0.003	0.026	0,000	0.004	0,002
Afiliación en salud	Rho	-0.02	,210	,241	,277	0,245
	P Valor	0.825	0.019	0.007	0.002	0,001
Ingresos familiares	Rho	0.028	,206	,262	,316**	,386**
	P Valor	0.756	0.021	0.003	0,000	0,001
Estrato socioeconómico	Rho	0.037	0.138	0.174	,371**	,282
	P Valor	0.685	0.124	0.052	0,000	0,340

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

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

r: Coeficiente de correlación de Pearson

rho: Coeficiente de correlación de Spearman

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

6.5.4 Relación variables clínicas y CVRS

El dominio físico y calidad de vida general fueron los que presentaron asociaciones significativas con diagnóstico médico, uso de medicamentos y medicamentos utilizados. No se consideran otras asociaciones por presentar fuerza inferior a 0,3.

Tabla 21. Relación de variables clínicas con dimensiones de CVRS

Variables		CVRS por dominios					
		Estadístico***	Dominio Físico	Dominio Psicológico	Dominio Relaciones Interpersonales	Ambiente	CV General
Clínicas	Diagnóstico médico (CIE 10)	ETA	0,330**	0.368	0.314	0.392	0.425**
		P Valor	0,000	0.189	0.092	0.124	0.001
	Tiempo de evolución de la limitación permanente (meses)	Rho / r	,246	0.046	-0.002	-0.003	0.102
		P Valor	0.006	0.613	0.978	0.972	0.257
	Rangos de tiempo de la limitación permanente	Rho / r	,267	0.059	-0.012	0.054	-0.087
		P Valor	0.003	0.512	0.893	0.548	0.332
	Uso de ayudas externas	ETA	0.285	0.371	0.251	0.356	,277
		P Valor	0.002	0.248	0.056	0.63	0.002
	Ayudas externas utilizadas	Rho / r	-0.142	0.047	,183	0.079	0.436
		P Valor	0.115	0.604	0.041	0.379	0.749
	Uso de medicamentos	ETA	0,508**	0.38	0.182	0.437	0,4**
		P Valor	0,000	0.492	0.863	0.79	0.004
	Medicamentos utilizados	Rho / r	,327**	-0.165	-0.001	0.016	,377**
		P Valor	0,000	0.067	0.992	0.86	0.002

*P≤ 0.05 ** P≤ 0.01

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

r: Coeficiente de correlación de Pearson

rho: Coeficiente de correlación de Spearman

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

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

La discapacidad global y el área de participación evidenciaron relación significativa e inversa con la CVRS general y todos sus dominios ($p < 0,05$), este hallazgo pone de manifiesto que a menor discapacidad mejor percepción de calidad de vida, dicha asociación fue estadísticamente significativa. El dominio físico presentó relación con las áreas de movilidad, cuidado personal, actividades de la vida diaria, participación y puntuación global de discapacidad, mientras que el dominio psicológico presentó relación inversa con cognición, cuidado personal, relaciones, participación y puntuación global, mientras que el dominio de relaciones personales presentó una relación inversa con cognición, relaciones, participación y puntuación global y el dominio ambiente guarda una relación inversa con participación y puntuación final. Otras correlaciones se muestran en la tabla siguiente las cuales fueron consideradas por tener una fuerza de asociación igual o superior a 0,3 con significancia estadística.

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

VARIABLES	CVRS por dominios					
	Estadístico***	Dominio Físico	Dominio Psicológico	Dominio Relaciones Interpersonales	Ambiente	CV general
Discapacidad por áreas y global						
Cognición	Rho	-,280	-,431**	-,499**	-,245	-,435**
	P Valor	0,002	0,000	0,000	0,006	0,001
Movilidad	Rho	-,555**	-,202	-0,084	-0,138	-,456**
	P Valor	0,000	0,024	0,354	0,125	0,002
Cuidado Personal	Rho	-,483**	-,359**	-,241	-,264	-,324**
	P Valor	0,000	0,000	0,007	0,003	0,002
Relaciones	Rho	-0,154	-,399**	-,451**	-,193	0,345
	P Valor	0,086	0,000	0,000	0,031	0,34
Actividades de la vida diaria	Rho	-,434**	-,235	-,222	-,238	-,432**
	P Valor	0,000	0,008	0,013	0,007	0,001
Actividades de la vida diaria Trabajo remunerado	Rho	261	-0,141	-,252	-0,014	-,652**
	P Valor	0,024	0,23	0,03	0,908	0,001
Participación	Rho/r	-,466**	-,527**	-,483**	-,401**	-,457**
	P Valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002
Puntuación global de discapacidad	Rho/r	-,572**	-,493**	-,461**	-,527**	-,567**
	P Valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

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

Rho: Coeficiente de correlación de Spearman

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017)

7. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo fundamental relacionar la discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad de la ciudad de Sabanalarga- Atlántico.

Para ello se caracterizaron variables sociodemográficas y clínicas de personas adultas con discapacidad de esta localidad y se encontró que la mayoría fueron mujeres. Estos datos son similares a los encontrados en un estudio realizado a nivel nacional por Posada et al. (65), así mismo Castelblanco et al (66) y a nivel internacional Morgan et al (67) y Flores et al (68), sin embargo difiere de la mayoría de los estudios realizados a nivel nacional e internacional en España por Ortega et al. (69), así mismo a nivel nacional Gil et al. (70), Daza et al (71), en Pasto y Popayán. Aunque la tendencia mayor a nivel internacional y nacional es la discapacidad en hombres que en mujeres, en dos estudios en Colombia y dos a nivel internacional se muestran resultados inversos, aunque si prevalece en el grupo poblacional adulto joven (72) (73).

Se analizó también la variable escolaridad en la población sujeto de estudio encontrándose una mayor proporción en estudios secundarios completos (29.6%). Lo anterior guarda relación con los resultados encontrados por Gil et al (70), quien refiere en su grupo de estudiado hallazgos de estudios universitarios. Aunque la mayoría de estudios a nivel nacional reflejan un nivel educativo de básica primaria Henao y Pérez (72), Contreras et al (73), Castelblanco et al (66) y lo aportado por la OMS quien en sus registros afirma que la población con discapacidad que alcanza un nivel de estudios universitarios es menor (2%).

El 29,6% de los participantes eran trabajadores independientes, situación similar se reporta en el estudio internacional realizado por Rodríguez (75), quien revela que la integración laboral con personas con discapacidad otorga participación activa en el mercado laboral y que el ámbito menos afectado es el trabajo por su propia cuenta. Sin embargo esto difiere de los hallazgos a nivel nacional (74)(72)(19) quienes reportan un comportamiento de desempleo para las personas con discapacidad, lo cual guarda relación con datos manejados por la OMS donde se advierte de la tasa de desempleo bajas para las personas con discapacidad.

La mayoría de la población participante se encuentran afiliados al régimen de salud subsidiado (42,4%), guardando concordancia con los hallazgos de Gil et al (70) en Pasto, Daza et al (71) en Popayán y Castelblanco et al en Manizales (66) aunque otro estudio realizado en la Ciudad de Bucaramanga refleja lo contrario pues la mayoría de la población estudiada se encuentra en el régimen contributivo (72). El comportamiento en general a nivel nacional e

internacional es en su mayoría la afiliación al régimen subsidiado, pues en su mayoría son personas que no pueden pagar su afiliación en salud (69) (70).

Cerca de la mitad de los participantes (44,85) tiene ingresos familiares inferiores a un salario mínimo legal vigente (SMLV), iguales resultados se encontraron en los estudios de Gil et al (70), Daza et al (71), Castelblanco et al (66) e Imbachí et al (19) y lo reportado en el informe mundial de la discapacidad de la OMS quien confirma que las personas con discapacidad tienen ingresos bajos.

En cuanto a la variable estrato socioeconómico el de mayor porcentaje para el presente estudio fue el 3 (36%), los cuales concuerdan con estudios nacionales (67) (19) (72) (73), quienes manifiestan haber encontrado mayores resultados en estratos bajos.

De acuerdo a los hallazgos del presente estudio, se relaciona con lo referido en el informe mundial de la OMS (3) en el que revela que las personas con discapacidad tienen mayores tasas de privación respecto a alimentación, vivienda, escolaridad, saneamiento, básico, atención en salud, y trabajo. Existe una relación significativa entre discapacidad y pobreza. Por una parte, la pobreza produce discapacidad, la cual puede estar relacionada con la desnutrición o mala alimentación, presencia de enfermedades prevenibles durante el proceso de gestación. Martínez (75), afirma que la discriminación que se deriva de la discapacidad lleva a la exclusión, la marginación, la falta de estudios, el desempleo; y todos estos factores aumentan el riesgo de pobreza. Las personas con discapacidad tienen más probabilidades de tener un nivel de ingresos por debajo del umbral de la pobreza, y tienen menos ahorros y propiedades que otros ciudadanos.

