

**DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA
SALUD EN PERSONAS ADULTAS CON DISCAPACIDAD EN
PASTO (COLOMBIA). 2014**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

INVESTIGADORES

ALEXANDRA MARCELA CANCHALA OBANDO

CARLOS HERNANDO CRIOLLO CASTRO

MARIA PAULA SERRATO MENDOZA

DIRECTORAS DE TESIS Y COINVESTIGADORAS

Mg CARMEN LILIANA ÁVILA RENDÓN

Mg. LIDA MARITZA GIL OBANDO

Mg. ALEXANDRA LÓPEZ LÓPEZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

FACULTAD DE SALUD

GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO- MOVIMIENTO

Pasto, Mayo de 2015

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	4
LISTA DE ANEXOS.....	6
FICHA CATALOGRÁFICA	7
RESUMEN EJECUTIVO	10
RESUMEN ACADÉMICO	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (ÁREA PROBLEMÁTICA, ANTECEDENTES Y PROBLEMA)	12
1.1 PROBLEMATIZACIÓN GENERAL DEL MACROPROYECTO	12
1.2 PROBLEMATIZACIÓN ESPECÍFICA DEL PROYECTO.....	17
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO	17
2. JUSTIFICACIÓN.....	18
2.1 DISPOSICIONES ÉTICAS VIGENTES Y CONDICIONES DE FACTIBILIDAD	20
3. OBJETIVOS.....	21
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	21
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
4. REFERENTE TEÓRICO	22
4.1 DISCAPACIDAD: REFERENTE CONCEPTUAL.....	22
5. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN	30
6. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	39
6.1 DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	39
6.2 ENFOQUE	40
6.3 TIPO DE ESTUDIO	40
6.4 POBLACIÓN	40
6.5 MUESTRA Y MUESTREO.....	40
6.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	42
6.6.1 Criterios de inclusión	42
6.6.2 Criterios de exclusión	42
6.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	42
6.7.1 Procedimiento	42
7. RESULTADOS.....	44
7.1 RESULTADOS UNIVARIADO	44
7.1.1 Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas	44
7.1.2 Análisis descriptivo de las variables clínicas.....	45
7.1.3 Análisis descriptivo de discapacidad	46
7.1.4 Análisis descriptivo de Calidad de Vida Relacionada con la Salud	49
7.2 RESULTADOS BIVARIADO.....	53
7.2.1 Relación de discapacidad por áreas y final y variables sociodemográficas y clínicas	53

7.2.1.1 Variables Sociodemográficas y Discapacidad	54
7.2.1.2 Variables Clínicas y Discapacidad.....	57
7.2.2 Grado de discapacidad y variables sociodemográficas y clínicas	63
7.2.3 Relación de calidad de vida relacionada con la salud –CVRS- por dimensiones y variables sociodemográficas y clínicas	67
7.2.3.1 Variables Sociodemográficas y CVRS.....	68
7.2.3.2 Variables clínicas y CVRS	72
7.2.4 Relación entre discapacidad por áreas y final (0-100puntos) y calidad de vida relacionada con la salud por dimensiones (0 - 100 puntos).....	76
8. DISCUSIÓN	78
9. CONCLUSIONES	82
10. RECOMENDACIONES	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
ANEXOS	89

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS.....	30
TABLA 2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD DESDE EL INSTRUMENTO WHO-DAS II, VERSIÓN DE 36 ÍTEMS.....	32
TABLA 3. OPERACIONALIZACIÓN DE GRADO DE DISCAPACIDAD RESULTANTE DESDE EL WHO-DAS II.....	34
TABLA 4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD SEGÚN EL SF 36.....	35
TABLA 5. OPERACIONALIZACIÓN DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD RESULTANTE DESDE EL SF 36.....	38
TABLA 6. POBLACIÓN ESPERADA CON DISCAPACIDAD DE PASTO PARA EL AÑO 2012.....	40
TABLA 7. MARCO MUESTRAL DE PASTO.....	40
TABLA 8. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS PARA LA ESTIMACIÓN DE LA MUESTRA A PARTIR DE LA PRUEBA PILOTO.....	41
TABLA 9. TAMAÑO DE MUESTRA PARA PASTO.....	41
TABLA 10. RESUMEN DESCRIPTIVO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	44
TABLA 11. RESUMEN DESCRIPTIVO DE VARIABLES CLÍNICAS.....	45
TABLA 12. TIPO DE LIMITACIÓN PERMANENTE.....	46
TABLA 13. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LA PUNTUACIÓN FINAL Y POR DOMINIOS DEL WHO DAS II...	47
TABLA 14. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS PREGUNTAS DEL WHO DAS II.....	47
TABLA 15. GRADO DE DISCAPACIDAD FINAL WHO DAS II.....	48
TABLA 16. GRADO DE DISCAPACIDAD POR ÁREAS DEL WHO DAS II.....	48
TABLA 17. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS 36 ÍTEMS SF 36.....	50
TABLA 18. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS PUNTAJE TOTAL POR DIMENSIONES DEL SF 36.....	51
TABLA 19. PRUEBA DE NORMALIDAD PARA DISCAPACIDAD, CVRS, VARIABLES CUANTITATIVAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS.....	52
TABLA 20. COEFICIENTES DE CORRELACIÓN UTILIZADOS PARA DISCAPACIDAD POR ÁREAS Y FINAL (WHO DAS II) ACORDE CON EL NIVEL DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS ...	53
TABLA 21. PRUEBAS DE HOMOGENEIDAD PARA EL CONTRASTE DE DISCAPACIDAD POR ÁREAS Y FINAL EN SUBGRUPOS DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS.....	54
TABLA 22. RELACIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CON DISCAPACIDAD FINAL Y POR ÁREAS.....	55
TABLA 23. RANGOS DE EDAD CON ÁREAS DE DISCAPACIDAD.....	55
TABLA 24. NIVEL DE ESTUDIOS CON DISCAPACIDAD POR ÁREAS.....	56
TABLA 25. ESTADO CIVIL CON DISCAPACIDAD POR ÁREAS Y FINAL.....	56
TABLA 26. OCUPACIÓN ACTUAL CON DISCAPACIDAD POR ÁREAS Y FINAL.....	57
TABLA 27. RELACIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS CON DISCAPACIDAD FINAL Y POR ÁREAS.....	58
TABLA 28. DIAGNÓSTICO MÉDICO CON ÁREAS DE DISCAPACIDAD Y DISCAPACIDAD FINAL.....	59
TABLA 29. RANGOS DEL TIEMPO DE LIMITACIÓN CON ÁREAS DE DISCAPACIDAD.....	59
TABLA 30. USO DE AYUDAS CON ÁREAS DE DISCAPACIDAD Y DISCAPACIDAD FINAL.....	60
TABLA 31. TIPO DE AYUDAS CON ÁREAS DE DISCAPACIDAD.....	60
TABLA 32. USO DE MEDICAMENTOS CON ÁREAS DE DISCAPACIDAD.....	61
TABLA 33. TIPO DE MEDICAMENTO CON ÁREAS DE DISCAPACIDAD.....	61
TABLA 34. DISCAPACIDAD POR ÁREAS Y FINAL CON VARIABLES CUANTITATIVAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS.....	62
TABLA 35. RELACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y GRADO DE DISCAPACIDAD FINAL.....	63
TABLA 36. GRADO DE DISCAPACIDAD Y OCUPACIÓN ACTUAL.....	63
TABLA 37. GRADO DE DISCAPACIDAD Y ESTADO CIVIL.....	64
TABLA 38. RELACIÓN ENTRE VARIABLES CLÍNICAS Y GRADO DE DISCAPACIDAD FINAL.....	64
TABLA 39. DIAGNÓSTICO MÉDICO Y GRADO DE DISCAPACIDAD FINAL.....	65
TABLA 40. USO DE MEDICAMENTOS Y GRADO DE DISCAPACIDAD FINAL.....	65
TABLA 41. TIPO DE MEDICAMENTOS Y GRADO DE DISCAPACIDAD FINAL.....	65
TABLA 42. TIPO DE AYUDAS EXTERNAS Y GRADO DE DISCAPACIDAD FINAL.....	66
TABLA 43. RANGOS DE TIEMPO DE LIMITACIÓN PERMANENTE Y GRADO DE DISCAPACIDAD FINAL.....	66
TABLA 44. COEFICIENTES DE CORRELACIÓN UTILIZADOS PARA CVRS POR DIMENSIONES ACORDE CON EL NIVEL DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS.....	67
TABLA 45. PRUEBAS DE HOMOGENEIDAD PARA EL CONTRASTE CVRS EN SUBGRUPOS DE VARIABLES.....	68

TABLA 46. RELACIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CON DIMENSIONES DE CVRS.....	69
TABLA 47. RANGOS DE EDAD CON DIMENSIONES DE CVRS.....	69
TABLA 48. NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADOS CON DIMENSIONES DE CVRS.....	70
TABLA 49. ESTADO CIVIL CON DIMENSIONES DE CVRS.....	70
TABLA 50. OCUPACIÓN ACTUAL CON DIMENSIONES DE CVRS.....	71
TABLA 51. RANGO DE INGRESOS FAMILIARES CON DIMENSIONES DE CVRS.....	71
TABLA 52. ESTRATO SOCIOECONÓMICO CON DIMENSIONES DE CVRS.....	72
TABLA 53. RELACIÓN DE VARIABLES CLÍNICAS CON DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA.....	73
TABLA 54. CALIDAD DE VIDA POR DIMENSIONES CON DIAGNÓSTICO MÉDICO.....	73
TABLA 55. CALIDAD DE VIDA POR DIMENSIONES CON RANGOS DEL TIEMPO DE LIMITACIÓN.....	74
TABLA 56. CALIDAD DE VIDA POR DIMENSIONES CON TIPOS DE AYUDAS DE LIMITACIÓN.....	74
TABLA 57. CALIDAD DE VIDA POR DIMENSIONES CON USO DE MEDICAMENTOS.....	75
TABLA 58. CALIDAD DE VIDA POR DIMENSIONES CON USO DE MEDICAMENTOS.....	75
TABLA 59. COEFICIENTES DE CORRELACIÓN UTILIZADOS PARA DISCAPACIDAD POR ÁREAS Y FINAL (WHO DAS II) ACORDE CON EL NIVEL DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES DE CVRS POR DIMENSIONES (SF 36).....	76
TABLA 60. CORRELACIÓN PARA DISCAPACIDAD POR ÁREAS Y FINAL (WHO DAS II) SEGÚN CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD POR ÁREAS.....	77

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. PROBLEMATIZACIÓN CIUDAD DE PASTO.....	89
ANEXO 2. SINTAXIS WHO DAS II	95
ANEXO 3. SINTAXIS SF-36	99
ANEXO 4. CUESTIONARIO WHO-DAS II 36 ÍTEMS	101
ANEXO 5. CUESTIONARIO SF-36	104
ANEXO 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	111

FICHA CATALOGRÁFICA

Formato documento Vancouver

Canchala O, AM, Criollo C, CH, Serrato M, MP. Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud de personas adultas con discapacidad en Pasto (Colombia). 2014. Grupo de investigación Cuerpo Movimiento. Universidad Autónoma de Manizales. Pasto. 2014. 111 págs.

Directores de Tesis y Coinvestigadores:

Ávila R CL

Gil O LM

López L A

Grupo de Investigación: Cuerpo Movimiento UAM

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

PRESENTACIÓN

El presente informe final de investigación es un proyecto adscrito a la línea de investigación Funcionamiento y Discapacidad en la perspectiva de la Salud del Grupo de Investigación Cuerpo Movimiento, clasificado en categoría A por Colciencias (Colombia) en 2015. Este informe final hace parte del macroproyecto “Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud de personas adultas con discapacidad en cuatro ciudades de Colombia, 2015”

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

Los resultados se presentan de la siguiente manera: primero se realizó el análisis univariado; segundo, el análisis bivariado para valorar las relaciones de independencia y homogeneidad de las variables sociodemográficas y clínicas con discapacidad por áreas, final y grado, y con calidad de vida relacionada con la salud por dimensiones. Finalmente se establecieron relaciones entre discapacidad y calidad de vida.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestros agradecimientos a las instituciones marco del proceso de recolección de información, en especial a la Asociación de Personas con Discapacidad de Coordinar - San Juan de Pasto, y a las personas con discapacidad de Pasto que participaron en la investigación.

RESUMEN EJECUTIVO

Título: Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud de personas adultas con discapacidad en Pasto (Colombia). 2014			
Investigadores principales: estudiantes cohorte IV maestría en Discapacidad Alexandra Marcela Canchala Obando- Carlos Hernando Criollo Castro- María Paula Serrato Mendoza			
Directoras de investigación y coinvestigadoras: Carmen Liliana Ávila Rendón - Lida Maritza Gil Obando – Alexandra López López			
Nombre del Grupo de Investigación: Cuerpo Movimiento			
Entidad: Universidad Autónoma de Manizales			
Representante Legal: Gabriel Cadena Gómez.		Cédula de ciudadanía: 5.565.569 de Bucaramanga	
Dirección: Antigua Estación del Ferrocarril		Teléfono (68)8727272	Fax(68) 8727670
Nit: 890805051-0		E-mail: uam@autonoma.edu.co	
Ciudad: MANIZALES		Departamento: CALDAS	
Sede de la Entidad: Antigua Estación del Ferrocarril –Manizales			
Tipo de Entidad: Educativa			
Universidad Pública:	Universidad Privada: X	Entidad Pública:	ONG:
Lugar de Ejecución del Proyecto: Pasto - Nariño – Colombia			
Duración del Proyecto (en meses): 36 meses			
Costo total del Proyecto: \$ 26.748.717			
Descriptor / Palabras clave: Calidad de vida, salud, discapacidad, funcionamiento(DeCS-MeSH) Quality of life, health, Disability, functioning (DeCS-MeSH)			

RESUMEN ACADÉMICO

Introducción. El estudio de discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud reconoce al funcionamiento independiente de la condición de salud de una persona e implica el análisis de las dimensiones corporal, individual y social. **Objetivo.** Relacionar la discapacidad y la calidad de vida en salud de personas adultas con discapacidad de Pasto, Colombia. **Método.** Estudio correlacional entre puntuación de discapacidad (por áreas y final), grado de discapacidad, y calidad de vida relacionada con la salud (por dimensiones) con variables sociodemográficas y clínicas. Participaron 117 personas con discapacidad, mayores de 20 años con más de seis meses de evolución de la limitación permanente. Se utilizó el manual de uso de la versión española del WHODAS II y el software de puntuación del SHORT FORM SF36 versión 2.0. **Resultados.** La variable ocupación mostró relación estadísticamente significativa con el área de actividades de la vida diaria (Eta 0,466) y con discapacidad final (Eta 0,461); el área de movilidad evidenció relación estadísticamente significativa con tipo de ayudas externas (Eta 0,706), el área de autocuidado con tipo de medicamento (Eta 0,651) y diagnóstico médico (Eta 0,632). El grado de discapacidad presentó asociación significativa con las variables sociodemográficas estado civil (X^2 30,41 pvalor 0,001) y ocupación actual (X^2 29,94 pvalor 0,018) y con las variables clínicas diagnóstico médico (X^2 32,31 pvalor 0,004), rangos de tiempo de la limitación permanente (X^2 19,63 pvalor 0,001), tipo de ayudas externas (X^2 41,62 pvalor 0,001), uso de medicamentos (X^2 21,45 pvalor 0,000) y tipo de medicamentos (X^2 49,38 pvalor 0,001). El análisis de calidad de vida relacionada con la salud mostró que la dimensión Rol Emocional tuvo relación estadísticamente significativa con la variable ocupación (Eta 0,425) y la dimensión función física con diagnóstico médico (Eta 0,710) y tipo de ayudas externas (Eta 0,652). Finalmente, el área de movilidad presentó relación inversa estadísticamente significativa con la dimensión de función física (Rho -0,821); la discapacidad final con las dimensiones función física (Rho-0,685), rol físico (Rho-0,637) y rol emocional (Rho-0,607).

Conclusión. El estudio de discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud de personas adultas con discapacidad residentes en la ciudad de Pasto con más de seis meses de la limitación permanente, mostró que más de la mitad de los participantes fueron hombres, adultos maduros, solteros con estudios profesionales y desempleados por motivos de salud. Las áreas de participación en sociedad y movilidad presentaron mayores promedios de puntuación de discapacidad; la dimensión de salud general y rol físico mostró puntuaciones bajas de percepción de calidad de vida. Las áreas de movilidad, autocuidado, actividades de la vida diaria trabajo no remunerado y remunerado, participación social y discapacidad final presentaron relación inversa y estadísticamente significativa todas las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud, se destaca la asociación entre discapacidad final y dimensiones de calidad de vida donde predominó en general una fuerza de asociación moderada y buena.