Por otro lado, en cuanto a las características clínicas, se halló dentro de la población participante que el principal diagnóstico médico (CIE 10) al cual se atribuyó la limitación permanente fue el de enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (40%), más de la mitad de las personas usan ayudas externas y de ellos el de mayor porcentaje de uso es el bastón. Resultados iguales refleja el estudio realizado por Gil et al (70) en Pasto y en Honduras et al (68) quienes encuentran en segundo lugar limitación para caminar. Más de la mitad (52,8%) de estas personas en la ciudad de Sabanalarga lleva más de 10 años con la limitación permanente o discapacidad, siendo concordante con estudios a nivel nacional (19)(77).

En cuanto a los resultados sociodemográficos, con discapacidad por áreas y global (WHO-DAS II) de los estudiados en Sabanalarga, se evidenció una relación significativamente estadística con una fuerza de asociación baja para la variable rangos de edad con las áreas de movilidad, actividades de la vida diaria y puntuación global donde la media más alta para el rango de edad 80 años y más, lo cual sugiere que las personas con mayor grado de discapacidad tienen más edad y presenta mayor dificultad para ejecutar actividades de la vida diaria y en movilidad, este resultado guarda relación con los hallazgos encontrados en una investigación realizada a nivel

nacional por Hernández et al (77) quienes encontraron en su población estudiada que las personas a mayor edad se perciben con discapacidad, resultados que se asemejan a los presentados por Castelblanco et al (66) quienes reportan un mayor porcentaje de personas con discapacidad en edades que van desde el curso de vida adulto medio hasta la vejez siendo este último el segundo con mayor porcentaje 26.9%, así mismo Flores et al (68) reportan en su estudio que a mayor edad aumenta la proporción de discapacidad (rango de edad 51- 58 años). Sin embargo lo anterior difiere con lo expresado en el informe mundial de discapacidad de 2011 (79) donde se afirma que los adultos mayores no se identifican así mismos como personas con discapacidad, aunque tengan grandes dificultades de funcionamiento, porque consideran que su nivel de funcionamiento es adecuado para su edad.

En los resultados de las variables clínicas con discapacidad por áreas y global (WHO-DAS 2.0), en la muestra de personas con discapacidad de la ciudad de Sabalanarga, se evidenció una relación significativamente estadística con fuerza de asociación baja entre las variables uso de medicamentos con los dominios de movilidad, actividades de la vida diaria y puntuación global de discapacidad. Resultado similar se halló en el estudio realizado por Gil et al (70) quienes usando el mismo instrumento de evaluación encontraron una relación significativamente estadística con fuerza de asociación buena entre uso de medicamentos y movilidad. Así mismo Rebollo et al (79), en un estudio realizado en España utilizando el WHO-DAS II reporta que existe mayor predominio en las deficiencias funcionales cotidianas relacionadas con el autocuidado y la movilidad, así mismo Flores et al (68) reportan dentro de las más frecuentes las de cuidado personal y movilidad.

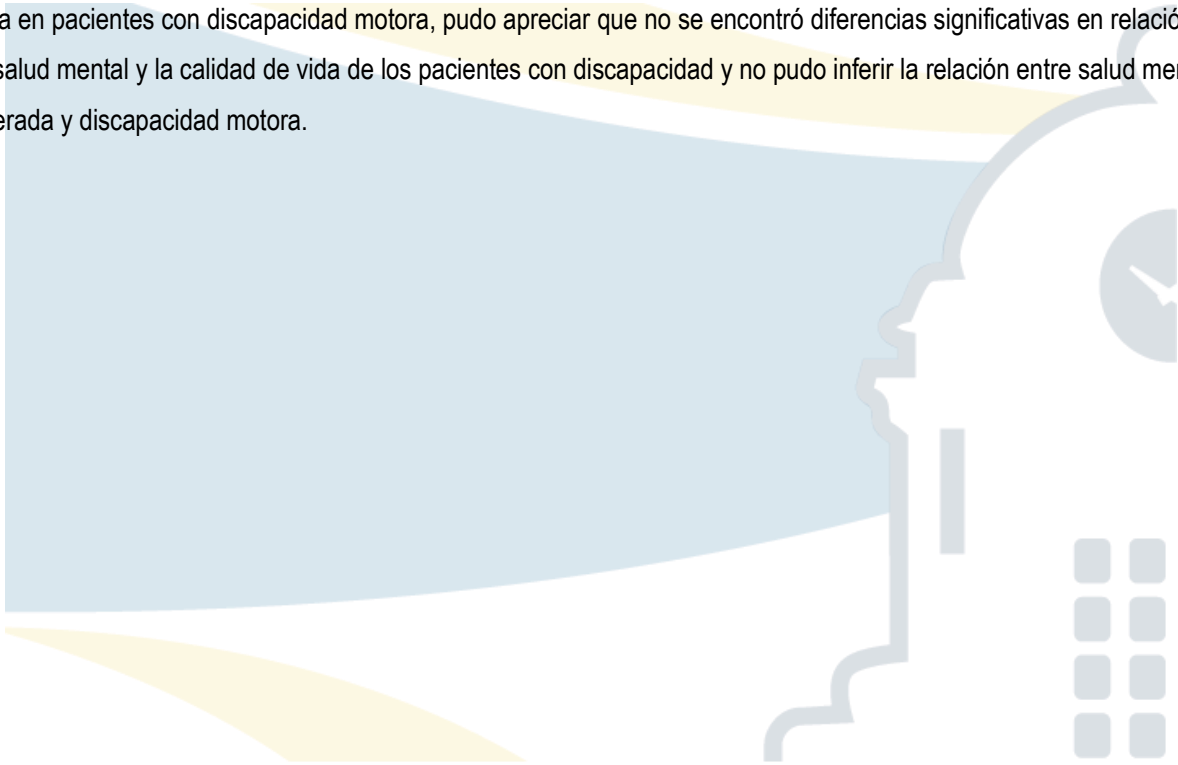
Luego de estudiar la muestra de la población objeto se encontró una relación entre las variables sociodemográficas y calidad de vida relacionada con la salud (WHOQOL Bref) siendo la de mayor significancia estadística la variable máximo nivel de estudios (secundaria completa) con el dominio relaciones interpersonales, ambiente y psicológico, rango de edad (20-29 años) con el físico y estrato 3 (bajo) con ambiente. Los anteriores resultados guardan relación con los hallazgos de Henao y Pérez quienes hallan que menos del 2% alcanzan estudios universitarios, sin embargo para contrastar los resultados de los dominios con menor puntuación del WHOQOL Bref no se cuenta con estudios pues no se conocen resultados similares o contrarios aplicados con este instrumento. En cuanto a la variable rango de edad (20- 29 años) y dominio físico se encuentra similitud con lo expuesto en el informe mundial de discapacidad (78) declarando que es posible que los adultos mayores no se identifiquen a sí mismos como personas con discapacidad, aunque tengan grandes dificultades de funcionamiento, porque consideran que su nivel de funcionamiento es adecuado para su edad. Así mismo la concordancia encontrada entre estrato socioeconómico bajo y dominio ambiente, si bien no se conocen estudios que guarden esta misma relación Castelblanco et al (66) quienes también hallan mayoría en este estrato consideran que la baja participación en diversas actividades no debería estar relacionada con las posibilidades económicas de un sujeto.

En cuanto a los resultados bivariados relacionados entre las variables clínicas con CVRS (WHOQOL Bref) se evidenció relación significativamente estadística con mayor fuerza de asociación entre las variables dominio físico y calidad de vida general con diagnóstico médico, uso de medicamentos y medicamentos utilizados. Con respecto a este resultado Castelblanco et al (66) hallan como mayor porcentaje de limitación permanente (50.2%) a las actividades del dominio físico: caminar, saltar y mover brazos y piernas, Gil et al (70) reporta el área de movilidad usando otro instrumento como dimensión con mayor compromiso. Así mismo, en hallazgos realizados por Gil (70) y López et al(81), dan a conocer la relevancia del diagnóstico médico en el manejo de la discapacidad, encontrando en su estudio sobre Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada que existe una deficiente validez de los criterios diagnósticos de TAG, ya que, cuentan con una muy baja especificidad, lo que se enmascara con los criterios diagnósticos de la depresión. Esta relación estrecha aumenta los gastos económicos familiares y personales, situación que en la mayoría de los casos refleja la inequidad debido a que para acceder a mejores medicamentos y plan de salud (medicina prepagada) los usuarios deben complementarlo con un servicio adicional el cual por supuesto tiene un costo alto. En este sentido, Esquivia (82), afirma que es fundamental que en el plan de estudios del pregrado médico, se incluya el concepto de Discapacidad lo cual permitiría que los profesionales adquieran las competencias requeridas para la atención del paciente en condición de Discapacidad y sus acciones estén dirigidas no solo a la promoción y mantenimiento de la salud, sino también a la prevención de las enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento y su rehabilitación.