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

Key words: Quality of life related to the health, Disability, functioning (DeCS-MeSH)

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (ÁREA PROBLEMÁTICA, ANTECEDENTES Y PROBLEMA)

1.1 PROBLEMATIZACIÓN GENERAL DEL MACROPROYECTO

En la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la discapacidad es entendida como la interacción multidimensional entre la persona con una condición de salud y los diferentes niveles de funcionamiento; como término genérico incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación (1, 2). Esta definición se enmarca en el modelo biopsicosocial, desde donde es posible establecer el perfil de funcionamiento y discapacidad del sujeto teniendo en cuenta las dimensiones corporal, personal y social y su relación con los factores del contexto.

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 (3). 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 (4).

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 enfermedades crónicas no transmisibles, en Colombia se suma el fenómeno de la violencia, situaciones que repercuten en la percepción de calidad de vida y discapacidad.

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(5).

Respecto a la prevalencia de las limitaciones permanentes por departamento, varios 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 Antioquia reportó un promedio inferior con el 5,93% (5)

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).

Además de la información censal y de registro existente en el país, las encuestas nacionales de salud estudian periódicamente las condiciones básicas de los hogares, las personas y la seguridad social en salud, las condiciones de salud en cuanto a percepción de salud, morbilidad sentida, discapacidad y respuesta institucional de los usuarios de servicios de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y de entidades territoriales. En la encuesta nacional de salud del 2007, aplicada a 164.474 personas de todos los departamentos, se caracterizó entre otras situaciones la discapacidad (en los últimos 30 días) en población entre 18 y 69 años, para ello, se utilizó el instrumento WHO-DAS-S (12 ítems); entre otros resultados, la encuesta mostró una proporción de discapacidad del 8,3% (Intervalo de confianza del 95%: 7,9% - 8,8%), se observó una tendencia de incremento en la prevalencia de discapacidad de acuerdo con la edad, en donde el grupo entre 60 y 69 años presentó mayor porcentaje (13.2%) (intervalo de confianza de 95%: 11.7-14.7) seguido por el subgrupo de 50 a 59 años (11.8%) (intervalo de confianza de 95%: 10.6-13.0)(7).

Por regiones, la pacífica mostró una prevalencia de discapacidad superior a la estimada por el promedio nacional, mientras que la región oriental fue inferior al promedio nacional (9.8 y 7.3 respectivamente). Los departamentos de Caquetá, Putumayo, Caldas, Nariño, Tolima, Meta y Chocó evidenciaron la prevalencia más alta de discapacidad mientras que el Valle del Cauca y Antioquia estuvieron por debajo del promedio nacional(7).

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

Establecer el perfil de discapacidad y el grado de dificultad encontrada en la realización de actividades 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 discapacidad genera impacto personal y social para quien la experimenta, produce modificaciones en su estilo de vida, alterando su rol físico, laboral, social, familiar, entre otros, esta situación debe entenderse y abordarse de manera integral y articulada, puesto que analizada de forma aislada no dimensiona la multiplicidad de las problemáticas asociadas a la discapacidad. De esta forma, la valoración de la discapacidad debe trascender lo clínico y funcional hacia aspectos relacionados con el funcionamiento humano y la calidad de vida relacionada con la salud. En este sentido, las repercusiones de la discapacidad en el funcionamiento humano, abarcan las dimensiones corporal, personal, social y contextual. Tradicionalmente se han evaluado las variables corporales, las respuestas sintomáticas, el tipo de discapacidad o la tasa de supervivencia, sin embargo, esta información ya no es suficiente para mostrar una visión apropiada del efecto del abordaje e intervención a las personas con discapacidad.

La evaluación en discapacidad es una estimación no sujeta a una disciplina o profesión, la cual debe atender a principios de validez y confiabilidad, para ser empleada por ejemplo en un 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 al evaluar la discapacidad se debe dar el tránsito entre lo biológico, psicológico y sociocultural.

En las últimas décadas, han surgido diferentes instrumentos que pretenden evaluar la discapacidad en personas con diversas condiciones de salud, entre ellos se encuentra el World Health Organization - Disability Assessment Schedule II (8), conocido como WHO-DAS II, traducido y validado al español por Vásquez y Herrera en el 2006 (2), es una herramienta

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

A nivel internacional son varios los estudios realizados que han utilizado el WHO DAS II para medir la discapacidad, 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(9) 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 lo aplicaron en 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 intraclase (CCI) y test-retest. Los resultados del estudio a 225 sujetos evaluados obtuvieron 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 realizaron un estudio para validar el WHO DAS II en sujetos con enfermedades crónicas (10) en una muestra de 1119 personas de 7 países europeos con al menos una de 13 condiciones crónicas. Todos los participantes eran evaluados clínicamente y se les aplicaba el WHODAS-II y el SF-36, luego se repitió la aplicación de los dos cuestionarios a las 6 semanas y a los 3 meses siguientes. La validez fue evaluada en términos de consistencia interna (alfa de Cronbach) y confiabilidad (coeficiente de correlación intraclase, CCI). La validez de constructo fue evaluada a través de la correlación de los dominios del WHODAS-II y del SF-36. Este estudio encontró un alfa de Cronbach en rangos de 0.77 (autocuidado) a 0.98 (actividades de la vida diaria: trabajo o estudio), y un CCI bajo, pero alcanzando el nivel recomendado de 0.7 para cuatro dominios. La correlación entre el puntaje final del WHODAS-II y las diferentes dimensiones del SF-36 obtuvo rangos desde -0.29 a -0.65. La mayoría de las puntuaciones del WHODAS-II mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos clínicos de mayor gravedad de todas las patologías crónicas y entre los sujetos que trabajan y aquellos que no trabajan debido a la mala salud ($p < 0,001$). La principal conclusión de este estudio fue la necesidad de correlacionar las dimensiones de discapacidad con las de calidad de vida.

El WHO DAS II ha sido utilizado en estudios para evaluar la discapacidad desde una perspectiva biopsicosocial en personas con psicopatologías como la esquizofrenia (11) y desórdenes psiquiátricos (12), en trastornos neurológicos (13) y en enfermedades reumatológicas (14).

En Colombia se encuentran estudios donde se muestran los resultados de la aplicación del WHO DAS II 36 ítems. Henao y Pérez (15), 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. Por su parte, Ríos (16), 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% presentaron discapacidad leve y severa, con una media de 37 puntos y una desviación típica de 15.7 puntos. Londoño y otros en el 2012 encontraron que de las variables sociodemográficas solo el nivel de escolaridad evidenció relación estadísticamente significativa con el área del WHO DAS II de "compresión y comunicación" y la situación ocupacional con el área de

“actividades de la vida diaria” y ninguna variable mostró asociación significativa con discapacidad global. En cambio la mayoría de las variables clínicas si mostraron asociación con discapacidad global así como el número de complicaciones. Las variables referidas a servicios de rehabilitación no mostraron asociación significativa con discapacidad global (17). 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 un grado de discapacidad leve con un 47,6%, el 26,2% moderado y 16,7% severo. Mientras que en grado de discapacidad global se evidencia una media de 27.94% con una desviación estándar de 19.063 (18).

De otro lado, la rehabilitación implica la comprensión de la discapacidad 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. 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(19).

La calidad de vida es un concepto complejo y multidimensional que tiene relación con componentes objetivos como el tipo de trabajo, el nivel socioeconómico, el estado de salud, así como con factores subjetivos como la escala de valores, creencias y expectativas de cada persona integrado a un marco biográfico, familiar, social y medio ambiental. 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 (recoge el punto de vista de la persona)(20).

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

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

A nivel nacional e internacional son varios los estudios que se encuentran evaluando la calidad de vida con el SF-36 en distintas condiciones de salud, Fernández y otros (21) realizaron una investigación con el propósito de comprobar si existía relación entre la movilidad espinal, la funcionalidad y la calidad de vida (CV) en sujetos con Espondilitis anquilosante (EA). Para la medición de la movilidad, se escogieron las mediciones establecidas en el Índice de Movilidad para la EA del grupo de Bath (BASMI): distancia occipucio-pared, test de Schöber modificado, rotación cervical, latero-flexión lumbar y distancia intermaleolar. Para la funcionalidad y la actividad se emplearon el Índice de Funcionalidad para la EA (BASFI) y el Índice de Incapacidad Funcional para la EA (BASDAI). Para la CV se empleó el cuestionario SF-36. Entre los principales resultados encontraron que los índices BASFI y BASDAI mostraron diversas correlaciones con numerosas dimensiones del cuestionario SF-36, prácticamente ninguna de las variables de movilidad presentó relación con las dimensiones del cuestionario SF-36, llevando a concluir que la calidad de vida no está relacionada con la pérdida de movilidad que acontece en la EA, mientras que la funcionalidad sí muestra relación con la CV.

Rojas (22) encontró que al aplicar el SF-36 en personas con fibromialgia, los aspectos con menor puntaje fueron el rol físico, la vitalidad y la salud en general; y los de mayor puntaje fueron la función social y el rol emocional. La presencia de depresión se constituyó en el predictor del puntaje total del FIQ (B:9,1 P < 0,019), y algunos aspectos del SF-36 como función social (B-18,55 P < 0,019); por su parte Bobes (23) encontró que la calidad de vida en personas con Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) era peor cuando se comparaba con los estándares españoles en todas las áreas del SF-36, pero especialmente con respecto a la salud mental. A diferencia de los sujetos con TOC estadounidenses, el funcionamiento social está más deteriorado en los sujetos con TOC españoles. Los sujetos con TOC puntuaron la misma calidad de vida que los esquizofrénicos en las áreas de salud mental, pero mejor en las áreas de salud física; comparado con los heroinómanos y los sujetos deprimidos, su calidad de vida era peor.

Otros estudios han utilizado el SF- 36 para medir la calidad de vida en diferentes condiciones de salud como las enfermedades crónicas (24), en personas con vértigo (25) y en personas con discapacidad (26).

A nivel nacional, el estudio de Tamayo y Quesada realizado en la ciudad de Neiva midió calidad de vida con el SF- 36 en personas con limitación en la movilidad, encontrando que las dimensiones de calidad de vida mejor autopercibidas por la población encuestada fueron salud mental, vitalidad y función social (27). De las variables sociodemográficas estudiadas todas mostraron relación estadísticamente significativa con los puntajes de las dimensiones de calidad de vida, sin embargo la fuerza de dicha asociación fue débil. La ocupación fue la variable que demostró mejor fuerza de asociación estadísticamente significativa, los subgrupos de asalariados, jubilados y los que trabajan por su propia cuenta perciben mejor la mayoría de las dimensiones de calidad de vida evidenciadas en puntajes más altos, el subgrupo de estudiantes mostró muy buena percepción de calidad de vida desde la dimensión de salud mental. Se evidencia en el estudio como el hecho de tener un empleo influencia positivamente la percepción de calidad de vida. Las variables de discapacidad con relación significativa fueron las limitaciones para caminar, para estar de pie y para estar sentado con las dimensiones de dolor corporal, salud general y función física. De acuerdo a lo anterior, es posible afirmar que la limitación en actividades de la movilidad influyen de manera negativa las dimensiones que tienen que ver con el área física y que el área mental y social son mejores percibidas en el análisis de la calidad de vida de estas personas.

Medir y relacionar la discapacidad y la CVRS no es una práctica habitual de los profesionales que intervienen e investigan la discapacidad, se han encontrado a nivel internacional estudios que evalúan discapacidad en la perspectiva del WHO DAS II e instrumentos de calidad de vida, entre ellos el SF-36 en diferentes condiciones de salud como en enfermedades neurológicas(12, 28), en enfermedades reumatológicas (29, 30) y en trauma múltiple (31).

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

De acuerdo con lo anterior, existe una necesidad reconocida de investigaciones en el país 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.

1.2 PROBLEMATIZACIÓN ESPECÍFICA DEL PROYECTO

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

En el Anexo. 1 se delimita la problematización particular para la ciudad de Pasto

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

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO

¿Cuál es la relación entre discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad de Pasto?

2. JUSTIFICACIÓN

En Colombia, la discapacidad se constituye en una cuestión de salud pública que impacta las dimensiones corporal, individual y social de los sujetos conllevando a diferentes grados de discapacidad y a repercusiones en la calidad 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, es 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 Pasto (Colombia), conocer los aspectos inherentes a dicha relación se constituye en un elemento valioso para la planeación, implementación y evaluación de estrategias de intervención y desarrollo de políticas públicas que propendan por adecuados procesos de inclusión social.

Con base en lo anterior, se propuso la realización de un estudio que a través del abordaje de la discapacidad desde el modelo biopsicosocial que sustenta la CIF (evaluada con el WHO-DAS II) y de aspectos relacionados con el bienestar y la calidad de vida en función de la salud (evaluado con el SF-36) 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.

En este estudio se caracterizó el perfil de funcionamiento, así como la percepción de calidad de vida relacionada con salud de las personas con discapacidad en Pasto (Colombia), información que se considera de suma importancia dada la falta de registros estadísticos sistemáticos que permitan estimar la magnitud y la relación de estas variables en la población objeto de análisis.

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

Para este fin, la investigación recurrió a la aplicación del WHO-DAS II como instrumento de evaluación de la discapacidad y del SF-36 como instrumento de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud. El WHO-DAS II 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. El cuestionario SF-36, validado también al español y ampliamente utilizado en diversas condiciones de salud en todo el mundo evalúa la calidad de vida relacionada con la salud en términos de funcionamiento físico y psicológico, los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud.

Los instrumentos de evaluación utilizados son útiles en instituciones de salud y rehabilitación que aborden el grupo poblacional de discapacidad en el país, pues permiten obtener información completa en cuanto a sus características sociodemográficas, perfil de funcionamiento a nivel corporal, individual y social y la CVRS.

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

En la actualidad no existe uniformidad en cantidad, significados e importancia de cada una de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud y su relación la discapacidad. Los resultados aquí expuestos 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: la práctica clínica, la investigación de los servicios de salud, la evaluación de nuevos medicamentos y tecnologías sanitarias, los ensayos clínicos o estudios observacionales, la monitorización de la salud de poblaciones y subgrupos de población, y la asignación de los recursos sanitarios. Es importante tener en cuenta, que el plan decenal de salud pública –PDSP- 2012- 2021 busca la reducción de la inequidad en salud planteando entre sus objetivos la garantía del goce efectivo del derecho a la salud de todos los colombianos, el 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.

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

2.1 DISPOSICIONES ÉTICAS VIGENTES Y CONDICIONES DE FACTIBILIDAD

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

El proyecto fue ejecutado por tres (3) estudiantes de la cohorte IV de la Maestría en Discapacidad en la ciudad de Pasto – Nariño y dirigido por tres docentes magíster en discapacidad.

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

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

Esta investigación se consideró de “riesgo mínimo” acorde con el artículo 11 de la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud Colombiano(32), pues se realizaron pruebas de evaluación clínica de carácter no invasivo, que no atentaron contra la integridad física y moral de los participantes, se protegió la privacidad del individuo. El estudio cumplió además con los principios enunciados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (33) 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).

Fueron respetados los derechos de autor de los dos cuestionarios utilizados. Para la aplicación del WHO-DAS II se contó con la autorización de la Organización Mundial de la Salud, previa solicitud del permiso (34-36).

Para la aplicación del SF-36v2, la Universidad Autónoma de Manizales adquirió el permiso de uso y el software de digitación y puntuación de resultados de salud “Quality Metric Health Outcomes™ Scoring versión 4.5”¹, distribuido en la versión española por la empresa BiblioPRO.

Por último, fueron respetados además los derechos de autor de los aportes teóricos y conceptuales utilizados para la construcción del área problemática y marco teórico mediante la citación en estilo Vancouver 2010.

¹ SF-36v2® Health Survey © 1993, 2003, 2012 Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Relacionar la discapacidad y la calidad de vida en salud de personas adultas con discapacidad de Pasto, Colombia

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas de personas adultas con discapacidad en Pasto (Colombia).
2. Caracterizar la discapacidad por áreas, final y grado de personas adultas con discapacidad en Pasto (Colombia) haciendo uso del WHO DAS II.
3. Caracterizar la calidad de vida relacionada con la salud por dimensiones de personas adultas con discapacidad en Pasto utilizando el SF36.
4. Establecer las relaciones entre las características sociodemográficas, clínicas, discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud de personas adultas con discapacidad en Pasto (Colombia).

4. REFERENTE TEÓRICO

4.1 DISCAPACIDAD: REFERENTE CONCEPTUAL

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(37).

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(37).

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 (38) 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” (39). 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(40). 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(37). 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(1), es decir, la discapacidad surge como un proceso continuo de ajuste entre las capacidades del individuo con una condición de salud específica y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona, y las expectativas y exigencias de su entorno.