Con relación a la CVRS por dominios con discapacidad por áreas y global se encontró entre la población de la ciudad de Sabanalarga que las variables que muestran una significancia estadística son comprensión- comunicación con relaciones interpersonales, movilidad y autocuidado con el dominio físico, participación en sociedad con los dominios psicológicos y relaciones interpersonales y puntuación global con el dominio físico. Los resultados anteriores sugieren que las personas se perciben con menor calidad de vida cuando se incluye una limitación física permanente, siendo esta la de mayor proporción para la mayoría de los casos (66), (19), (80). Estos resultados guardan relación además con los hallados en Neiva por Quesada et al (80) aunque con otro instrumento para medir las dimensiones de la calidad de vida encuentran que las áreas con mayor compromiso afectando la calidad de vida de las personas son movilidad, actividades de la vida diaria, conocimiento y comunicación correlacionándose negativamente con el bienestar físico, psicológico y social lo que sugiere que la discapacidad tiene un efecto negativo en la calidad de vida.

En general en la población de la ciudad de Sabanalarga que todas las variables de discapacidad: Cognición, movilidad, cuidado personal, relaciones, actividades de la vida diaria, trabajo remunerado y participación muestran significancia estadística alta a la inversa en general con los dominios de la calidad de vida y general.

Estos hallazgos concuerdan con lo encontrado por López et al(81), en su estudio cuyos resultados permitieron inferir que la presencia de antecedentes heredofamiliares de trastornos de ansiedad predijo menores puntajes en los rubros de salud física, salud mental, tiempo libre y satisfacción en los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. En contraste a los hallazgos de este estudio, González et al(83), en su estudio acerca de la calidad de vida en pacientes con discapacidad motora, pudo apreciar que no se encontró diferencias significativas en relación a la salud mental y la calidad de vida de los pacientes con discapacidad y no pudo inferir la relación entre salud mental alterada y discapacidad motora.



8. CONCLUSIONES

1. El presente estudio se realizó en la ciudad de Sabanalarga con 125 personas con discapacidad, se evidenció que los participantes en su mayoría fueron mujeres adultas, casadas y de un estrato socioeconómico medio, afiliados en mayor porcentaje al régimen subsidiado. Un cuarto de dicha población reportó que eran trabajadores Independientes.
2. Las variables clínicas evidenciaron que las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo fueron las condiciones de salud más prevalentes, la mayoría de los participantes lleva más de diez años con la discapacidad.
3. La discapacidad leve se presentó en casi la mitad de la muestra, siendo el área de movilidad fue la que presentó mayor promedio de puntuación (mayor discapacidad).
4. La calidad de vida general fue evaluada con una calificación de 68,240 en una escala de 0 a 100, siendo mayor el puntaje obtenido por el dominio de relaciones interpersonales y el menor por el dominio físico. Lo anterior puede sugerir que aspectos como dolor, dependencia a medicamentos y ayudas médicas, fatiga, alteración en movilidad, en el sueño o descanso son deficientemente percibidos en la población con discapacidad participante y deberán ser tenidos en cuenta como indicadores de percepción de calidad de vida.
5. La edad es la variable sociodemográfica que evidenció relación significativa con las áreas de cognición, movilidad y global de discapacidad. El área de movilidad presentó asociación inversa y significativa con el tiempo de limitación permanente, a su vez esta misma área se relacionó con uso y tipo de ayudas. Los hallazgos evidenciaron que la condición de salud no es un determinante en la percepción de discapacidad para los participantes y que a mayor tiempo de la limitación menor limitación en la movilidad.
6. La ocupación es la variable sociodemográfica que evidenció relación estadística con todos los dominios y general de CV. Los ingresos familiares presentan asociación estadística con CV general y el dominio ambiental. Se destaca la asociación entre el diagnóstico médico y medicamentos con el dominio físico y CV general.
7. El área de participación y global de discapacidad evidenciaron relación significativa e inversa con los dominios y general de CVRS. Se destaca la relación inversa encontrada entre el dominio físico y las áreas

de movilidad, autocuidado y actividades de la vida diaria, lo anterior permite plantear que en la población participante la mejor percepción de calidad de vida se asocia con menor grado de discapacidad.



9. RECOMENDACIONES

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

La situación ocupacional es una variable que influye sobre la percepción de la calidad de vida en la población participante con discapacidad. Se recomienda desde la academia continuar promoviendo de manera articulada con las empresas de esta ciudad la inclusión sociolaboral de manera tal que permita satisfacer una necesidad de las personas con discapacidad referida a autonomía y autogestión de su vida y sus familias.

Luego de la realización de este estudio, se refleja la realidad de las personas con discapacidad del Municipio de Sabanalarga para ser incluidos en la sociedad la cual se impone barreras de acceso a los servicios básicos. Teniendo en cuenta lo anterior se hace necesario que las entidades involucradas en pro de esta población se empoderen de la normatividad aceptada en Colombia para permitir el cumplimiento de los derechos de tal manera que este colectivo cuente con mejores condiciones de vida.

Debido a que a nivel local no se conocen resultados de investigaciones relacionadas con el área de conocimiento estudiada, se propone promoverla desde diversos sectores, salud, educación, transporte, etc, de tal manera que se explore la realidad basada en contexto de las personas con discapacidad del municipio de Sanabalarga

Asi mismo, se utilizar el constructo de calidad de vida, la cual podría ser medida para valorar la calidad de servicios y tratamientos en salud prestados en esta municipalidad, y explorar en que medida estos impactan en la situación de discapacidad.

Por ultimo, es importante apropiar socialmente los resultados de esta investigación con la población con discapacidad del Municipio de Sabanalarga, con los entes gubernamentales, la empresa y la academia que de forma interinstitucional se construyan estrategias inclusivas para mejorar la calidad de vida.

9. EJECUCIÓN PRESUPUESTO

RUBROS	VALOR
Personal	\$ 4.600.000
Salidas de Campo	\$ 2.400.000
Materiales	\$ 1.200.000
Bibliografía	\$ 700.000
TOTAL	\$ 8.900.000

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; Secretaria general de asuntos sociales; Instituto de migraciones y servicios sociales. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (versión abreviada) [Internet] 2001 [consultado 2017 04 03] Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf
2. Organización Mundial de la Salud; 58ª Asamblea Mundial de la Salud. Discapacidad, incluidos la prevención, el tratamiento y la rehabilitación [Internet] 2005 [consultado 2017 abr 03] Disponible en:
http://who.int/disabilities/WHA5823_resolution_es.pdf
3. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Resumen: Informe mundial sobre la discapacidad [Internet] 2011 [consultado 2017 abr 03] Disponible en:
http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accesible_es.pdf
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Censo General 2005 (actualizado); Boletín sobre discapacidad en Colombia [Internet] 2005 [consultado 2017 abr 03] Recuperado a partir de:
<http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/discapacidad/>
5. Fundación Saldarriaga Concha. Informe Discapacidad Fundación Saldarriaga Concha. Día mundial de las Personas con discapacidad [Internet] 2012 [consultado 2017 abr 03] Disponible en:
<http://www.pactodeproductividad.com/pdf/informediscapacidadfsc.pdf>
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad- RLCPD. 2013 [consultado 2017 abr 04]; Disponible en:
[http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Cifras%20Registro%20de%20discapacidad%20\(Dic%202013\).pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Cifras%20Registro%20de%20discapacidad%20(Dic%202013).pdf)
7. Organización Mundial de la Salud. Classification, Assessment, and Terminology Team (CAT) - Department for Measurement and Health Information Systems. WHODAS II. Disability Assessment Schedule 2.0. Training manual: a guide to administration. Geneva (Switzerland) [Internet] 2004 [consultado 2017 abr 04] Disponible en: http://www.who.int/classification/icf/WHODAS2.0_12itemsINTERVIEW.pdf
8. Vásquez Barquero J, Herrera Castañedo S, Vázquez Bourgón E, Gaité Pintado L, et al. Cuestionario para la evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (Versión española del World Health Organization Disability Assessment Schedule II) WHO-DAS II. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones; 2006.
9. Üstün TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J. Measuring Health and Disability Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHO-DAS 2.0. Geneva: World Health Organization; 2010.