La CIF pretende proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado para describir *el funcionamiento humano* como término genérico utilizado para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación del ser humano y *la discapacidad* como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en 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 sería insuficiente. En el proceso de intervención, la evaluación de discapacidad exige entonces el desarrollo de instrumentos que permitan describir y valorar el funcionamiento humano en diversas condiciones de salud.

Para cumplir con este propósito, existen en el medio herramientas para la evaluación del funcionamiento y la discapacidad compatibles con la CIF, entre ellas está el WHO-DAS II (World Health Organization Disability Assessment Schedule II), validado al español por Vásquez Barquero en 2006 (2) 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.

6.1.1. EVALUACIÓN DESDE EL WHO-DAS II.

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

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

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(2).

El perfil de funcionamiento de la persona puede ser evaluado con este instrumento a través de la exploración de seis dominios de actividades, como también un puntaje de la discapacidad en general, los entrevistados declaran el nivel de dificultad que experimentan al realizar la actividad concreta, tomando en consideración la forma como la realizan habitualmente, incluyendo el uso de cualquier tipo de asistencia mecánica o la ayuda de una persona. Las áreas incluidas en el instrumento son: Comprensión y comunicación, capacidad para moverse en el entorno, cuidado personal, relacionarse con otras personas, actividades de la vida diaria y participación en sociedad(8). Los 36 ítems de la versión extensa del instrumento se distribuyen de manera homogénea en cada uno de estos dominios.

La escala de evaluación para cada dominio y para el instrumento en su totalidad es una escala que

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

El WHO-DAS II ha sido traducido hasta el momento a 20 idiomas (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 (8).

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

La versión en lengua española del WHO-DAS II fue validada por Vásquez Barquero a través de un estudio de tipo observacional analítico de cohortes concurrentes, dirigido a verificar sus propiedades psicométricas (2).

De acuerdo a los resultados de las pruebas de validación, el “Cuestionario para la Evaluación de Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud WHO-DAS II, se convierte en un instrumento fiable, aplicable a población hispanoparlante y fácil de utilizar en un amplio rango de circunstancias relacionadas con las diferentes condiciones de salud.

6.1. 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"(41).

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 (42).

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 (43).

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 (44).

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(45).

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 (46), 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 (47). 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(48).

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(49, 50), 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.

6.1.1. 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”(51). 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)”(52). 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.

6.1.2. MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DESDE EL SF 36.

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.

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 las vertientes tecnológica e instrumental (escalas de valoración), su 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, la salud percibida es el ámbito que estudia la calidad de vida (19).

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 (53) 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(54).

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 (55).

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 (56).

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.

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

El SF 36 evalúa la calidad de vida a través de distintas dimensiones: función física (limitaciones físicas), rol físico (interferencia en el trabajo y actividades diarias), dolor corporal (intensidad del dolor y su efecto en las actividades), salud general (valoración personal de la salud), vitalidad (sentimiento de energía), función social (interferencia en la vida social habitual), rol emocional (interferencia en el trabajo u otras actividades diarias) y salud mental (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta). Se tiene en cuenta además, la evolución declarada de la salud (valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás).

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

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

J Alonso, L Prieto y JM Antó realizaron un estudio sobre la versión española del SF-36 en el que reportaron los resultados iniciales de la adaptación del cuestionario de salud SF-36 para su uso en España(57). La adaptación se basó en la traducción y retrotraducción por parte de traductores e investigadores. Se administró la versión española del SF-36 a 46 pacientes con enfermedad coronaria estable. Los autores destacan que el SF-36 fue desarrollado para su uso en el estudio de los resultados médicos, a partir de una extensa batería de cuestionarios que incluía cuarenta conceptos relacionados con salud. Para realizar el nuevo cuestionario se seleccionaron el mínimo

número de conceptos necesarios para mantener su validez y operatividad. El formato final fue un instrumento genérico que contiene 36 ítems que cubren ocho dimensiones del estado de salud. Estos ítems detectan estados positivos y negativos de salud, donde se codifican en una escala que tiene un recorrido de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud). El estudio en mención muestra una gran equivalencia con respecto al cuestionario original debido a que no se situó por debajo del 90%. En la ordinalidad las puntuaciones promedio coincidieron en todos los casos, con el orden asignado en el cuestionario. Como parte de la consistencia interna y fiabilidad del cuestionario el estudio tomó a pacientes de edades promedio 61.2 ± 7.6 años y el 89% fueron varones. La respuesta al cuestionario exigió aproximadamente 10-15 min. El 75% lo llenó personalmente. Las puntuaciones medias de las dimensiones del cuestionario fueron: función social 90.5, emocional 89.6, salud en general 56.1 (la más baja), vitalidad 66.8, función física 69.9.

Los resultados reportados evidencian una alta coincidencia y equivalencia con los valores americanos. El cuestionario mostró una alta consistencia interna para la mayoría de las dimensiones que lo componen y una reproducibilidad aceptable. Esto sugiere que el proceso de adaptación culminó con la obtención de un instrumento aparentemente equivalente al original que puede utilizarse en la investigación clínica y epidemiológica. Debido a que el método utilizado fue estrictamente comparable asegura la adecuación de la versión española del cuestionario para la realización de estudios internacionales. El proceso de adaptación se basó en traducción-retrotraducción que es el más comúnmente aceptado para asegurar la equivalencia conceptual y adaptarlo a una cultura diferente. Este estudio ha sido replicado en países que participan en el IQOLA, y en estos se ha obtenido resultados muy semejantes tanto en el orden como en los valores de escalas. La consistencia interna tiene un coeficiente de alfa superior a 0,7 esto quiere decir que presentan poco error aleatorio (alta fiabilidad) para la comparación de grupos. El escaso número de ítems en la dimensión de salud social puede disminuir su fiabilidad, esto se observa en la baja consistencia interna de esta dimensión. Los autores concluyeron que el cuestionario en salud SF-36 es un instrumento de suma importancia ya que se está implementando en varios países debido a que en su contenido incluye tanto la salud física como mental, y por su relativa simplicidad puede facilitar su utilización en investigaciones. Es necesario acentuar la influencia cultural que existe en cualquier cuestionario de medida del estado de salud, por lo tanto es trascendental asegurar la equivalencia conceptual en el proceso de adaptación.

5. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

Tabla 1. Operacionalización de variables sociodemográficas y clínicas.

Variable	Valor	Indicador	Índice
Sexo	Masculino	Condición de ser hombre o mujer, determinado por características biológicas: anatómicas, y fisiológicas.	1
	Femenino		2
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
Rangos de edad	20-29 años	Distribución de información de edad por rangos.	1
	30-39 años		2
	40-49 años		3
	50-59 años		4
	60-69 años		5
	70-79 años		6
Nivel de estudios alcanzado	80 años y más	Máximo nivel de estudios cursado o alcanzado acorde con el sistema de educación Colombiano	7
	Ninguno		0
	Primaria incompleta		1
	Primaria completa		2
	Secundaria incompleta		3
	Secundaria completa		4
	Técnico-Tecnológico		5
Profesional	6		
Especialización	Maestría	Situación de las personas, en el orden social, determinada por sus relaciones, que establecen ciertos derechos y deberes	7
	Doctorado		8
	Soltero		10
	Actualmente está casado/a		1
	Separado/a		2
	Divorciado/a		3
Estado civil	Viudo/a	Acción de ocupar, o sea trabajar o emplearse, ejercer un oficio o cargo.	4
	Vive en Pareja		5
	Asalariado (a)		6
	Independiente		7
	Trabajo no remunerado		8
	Estudiante		10
Ocupación Actual	Ama de casa	Forma como el Estado colombiano brinda un aseguramiento que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos o extranjeros.	1
	Jubilado		2
	Pensionado por discapacidad		3
	Desempleado por motivo de salud		4
	Desempleado por otras causas		5
	No afiliado		6
Tipo de afiliación a seguridad social en salud	Subsidiado	Ingresos totales mensuales aportados por todos los miembros del núcleo familiar de la persona con discapacidad. Un salario mínimo mensual legal vigente corresponde a \$535.600	1
	Contributivo		2
	Régimen Especial		3
	Otro		9
	Bajo-bajo: Estrato 1		Nivel de clasificación de un inmueble acorde con su clasificación socioeconómica, existe un máximo de seis estratos socioeconómicos.
Bajo: Estrato 2	2		
Medio-bajo: Estrato 3	3		
Medio: Estrato 4	4		
Medio-alto: Estrato 5	5		
Alto: Estrato 6	6		
Estrato socioeconómico	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	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
Diagnóstico médico	Enfermedades del ojo y sus anexos		6

Variable	Valor	Indicador	Índice	
	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	de enfermedades y problemas relacionados con la salud.	7	
	Enfermedades del sistema circulatorio		8	
	Enfermedades del sistema respiratorio		9	
	Enfermedades del aparato digestivo		10	
	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo		11	
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo		12	
	Enfermedades del sistema genitourinario		13	
	Afecciones originadas en el periodo neonatal		14	
	Malformaciones congénitas		15	
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa		16	
	Otro		17	
	Otro		18	
Tiempo de evolución de limitación permanente	6 meses en adelante		Cantidad de tiempo en meses transcurrido desde el momento de adquirir o encontrarse con la limitación permanente hasta la fecha de evaluación	Registro del dato en meses
Rangos de tiempo de evolución de la limitación permanente	Menos de 1 año		Distribución de información de tiempo de limitación permanente por rangos.	1
	1 a 5 años			2
	5 a 10 años			3
	Más de 10 años			4
Uso de ayudas externas	Sí			1: Sí
	No	0: No		
Tipo de ayudas externas	Ninguna	Utilización de equipamiento adaptativo para la equiparación de oportunidades relacionado con la limitación permanente	0	
	Aparato ortopédico		1	
	Audifono		2	
	Bastón		3	
	Férula		4	
	Sonda vesical		5	
	Caminador		6	
	Gafas		7	
	Implante coclear		8	
	Muletas		9	
	Silla de ruedas		10	
	Prótesis		11	
	Oxígeno		12	
	Otra		13	
Uso de medicamentos	Sí		1: Sí	
	No		0: No	
Tipo de medicamento	Ninguno	Utilización de farmacología para el manejo de la condición de salud actual	0	
	Analgésico		1	
	Protector Gastrico		2	
	Antiagregante Plaquetario		3	
	Antidepresivo		4	
	Antireumático		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 II, versión de 36 ítems.

Variable	Sub-Variable	Definición	Valor	Índice
Comprensión y comunicación (Área 1)	D1.1	Dificultad para concentrarse en hacer algo durante 10 minutos	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D1.2	Dificultad para recordar las cosas importantes que tiene que hacer	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D1.3	Dificultad para analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D1.4	Dificultad para aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar donde nunca ha estado.	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D1.5	Dificultad para entender en general lo dice la gente	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D1.6	Dificultad para iniciar o mantener una conversación	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
Capacidad para moverse en su alrededor / entorno (Área 2)	D2.1	Dificultad para estar de pie durante largos períodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D2.2	Dificultad para ponerse de pie cuando estaba sentado	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D2.3	Dificultad para movilizarse dentro de su casa	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 casa	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D2.5	Dificultad para caminar largas distancias como un kilómetro (o equivalente)	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
Autocuidado (Área 3)	D3.1	Dificultad para bañarse (lavarse todo el cuerpo)	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	1 2 3

Variable	Sub-Variable	Definición	Valor	Índice
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
	D3.3	Dificultad para comer	Ninguna dificultad	1
			Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
D3.4	Dificultad para estar sólo (a) durante unos días	Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
		Ninguna dificultad	1	
Relacionarse con otras personas (Área 4)	D4.1	Dificultad para relacionarse con personas que no conoce	Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
			Ninguna dificultad	1
	D4.2	Dificultad para mantener una amistad	Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
			Ninguna dificultad	1
	D4.3	Dificultad para llevarse bien con personas cercanas a usted	Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
			Ninguna dificultad	1
D4.4	Dificultad para hacer nuevos amigos	Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
		Ninguna dificultad	1	
D4.5	Dificultad para tener relaciones sexuales	Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
		Ninguna dificultad	1	
Actividades de la vida diaria (Área 5)	D5.2	Dificultad para cumplir con sus quehaceres de la casa	Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
			Dificultad severa	4
			Dificultad extrema / No puede hacerlo	5
			Ninguna dificultad	1
	D5.3	Dificultad para realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes	Dificultad leve	2
			Dificultad moderada	3
D5.4	Dificultad para acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer	Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
		Ninguna dificultad	1	
D5.5	Dificultad para acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario	Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
		Ninguna dificultad	1	
D5.8	Dificultad para llevar a cabo su trabajo diario	Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
		Ninguna dificultad	1	
D5.9	Dificultad para realizar bien las tareas más importantes del trabajo o estudio	Dificultad leve	2	
		Dificultad moderada	3	
		Dificultad severa	4	
		Dificultad extrema / No puede hacerlo	5	
		Ninguna dificultad	1	

Variable	Sub-Variable	Definición	Valor	Índice
	D5.10	Dificultad para acabar todo el trabajo que necesitaba hacer	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D5.11	Dificultad para acabar su trabajo tan rápido como era necesario	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
Participación en sociedad (Área 6)	D6.1	Dificultad para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades)	Ninguna dificultad 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 su alrededor (entorno)	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D6.3	Dificultad para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D6.4	Tiempo dedicado a su estado de salud o las consecuencias del mismo	Ninguno Leve Moderado Severo Extremo	1 2 3 4 5
	D6.5	Grado en que su estado de salud lo ha afectado emocionalmente	Ninguno Leve Moderado Severo Extremo	1 2 3 4 5
	D6.6	Impacto económico que su estado de salud ha tenido para usted o para su familia	Ninguno Leve Moderado Severo Extremo	1 2 3 4 5
	D6.7	Dificultad que ha tenido su estado de salud para su familia	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5
	D6.8	Dificultad para realizar por sí mismo cosas que le ayuden a relajarse o a disfrutar	Ninguna dificultad Dificultad leve Dificultad moderada Dificultad severa Dificultad extrema / No puede hacerlo	1 2 3 4 5

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

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

Es importante mencionar que el grado de discapacidad corresponde a la propuesta de la CIF y que el protocolo para la obtención de la puntuación final resulta de la suma de los ponderados por áreas acorde con la sintaxis propuesta por la OMS (Anexo 2) (2) permitiendo del mismo modo la conversión a la escala de 0 a 100 puntos.

Tabla 4. Operacionalización de variables de calidad de vida relacionada con la salud según el SF 36.