10. Kutlay S, Küçükdevci A, Elhan A, Oztuna D, Koç N, Tennant A. Validation of the World Health Organization disability assessment schedule II (WHODAS-II) in patients with osteoarthritis. *Rheumatol Int.* 2011;31(3):339-46.
11. Garin O, AyusoMateos J, Almansa J, Nieto M, Chatterji S, Vilagut G, et al. Validation of the "World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8(51).
12. McKibbin C, Patterson T-L, Jeste D-V. Assessing disability in older patients with schizophrenia: results from the WHODAS-II. *Nerv Ment Dis.* 2004;192(6):405-13.
13. Chopra P, Herrman H, Kennedy G. Comparison of disability and quality of life measures in patients with long-term psychotic disorders and patients with multiple sclerosis: an application of the WHO Disability Assessment Schedule II and WHO Quality of Life-BREF. *Int J Rehabil Res.* 2008;31(2):141-9.
14. Schlote A, Richter M, Wunderlich M-T, Poppendick U, Möller C, Schwelm K, et al. WHODAS II with people after stroke and their relatives. *Disabil Rehabil.* 2008;16:1-10.
15. Van-Tubergen A, Landewe R, Heuft-Dorenbosch L, Spoorenberg A, van-der-Heijde D, van-der-Tempel H, et al. Assessment of disability with the World Health Organization Disability Assessment Schedule II in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 2003;62(2):140-5.
16. Henao Lema CP, Pérez Parra JE. Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular de Manizales (Colombia): Resultados desde WHO DAS II Manizales: Universidad Autónoma de Manizales; 2010.
17. Rios L. Grado de discapacidad en población adulta con insuficiencia renal crónica- IRC en hemodiálisis. Medellín: Universidad Autónoma de Manizales; 2010.
18. Londoño J, Rivera D, Valencia F. Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular de Medellín (Colombia): resultados desde el WHO DAS II [Maestría]. Medellín: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
19. Imbachi L, Roldán E, Silva A. Modelo predictivo de discapacidad en adultos con lesión medular de San Juan de Pasto (Colombia): resultados desde WHO-DAS II [Maestría]. San Juan de Pasto: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
20. Organización Mundial de la Salud, Servicio Nacional de Rehabilitación. Medición de la salud y la discapacidad. Manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS. WHODAS 2.0 [Internet] 2015 [consultado 2017 abr 16] Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170500/1/9874573309_spa.pdf

21. Salinas Contreras RM, Hiriart Urdanivia M, Acosta Castillo I, Sosa Ortiz AL. Diabetes mellitus y su asociación con demencia y deterioro cognitivo leve en adultos mayores mexicanos de población urbana y rural. *Arch Neurocién (Mex)*. 2013;18(Supl-I):1-7.
22. Alonso J, Ebollo P, Vilagut G, Ferrer M. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005:135-50.
23. Sánchez L, Ferrero A, Aguilar J, Climent J, Conejero J. *Manual SERMEF de rehabilitación y medicina física*. España: Sociedad española de rehabilitación y medicina física. Madrid: Panamericana; 2006.
24. Carrasco R L. *Versión española del WHOQOL*. Majadahonda (Madrid): Ergón, D.L.; 1998.
25. Congost N. *El lenguaje de las ciencias de la salud. Los cuestionarios de salud y calidad de vida y su traducción del inglés al español*: Universidad de Alicante (España); 2010.
26. Cardona Arias J. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA: Comparación del MOSSF-36, WHOQOL-BREF y WHOQOL-HIV-BREF, Medellín Colombia, 2009. *Colomb Med*. 2011;42:438-47.
27. Salas Zapata C, Grisales Romero H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2010;28(1):9-18.
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021 [Internet] [consultado 2017 abr 20] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
29. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, octubre 04, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.
30. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 1993:53-6.
31. Üstün T, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, EppingJordan J, et al. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010; 88:815-23.
32. Organización Mundial de la Salud. WHOQOL-User Manual. Geneva: Programme on Mental Health: WHO; 1998.
33. Vanegas J, Gil L. La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2007;12:51-61.
34. Humprey J. Researching disability politics. Or, some problems with the social model in practice. *Disability & Society*. 2000;15:63-85.
35. Hahn H. The Political implications of disability definitions and data. *Journal of Disability Policy Studies*. 1993;4(2):41-52.

36. Barnes C. Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental. In: Barton L, editor. *Discapacidad y sociedad*. Morata/Fundación Paideia: Madrid; 1998:59-76.
37. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; Secretaria general de asuntos sociales. Instituto de migraciones y servicios sociales; 2001.
38. Organización Mundial de la Salud. Classification, Assessment, and Terminology Team (CAT) - Department for Measurement and Health Information Systems. *WHODAS II. Disability Assessment Schedule. Training manual: a guide to administration*. Geneva (Switzerland): OMS; 2004:1-65.
39. Organización Mundial de la Salud. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
40. Batlle Gualda E, citado por BCarmona. Mediciones II: Cómo medir la calidad de vida? Cuestionarios y escalas de salud. *Manual de epidemiología para reumatólogos*: Majadahonda: Ergón; 2000:41-69.
41. Schalock RL, Brown I, Brown R, Cummins RA, Felce D, Matikka L. Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: report of an international panel of experts. *Ment Retard*. 2002;40:457-70.
42. Diaz Llañez G. El bienestar subjetivo. Actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2001;17(6):572-79.
43. Brown R. Quality of Life issues in aging and intellectual disability. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*. 1993;18:219-27.
44. Haas B. A Multidisciplinary Concept Analysis of Quality of Life. *Western Journal of Nursing Research*. 1999;21:728-42.
45. Sobrino J. *Desarrollo Urbano y Calidad de Vida*. Toluca: El Colegio Mexiquense; 1998.
46. Felce D, Perry J. Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Development Disabilities*. 1995;16:51-4.
47. Schalock R, editor. *Hacia una nueva concepción de la discapacidad*. Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad; 1999; Amaru: s.p.
48. Schalock R. The concept of quality of life: what we know and do not know. *Intellect Disabil Res*. 2004;48:203-16.
49. Herdman M, Baró E. La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos. X Badia; D Podzamczer *Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH*. 1 ed. Madrid: Jarpoy Editores; 2000:19-33.
50. Erickson P, Patrick D. *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press; 1993.

51. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. O-De. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. [Internet] Oxford: Department of Public Health, Institute of Health Sciences, University of Oxford; 2002 [consultado 2017 abr 26] Disponible en:
<http://www.bmj.com/content/bmj/324/7351/1417.1.full.pdf>
52. Pane S. Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. Revisión sistémica de la literatura (actualización): Barcelona; 2006.
53. Mirón Canelo J, Alonso Sardón M, Serrano López de las Hazas A, Sáenz González M. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con discapacidad intelectual en España. Rev Panam Salud Publica [Internet] 2008;24(5):336-44 [consultado 2017 abr 26] Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n5/06.pdf>
54. Guyatt G, Feeny D, Patrick D. Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med. 1993;118(8):622-9.
55. Renty J, Roeyers H. Quality of life in high-functioning adults with autism spectrum disorder. The predictive value of disability and support characteristics. Autism. 2006;10:511-24.
56. Congost N. El lenguaje de las ciencias de la salud. Los cuestionarios de salud y calidad de vida y su traducción del inglés al español. Alicante: España: Universidad de Alicante; 2010.
57. Carrasco L. The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. Qual Life Res. 2012;21:161-5.
58. Seattle Quality of Life Group. World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL-BREF): Introducing the WHOQOL instruments. Seattle: WHO [Internet] 2011 [consultado 2017 abr 28] Recuperado a partir de: <http://depts.washington.edu/seaqol/WHOQOL-BREF>
59. Seattle Quality of Life Group. World Health Organization [Internet] [consultado 2017 abr 28] Disponible en: http://depts.washington.edu/seaqol/docs/WHOQOL_Info.pdf
60. Acosta C, Vales J, Echeverría S, Serrano D, García R, Flores. Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. Psicología y Salud. 2013;23(2):241-50.
61. Urzúa A, Caqueo Urizar A. Estructura Factorial y valores de referencia del WHOQOL-BREF en población adulta chilena. Rev Med Chile. 2013;141:1547-54.
62. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Demografía y población: Proyecciones de población. Visor: Proyecciones de población total por sexo y grupos de edad de 0 hasta 80 y más años (2005 - 2020) [Internet] 2015 [consultado 2017 abr 29] Disponible en:
<http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion/>
63. Mukaka MM. A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. Malawi Medical Journal. 2012;24(3):69-71.