Variable	Definición	Sub-variable	Indicador	Valor	Índice
Función física	Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados o intensos (10 ítems)	3 ^a	Limitación para esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores causada por la salud actual	Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada	1 2 3
		3b	Limitación para esfuerzos moderados como mover una mesa, pasar la aspiradora, montar bicicleta o caminar más de una hora, causada por la salud actual	Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada	1 2 3
		3c	Limitación para coger o llevar una bolsas de compras, causada por la salud actual	Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita nada	1 2 3
		3d	Limitación para subir varios pisos por la escalera, causada por la salud actual	Sí, me limita mucho. Sí, me limita un poco. No, no me limita nada	1 2 3
		3e	Limitación para subir un solo piso por la escalera, causada por la salud actual	Sí, me limita mucho. Sí, me limita un poco. No, no me limita nada.	1 2 3
		3f	Limitación para agacharse o arrodillarse, causada por la salud actual	Sí, me limita mucho. Sí, me limita un poco. No, no me limita nada	1 2 3
		3g	Limitación para caminar un kilómetro o más, causada por la salud actual	Sí, me limita mucho. Sí, me limita un poco. No, no me limita nada.	1 2 3
		3h	Limitación para caminar varias centenas de metros causada por la salud actual	Sí, me limita mucho. Sí, me limita un poco. No, no me limita nada.	1 2 3
		3i	Limitación para caminar unos 100 metros, causada por la salud actual	Sí, me limita mucho. Sí, me limita un poco. No, no me limita nada	1 2 3
		3j	Limitación para bañarse o vestirse por sí mismo, causada por la salud actual	Sí, me limita mucho. Sí, me limita un poco. No, no me limita nada.	1 2 3
Rol físico	Grado en el que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o	4 ^a	Reducción durante las últimas 4 semanas del tiempo dedicado al trabajo o a las actividades cotidianas a causa de la salud física	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
		4b	Hacer menos de lo que se hubiera querido hacer a causa de la salud física durante las últimas cuatro semanas	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
		4c	Estar limitado en el tipo	Siempre	1

Variable	Definición	Sub-variable	Indicador	Valor	Índice
	dificultad en la realización de actividades (4 ítems)		de trabajo u otras actividades a causa de la salud física durante las últimas 4 semanas	Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	2 3 4 5
		4d	Dificultad (costarle más de lo normal) para hacer el trabajo o las actividades cotidianas a causa de la salud física durante las últimas 4 semanas	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
Dolor corporal	Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 ítems)	7	Dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas	No, Ninguno Sí, muy poco Sí, un poco Sí, moderado Sí, mucho Sí, muchísimo	1 2 3 4 5 6
		8	Interferencia del dolor con el trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)	Nada Un poco Regular Bastante Muchísimo	1 2 3 4 5
Salud general	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas en de salud en el futuro y la resistencia a enfermar (5 ítems)	1	Salud general percibida. Apreciación del propio estado de salud	Excelente Muy Buena Buena Regular Mala	1 2 3 4 5
		2	Salud general percibida en comparación con la de hace un año.	Mucho mejor ahora que hace un año Algo mejor ahora que hace un año Más o menos igual que hace un año Algo peor ahora que hace un año Mucho peor ahora que hace un año	1 2 3 4 5
		11 ^a	Creer que se enferma más fácilmente que otras personas	Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa	1 2 3 4 5
		11b	Creer que se está tan sano como cualquiera	Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa	1 2 3 4 5
		11c	Creer que la propia salud va a empeorar	Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa	1 2 3 4 5
		11d	Creer que la propia salud es excelente	Totalmente cierta Bastante cierta No lo sé Bastante falsa Totalmente falsa	1 2 3 4 5
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 ítems)	9 ^a	Tiempo durante las 4 últimas semanas en el que se sintió lleno de vitalidad	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
		9 ^e	Tiempo durante las 4 últimas semanas en el que tuvo mucha energía	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5

Variable	Definición	Sub-variable	Indicador	Valor	Índice
		9g	Tiempo durante las 4 últimas semanas en el que se sintió agotado	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
		9i	Tiempo durante las 4 últimas semanas en el que se sintió cansado	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
Función social	Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 ítems)	10	Frecuencia en que la salud física o los problemas emocionales le han dificultado las actividades sociales (visitar amigos o familiares) durante las últimas 4 semanas	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
		6	Definir hasta qué punto la salud física o los problemas emocionales han dificultado las actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas durante las últimas 4 semanas	Nada Un poco Regular Bastante Muchísimo	1 2 3 4 5
Rol emocional	Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (3 ítems)	5 ^a	Reducción del tiempo dedicado al trabajo o a las actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso) durante las 4 últimas semanas	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
		5b	Haber hecho menos de lo que se hubiese querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso) durante las 4 últimas semanas	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
		5c	No hacer el trabajo o las actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso) durante las 4 últimas semanas	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
Salud mental	Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 ítems)	9b	Tiempo en las 4 últimas semanas que estuvo muy nervioso	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
		9c	Tiempo en las 4 últimas semanas de sentirse tan bajo de moral que nada podía animarle	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
		9d	Tiempo en las 4	Siempre	1

Variable	Definición	Sub-variable	Indicador	Valor	Índice
			últimas semanas de sentirse calmado y tranquilo	Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	2 3 4 5
		9f	Tiempo en las 4 últimas semanas de sentirse desanimado y deprimido	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5
		9h	Tiempo en las 4 últimas semanas de sentirse feliz	Siempre Casi siempre Algunas veces Casi nunca Nunca	1 2 3 4 5

Tabla 5. Operacionalización de calidad de vida relacionada con la salud resultante desde el SF 36.

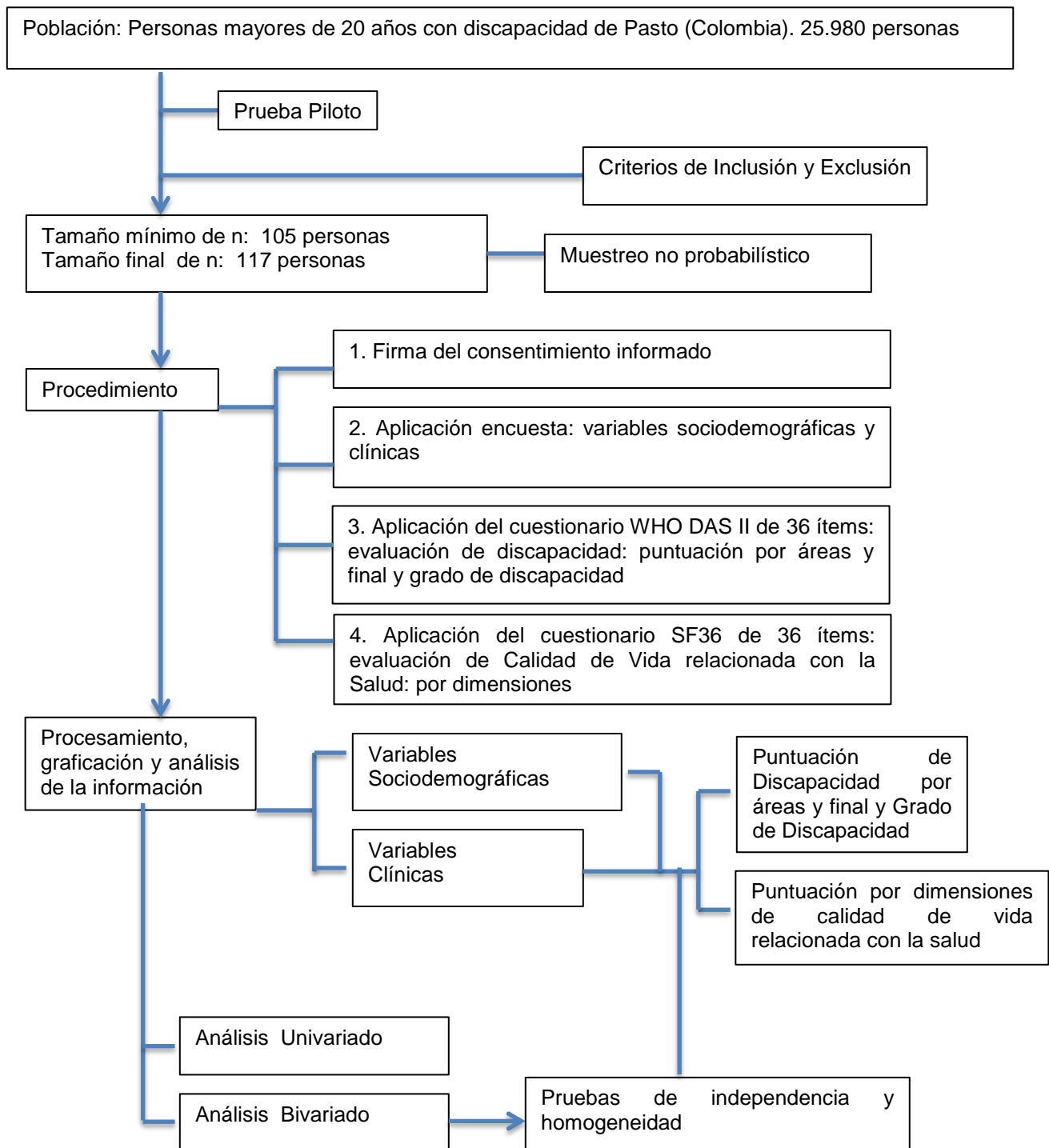
Variable	Dimensiones	Número de ítems por dimensión	Indicador	Índice
Puntaje de calidad de vida relacionada con la salud por dimensiones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Función física 2. Rol físico 3. Dolor corporal 4. Salud general 5. Vitalidad 6. Función social 7. Rol emocional 8. Salud mental 	<p>Diez (10) Cuatro (4) Dos (2) Cinco (5) Cuatro (4) Dos (2) Tres (3) Cinco (6)</p>	0 – 100 puntos para cada dimensión	Puntaje de calidad de vida relacionada con la salud para cada dimensión obtenida en la aplicación del SF 36, puntajes cercanos a 100 indican una mejor percepción de calidad de Vida, puntajes cercanos a cero (0) indican malas o peores percepciones de calidad de vida.

El SF 36 contempla el protocolo para la obtención de las puntuaciones en las ocho dimensiones, es una sumatoria de los ítems promedio según la recodificación propuesta por la Health Survey Standard, así como de su conversión a escala de 0-100 puntos (Anexo 2).

6. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

6.1 DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Discapacidad y Calidad de Vida relacionada con la Salud en Personas Adultas con Discapacidad en Pasto (Colombia). 2014



6.2 ENFOQUE

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

6.3 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de alcance correlacional. Se realizó un estudio donde se correlacionaron las variables de discapacidad por áreas y final con la puntuación de calidad de vida por dimensiones en personas adultas con discapacidad de Pasto (Colombia) y con variables sociodemográficas y clínicas.

6.4 POBLACIÓN

Personas mayores de 20 años con discapacidad de Pasto (Colombia).

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

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

Tabla 6. Población esperada con discapacidad de Pasto para el año 2012.

Ciudad	Población mayor de 20 años con discapacidad: Censo DANE 2005 (número de habitantes)	Prevalencia de discapacidad en mayores de 20 años: Censo DANE 2005 (%)	Proyecciones poblacionales a 2012: DANE (número de habitantes)	Población esperada con discapacidad a 2012 (número de habitantes)
Pasto	21.931	9.2	282.393	25.980

6.5 MUESTRA Y MUESTREO

Acorde con la información del registro continuo para la localización y caracterización de las personas con discapacidad de la ciudad de Pasto y actualizado por el DANE a marzo de 2010 (58) el marco muestral de referencia para este estudio estuvo constituido por instituciones, asociaciones y entidades conformadas por personas con discapacidad *Ver tabla 7.*

Tabla 7. Marco muestral de Pasto.

Ciudad	Marco muestral: Registro DANE para la localización y caracterización de las personas con discapacidad
Pasto	9.817

Para el cálculo de la muestra se realizó una prueba piloto en la ciudad de Manizales donde fueron entrevistadas 45 personas. El tamaño de la muestra se calculó tomando como referencia la desviación estándar del puntaje de la dimensión de Dolor Corporal (26,19) evaluada con el cuestionario SF 36 que fue la más alta tras la realización de la prueba piloto, con lo cual se garantiza la representatividad de la muestra. *Ver tabla 8*

Tabla 8. Estadísticos descriptivos para la estimación de la muestra a partir de la prueba piloto.

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

n = 45

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

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

Donde:

N= Población con discapacidad mayor de 20 años de Pasto

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

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

d= Precisión de 5 puntos de discapacidad

n= Tamaño de la muestra calculada

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

Muestra ajustada a las pérdidas = $n (1 / 1-R)$

Donde:

n= Tamaño final de la muestra de Pasto

R= 10% de pérdida proyectada para Pasto

El tamaño final de la muestra se observa en la tabla 9.

Tabla 9. Tamaño de muestra para Pasto

Ciudad	Población con discapacidad proyectada a 2012	Tamaño de la muestra (n)	Muestra ajustada a la pérdida (R=10%)
Pasto	25.980	105	117

Se realizó un muestreo no probabilístico, con estimaciones de variables sociodemográficas y clínicas, promedios de puntuación de discapacidad por áreas y final, proporciones de grado de discapacidad y puntuaciones promedio de calidad de vida relacionada con la salud por dimensiones en la población con discapacidad mayor de 20 años de Pasto.

6.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

6.6.1 Criterios de inclusión

1. Ambos sexos
2. Cualquier estrato socioeconómico
3. Contar con una edad igual o superior a 20 años
4. Personas con limitaciones en la realización de actividades de carácter permanente para: Tareas y demandas generales, Comunicación, Movilidad, Autocuidado, Vida doméstica, Interacciones y relaciones interpersonales, Áreas principales de la vida, Vida comunitaria, social y cívica.
5. Tener como mínimo seis (6) meses de evolución de la limitación permanente.

6.6.2 Criterios de exclusión

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

6.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La técnica de recolección de la información fue la encuesta heteroadministrada de forma personal a cada una de las personas participantes en el estudio. Se utilizó un cuestionario que incluyó preguntas relacionadas con información sociodemográfica y clínica. Para la evaluación de Discapacidad (por áreas, final y grado) se utilizó el cuestionario WHO-DAS II 36 ítems (Anexo 04), para la evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (por dimensiones) se utilizó el cuestionario SF-36 (Anexo 05).

6.7.1 Procedimiento

Consolidación de los ítems, pruebas y escalas evaluativas en el instrumento de recolección de información.

- a. Calibración de instrumentos y entrenamiento de evaluadores.
- b. Adquisición de la licencia de uso, algoritmo y software de puntuación del SF36.
- c. Prueba Piloto: Se realizó con 45 personas.
- d. Ajustes al instrumento luego de la prueba piloto.
- e. Recolección de la información, según la muestra calculada.
- f. Aceptación y firma del consentimiento informado (anexo 06).
- g. Evaluación de variables sociodemográficas y clínicas.
- h. Evaluación Discapacidad con el WHO DAS II.
- i. Evaluación de Calidad de Vida relacionada con la Salud con el SF 36
- j. Sistematización, tabulación, graficación y análisis de información.
- k. Discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones.

El análisis estadístico de los datos de variables sociodemográficas, clínicas y de Discapacidad se desarrolló mediante el programa estadístico SPSS versión 20 (Statistical Package for the Social Science - SPSS Inc, 444 N Michigan Ave, Chicago, IL 60611), licenciado por la Universidad Autónoma de Manizales.

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

7. RESULTADOS

7.1 RESULTADOS UNIVARIADO

7.1.1 Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas

El estudio se realizó en la ciudad de Pasto con 117 personas. El 63,2% de los participantes fueron hombres y el 36.8% solteros. El promedio de edad fue de $43 \pm 14,33$ años, predominando el rango de 50 a 59 años de edad (24,8%).

La mayoría de los participantes realizó estudios profesionales (22,2%), seguido por aquellos que cursaron estudios secundarios completos (17,9%) e incompletos (13,7%). En cuanto a la situación ocupacional, se encontró que la mayoría eran desempleados por motivo de salud (25,6%) o trabajadores independientes (19.7%). Respecto a la afiliación al sistema de seguridad social en salud, el 47,9% pertenecían al régimen subsidiado, el 42,7% consideran que pertenecen al estrato 2 con unos ingresos de menos de 1 salario mínimo en el 52,1% de los participantes. Ver *Tabla 10*.

Tabla 10. Resumen descriptivo de variables sociodemográficas.

Variable	Índice	FA	%
Género	Mujer	43	36.8
	Hombre	74	63.2
Nivel de estudios alcanzado	Ninguno	8	6.8
	Primaria incompleta	11	9.4
	Primaria completa	14	12
	Secundaria incompleta	16	13.7
	Secundaria completa	21	17.9
	Técnico-Tecnológico	12	10.3
	Profesional	26	22.2
	Especialización	8	6.8
	Maestría	1	0.9
	Estado civil	Soltero	70
Actualmente está casado		24	20.5
Separado		5	4.3
Divorciado		1	0.9
Viudo		4	3.4
Viviendo en Pareja		13	11.1
Ocupación Actual	Asalariado	18	15.4
	Independiente	23	19.7
	Trabajo no remunerado	2	1.7
	Estudiante	16	13.7
	Ama de casa	10	8.5
	Jubilado	8	6.8
	Pensionado por discapacidad	4	3.4
	Desempleado por motivo de salud	30	25.6
Afiliación a seguridad social en salud	Desempleado por otro motivo	6	5.1
	No afiliado	2	1.7
	Subsidiado	56	47.9
	Contributivo	55	47
Ingresos del núcleo familiar	Régimen especial	4	3.4
	Menos de 1 SMMLV	61	52.1
	Entre 1 y 2 SMMLV	44	37.6
	Entre 2 y 4 SMMLV	10	8.5
Estrato socioeconómico	Más de 4 SMMLV	2	1.7
	Estrato 1	37	31.6
	Estrato 2	50	42.7
	Estrato 3	22	18.8
	Estrato 4	4	3.4
	Estrato 5	4	3.4

Variable	Índice	FA	%
Intervalos de edad	20 a 29 años	28	23.9
	30 a 39 años	24	20.5
	40 a 49 años	18	15.4
	50 a 59 años	29	24.8
	60 a 69 años	13	11.1
	70 a 79 años	4	3.4
	80 años y más	1	0.9
Total		117	100

Fuente: Elaboración propia de los investigadores

7.1.2 Análisis descriptivo de las variables clínicas.

El principal diagnóstico médico (CIE 10) al cual se atribuyó la limitación permanente en la muestra estudiada fue enfermedades del sistema osteomuscular (35,9%). El 59 % manifestó usar ayudas externas, de dicha proporción el 20.5% refirió la utilización del bastón. Más de la mitad de los participantes manifestó no usar medicamentos, del porcentaje que manifestó usarlos, el 8,5% utilizaba anticonvulsivantes.

La media del tiempo de la limitación permanente fue de 228,8±211,3 meses, el 59% de los encuestados llevaba más de 10 años con la limitación permanente, la mayoría con limitaciones relacionadas con la movilidad y la vida comunitaria, social y cívica con el 25,6%. Ver tablas 11 y 12.

Tabla 11. Resumen descriptivo de variables clínicas

Variabes Clínicas	Subvariables	FA	%
Diagnóstico médico	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1	0.9
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3	2.6
	Enfermedades del sistema nervioso	15	12.8
	Enfermedades del ojo y sus anexos	26	22.2
	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	25	21.4
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	42	35.9
	Afecciones originadas en el periodo neonatal	1	0.9
	Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causa externa	4	3.4
Uso de ayudas externas	No	48	41
	Sí	69	59.0
Tipo de ayuda externa	Ninguna	48	41.0
	Aparato ortopédico	3	2.6
	Audífono	9	7.7
	Bastón	24	20.5
	Férula	1	0.9
	Caminador	2	1.7
	Gafas	1	0.9
	Muletas	10	8.5
	Silla de ruedas	15	12.8
	Prótesis	4	3.4
Uso de medicamentos	No	71	60.7
	Sí	46	39.3
Medicamentos	Ninguno	71	60.7
	Analgésico	8	6.8
	Protector gástrico	2	1.7
	Antidepresivo	1	0.9
	Antiinflamatorio no esteroideo	4	3.4
	Relajante muscular	1	0.9

VARIABLES CLÍNICAS	SUBVARIABLES	FA	%
	Antihipertensivo	4	3.4
	Anticonvulsivante	10	8.5
	Insulina	2	1.7
	Inmunosupresor	1	0.9
	Hormona tiroidea	2	1.7
	Otro	11	9.4
Rangos de tiempo de la limitación permanente	Menos de 1 año	0.0	0.0
	1 a 5 años	29	24.8
	5 a 10 años	19	16.2
	Más de 10 años	69	59.0
Total		117	100

Fuente: elaboración propia de los investigadores

Tabla 12. Tipo de Limitación Permanente

Tipo de Limitación	FA	%
Limitación en tareas y demandas generales	11	9.4
Limitación en la comunicación	16	13.7
Limitación en la movilidad	44	37.6
Limitación en la vida doméstica	2	1.7
Limitaciones en interacciones y relaciones personales	5	4.3
Limitación en las áreas principales de la vida	9	7.7
Limitación en la vida comunitaria, social y cívica	30	25.6
Total	117	100

Fuente: elaboración propia de los investigadores

7.1.3 Análisis descriptivo de discapacidad

Para medir la discapacidad se utilizó el WHO-DAS II (World Health Organization – Disability Assessment Schedule II) de 36 ítems o preguntas (versión extensa del instrumento) para determinar la cantidad de dificultad encontrada en las situaciones que una persona enfrenta en su vida cotidiana independientemente del diagnóstico médico. Los dominios o áreas incluidas en el instrumento son: Comprensión y comunicación, capacidad para moverse en el entorno (movilidad), cuidado personal (autocuidado), relacionarse con otras personas, actividades de la vida diaria, participación en sociedad. La escala de evaluación para cada dominio y global determina grados de dificultad o discapacidad según el caso y va desde ninguna dificultad o sin discapacidad, hasta discapacidad leve, moderada, severa y extrema o completa.

La escala del grado de discapacidad (valor e indicador) es equivalente a la propuesta por la OMS para la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud –CIF-, con el fin de calificar los distintos componentes de la discapacidad (59).

El WHO DAS II contempla el protocolo para la obtención de las puntuaciones globales, es una sumatoria de los ítems ponderados según la sintaxis de codificación propuesta por la OMS (2, 8) así como de su conversión a escala de 0-100, mediante el mismo sistema matemático.

En las 117 personas participantes del estudio la media de discapacidad final (en escala de 0 a 100 puntos) fue de $27,95 \pm 17$ puntos (rango de 71 puntos).

En cuanto a las áreas evaluadas por el WHO DAS II, las que presentaron mayor promedio de puntuación fueron participación en sociedad con $37,43 \pm 19,74$ puntos y movilidad ($34,94 \pm 30,79$ puntos). El área con menor promedio de puntuación fue autocuidado (17,09 puntos). Ver tabla 13.

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de la puntuación final y por dominios del WHO DAS II

Dimensiones y Final Discapacidad	Media	Desv. Tip	Rango	Mínimo	Máximo
Comprensión y Comunicación	18.46	14.82	65.00	0.00	65.00
Movilidad	34.94	30.79	100.00	0.00	100.00
Autocuidado	17.09	26.94	100.00	0.00	100.00
Relacionarse con otras personas	20.51	22.76	92.00	0.00	92.00
Actividades de la vida diaria	33.42	30.09	100.00	0.00	100.00
Actividades de la vida diaria-Trabajo remunerado	21.19	19.40	100.00	0.00	100.00
Participación en sociedad	37.43	19.74	100.00	0.00	100.00
Puntuación global de discapacidad -WHODAS II-	27.95	17.00	71.00	5.00	76.00

n=117

Fuente: elaboración propia de los investigadores

En cuanto a la media de cada uno de los ítems del instrumento (36 preguntas) calificados por la persona en una escala de 1 a 5 puntos, se encontró que las 3 actividades que en promedio obtuvieron puntajes altos (mayor dificultad experimentada para la realización de una actividad) fueron: Caminar largas distancias como un kilómetro ($2,74 \pm 1,386$ puntos), qué impacto económico ha tenido para usted o su familia su estado de salud ($2,56 \pm 1,177$ puntos) y estar de pie durante largos periodos de tiempo ($2,12 \pm 1,4$ puntos). Los ítems con menor puntuación fueron comer ($1,29 \pm 0,766$ puntos; mantener una amistad ($1,40 \pm 0,77$ puntos) y llevarse bien con personas cercanas a usted ($1,41 \pm 0,822$). Ver tabla 14.

Tabla 14. Estadísticos descriptivos de las preguntas del WHO DAS II.

Ítems del WHO DAS	Media	Desv. típ.
¿Concentrarse en hacer algo durante 10 minutos?	1.62	0.728
¿Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	1.67	0.719
¿Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?	1.59	0.779
¿Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar donde nunca ha estado?	1.90	0.885
¿Entender en general lo que dice la gente?	1.62	0.859
¿Iniciar o mantener una conversación?	1.62	0.869
¿Estar de pie durante largos periodos de tiempo?	2.51	1.424
¿Ponerse de pie cuando estaba sentado?	2.12	1.403
¿Moverse dentro de su casa?	1.79	1.166
¿Salir de su casa?	2.11	1.344
¿Caminar largas distancias, como un kilómetro? (equivalente)	2.74	1.386
¿Bañarse (lavarse todo el cuerpo)?	1.63	1.164
¿Vestirse?	1.57	1.117
¿Comer?	1.29	0.766
¿Estar solo (a) durante unos días?	1.85	1.241
¿Relacionarse con personas que no conoce?	1.76	0.971
¿Mantener una amistad?	1.40	0.777
¿Llevarse bien con personas cercanas a usted?	1.41	0.822
¿Hacer nuevos amigos?	1.74	1.027
¿Tener relaciones sexuales?	1.92	1.504
¿Cumplir con sus quehaceres de la casa?	1.96	1.282
¿Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes?	2.05	1.238
¿Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer?	2.19	1.266
¿Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario?	2.27	1.25
¿Llevar a cabo su trabajo diario?	1.73	0.827

Ítems del WHO DAS	Media	Desv. típ.
¿Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo?	1.75	0.801
¿Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer?	1.76	0.817
¿Acabar su trabajo tan rápido como era necesario?	1.86	0.84
¿Cuánta dificultad ha tenido para participar al mismo nivel que el resto de las personas en actividades de la comunidad (fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?	2.22	1.084
¿Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes a su alrededor?	2.50	1.031
¿Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	1.77	0.986
¿Cuánto tiempo ha dedicado a su estado de salud o a las consecuencias del mismo?	2.50	1.005
¿Cuánto le ha afectado emocionalmente su estado de salud?	2.48	1.126
¿Qué impacto económico ha tenido para usted o su familia su estado de salud?	2.56	1.177
¿Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a su salud?	2.19	1.252
¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo (a) cosas que le ayuden a relajarse o a disfrutar?	2.26	1.255

n = 117

Fuente: Elaboración propia de los investigadores

En cuanto a la discapacidad final recodificada a partir de las 6 áreas del WHO DAS II, se encontró que más de la mitad de los encuestados presentaron discapacidad leve (53%) y en menor porcentaje (12%) discapacidad severa. Ver tabla 15.

Tabla 15. Grado de Discapacidad Final WHO DAS II

Grado de Discapacidad	FA	%
Ninguna	0	0
Leve	62	53
Moderada	41	35
Severa	14	12
Total	117	100

Fuente: elaboración propia de los investigadores

La mayor proporción de la discapacidad por áreas es la relacionada con participación en sociedad (96,6%), movilidad (83%) y actividades de la vida diaria-trabajo remunerado (74,3%), todas entre grado leve y extremo. Ver tabla 16.

Tabla 16. Grado de discapacidad por áreas del WHO DAS II

Área	Grado	FA	%
Comprensión y comunicación	Ninguna	23	19.7
	Leve	49	41.9
	Moderada	40	34.2
	Severa	5	4.3
	Total	117	100,0
Movilidad	Ninguna	20	17.1
	Leve	33	28.2
	Moderada	32	27.4
	Severa	25	21.4
	Extrema	7	6
Total	117	100	
Autocuidado	Ninguna	60	51.3
	Leve	29	24.8
	Moderada	11	9.4
	Severa	15	12.8
	Extrema	2	1.7
Total	117	100	
Relacionarse con otras personas	Ninguna	34	29.1
	Leve	39	33.3
	Moderada	30	25.6

Área	Grado	FA	%
	Severa	14	12.0
	Total	117	100
Actividades de la vida diaria-trabajo no remunerado	Ninguna	16	13.7
	Leve	76	65.0
	Moderada	21	17.9
	Severa	3	2.6
	Extrema	1	0.9
	Total	117	100
Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado	Ninguna	30	25.6
	Leve	22	18.8
	Moderada	33	28.2
	Severa	19	16.2
	Extrema	13	11.1
	Total	117	100
Participación en sociedad	Ninguna	4	3.4
	Leve	19	16.2
	Moderada	68	58.1
	Severa	25	21.4
	Extrema	1	0.9
	Total	117	100

n=117

Fuente: elaboración propia de los investigadores

Acorde con el estudio, en las personas que realizaban trabajo no remunerado, el ítem de actividades de la vida diaria fue el que mostró mayor proporción de discapacidad moderada (28,2%).

7.1.4 Análisis descriptivo de Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Para medir calidad de vida relacionada con la salud se utilizó el SF 36 (Short Form) de 36 ítems o preguntas (versión extensa del instrumento). Las dimensiones incluidas en el instrumento son: Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. La escala de evaluación para cada dimensión determina percepción de la calidad de vida, puntajes altos determinan mejor percepción de CVRS.

La puntuación de calidad de vida en el SF 36 es la propuesta por el Health Survey, Medical Outcomes Trust y Health Survey Standard Spain SF-36v2® Health Survey 1993, 2003, 2012 Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved, SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust, (SF-36v2® Health Survey Standard, Spain (Spanish)).

El SF 36 contempla el protocolo para la obtención de las puntuaciones por las ocho dimensiones, es una sumatoria de los ítems promedio según la recodificación propuesta por la Health Survey Standard, así como de su conversión a escala de 0-100 (SF-36v2® Health Survey Standard, Spain (Spanish)).

De acuerdo con los ítems que contempla cada dimensión del SF36, los puntajes más altos representan mejor percepción de calidad de vida (escala de 0 a 100 puntos). Los ítems con menores promedios de puntuación fueron: su salud actual le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores (1,67±0,71 puntos) y el ítem Su salud actual le limita para caminar un kilómetro o más (1,85±0,84 puntos). Los ítems con mayor promedio de puntuación fueron: Su salud actual, con qué frecuencia se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle (3,67±0,97) y el ítem con qué frecuencia se sintió desanimado y deprimido (3,63 ± 1,0 puntos). Ver tabla 17.

Tabla 17. Estadísticos descriptivos de los 36 ítems SF 36

Pregunta del SF 36	Media	DS
¿En general usted diría que su salud es?	3.29	0.82
¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	3.12	0.86
Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	1.67	0.71
Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora?	1.91	0.71
Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?	2.56	0.72
Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	1.96	0.80
Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	2.36	0.78
Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?	2.21	0.88
Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	1.85	0.84
Su salud actual, ¿le limita para caminar varios centenares de metros?	2.03	0.86
Su salud actual, ¿le limita para caminar unos 100 metros?	2.21	0.85
Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	2.56	0.71
Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo u otras actividades cotidianas, a causa de su salud física?	3.14	1.17
Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	2.93	1.13
Durante las 4 últimas semanas, ¿estuvo limitado en el tipo de trabajo u otras actividades, a causa de su salud física?	3.07	1.13
Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	3.06	1.20
Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo u otras actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	3.31	1.21
Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	3.27	1.26
Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo su trabajo u otras actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	3.32	1.19
Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	2.40	0.94
Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	2.91	1.46
Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	2.26	1.16
Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia se sintió lleno de vitalidad?	2.33	0.89
Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia estuvo muy nervioso?	3.56	1.00
Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	3.67	0.97
Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia se sintió calmado y tranquilo?	2.27	0.94
Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia tuvo mucha energía?	2.46	0.89
Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia se sintió desanimado y deprimido?	3.63	1.00
Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia se sintió agotado?	3.26	0.99
Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia se sintió feliz?	2.40	0.95
Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia se sintió cansado?	2.96	0.90
Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	3.34	0.98
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	3.42	1.03
Estoy tan sano como cualquiera	2.98	1.07
Creo que mi salud va a empeorar	3.04	0.81
Mi salud es excelente	3.12	0.97

n=117

Fuente: elaboración propia de los investigadores

Acorde con las dimensiones del SF 36 (con un puntaje de 0 a 100 puntos) los mejores promedios de las dimensiones de CVRS fueron para Salud mental (65,9±18,4puntos), dolor corporal (65,2

$\pm 27,3$ puntos) y función social ($61,7 \pm 21,1$ puntos). Se encontró que la puntuación promedio más baja fue la dimensión de salud general ($48,5 \pm 11,2$ puntos). Ver tabla 18.

Tabla 18. Estadísticos descriptivos puntaje total por dimensiones del SF 36

Dimensiones del SF 36	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Función Física	56.453	31.96887	0.00	100.00
Rol Físico	51.2286	26.27717	0.00	100.00
Dolor Corporal	65.235	27.33489	0.00	100.00
Salud General	48.5726	11.27196	23.00	75.00
Vitalidad	58.8675	18.00307	12.50	100.00
Función Social	61.7521	21.10183	12.50	100.00
Rol Emocional	57.4074	29.29524	0.00	100.00
Salud Mental	65.9402	18.40553	15.00	100.00

n=117

Fuente: elaboración propia de los investigadores

Se realizó la prueba de una muestra (Kolmogorov-Smirnov) para determinar la normalidad de las variables de discapacidad por áreas y final evaluada con el WHO DAS II y CVRS por dimensiones evaluada con el SF 36. Se encontró distribución normal en las áreas de discapacidad: Comprensión y comunicación, actividades de la vida diaria-trabajo remunerado; y en las dimensiones de CVRS: Rol físico, salud general, vitalidad y salud mental; y en la variable cuantitativa: Edad ($p > 0,05$). Ver tabla 19.

Tabla 19. Prueba de normalidad para Discapacidad, CVRS, variables cuantitativas sociodemográficas y clínicas

Dimensiones y Final Discapacidad y CVRS		Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Z de KS	Sig. asintótica (bilateral)
Discapacidad WHO DAS II 0-100	Comprensión y Comunicación	18.46	14.82	0.00	65.00	1.23	0.097
	Movilidad	34.94	30.78	0.00	100.00	1.69	0.006
	Autocuidado	17.09	26.94	0.00	100.00	3.48	0.000
	Relacionarse con otras personas	20.51	22.76	0.00	91.67	2.07	0.000
	Actividades de la vida diaria	33.42	30.09	0.00	100.00	1.57	0.014
	Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado	21.19	19.40	0.00	100.00	1.06	0.215
	Participación en sociedad	37.43	19.74	0.00	100.00	1.67	0.007
	Discapacidad final -WHODAS II-	27.95	17.00	5.00	76.00	2.02	0.001
CVRS SF 36 (0 a 100)	Función Física	56.45	31.97	0.00	100.00	1.40	0.040
	Rol Físico	51.23	26.28	0.00	100.00	1.33	0.058
	Dolor Corporal	65.24	27.33	0.00	100.00	1.88	0.002
	Salud General	48.57	11.27	23.00	75.00	0.89	0.401
	Vitalidad	58.87	18.00	12.50	100.00	1.16	0.133
	Función Social	61.75	21.10	12.50	100.00	1.68	0.007
	Rol Emocional	57.41	29.30	0.00	100.00	1.56	0.016
	Salud Mental	65.94	18.41	15.00	100.00	0.99	0.282
Cuantitativa sociodemográfica	Edad en años cumplidos	43.35	14.33	20.00	87.00	0.78	0.571
Cuantitativa clínica	Tiempo de evolución de la limitación permanente (meses)	228.79	211.37	10.00	798.00	1.84	0.002

7.2 RESULTADOS BIVARIADO

7.2.1 Relación de discapacidad por áreas y final y variables sociodemográficas y clínicas

Según el nivel de medición de la variable se utilizaron diferentes coeficientes de correlación para el análisis entre las variables sociodemográficas, clínicas y discapacidad por áreas y final (escala de 0-100 puntos). Para las variables cualitativas se recurrió a Eta y Spearman según la variable fuera nominal u ordinal, respectivamente. Para las variables cuantitativas se recurrió a Pearson o Spearman según la distribución normal o no normal respectivamente, se consideró la significancia estadística cuando el pValor fue \leq a 0,05. Ver tabla 20.