64. Seattle Quality of Life Group. World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL-BREF): Free Download WHOQOL-BREF scoring syntax. Seattle: WHO [Internet] 2011 [consultado 2017 abr 30] Disponible en: http://depts.washington.edu/seaqol/docs/Wq_bref.txt
65. Posada J, Buitrago J, Medina Y, Rodríguez M. Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. 2006.
66. Castelblanco-Niño M, Cerquera-Guerrero L, Vélez-Álvarez C, Vidarte- Claros J. Caracterización de los determinantes sociales de la salud y los componentes de la discapacidad en la ciudad de Manizales, Colombia. *Rev Diversitas: Perspectivas en Psicología*, vol. 10, núm. [Internet] 2014; 16(1) [consultado 2017 may 01].
67. Morgan, I Eguia F, Gelaye B, Peterlin , Tadesse M, Lemma S, Berhane Y, Williams M. Sleep disturbances and quality of life in Sub-Saharan African migraineurs. *The Journal of Headache and Pain* 2015, 16:18Â doi:10.1186/s10194-015-0504-x
68. Flores S, Ana, Jiménez D, Castellanos –Dubón W, Zúñiga L, Gonzales M, Maradiaga E, Sierra, Jackeline Alger. Prevalencia de discapacidad y sus características en población de 18 a 65 años de edad, Honduras, Centro América. *Rev Univ Salud* [Internet] 2014; 18(3): 505-13 [consultado 2017 may 03].
69. Ortega MA, Herce MB y Cols, Impacto del medio rural o urbano sobre la discapacidad residual tras un ictus. *Enfermería Clínica*. 2013;23(5):182-188. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862113001307>.
70. Gil-Obando L, López-López A, Avila-Rendón CL, Criollo-Castro CH, Canchala-Obando AM, Serrato-Mendoza MP. Discapacidad y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en adultos de San Juan de Pasto - Nariño, Colombia. *Rev Univ Salud* [Internet] 2016; 18(3): 505-13 [consultado 2017 may 01]. Disponible en: <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2744/pdf>
71. Daza S, Ramirez M, Salazar M, Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular de Popayán (Colombia): resultados desde el WHO-DAS II. Tesis Maestría. Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
72. Henao C y Perez J, Situación de discapacidad de la población adulta con lesión medular de la ciudad de Manizales. *Hacia promoción. Salud*. 2011 Jul. v.16 n.2: pp. 52-67.
73. Contreras F, Esguerra G y Cols, Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis”, Bogotá, [Internet].2006. [citado el 28 de noviembre 2014]; 487-499. Disponible desde: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64750305.pdf>
74. Martínez B. Pobreza, discapacidad y derechos humanos. *Revista Española de Discapacidad*, (Esp). 2012; 1 (1): 9-32.

75. Rodríguez V. El empleo de las personas con discapacidad en la gran recesión: ¿Son los Centros Especiales de Empleo una excepción? Artículo disponible en versión electrónica en la página www.revista-eea.net, ref. 3-30106 2012
76. Fundación Saldarriaga Concha. Informe Discapacidad Fundación Saldarriaga Concha. Día mundial de las Personas con discapacidad [Internet]. Pacto de Productividad. 2012 [citado 9 de noviembre de 2014]. Disponible en: [http://www.pactodeproductividad.com/pdf/informedi scapacidadfsc.pdf](http://www.pactodeproductividad.com/pdf/informedi%20scapacidadfsc.pdf)
77. Hernández J, Hernández I, Umañall, I. Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia Rev. salud pública vol.7 no.2. Bogotá July 2005.
78. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de discapacidad, Malta 2011
79. Rebollo, A. Cabrera , S, Pons M, González, J, Castillo M. Análisis de la discapacidad en el paciente crónico mediante la herramienta WHODAS II, 2014.
80. 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. 2012.
81. López de la Parra MP, Mendieta Cabrera D, Muñoz Suarez MA, Díaz Anzaldúa A, Cortés Sotres JF. Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. Salud Ment [Internet] 2014; 37(6): 509-16 [consultado 2017 may 06] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sam146i.pdf>
82. Esquivia C. La inclusión del concepto de discapacidad en el plan de estudios del programa de medicina. Bogotá (Colombia). [Especialización]. Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada; 2014.
83. González S, Tello J, Silva P, Lüders C, Butelmann S, Fristch R, et al. Calidad de vida en pacientes con discapacidad motora según factores sociodemográficos y salud mental. Chil Neuro-Psiquiat [Internet] 2012; 50(1): 23-34 [consultado 2017 may 06] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v50n1/art03.pdf>
84. Alcaldía de Sabanalarga. Plan de desarrollo Municipio de Sabanalarga 2016- 2019. Sabanalarga, Atlántico, 2016.

ANEXOS

ANEXO 1. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO MOVIMIENTO
INVESTIGACIÓN: Título: <u>Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en Sabanalarga Atlántico, Colombia 2015-2017.</u>
Ciudad y fecha: _____
Yo, _____ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a _____, estudiante de la maestría en Discapacidad de la Universidad Autónoma de Manizales en convenio con la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla, para la realización de los siguientes procedimientos:
<ol style="list-style-type: none">1) <u>Entrevista sobre aspectos sociodemográficos y clínicos.</u>2) <u>Entrevista para evaluación de la discapacidad:</u> aplicando el cuestionario WHO DAS 2.0 (Programa de Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud), que incluye 36 preguntas sobre comprensión y comunicación, movilidad, cuidado personal, relaciones interpersonales, actividades cotidianas y participación social.3) <u>Entrevista para evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud:</u> aplicando el cuestionario WHOQOL-BREF (Organización Mundial de la Salud y Calidad de vida – versión corta), que incluye 26 preguntas sobre calidad de vida global, salud general, salud física, salud psicológica, relaciones interpersonales y ambiente o entorno en el que me desenvuelvo.
Adicionalmente se me informó que:
<ul style="list-style-type: none">• Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.• No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación.• Los resultados obtenidos de la investigación permitirán mejorar los procesos de evaluación de la discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud de las personas con discapacidad.• Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Autónoma de Manizales bajo la responsabilidad de los investigadores.• Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis médicos.
Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 80px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">HUELLA</div>
_____ Firma Documento de identidad _____ No. _____ de _____ Huella Índice derecho:
Proyecto aprobado por el comité de Bioética de la UAM, según consta en el acta 052 de octubre 14 de 2015.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD - MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD
RESUMEN EJECUTIVO

INVESTIGACIÓN: "Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en Sabanalarga, Atlántico, Colombia, 2015-2017."

Objetivo General

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

Objetivos Específicos

- 1) Describir las características sociodemográficas y clínicas de personas adultas con discapacidad en la ciudad de Sabanalarga.
- 2) Establecer la discapacidad por dominios, **global** y grado de personas adultas con discapacidad en la ciudad de Sabanalarga haciendo uso del WHODAS 2.0.
- 3) Caracterizar la calidad de vida relacionada con la salud por dominios y general de los adultos con discapacidad en la ciudad de Sabanalarga utilizando el WHOQOL BREF.
- 4) Establecer las relaciones entre características sociodemográficas, clínicas, discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud de personas adultas con discapacidad en la ciudad de Sabanalarga.

Justificación

El abordaje de la discapacidad desde el modelo biopsicosocial permite determinar las repercusiones de una condición de salud en las diferentes dimensiones de la persona (corporal, individual y social). La discapacidad tiene implicaciones a nivel personal y social en quien la experimenta, produce modificaciones en la calidad de vida, en el rol físico, laboral, social, familiar, entre otros. Esta situación debe entenderse de manera integral y articulada. Coherente con ello, las investigaciones en discapacidad deberán trascender lo clínico hacia aspectos relacionados con el funcionamiento humano y la calidad de vida relacionada con la salud, de forma tal que impacten la planeación e implementación de las políticas públicas, programas y proyectos vinculados a la discapacidad.

Procedimientos

- 1) Aceptación y firma del consentimiento informado.
- 2) Entrevista a cada persona participante en la cual se registrará información relacionada con:
 - a) Aspectos sociodemográficos y clínicos (5 minutos)
 - b) Aplicación del cuestionario de evaluación de discapacidad WHO DAS 2.0 (20 minutos)
 - c) Aplicación del cuestionario de evaluación de calidad de vida relacionada con la salud WHOQOL-BREF (15 minutos).

Riesgos esperados

Esta investigación se considera con riesgo mínimo dado que no se realiza intervención directa en variables biológicas o fisiológicas. Uno de los riesgos que podría correr durante la participación es la susceptibilidad ante algunas preguntas relacionadas con lo psicológico y emocional. Sin embargo, los evaluadores se encuentran entrenados para tener en cuenta los cuidados preventivos, y no atentar contra la integridad física y moral de los participantes.