Tabla 20. Coeficientes de correlación utilizados para discapacidad por áreas y final (WHO DAS II) acorde con el nivel de medición de las variables sociodemográficas y clínicas

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

Se aplicaron pruebas de homogeneidad para evaluar la significancia estadística de las variables de estudio. En variables con dos grupos se utilizó la prueba T Student y U de Mann-Whitney, en más de dos grupos se utilizó F de Fisher (ANOVA) y H de Kruskal Wallis según la distribución paramétrica o no paramétrica de las variables de discapacidad por áreas y final. Ver tabla 21.

Tabla 21. Pruebas de homogeneidad para el contraste de discapacidad por áreas y final en subgrupos de variables sociodemográficas y clínicas

Variable	Número de grupos	Discapacidad por áreas y final	Prueba de Homogeneidad
1. Sexo 2. Uso de medicamentos 3. Uso de ayudas externas	Dos grupos	Distribución no normal: 1. Movilidad 2. Autocuidado 3. Relacionarse con otras personas 4. Actividades de la vida diaria 5. Participación en sociedad 6. Discapacidad Final – WHODAS II	U Mann Whitney
		Distribución normal: 1. Comprensión y comunicación 2. Actividades de la vida diaria – Trabajo remunerado	T Student
1. Estado civil 2. Ocupación actual 3. Afiliación a seguridad social 4. Diagnóstico médico 5. Tipo de medicamentos 6. Tipo de ayudas externas	Más de dos grupos	Distribución no normal: 1. Movilidad 2. Autocuidado 3. Relacionarse con otras personas 4. Actividades de la vida diaria 5. Participación en sociedad 6. Discapacidad Final – WHODAS II	H de Kruskal Wallis.
		Distribución normal: 1. Comprensión y comunicación 2. Actividades de la vida diaria – Trabajo remunerado	F de Fisher

Para la fuerza de asociación se utilizó la interpretación de los valores propuestos por Landis y Koch, así: Inferior a 0.0 sin acuerdo, de 0.0 a 0.20 insignificante o muy bajo, de 0.21 a 0.40 baja, de 0.41 a 0.60 moderada, de 0.61 a 0.80 buena y de 0.81 a 1.00 muy buena (60). A continuación se describen las relaciones bivariadas con significancia estadística y fuerza de asociación.

7.2.1.1 Variables Sociodemográficas y Discapacidad

Las variables **sexo**, **afiliación a salud**, **rango de ingresos familiares** y **estrato** no presentaron asociación estadísticamente significativa con las áreas de discapacidad y discapacidad final. Las variables **edad** y **rangos de edad** mostraron relación significativa directa con discapacidad final y movilidad; la variable **nivel de estudios** directa con autocuidado e inversa con relacionarse con otras personas, en las relaciones descritas la fuerza de asociación fue entre baja y muy baja. La variable **estado civil** tuvo relación significativa con discapacidad final, movilidad y participación en sociedad, con fuerza de asociación baja, y con autocuidado tuvo relación significativa con fuerza de asociación moderada. La variable **ocupación actual** presentó relación estadísticamente significativa con la discapacidad final, y las áreas de actividades de la vida diaria y participación en sociedad, con una fuerza de asociación moderada; mientras que para autocuidado y relacionarse con otras personas la fuerza de asociación fue baja. Ver tabla 22.

Tabla 22. Relación de variables sociodemográficas con Discapacidad final y por áreas.

Variables Sociodemográficas	Discapacidad por áreas y final (escala de 0 – 100 puntos)								
	Estadístico	Discapacidad final -WHODAS II-	Comprensión y comunicación	Movilidad	Autocuidado	Relacionarse con otras personas	Actividades de la vida diaria	Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado	Participación en sociedad
Sexo	Eta	0.053	0.089	0.057	0.129	0.064	0.020	0.063	0.074
	P valor	0.779	0.341	0.705	0.399	0.736	0.829	0.638	0.401
Edad	Rho/r	0.222*	0.135	0.183*	0.089	0.067	0.043	-0.121	0.166
	P valor	0.016	0.146	0.048	0.342	0.474	0.642	0.361	0.074
Rangos de edad	Rho	0.226*	0.108	0.195*	0.102	0.041	0.048	-0.100	0.169
	P valor	0.014	0.248	0.035	0.272	0.663	0.609	0.452	0.069
Nivel de estudios	Rho	0.010	-0.065	0.037	0.200*	-0.203*	0.061	0.139	0.032
	P valor	0.917	0.488	0.696	0.032	0.028	0.511	0.294	0.729
Estado civil	Eta	0.395**	0.305	0.347*	0.424**	0.228	0.307	0.246	0.380**
	P valor	0.005	0.051	0.021	0.005	0.318	0.228	0.051	0.003
Ocupación actual	Eta	0.461**	0.206	0.366	0.387*	0.384*	0.466**	0.105	0.422**
	P valor	0.001	0.779	0.056	0.015	0.036	0.001	0.892	0.005
Afilación a salud	Eta	0.127	0.083	0.115	0.121	0.109	0.177	0.298	0.144
	P valor	0.403	0.853	0.332	0.419	0.448	0.105	0.159	0.543
Rangos de ingresos familiares	Rho	-0.051	-0.079	-0.017	-0.046	-0.158	0.003	-0.034	-0.146
	P valor	0.583	0.396	0.852	0.623	0.088	0.970	0.801	0.117
Estrato	Rho	0.044	0.022	0.040	0.119	0.009	0.009	0.044	-0.065
	P valor	0.638	0.813	0.672	0.200	0.922	0.921	0.739	0.484

* p valor ≤ 0,05 ** p valor ≤ 0,01

r: Coeficiente de correlación de Pearson

rho: Coeficiente de correlación de Spearman

A continuación se presentan las diferencias en los promedios por subgrupos de variables que evidenciaron relaciones estadísticamente significativas:

En la variable edad, el subgrupo de rango de 80 años de edad y más fue el que presentó mayores promedios de puntuación de discapacidad con las áreas de movilidad ($\bar{x}=75$) y discapacidad final ($\bar{x}=46$). Ver tabla 23.

Tabla 23. Rangos de edad con áreas de discapacidad

Variable Sociodemográfica	Subgrupo	Medida Estadística	Movilidad	Discapacidad final - WHODAS II
Rangos de Edad	20 a 29 años	Media	27.45	24.92
		DS	31.24	18.32
		N	28	28
	30 a 39 años	Media	40.62	30.5
		DS	37.77	22.35
		N	24	24
	40 a 49 años	Media	28.12	23.38
		DS	24.18	12.31
		N	18	18
	50 a 59 años	Media	37.5	29.79
		DS	30.57	14.83
		N	29	29
	60 a 69 años	Media	42.3	31.61
		DS	25.15	14.56
		N	13	13
	70 a 79 años	Media	31.25	24.5
		DS	21.04	9.32
		N	4	4
80 años y más	Media	75	46	
	DS	NA	NA	
	N	1	1	

En la variable nivel de estudios alcanzados, el subgrupo de especialización fue el que presentó mayores promedios de puntuación de discapacidad, en el área de autocuidado (\bar{x} =42.5) y el subgrupo de ningún estudio alcanzado predominó en el área de relacionarse con otras personas (\bar{x} =40.62). Ver tabla 24.

Tabla 24. Nivel de estudios con discapacidad por áreas

Variable Sociodemográfica	Subgrupo	Medida Estadística	Autocuidado	Relacionarse con otras personas
Nivel de estudios alcanzados	Ninguno	Media	6.25	40.62
		DS	14.07	31.63
		N	8	8
	Primaria incompleta	Media	16.36	15.15
		DS	29.41	14.82
		N	11	11
	Primaria completa	Media	18.57	17.26
		DS	35.48	21.54
		N	14	14
	Secundaria incompleta	Media	27.5	30.20
		DS	34.15	31.45
		N	16	16
	Secundaria completa	Media	9.52	26.58
		DS	10.71	20.00
		N	21	21
	Técnico-Tecnológico	Media	8.33	15.27
		DS	19.92	16.97
		N	12	12
	Profesional	Media	16.15	11.21
		DS	23.33	15.26
		N	26	26
Especialización	Media	42.5	17.70	
	DS	37.70	24.57	
	N	8	8	
Maestría	Media	10	8.33	
	DS	NA	NA	
	N	1	1	

En la variable estado civil, el subgrupo divorciado fue el que presentó mayores promedios de puntuación de discapacidad, en el área de movilidad y autocuidado (\bar{x} =100). Y el subgrupo de Separado fue el que presentó mayores promedios de puntuación con discapacidad final (\bar{x} =46.8). El subgrupo que presentó menores promedios de puntuación de discapacidad fue el subgrupo de solteros con las áreas de movilidad, autocuidado y discapacidad final. Ver tabla 25.

Tabla 25. Estado civil con discapacidad por áreas y final

Variable Sociodemográfica	Subgrupo	Medida Estadística	Movilidad	Autocuidado	Discapacidad final - WHODAS II
Estado Civil	Soltero	Media	27.5	10.28	23.57
		DS	27.93	21.19	14.31
		N	70	70	70
	Actualmente está casado	Media	42.96	20.83	30.58
		DS	26.53	26.52	14.11
		N	24	24	24
	Separado	Media	50	36	46.8
		DS	34.51	32.09	21.27
		N	5	5	5
	Divorciado	Media	100	100	61
		DS	NA	NA	NA
		N	1	1	1
	Viudo	Media	54.68	37.5	38.25
		DS	33.60	29.86	16.46
		N	4	4	4
	Viviendo en pareja	Media	43.26	26.92	33.69
		DS	39.23	35.44	24.09
		N	13	13	13

En la variable ocupación actual, el subgrupo desempleado por motivos de salud fue el que presentó mayores promedios de puntuación de discapacidad, con el área de autocuidado, relacionarse con otras personas, actividades de la vida diaria para personas con trabajo remunerado y discapacidad final (\bar{x} =31.33, \bar{x} =33.33, \bar{x} =51.66, \bar{x} =38.667 respectivamente). El subgrupo Jubilado presentó mayores promedios de puntuación con el área de participación en sociedad (\bar{x} =47.39). Ver tabla 26.

Tabla 26. Ocupación actual con discapacidad por áreas y final

Variable Sociodemográfica	Subgrupo	Medida Estadística	Autocuidado	Relacionarse con otras personas	Actividades de la vida diaria	Participación en sociedad	Discapacidad final - WHODAS II
Ocupación Actual	Asalariado	Media	11.66	21.75	38.33	35.18	26.83
		DS	19.77	23.76	30.72	25.00	18.66
		N	18	18	18	18	18
	Independiente	Media	6.52	15.21	17.39	33.87	21.73
		DS	12.65	20.20	18.88	11.93	8.50
		N	23	23	23	23	23
	Trabajo no remunerado	Media	0	25	10	14.58	14
		DS	0	11.78	14.14	2.94	1.41
		N	2	2	2	2	2
	Estudiante	Media	6.25	8.33	18.12	23.69	16.62
		DS	14.08	10.54	17.97	10.28	7.43
		N	16	16	16	16	16
	Ama de casa	Media	22	14.16	30	42.08	28.7
		DS	31.19	14.72	29.81	18.88	16.31
		N	10	10	10	10	10
	Jubilado	Media	18.75	21.87	45	47.39	34
		DS	19.59	25.56	29.27	20.64	13.80
		N	8	8	8	8	8
	Pensionado por discapacidad	Media	30	10.41	22.5	31.25	25.25
		DS	46.90	12.5	5	8.67	13.40
		N	4	4	4	4	4
Desempleado por motivo de salud	Media	31.33	33.33	51.66	46.38	38.66	
	DS	34.31	27.85	33.33	20.31	20.35	
	N	30	30	30	30	30	
Desempleado por otro motivo	Media	18.33	19.44	35	40.27	28.83	
	DS	35.44	16.38	37.28	26.04	18.83	
	N	6	6	6	6	6	

Para concluir, la variable ocupación actual fue la que presentó asociación más alta con discapacidad por áreas y final, dicha asociación fue moderada con el área de actividades de la vida diaria y discapacidad final (η^2 = 0.466** y 0.461**, respectivamente).

7.2.1.2 Variables Clínicas y Discapacidad

El **diagnóstico médico** presentó relación significativa ($p \leq 0.05$) con las áreas de autocuidado, actividades de la vida diaria, movilidad, relacionarse con otras personas, participación en sociedad y discapacidad final. La variable **tiempo de limitación** mostró relación significativa ($p \leq 0.05$) inversa con discapacidad final, movilidad y autocuidado. La variable **rangos de tiempo de la limitación** tuvo relación significativa ($p \leq 0.05$) e inversa con discapacidad final y el área de actividades de la vida diaria también presentó relación significativa e inversa con movilidad, autocuidado, actividades de la vida diaria de personas con trabajo remunerado y participación en sociedad.

La variable **uso de ayudas externas**, presentó relación significativa ($p \leq 0.05$) con movilidad y relacionarse con otras personas, la variable **tipo de ayudas externas** tuvo relación estadísticamente significativa con movilidad, actividades de la vida diaria y actividades de la vida diaria de personas con trabajo remunerado, discapacidad final, autocuidado y participación en sociedad.

La variable **uso de medicamentos** tuvo una relación significativa ($p \leq 0,05$) con discapacidad final, movilidad, autocuidado, actividades de la vida diaria y participación en sociedad. Dicha variable tuvo además, relación significativa con actividades de la vida diaria de personas con trabajo remunerado. La variable **tipo de medicamento** tuvo una relación significativa ($p \leq 0,05$) con discapacidad final, movilidad y autocuidado. Asimismo, se relacionó con actividades de la vida diaria y participación en sociedad con una fuerza de asociación moderada. Ver tabla 27.

Tabla 27. Relación de variables clínicas con Discapacidad final y por áreas

Variables Clínicas	Discapacidad por áreas y final (escala de 0 – 100 puntos)								
	Estadístico	Discapacidad final - WHODAS II-	Comprensión y comunicación	Movilidad	Autocuidado	Relacionarse con otras personas	Actividades de la vida diaria	Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado	Participación en sociedad
Diagnóstico médico	Eta	0.432**	0.276	0.632**	0.478**	0.315*	0.560**	0.427	0.381*
	P valor	0.002	0.264	0.000	0.001	0.022	0.000	0.150	0.035
Tiempo limitación	Rho/r	-0.428**	0.072	-0.390**	-0.398**	0.017	-0.520	-0.460	-0.375
	P valor	0.000	0.440	0.000	0.000	0.852	0.000	0.000	0.000
Rangos de tiempo limitación permanente	Rho	-0.418**	0.008	-0.368**	-0.359**	-0.080	-0.454**	-0.314*	-0.349**
	P valor	0.000	0.929	0.000	0.000	0.389	0.000	0.015	0.000
Uso de ayudas externas	Eta	0.091	0.058	0.242**	0.091	0.210*	0.118	0.133	0.052
	P valor	0.547	0.538	0.008	0.470	0.035	0.392	0.314	0.685
Tipo de ayudas externas	Eta	0.552**	0.196	0.706**	0.535*	0.295	0.611**	0.611**	0.456*
	P valor	0.001	0.887	0.000	0.017	0.201	0.000	0.004	0.018
Uso de medicamentos	Eta	0.443**	0.035	0.474**	0.426**	0.069	0.475**	0.272*	0.407**
	P valor	0.000	0.723	0.000	0.000	0.820	0.000	0.037	0.000
Tipo de medicamento	Eta	0.603**	0.305	0.626**	0.651**	0.346	0.558**	0.524	0.497*
	P valor	0.001	0.473	0.000	0.000	0.590	0.004	0.052	0.014

*p valores $\leq 0,05$

** p valor $\leq 0,01$

r: Coeficiente de correlación de Pearson

rho: Coeficiente de correlación de Spearman

Acorde con las relaciones estadísticamente significativas entre las variables clínicas y la discapacidad por áreas y final, descritas anteriormente, se presentan a continuación las diferencias en los promedios por subgrupos:

En la variable diagnóstico médico, el subgrupo de traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causa externa fue el que presentó mayores promedios de puntuación en el área de movilidad ($\bar{x}=60.93$), seguido de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas en el área de actividades de la vida diaria ($\bar{x}=53.33$) y enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos en el área autocuidado ($\bar{x}=50$). Ver tabla 28.

Tabla 28. Diagnóstico médico con áreas de discapacidad y discapacidad final

Variable Socio demográfica	Subgrupo	Medida Estadística	Movilidad	Autocuidado	Relacionarse con otras personas	Actividades de la vida diaria	Participación en sociedad	Discapacidad final - WHODAS II
Diagnóstico Médico	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	Media	25	50	0	30	37.5	29
		DS	NA	NA	NA	NA	NA	NA
		N	1	1	1	1	1	1
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Media	41.66	30	13.88	53.33	41.66	33
		DS	50.51	51.96	12.72	41.63	32.54	28.61
		N	3	3	3	3	3	3
	Enfermedades del sistema nervioso	Media	53.33	30	19.44	44.66	44.44	34.73
		DS	28.23	31.39	26.1	31.81	21.57	19.40
		N	15	15	15	15	15	15
	Enfermedades del ojo y sus anexos	Media	21.39	5	16.02	26.15	31.89	21.76
		DS	16.97	5.83	11.52	15.76	11.11	6.76
		N	26	26	26	26	26	26
	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	Media	7	2	33	6.8	26.66	18.2
		DS	13.66	4.08	23.99	14.35	15.07	8.19
		N	25	25	25	25	25	25
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Media	51.19	24.76	18.65	48.33	44.24	34.26
		DS	29.87	31.01	25.55	32.37	22.63	20.59
		N	42	42	42	42	42	42
	Afecciones originadas en el periodo neonatal	Media	12.5	10	0	0	29.16	15
		DS	NA	NA	NA	NA	NA	NA
		N	1	1	1	1	1	1
Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causa externa	Media	60.93	45	10.41	42.5	41.66	36.5	
	DS	22.46	41.23	10.48	9.57	12.26	8.42	
	N	4	4	4	4	4	4	

En la variable rangos de tiempo de limitación, el subgrupo de 1 a 5 años con la limitación, fue el que presentó mayores promedios de puntuación de discapacidad en las áreas de movilidad (\bar{x} =53.01), autocuidado (\bar{x} =32.06), actividades de la vida diaria (\bar{x} =54.483), actividades de la vida diaria de personas con trabajo remunerado (\bar{x} =41.96), participación en sociedad (\bar{x} =50.57), y discapacidad final (\bar{x} =39.103). Ver tabla 29.

Tabla 29. Rangos del tiempo de limitación con áreas de discapacidad

Variable Socio demográfica	Subgrupo	Medida Estadística	Movilidad	Autocuidado	Actividades de la vida diaria	Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado	Participación en sociedad	Discapacidad final - WHODAS II
Rangos del tiempo de limitación	1 a 5 años	Media	53.01	32.06	54.48	41.96	50.575	39.10
		DS	31.72	32.55	32.90	26.29	22.04	18.89
		N	29	29	29	8	29	29
	5 a 10 años	Media	37.82	21.57	40	20	35.96	29.42
		DS	28.60	30.59	27.28	14.6	20.28	19.01
		N	19	19	19	10	19	19
	Más de 10 años	Media	26.54	9.56	22.75	17.42	32.30	22.85
		DS	27.79	19.88	24.18	16.60	15.96	13.05
		N	69	69	69	41	69	69

En la variable uso de ayudas externas, el subgrupo que sí las usa fue el que presentó mayores promedios de puntuación de discapacidad, en las áreas de movilidad (\bar{x} =41.123), y discapacidad final (\bar{x} =29.23). Mientras que el subgrupo de personas que no las usa, presentó mayores promedios de puntuación de discapacidad en el área de relacionarse con otras personas (\bar{x} =26.21). Ver tabla 30.

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

Variable Sociodemográfica	Subgrupo	Medida Estadística	Movilidad	Relacionarse con otras personas	Discapacidad final - WHODAS II
Uso de Ayudas	No	Media	26.04	26.21	26.10
		DS	26.33	25.61	14.74
		N	48	48	48
	Sí	Media	41.12	16.54	29.23
		DS	32.28	19.77	18.41
		N	69	69	69

En cuanto a la variable tipo de ayudas externas, el subgrupo de silla de ruedas fue el que presentó mayores promedios de puntuación de discapacidad, en las áreas de movilidad (\bar{x} =83.33) y autocuidado (\bar{x} =52), mientras que el subgrupo de aparato ortopédico presentó mayores promedios de puntuación de discapacidad, en las áreas de actividades de la vida diaria (\bar{x} =80), actividades de la vida diaria trabajo remunerado (\bar{x} =100), participación en sociedad (\bar{x} =59,72), y discapacidad final (\bar{x} =49,33). Ver tabla 31.

Tabla 31. Tipo de ayudas con áreas de discapacidad

Variable Socio Demográfica	Subgrupo	Medida Estadística	Movilidad	Autocuidado	Actividades de la vida diaria	Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado	Participación en sociedad	Discapacidad final - WHODAS II
Tipo de Ayudas	Ninguna	Media	24.74	13.12	27.08	18.32	35.24	25.06
		DS	26.04	21.94	25.51	17.60	17.98	13.73
		N	48	48	48	23	48	48
	Aparato ortopédico	Media	72.91	30	80	100	59.72	49.33
		DS	21.94	10	34.64	NA	29.26	19.65
		N	3	3	3	1	3	3
	Audífono	Media	7.63	2.22	5.55	22.44	19.44	15.11
		DS	13.17	4.41	11.30	15.11	14.58	7.20
		N	9	9	9	7	9	9
	Bastón	Media	27.08	8.33	25.41	17.53	34.89	24.12
		DS	20.66	12.03	13.82	12.52	13.44	9.52
		N	24	24	24	11	24	24
	Férula	Media	18.75	0	0	0	12.5	8
		DS	NA	NA	NA	NA	NA	NA
		N	1	1	1	1	1	1
	Caminador	Media	50	25	35	50	35.41	28
		DS	8.83	21.21	21.21	NA	8.83	14.14
		N	2	2	2	1	2	2
	Gafas	Media	18.75	0	0	28.57	25	14
		DS	NA	NA	NA	NA	NA	NA
		N	1	1	1	1	1	1
	Muletas	Media	45.62	16	48	27.14	47.5	32.1
		DS	20.84	25.47	31.55	20.45	25.77	21.37
		N	10	10	10	5	10	10
	Silla de ruedas	Media	83.33	52	68	17.14	51.11	47.53
		DS	20.81	43.62	35.29	16.44	21.62	21.31
		N	15	15	15	5	15	15
Prótesis	Media	29.68	17.5	35	19.64	36.45	23	
	DS	17.95	17.07	12.91	19.67	11.96	12.91	
	N	4	4	4	4	4	4	

El subgrupo de los que sí usan medicamentos presentó mayores promedios de puntuación de discapacidad en las áreas de movilidad (\bar{x} =52.98), autocuidado (\bar{x} =31.30), actividades de la vida diaria (\bar{x} =51.08), actividades de la vida diaria trabajo remunerado (\bar{x} =29.41), participación en sociedad (\bar{x} =47.37) y discapacidad final (\bar{x} =37.26). Ver tabla 32.

Tabla 32. Uso de medicamentos con áreas de discapacidad

Variable Sociodemográfica	Subgrupo	Medida Estadística	Movilidad	Autocuidado	Actividades de la vida diaria	Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado	Participación en sociedad	Discapacidad final - WHODAS II
Uso de medicamentos	No	Media	23.239	7.887	21.972	17.857	30.986	21.915
		DS	22.908	16.554	21.355	17.083	16.041	11.381
		N	71	71	71	42	71	71
	Sí	Media	52.989	31.304	51.087	29.412	47.373	37.261
		DS	32.828	33.24	33.148	22.712	20.923	19.943
		N	46	46	46	17	46	46

De la variable tipo de medicamentos el subgrupo de inmunosupresor fue el que presentó mayores promedios de puntuación de discapacidad en las áreas de movilidad ($\bar{x}=100$), autocuidado ($\bar{x}=90$), actividades de la vida diaria ($\bar{x}=100$), participación en sociedad ($\bar{x}=31.304$) y discapacidad final ($\bar{x}=31.304$). Ver tabla 33

Tabla 33. Tipo de medicamento con áreas de discapacidad

Variable Socio-demográfica	Subgrupo	Medida Estadística	Movilidad	Autocuidado	Actividades de la vida diaria	Participación en sociedad	Discapacidad final -WHODAS II
Tipo de medicamento	Ninguno	Media	23.063	7.606	22.817	31.573	22.169
		DS	22.549	15.626	23.188	16.572	12.103
		N	71	71	71	71	71
	Analgésico	Media	45.312	15	43.75	45.312	31.25
		DS	23.326	16.903	27.223	19.85	15.572
		N	8	8	8	8	8
	Protector gástrico	Media	40.625	20	35	41.667	31.5
		DS	4.419	14.142	7.071	0	2.121
		N	2	2	2	2	2
	Antidepresivo	Media	81.25	60	100	87.5	73
		DS	NA	NA	NA	NA	NA
		N	1	1	1	1	1
	Antiinflamatorio no esteroideo	Media	26.562	7.5	25	35.417	22
		DS	11.831	15	20.817	22.948	6.683
		N	4	4	4	4	4
	Relajante muscular	Media	75	20	70	25	28
		DS	NA	NA	NA	NA	NA
		N	1	1	1	1	1
	Antihipertensivo	Media	87.5	62.5	65	52.083	51.5
		DS	11.411	43.493	41.231	22.948	20.273
		N	4	4	4	4	4
	Anticonvulsivante	Media	67.5	49	62	51.25	45.6
		DS	35.697	36.953	37.653	24.14	21.895
		N	10	10	10	10	10
	Insulina	Media	31.25	0	45	29.167	20
		DS	26.517	0	7.071	11.785	7.071
		N	2	2	2	2	2
	Inmunosupresor	Media	100	90	100	79.167	66
		DS	NA	NA	NA	NA	NA
		N	1	1	1	1	1
Hormona tiroidea	Media	18.75	5	30	35.417	21	
	DS	8.839	7.071	14.142	14.731	4.243	
	N	2	2	2	2	2	
Otro	Media	47.159	31.818	42.727	46.212	34.909	
	DS	37.952	32.502	31.652	18.205	19.076	
	N	11	11	11	11	11	

Para concluir, la mayoría de variables clínicas tuvieron relación significativa entre moderada y buena con el área de actividades de la vida diaria y la discapacidad final, así mismo, entre baja y buena con el área de movilidad, ésta última se relacionó con todas las variables clínicas. Las variables clínicas tipo de ayudas externas y tipo de medicamentos tuvieron las relaciones más altas

con las áreas de discapacidad y discapacidad final. La relación entre movilidad y tipo de ayuda externa fue la que presentó mayor fuerza de asociación (ETA 0.706**).

Para relacionar las variables sociodemográficas y clínicas de tipo cuantitativo (edad, tiempo de la limitación permanente) con discapacidad por áreas y final, se realizó la prueba Kolmogorov-Smirnov para determinar la distribución de normalidad. Ambas mostraron una distribución normal ($p \geq 0,05$), por lo cual se utilizó el coeficiente de Pearson para establecer la relación con las variables de discapacidad que también presentaron un comportamiento normal (participación en sociedad y discapacidad final) y Spearman con aquellas variables de discapacidad por áreas y final con distribución no normal.

La **edad** mostró relación estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$) directa con movilidad y discapacidad final con una fuerza de asociación entre muy baja ($Rho = 0,183^*$) y baja ($Rho = 0,222^*$), respectivamente. El **tiempo de limitación permanente** tuvo relación estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$) inversa con movilidad, autocuidado, actividades de la vida diaria trabajo no remunerado, actividades de la vida diaria trabajo remunerado, participación en sociedad y discapacidad final, la fuerza de asociación fue entre baja y moderada, más alta (moderada) con actividades de la vida diaria trabajo no remunerado ($Rho = -0,520^{**}$), actividades de la vida diaria trabajo remunerado ($r = 0,460^{**}$) y discapacidad final ($Rho = -0,428^{**}$). Ver tabla 34.

Tabla 34. Discapacidad por áreas y final con variables cuantitativas sociodemográficas y clínicas

Variables	Prueba estadística	Comprensión y comunicación	Movilidad	Autocuidado	Relacionarse con otras personas	Actividades de la vida diaria trabajo no remunerado	Actividades de la vida diaria Trabajo remunerado	Participación en sociedad	Discapacidad final
Edad	Rho/r	0.135	0.183*	0.089	0.067	0.043	-0.121	0.166	0.222*
	P valor	0.146	0.048	0.342	0.474	0.642	0.361	0.074	0.016
Tiempo de limitación	Rho/r	0.072	-0.390**	-0.398**	0.017	-0.520**	-0.460**	-0.375**	-0.428**
	P valor	0.440	0.000	0.000	0.852	0.000	0.000	0.000	0.000

* $P < 0,05$

** $P < 0,01$

Rho: Spearman

r: Pearson

7.2.2 Grado de discapacidad y variables sociodemográficas y clínicas

Se aplicó la prueba estadística Chi cuadrado para el análisis entre todas las variables sociodemográficas y clínicas de tipo cualitativo con el grado de discapacidad final. Se encontró asociación estadísticamente significativa ($p \leq 0.05$), con las variables **estado civil y ocupación actual**, las demás variables sociodemográficas no evidenciaron relación significativa. Ver tabla 35.

Tabla 35. Relación entre variables sociodemográficas y grado de discapacidad final

Variable	Pruebas	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Sexo	Chi-cuadrado de Pearson	,268 ^a	2	.875
	Razón de verosimilitud	.264	2	.877
	Asociación lineal por lineal	.204	1	.652
Rangos de Edad	Chi-cuadrado de Pearson	12,193 ^a	12	.430
	Razón de verosimilitud	13.081	12	.363
	Asociación lineal por lineal	.816	1	.366
Nivel de estudios alcanzado	Chi-cuadrado de Pearson	17,784 ^a	16	.337
	Razón de verosimilitud	17.945	16	.327
	Asociación lineal por lineal	.203	1	.652
Estado civil	Chi-cuadrado de Pearson	30,410 ^a	10	.001
	Razón de verosimilitud	25.428	10	.005
	Asociación lineal por lineal	6.293	1	.012
Ocupación actual	Chi-cuadrado de Pearson	29,940 ^a	16	.018
	Razón de verosimilitud	33.751	16	.006
	Asociación lineal por lineal	11.621	1	.001
Afiliación a seguridad social en salud	Chi-cuadrado de Pearson	3,772 ^a	6	.708
	Razón de verosimilitud	4.976	6	.547
	Asociación lineal por lineal	.205	1	.651
Ingresos del núcleo familiar	Chi-cuadrado de Pearson	7,526 ^a	6	.275
	Razón de verosimilitud	8.024	6	.236
	Asociación lineal por lineal	.056	1	.812
Estrato socioeconómico	Chi-cuadrado de Pearson	5,224 ^a	8	.733
	Razón de verosimilitud	6.022	8	.645
	Asociación lineal por lineal	.071	1	.790

N= 117

De acuerdo con lo anterior, se presentan las diferencias en proporción por subgrupos de las variables sociodemográficas que mostraron asociación estadísticamente significativa.

En los subgrupos de personas con trabajo no remunerado, estudiantes y pensionados por discapacidad se presentó mayor proporción de grado leve de discapacidad (100%, 81.3% y 75%, respectivamente). El subgrupo de jubilados mostró mayor proporción de grado moderado de discapacidad (75%). Ver tabla 36.

Tabla 36. Grado de discapacidad y ocupación actual

Ocupación Actual	Grado de Discapacidad (%)		
	Leve	Moderada	Severa
Asalariado	55.6	33.3	11.1
Independiente	69.6	30.4	.0
Trabajo no remunerado	100	.0	.0
Estudiante	81.3	18.8	.0
Ama de casa	50	40	10
Jubilado	12.5	75	12.5
Pensionado por discapacidad	75	25	.0
Desempleado por motivo de salud	33.3	36.7	30
Desempleado por otro motivo	33.3	50	16.7
Total	53	35	12

En el subgrupo de divorciado se presentó proporción del 100% en el grado severo de discapacidad, mientras que en los subgrupos de casados y viudos la proporción fue mayor en el grado moderado de discapacidad (62.5% y 50%, respectivamente). Ver tabla 37.