Beneficios

Fortalecimiento de las prácticas formativas en instituciones de educación superior, actualización y fortalecimiento del plan de estudios de la maestría en el área de formación interdisciplinar, mayor nivel de entrenamiento y calibración en aplicación de WHO DAS 2.0 y el WHOQOL-BREF, fortalecimiento de los programas de rehabilitación desde la evaluación y seguimiento de la discapacidad y la calidad de vida para la toma de decisiones informadas; referente para la formulación de planes programas y proyectos nacionales, departamentales y locales.

ANEXO 2. FORMATO DE REGISTRO DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS, CLINICOS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES – GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO MOVIMIENTO INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS/CLÍNICOS Y DISCAPACIDAD

LOS ÍTEMS F1 A F4 DEBEN SER COMPLETADOS POR EL ENTREVISTADOR ANTES DE COMENZAR LA ENTREVISTA								
F1. N° identificación entrevistador:		F2. N° de identificación entrevistado:		F3. N° de encuesta:		F4. Fecha de entrevista: ___/___/___ (Día/Mes/ Año)		
INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y DE ÍNDOLE GENERAL								
NOMBRES _____ APELLIDOS _____ DIRECCIÓN _____ Barrio _____ Ciudad: Sabanalarga Teléfonos de contacto _____								
A1. SEXO (0) <input type="checkbox"/> Femenino (1) <input type="checkbox"/> Masculino		A3. ¿Cuántos años en total estudió en la escuela, colegio o universidad? _____ MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO (Marque con una X una sola opción) (0) <input type="checkbox"/> Ninguno (1) <input type="checkbox"/> Primaria incompleta (2) <input type="checkbox"/> Primaria completa (3) <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta (4) <input type="checkbox"/> Secundaria completa (5) <input type="checkbox"/> Técnico-Tecnológico (8) <input type="checkbox"/> (6) <input type="checkbox"/> Profesional (7) <input type="checkbox"/> Especialización Maestría (10) <input type="checkbox"/> Doctorado						
A2. EDAD (en años cumplidos) _____								
A4. ESTADO CIVIL ACTUAL (Marque con una X la opción que mejor refleje el estado civil actual) (1) <input type="checkbox"/> Soltero/a (2) <input type="checkbox"/> Actualmente casado/a (3) <input type="checkbox"/> Separado/a (4) <input type="checkbox"/> Divorciado/a (5) <input type="checkbox"/> Viudo/a (6) <input type="checkbox"/> Vive en pareja								
A5. PRINCIPAL OCUPACIÓN ACTUAL (Marque con una X una sola opción. Si la persona tiene trabajo remunerado, trabaja por su propia cuenta, trabaja de forma no remunerada o es estudiante marque también la opción en el último encabezado de la página 2 ***. Si el entrevistado refiere dos opciones marque la que represente el trabajo actual o más representativo para él).								
Trabajo remunerado (Asalariado/a) <input type="checkbox"/> (1)	Trabaja por su propia cuenta (Independiente) <input type="checkbox"/> (2)	Trabajo no remunerado <input type="checkbox"/> (3)	Estudiante <input type="checkbox"/> (4)	Responsable de tareas domésticas <input type="checkbox"/> (5)	Jubilado/a <input type="checkbox"/> (6)	Desempleado/a por motivo de salud <input type="checkbox"/> (7)	Desempleado/a por otros motivos <input type="checkbox"/> (8)	Pensionado por discapacidad <input type="checkbox"/> (10)
(11) Otra (Especifique)								
B1. AFILIACIÓN ACTUAL A SALUD. EPS (Registre el nombre): _____ (Marque con una X una sola opción especificando el tipo de seguridad social) No afiliado <input type="checkbox"/> (0) Subsidiado <input type="checkbox"/> (1) Contributivo <input type="checkbox"/> (2) Regimen especial <input type="checkbox"/> (3) Otro <input type="checkbox"/> (9)								
B2. INGRESOS FAMILIARES. Menos de 1 SMMLV <input type="checkbox"/> (1) Entre 1 y 2 SMMLV <input type="checkbox"/> (2) Entre 2 y 4 SMMLV <input type="checkbox"/> (3) Más de 4 SMMLV <input type="checkbox"/> (4)								
B3. ESTRATO SOCIOECONÓMICO. Estrato 1 <input type="checkbox"/> (1) Estrato 2 <input type="checkbox"/> (2) Estrato 3 <input type="checkbox"/> (3) Estrato 4 <input type="checkbox"/> (4) Estrato 5 <input type="checkbox"/> (5) Estrato 6 <input type="checkbox"/> (6)								
B4. DIAGNÓSTICO MÉDICO (De referencia para la condición de salud que puede ser generadora de la discapacidad, comorbilidad asociada o enfermedad crónica. Máximo 3 en orden de relevancia para el análisis de la limitación permanente)			Escriba con letra legible 1. _____ 2. _____ 3. _____			B5. TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA LIMITACION PERMANENTE (Coloque exactamente los años y meses, luego calcule el total de meses) _____ años _____ meses. Total de meses _____		
B6. USO DE AYUDAS EXTERNAS. (Relacionadas con la limitación permanente: Silla de ruedas, muleta, bastón, audífono, prótesis ocular, órtesis, oxígeno, entre otras) → Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál(es) _____					B7. USO DE MEDICAMENTOS → Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (Especifique el nombre de los medicamentos) _____			

ANEXO 3. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD WHODAS 2.0

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES – GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO MOVIMIENTO

INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN DE DISCAPACIDAD WHODAS 2.0

WHO-DAS 2.0 - REVISIÓN DE LOS DOMINIOS					
DOMINIO 1: COGNICIÓN					
En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para... (repetir la frase subrayada “¿Cuánta dificultad ha tenido para”)	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D1.1 Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?	1	2	3	4	5
D1.2 Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	1	2	3	4	5
D1.3 Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?	1	2	3	4	5
D1.4 Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un nuevo lugar (donde nunca ha estado)?	1	2	3	4	5
D1.5 Entender en general lo que dice la gente?	1	2	3	4	5
D1.6 Comenzar y mantener una conversación?	1	2	3	4	5
DOMINIO 2: MOVILIDAD					
En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para... (repetir la frase subrayada “¿Cuánta dificultad ha tenido para”)	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D2.1 Estar de pie durante largos períodos de tiempo, por ejemplo 30 minutos?	1	2	3	4	5
D2.2 Pararse luego de estar sentado?	1	2	3	4	5
D2.3 Moverse adentro de su hogar?	1	2	3	4	5
D2.4 Salir de su hogar?	1	2	3	4	5
D2.5 Caminar una larga distancia, como un kilómetro (equivalente a 10 cuadras)?	1	2	3	4	5
DOMINIO 3: CUIDADO PERSONAL					
En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para... (repetir la frase subrayada “¿Cuánta dificultad ha tenido para”)	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D3.1 Lavarse todo el cuerpo (bañarse)?	1	2	3	4	5
D3.2 Vestirse?	1	2	3	4	5
D3.3 Comer?	1	2	3	4	5
D3.4 Quedarse solo(a) durante unos días? (Recuerde que es diferente tener una dificultad para estar solo porque no lo puede hacer por orden médica o condición de salud actual a que no se quede solo, no porque no pueda, sino porque la familia o acompañantes no lo permiten, para el primer caso la respuesta sería por ejemplo 4 o 5, para el último caso sería 1 o 2)	1	2	3	4	5
DOMINIO 4: RELACIONES					
En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para... (repetir la frase subrayada “¿Cuánta dificultad ha tenido para”)	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D4.1 Relacionarse con personas que no conoce?	1	2	3	4	5
D4.2 Mantener una amistad?	1	2	3	4	5
D4.3 Llevarse bien con personas cercanas a usted?	1	2	3	4	5
D4.4 Hacer nuevos amigos?	1	2	3	4	5
D4.5 Realizar actividades sexuales?	1	2	3	4	5
DOMINIO 5: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA					
5 (1) TAREAS DOMÉSTICAS					
(Tenga en cuenta que la referencia para la comparación en las preguntas D5.1 a D5.4 es la condición de salud actual)					
Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para... (repetir la frase subrayada “¿Cuánta dificultad para”)	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D5.1 Ocuparse de sus responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5
D5.2 Realizar bien sus tareas domésticas más importantes?	1	2	3	4	5
D5.3 Terminar todo el trabajo doméstico que debía realizar?	1	2	3	4	5
D5.4 Terminar las tareas domésticas tan rápido como era necesario?	1	2	3	4	5
Si alguna de las preguntas comprendidas entre el D5.1 – D5.4 se puntúa por encima de “1” (ninguna), pregunte:					
D5.01 En los últimos 30 días, durante cuántos días disminuyó o dejó de hacer sus <u>tareas domésticas</u> debido a su condición de salud?	Escriba el número de días _____				
5 (2) TRABAJO Y ACTIVIDADES ESCOLARES					

<p align="center">***Marque aquí la información registrada en el ítem A5 si corresponde con alguna de las 4 opciones presentadas***</p> <p align="center">Trabajo remunerado <input type="checkbox"/> (1) Trabaja por su propia cuenta <input type="checkbox"/> (2) Trabajo no remunerado <input type="checkbox"/> (3) Estudiante <input type="checkbox"/> (4)</p> <p align="center">*** SI EL ENTREVISTADO TRABAJA RESPONDIÓ ALGUNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES COMPLETE LOS ITEMS D5.5 – D5.10. DE LO CONTRARIO PASE AL DOMINIO 6***</p>					
Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D5.5 Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares diarias?	1	2	3	4	5
D5.6 Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela (estudio)?	1	2	3	4	5
D5.7 Terminar todo el trabajo que debía realizar?	1	2	3	4	5
D5.8 Terminar su trabajo (o estudio) tan rápido como era necesario?	1	2	3	4	5
D5.9 En los últimos 3 días, ha tenido que reducir su nivel de trabajo debido a su condición de salud?				No	1
				Sí	2
D5.10 En los últimos 30 días, ha ganado menos dinero debido a su condición de salud?				No	1
				Sí	2
Si alguna de las preguntas comprendidas entre el D5.5 – D5.8 se puntúa por encima de "1" (ninguna), pregunte:					
D5.02 En los últimos 30 días, durante cuántos días faltó a su trabajo (medio día o más horas) debido a su condición de salud?	Escriba el número de días _____				
DOMINIO 6: PARTICIPACIÓN					
En los últimos 30 días:	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D6.1 ¿Cuánta dificultad ha tenido para participar en actividades de su comunidad (por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona?	1	2	3	4	5
D6.2 ¿Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en el mundo que lo rodea (entorno o alrededor)?	1	2	3	4	5
D6.3 ¿Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	1	2	3	4	5
D6.4 ¿Cuánto tiempo dedicó usted a su condición de salud o a las consecuencias de la misma?	1	2	3	4	5
D6.5 ¿Cuánto ha sido afectado emocionalmente por su condición de salud?	1	2	3	4	5
D6.6 ¿Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su condición de salud?	1	2	3	4	5
D6.7 ¿Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a sus problemas de salud?	1	2	3	4	5
D6.8 ¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo (a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	1	2	3	4	5
H1 En general, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días ha tenido esas dificultades?	Escriba el número de días _____				
H2 En los últimos 30 días, ¿cuántos días no pudo realizar nada de sus actividades habituales o su trabajo debido a su condición de salud?	Escriba el número de días _____				
H3 En los últimos 30 días, sin contar los días en los que no pudo realizar nada de sus actividades habituales, ¿cuántos días tuvo que recortar o reducir sus actividades habituales o su trabajo por su condición de salud?	Escriba el número de días _____				

ANEXO 4. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - WHOQOL-BREF

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - WHOQOL-BREF

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

Nombre del entrevistado			
N° identificación entrevistado		N° de encuesta	
N° identificación entrevistador		Fecha de entrevista (Día / Mes / Año)	___/___/___

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste todas las preguntas. Si no está seguro sobre qué respuesta dar, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas.

No	Pregunta	Muy mal	Mal	Aceptable	Bien	Muy bien
g1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

No	Pregunta	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Muy satisfecho
g4	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a la intensidad con que ha sentido ciertos hechos en las dos últimas semanas.

No	Pregunta	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
f1_4	¿Hasta qué punto el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
f11_3	¿Necesita algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
f4_1	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
f24_2	¿Hasta qué punto piensa que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
f5_3	¿Tiene capacidad para concentrarse?	1	2	3	4	5
f16_1	¿Se siente seguro en su vida diaria?	1	2	3	4	5
f22_1	¿Es saludable el ambiente físico que le rodea?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a la medida en que ha sentido ciertas cosas o ha sido capaz de hacer otras en las dos últimas semanas.

No	Pregunta	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
f2_1	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
f7_1	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
f18_1	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
f20_1	¿Tiene disponible la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
f21_1	¿Hasta qué punto puede realizar actividades en su tiempo libre?	1	2	3	4	5
f9_1	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren al grado de satisfacción o felicidad que ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

No	Pregunta	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Aceptable	Satisfecho	Muy satisfecho
f3_3	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
f10_3	¿Está satisfecho con su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
f12_4	¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
f6_3	¿Qué tan satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
f13_3	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
f15_3	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
f14_4	¿Qué tan satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
f17_3	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
f19_3	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
f23_3	¿Qué tan satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere a la frecuencia con que ha sentido ciertos hechos en las dos últimas semanas.

No	Pregunta	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
f8_1	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

ANEXO 5. Sintaxis WHODAS 2.0

RECODE
D1_1
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D11.
RECODE
D1_2
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D12.
RECODE
D1_3
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D13.
RECODE
D1_4
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D14.
RECODE
D1_5
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D15.
RECODE
D1_6
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D16.
RECODE
D2_1
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D21.
RECODE
D2_2
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D22.

RECODE
D2_3
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D23.
RECODE
D2_4
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D24.
RECODE
D2_5
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D25.
RECODE
D3_1
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D31.
RECODE
D3_2
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D32.
RECODE
D3_3
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D33.
RECODE
D3_4
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D34.
RECODE
D4_1
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D41.
RECODE
D4_2

(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D42.
RECODE
D4_3
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D43.
RECODE
D4_4
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D44.
RECODE
D4_5
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D45.
RECODE
D5_1
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D51.
RECODE
D5_2
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D52.
RECODE
D5_3
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D53.
RECODE
D5_4
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D54.
RECODE
D6_1
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D61.

RECODE (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D6_2 D56.
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO RECODE
D62. D5_7
RECODE (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D6_3 D57.
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO RECODE
D63. D5_8
RECODE (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D6_4 D58.
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D64.
RECODE
D6_5
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D65.
RECODE
D6_6
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D66.
RECODE
D6_7
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO
D67.
RECODE
D6_8
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D68.
RECODE
D5_5
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO
D55.
RECODE
D5_6



Para los puntajes totales de los dominios (do), en donde el dominio 1 es abreviado como Do1, el dominio 2 como Do2, etc.

$$\text{calcule Do1} = (d11+d12+d13+d14+d15+d16)*100/20.$$

$$\text{calcule Do2} = (d21+d22+d23+d24+d25)*100/16.$$

$$\text{calcule Do3} = (d31+d32+d33+d34)*100/10.$$

$$\text{calcule Do4} = (d41+d42+d43+d44+d45)*100/12.$$

$$\text{calcule Do51} = (d51+d52+d53+d54)*100/10.$$

$$\text{calcule Do52} = (d55+d56+d57+d58)*100/14.$$

$$\text{calcule Do6} = (d61+d62+d63+d64+d65+d66+d67+d68)*100/24.$$

Para el puntaje total de WHODAS 2.0 sin las preguntas sobre el trabajo remunerado:

calcule

$$\text{st_s32} = (D11+D12+D13+D14+D15+D16+D21+D22+D23+D24+D25+D31+D32+D33+D34+D41 + D42+D43+D44+D45+D51+D52+D53+D54+D61+D62+D63+D64+D65+D66+D67+D68)*100/92.$$

Para el puntaje total de WHODAS 2.0 con las preguntas sobre el trabajo remunerado:

calcule

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

ANEXO 6. Sintaxis WHOQOL-BREF

EXECUTE.

* Change out-of-range values to missing for each item of the WHOQOL-BREF

RECODE

g1 to f8_1 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS).

EXECUTE.

* Reversing the three negatively framed items of the WHOQOL-BREF

RECODE

f1_4 f11_3 f8_1 (5=1) (4=2) (3=3) (2=4) (1=5) INTO f1_4r f11_3r f8_1r.

EXECUTE.

* Scoring the 4 WHOQOL-BREF domains

COMPUTE domain1 = (f1_4r + f11_3r + f2_1 + f9_1 + f3_3 + f10_3 + f12_4).

EXECUTE.

COMPUTE domain2 = (f4_1 + f24_2 + f5_3 + f7_1 + f6_3 + f8_1r).

EXECUTE.

COMPUTE domain3 = (f13_3 + f15_3 + f14_4).

EXECUTE.

COMPUTE domain4 = (f16_1 + f22_1 + f18_1 + f20_1 + f21_1 + f17_3 + f19_3 + f23_3).

EXECUTE.

* Labeling the 4 domains of the WHOQOL-BREF

VARIABLE LABELS

domain1 "Physical"

domain2 "Psychological"

domain3 "Social Relationship"

domain4 "Environment".

EXECUTE.

* Transforming the WHOQOL-BREF domain scores to a 0 to 100 scale

* These transformed scores should be used when interpreting the data to

* ease comparisons to other validated instrument tools

COMPUTE tdom1 = ((domain1 - 7)/28)*100.

EXECUTE.

COMPUTE tdom2 = ((domain2 - 6)/24)*100.

EXECUTE.

```
COMPUTE tdom3 = ((domain3 - 3)/12)*100.
```

```
EXECUTE.
```

```
COMPUTE tdom4 = ((domain4 - 8)/32)*100.
```

```
EXECUTE.
```

```
VARIABLE LABELS
```

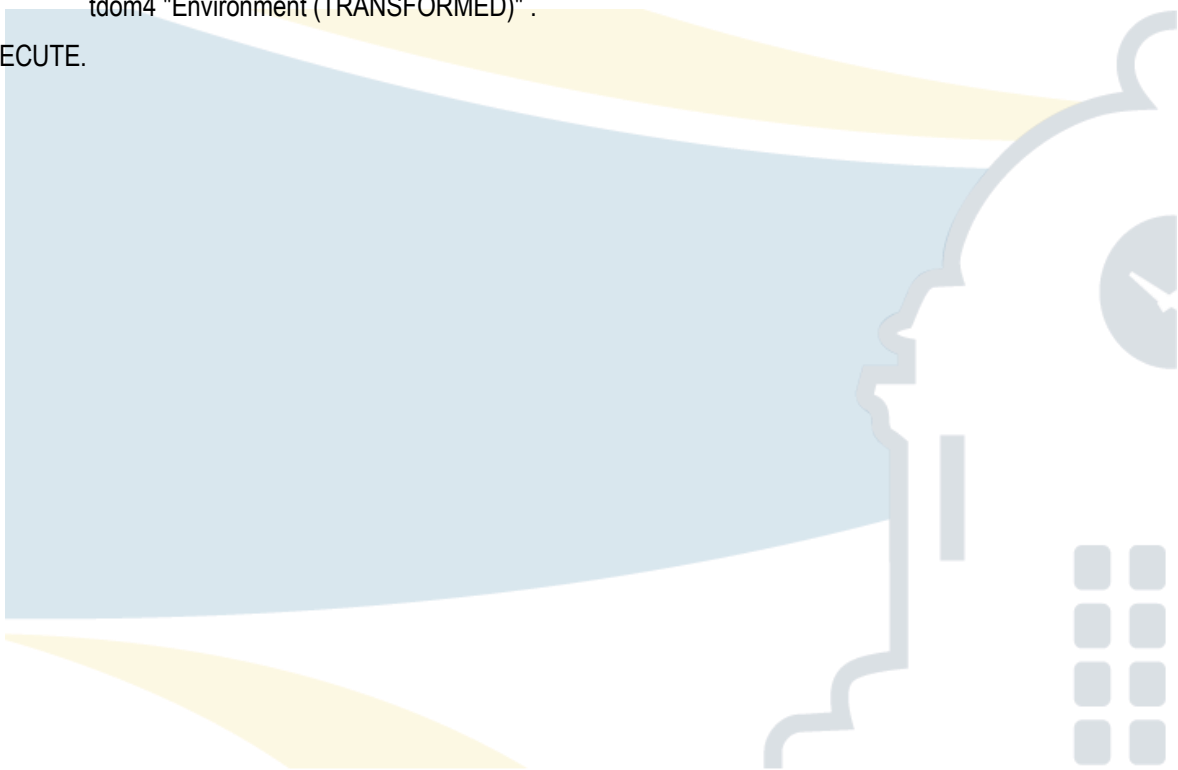
```
    tdom1 "Physical (TRANSFORMED)"
```

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

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

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

```
EXECUTE.
```



Anexo 7. CARACTERIZACIÓN MUNICIPIO DE SABANALARGA

En Colombia se identifican cinco regiones geográficas, la región Andina, la región Pacífica, la región Orinoco, la región Amazónica y la región Caribe, La región Caribe, se encuentra localizada al norte del país y le conforman los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba, Cesar, Guajira, Magdalena y Sucre. El Municipio en estudio, se encuentra comprendido en la región Caribe y más exactamente al centro del departamento del Atlántico. Sabanalarga, se encuentra localizado, entre los dos polos de atracción, más importante de la Región Caribe.

El municipio de Sabanalarga Atlántico tiene una Altura sobre el Nivel del Mar de 99 mts. Se encuentra ubicada: 10° 37' 57" Latitud Norte. 8° 74' 55" Longitud al oeste del Meridiano de Greenwich. Limita al Norte con los municipios de Piojo, Usiacurí, Baranoa y Polo nuevo. Al sur con los Municipios de Manatí y Candelaria. Al este: con el Municipio de Ponedera. Al Oeste con el municipio de Repelón y Luruaco. Se encuentra a una distancia de la ciudad de Barranquilla de 41 Kms Vía Cordialidad, la temperatura ambiente media es 28°C. El área municipal de Sabanalarga es de 414 Kms². Su equivalencia del área total es del 12.66%(84). El piso térmico es cálido. Gracias a la importancia económica de su agricultura, ganadería, pesca, es activo centro comercial.

En cuanto a la población proyectada según el registro del DANE del año 2011 tiene 93.691 habitantes, repartidos así: 75.328 habitantes en la cabecera municipal, y 18.363 habitantes repartidos entre los corregimientos, veredas y caseríos.

El área Urbana está conformada por la Cabecera Municipal mientras que el área Rural la conforman Siete (7) corregimientos, ellos son: Aguada de Pablo, Cascajal, La Peña, Molineros, Gallego, Isabel López y Colombia.

Posee además Doce (12) veredas: Guacamayo, Cuatro Caminos, El Agudo, Camino de Biam, Camino Blanco, El Playón, El Uvito, Charcolata, San Jacinto, Camino Santo Tomas, Arroyo de Ceiba, Cumaco, y Siete (7) caseríos: La Piedra, Las Delicias, San Andrés, Mirador, Patilla, María, y Flecha.

El Municipio de Sabanalarga, cuenta con servicios básicos tales como: Públicos Domiciliarios, Energía, Telefonía Gas, Internet; sin embargo aún existe un déficit en la prestación del servicio de energía, representado en un 2% de la población que carece de este servicio, ubicada en la periferia del casco urbano (barrios de invasión) y en caseríos de la zona rural.

Sabalarga cuenta socioeconómicamente con 5 estratos, el municipio está dividido administrativamente por barrios: La estratificación del municipio va de la 0 a la 5.

En cuanto a Discapacidad se refiere, Sabanalarga tiene a censo de 2011 (6) un total de 1.574 personas con algún tipo de limitación permanente. Ver tabla 23

Tabla 23. Caracterización de limitaciones permanentes Municipio de Sabanalarga

Principal estructura o función corporal afectada	Total
Total	1.574
El sistema nervioso	400
Los ojos	233
Los oídos	63
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto)	35
La voz y el habla	113
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	273
La digestión, el metabolismo, las hormonas	30
El sistema genital y reproductivo	25
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	361
La piel	36
Otra	5

Fuente: DANE 2010 Dirección de Censos y Demografía

De acuerdo a lo consultado en diferentes fuentes incluyendo la página web de este Municipio el tema de discapacidad es abordado de manera superficial y no se tienen datos que sustenten la problemática presentada como si es tenida en cuenta en otros municipios del Departamento.

En todo caso, en el plan de desarrollo de la administración actual 2016- 2019 se menciona la población de discapacidad al referirse al enfoque poblacional haciendo mención a la Ley 1145 de 2007 para el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad y sus familias y promoción del respeto e inclusión social, su registro, localización y caracterización.(84).

En este mismo documento en el tema de educación se afirma que se responderá al programa: “Educación incluyente, diversa y de calidad para disfrutar y aprender” donde todos los colegios deben ser inclusivos, a partir de lo anterior solo dos responden a la atención de PcD.(84)

De acuerdo al Boletín del DANE (4) Las limitaciones permanentes aumentan con la edad. El 60% de la población en esta condición se presenta a partir de los 45 años, presentándose más en mujeres que en hombres.

En la actualidad no se conocen estudios con respecto a la medición de calidad de vida de esta población.