Tabla 37. Grado de discapacidad y estado civil

Estado Civil	Grado de Discapacidad (%)		
	Leve	Moderada	Severa
Soltero	64.3	28.6	7.1
Actualmente está casado	33.3	62.5	4.2
Separado	20	40	40
Divorciado	0	0	100
Viudo	25	50	25
Viviendo en pareja	53.8	15.4	30.8
Total	53	35	12

En cuanto a la relación entre las variables clínicas de tipo cualitativo y el grado de discapacidad final se encontró relación estadísticamente significativa ($p \leq 0.05$) con diagnóstico médico, rangos de tiempo de la limitación permanente, tipo de ayudas externas, uso de medicamentos, tipo de medicamentos. La variable uso de ayudas externas no evidenció relación significativa. *Tabla 38.*

Tabla 38. Relación entre variables clínicas y grado de discapacidad final.

Variable	Pruebas	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Diagnóstico médico	Chi-cuadrado de Pearson	32,315 ^a	14	.004
	Razón de verosimilitud	39.414	14	.000
	Asociación lineal por lineal	4.081	1	.043
Rangos de Tiempo de la limitación permanente	Chi-cuadrado de Pearson	19,635 ^a	4	.001
	Razón de verosimilitud	19.034	4	.001
	Asociación lineal por lineal	17.273	1	.000
Uso de ayudas externas	Chi-cuadrado de Pearson	2,526 ^a	2	.283
	Razón de verosimilitud	2.717	2	.257
	Asociación lineal por lineal	1.350	1	.245
Tipo de ayudas externas	Chi-cuadrado de Pearson	41,523 ^a	18	.001
	Razón de verosimilitud	38.478	18	.003
	Asociación lineal por lineal	8.595	1	.003
Uso de medicamentos	Chi-cuadrado de Pearson	21,450 ^a	2	.000
	Razón de verosimilitud	22.280	2	.000
	Asociación lineal por lineal	21.008	1	.000
Tipo de medicamento	Chi-cuadrado de Pearson	49,389 ^a	22	.001
	Razón de verosimilitud	44.495	22	.003
	Asociación lineal por lineal	13.976	1	.000

De acuerdo con lo anterior se presentan las diferencias en proporción por subgrupos de las variables clínicas que mostraron relación estadísticamente significativa.

En la variable diagnóstico médico, el subgrupo de afecciones originadas en el periodo neonatal presentó mayor proporción de grado leve de discapacidad (100%); mientras que los subgrupos de Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causa externa presentaron mayor proporción en grado moderado de discapacidad (100%). El subgrupo de Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas fue el que tuvo mayor proporción en grado severo de discapacidad (33.3%). Ver tabla 39.

Tabla 39. Diagnóstico médico y grado de discapacidad final

Diagnóstico Médico	Grado de Discapacidad (%)		
	Leve	Moderada	Severa
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0	100	0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	66.7	0	33.3
Enfermedades del sistema nervioso	33.3	46.7	20.0
Enfermedades del ojo y sus anexos	61.5	38.5	0
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	80.0	20	0
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	42.9	33.3	23.8
Afecciones originadas en el periodo neonatal	100	0	0
Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causa externa	0	100	0
Total	53	35	12

En la variable uso de medicamentos, el subgrupo que no usa medicamentos presentó en mayor proporción grado leve de discapacidad (67,6%), mientras que el subgrupo que sí los usa tuvo mayor proporción en grado moderado de discapacidad (43,5%). Ver tabla 40.

Tabla 40. Uso de medicamentos y grado de discapacidad final

Uso de medicamentos	Grado de Discapacidad (%)		
	Leve	Moderada	Severa
No	67.6	29.6	2.8
Sí	30.4	43.5	26.1
Total	53	35	12

En la variable medicamentos utilizados, el subgrupo de hormona tiroidea tuvo mayor proporción de grado leve de discapacidad (100%), mientras que los subgrupos de relajante muscular y protector gástrico presentaron mayor proporción de grado moderado de discapacidad (100%), e inmunosupresor y antidepresivo de grado severo de discapacidad (100%). Ver tabla 41.

Tabla 41. Tipo de medicamentos y grado de discapacidad final

Medicamentos utilizados	Grado de Discapacidad (%)		
	Leve	Moderada	Severa
Ninguno	67.6	28.2	4.2
Analgésico	50	37.5	12.5
Protector gástrico	0	100	0
Antidepresivo	0	0	100
Antiinflamatorio no esteroideo	50	50	0
Relajante muscular	0	100	0
Antihipertensivo	0	50	50
Anticonvulsivante	20	40	40
Insulina	50	50	0
Inmunosupresor	0	0	100
Hormona tiroidea	100	0	0
Otro	27.3	54.5	18.2
Total	53	35	12

En la variable de ayudas externas, los subgrupos de gafas y audífonos presentaron mayor proporción de grado leve de discapacidad (100% y 88.9%, respectivamente), bastón de grado moderado de discapacidad (41.7%) y aparato ortopédico de grado severo de discapacidad (66.7%). Ver tabla 42.

Tabla 42. Tipo de ayudas externas y grado de discapacidad final

Ayudas externas utilizadas	Grado de Discapacidad (%)		
	Leve	Moderada	Severa
Ninguna	58.3	37.5	4.2
Aparato ortopédico	0	33.3	66.7
Audífono	88.9	11.1	0
Bastón	54.2	41.7	4.2
Férula	100	0	0
Caminador	50	50	0
Gafas	100	0	0
Muletas	50	30	20
Silla de ruedas	13.3	40	46.7
Prótesis	75	25	0
Total	53	35	12

En la variable rangos de tiempo de la limitación permanente, el subgrupo de más de 10 años presentó mayor proporción de grado leve de discapacidad (68.1%), mientras que los subgrupos de 1 a 5 años y 5 a 10 años presentaron mayor proporción en grado moderada de discapacidad (44.8% y 52.6%, respectivamente). *Ver tabla 43.*

Tabla 43. Rangos de tiempo de limitación permanente y grado de discapacidad final

Rango de tiempo de limitación	Grado de Discapacidad (%)		
	Leve	Moderada	Severa
1 a 5 años	27.6	44.8	27.6
5 a 10 años	36.8	52.6	10.5
Más de 10 años	68.1	26.1	5.8
Total	53	35	12

7.2.3 Relación de calidad de vida relacionada con la salud –CVRS- por dimensiones y variables sociodemográficas y clínicas

Según el nivel de medición de la variable se utilizaron diferentes coeficientes de relación para el análisis entre las variables sociodemográficas, clínicas y de CVRS por dimensiones (escala de 0-100). Para las variables cualitativas se recurrió a Eta y Spearman según la variable fuera nominal u ordinal, respectivamente. Para las variables cuantitativas se utilizó el coeficiente de Pearson o Spearman según la distribución normal o no de las dimensiones. Se consideró la significancia estadística cuando el pValor fue \leq a 0,05. Ver tabla 44.

Tabla 44. Coeficientes de correlación utilizados para CVRS por dimensiones acorde con el nivel de medición de las variables sociodemográficas y clínicas

Variable	Nivel de medición	CVRS por dimensiones (SF-36)	Coefficiente de correlación
1. Sexo 2. Estado civil 3. Ocupación actual 4. Afiliación a salud 5. Diagnóstico médico 6. Uso de medicamentos 7. Tipo de medicamentos 8. Uso de ayudas 9. Tipo de ayudas	Nominal	1. Función física 2. Rol físico 3. Dolor corporal 4. Salud general 5. Vitalidad 6. Función Social 7. Rol Emocional 8. Salud Mental	Eta
Rangos de edad 1. Nivel de estudios alcanzado 2. Rangos de ingresos del grupo familiar 3. Estrato socioeconómico 4. Rangos de edad 5. Rangos de tiempo de limitación permanente	Ordinal	1. Función física 2. Dolor corporal 3. Función Social 4. Rol Emocional	Spearman
1. Edad 2. Tiempo Limitación Permanente	Cuantitativa	Distribución no normal 1. Función física 2. Dolor corporal 3. Función Social 4. Rol Emocional	Spearman
		Distribución normal 1. Rol físico 2. Salud general 3. Vitalidad 4. Salud Mental	Pearson

Se aplicaron pruebas de homogeneidad para evaluar la significancia estadística de las variables de CVRS. En variables con dos grupos se utilizó la prueba U de Mann-Whitney ó t Student según la distribución no paramétrica o paramétrica respectivamente, y para variables de más de dos grupos se utilizó la prueba H de Kruskal-Wallis ó f de Fisher (ANOVA) acorde con la distribución no normal o normal de las variables de CVRS por dimensiones. Se consideró la significancia estadística cuando el pValor fue \leq a 0.05. Ver tabla 45.

Tabla 45. Pruebas de homogeneidad para el contraste CVRS en subgrupos de variables

Variable	Número de grupos	CVRS por dimensiones	Coefficiente de correlación
1. Sexo 2. Uso de medicamentos 3. Uso de ayudas	Dos grupos	Distribución no normal 1. Función física 2. Dolor corporal 3. Función Social 4. Rol Emocional	U Mann Whitney
		Distribución normal 1. Rol físico 2. Salud general 3. Vitalidad 4. Salud Mental	T Student
1. Estado civil 2. Ocupación actual 3. Afiliación a seguridad social 4. Diagnóstico médico 5. Tipo de medicamentos 6. Tipo de ayudas externas	Más de dos grupos	Distribución no normal 1. Función física 2. Dolor corporal 3. Función Social 4. Rol Emocional	H de Kruskal Wallis
		Distribución normal 1. Rol físico 2. Salud general 3. Vitalidad 4. Salud Mental	F de Fisher

A continuación se describen las relaciones bivariadas con significancia estadística entre la CVRS por dimensiones y las variables sociodemográficas y clínicas.

7.2.3.1 Variables Sociodemográficas y CVRS.

Las variables edad, rangos de edad, nivel de estudios, estado civil, ocupación actual, rango de ingresos familiares y estrato mostraron relación estadísticamente significativa con alguna de las dimensiones de CVRS. Las variables **sexo y afiliación a salud**, no presentaron relación estadística significativa con ninguna dimensión de CVRS.

Las variables **edad y rangos de edad** mostraron relación significativa ($p \leq 0.05$) e inversa con las dimensiones de rol físico, salud general, función social y rol emocional, todas con fuerza de asociación entre baja y muy baja. La **variable nivel de estudios** tuvo relación estadísticamente significativa directa con la dimensión de función social, y el **estado civil** con rol físico y dolor corporal, con fuerzas de asociación bajas. La variable **estrato** presentó relación significativa e inversa con la dimensión rol físico y directa con dolor corporal, con fuerzas de asociación muy bajas. La variable **rango de ingresos familiares** mostró relación estadísticamente significativa con función social, con fuerza de asociación baja.

La variable **ocupación actual** presentó relación estadísticamente significativa ($p \leq 0.05$) directa con las dimensiones de rol físico, salud general y función social con fuerza de asociación baja, y con rol emocional con fuerza de asociación moderada. Ver *tabla 46*.

Tabla 46. Relación de variables sociodemográficas con dimensiones de CVRS

Variables Sociodemográficas	Calidad de Vida Relacionada con la Salud - dimensiones (escala de 0 – 100 puntos)								
	Estadístico	Función física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud Mental
Sexo	<i>Eta</i>	0.032	0.002	0.158	0.159	0.080	0.005	0.029	0.073
	<i>P valor</i>	0.830	0.980	0.059	0.087	0.389	0.782	0.783	0.434
Edad	<i>R</i>	-0.181	-0.245**	-0.130	-0.221*	-0.108	-0.228*	-0.187*	-0.013
	<i>P Valor</i>	0.051	0.008	0.162	0.017	0.247	0.013	0.044	0.985
Rangos de edad	<i>Rho</i>	-0.184*	-0.291**	-0.152	-0.233*	-0.149	-0.207*	-0.192*	-0.011
	<i>P valor</i>	0.048	0.001	0.103	0.011	0.108	0.025	0.038	0.907
Nivel de estudios	<i>Rho</i>	-0.006	-0.020	-0.033	0.096	-0.019	0.21*	0.121	0.108
	<i>P valor</i>	0.946	0.830	0.723	0.301	0.840	0.023	0.104	0.245
Estado civil	<i>Eta</i>	0.300	0.346*	0.331*	0.241	0.298	0.272	0.254	0.220
	<i>P valor</i>	0.087	0.014	0.024	0.240	0.063	0.097	0.258	0.347
Ocupación Actual	<i>Eta</i>	0.318	0.399*	0.231	0.367*	0.290	0.369*	0.425*	0.285
	<i>P valor</i>	0.149	0.014	0.780	0.042	0.284	0.049	0.012	0.307
Afilación a salud	<i>Eta</i>	0.120	0.169	0.098	0.013	0.092	0.173	0.184	0.082
	<i>P valor</i>	0.662	0.346	0.763	0.999	0.810	0.300	0.469	0.857
Rangos de ingresos familiares	<i>Rho</i>	-0.032	-0.119	0.104	-0.019	0.027	0.205*	0.036	0.119
	<i>P valor</i>	0.730	0.203	0.265	0.841	0.769	0.026	0.698	0.202
Estrato	<i>Rho</i>	-0.008	-0.121*	0.063*	-0.035	-0.008	0.138	-0.015	0.060
	<i>P valor</i>	0.087	0.014	0.024	0.240	0.063	0.097	0.258	0.347

* P ≤ 0.05 ** P ≤ 0.01

r: Coeficiente de correlación de Pearson

rho: Coeficiente de correlación de Spearman

De acuerdo con lo anterior, se presentan las diferencias en los promedios por subgrupos de variables sociodemográficas que evidenciaron relaciones estadísticamente significativas.

En la variable rangos de edad, el subgrupo de 20 a 29 años fue el que presentó mayores promedios de puntuación en las dimensiones de función social ($\bar{x}=66.96$), rol emocional ($\bar{x}=64.58$), función física ($\bar{x}=61.25$), rol físico ($\bar{x}=57.58$) y salud general ($\bar{x}=52.35$), lo cual refleja mejores percepciones de CVRS en personas con discapacidad jóvenes. El subgrupo que mostró menores promedios fue el de rango de 80 años y más, especialmente en las dimensiones de función física y rol físico. Ver tabla 47.

Tabla 47. Rangos de edad con dimensiones de CVRS

Variable Sociodemográfica	Subgrupo	Medida Estadística	Función física	Rol físico	Salud general	Función social	Rol emocional
Rangos de Edad	20 a 29 años	Media	61.25	57.58	52.35	66.96	64.58
		DS	32.53	24.13	11.90	20.75	29.79
		N	28	28	28	28	28
	30 a 39 años	Media	60.83	55.20	49.75	63.02	57.63
		DS	36.82	27.12	10.64	26.70	29.68
		N	24	24	24	24	24
	40 a 49 años	Media	61.38	56.94	48.27	61.11	59.72
		DS	28.11	19.98	11.06	17.09	24.12
		N	18	18	18	18	18
	50 a 59 años	Media	52.41	46.98	46.58	60.34	56.60
		DS	32.88	29.58	11.17	19.78	32.53
		N	29	29	29	29	29
	60 a 69 años	Media	45	41.34	44.23	54.80	48.07
		DS	24.15	23.46	10.98	20.11	25.49
		N	13	13	13	13	13
	70 a 79 años	Media	50	29.68	45.25	59.37	37.5
		DS	30.82	27.65	12.12	15.72	32.27
		N	4	4	4	4	4
	80 años y más	Media	20	12.5	47	37.5	33.33
		DS	NA	NA	NA	NA	NA
		N	1	1	1	1	1

En la variable nivel de estudios alcanzados, el subgrupo de maestría fue el que presentó mayores promedios de puntuación con la dimensión de función social ($\bar{x}=52.35$). Mientras que el subgrupo que presentó menores promedios fue el de secundaria incompleta. Ver tabla 48.

Tabla 48. Nivel de estudios alcanzados con dimensiones de CVRS

Variable Sociodemográfica	Subgrupo	Medida Estadística	Función Social
Nivel de estudios alcanzados	Ninguno	Media	54.688
		DS	18.824
		N	8
	Primaria incompleta	Media	57.955
		DS	21.119
		N	11
	Primaria completa	Media	55.357
		DS	24.374
		N	14
	Secundaria incompleta	Media	53.906
		DS	21.756
		N	16
	Secundaria completa	Media	67.262
		DS	20.339
		N	21
	Técnico-Tecnológico	Media	67.708
		DS	25.259
		N	12
	Profesional	Media	66.346
		DS	15.317
		N	26
Especialización	Media	60.938	
	DS	26.252	
	N	8	
Maestría	Media	75	
	DS	NA	
	N	1	

En la variable estado civil, el subgrupo de soltero fue el que presentó mayores promedios de puntuación en las dimensiones de rol físico ($\bar{x}=57.85$) y dolor corporal ($\bar{x}=72.14$). Mientras que el subgrupo que mostró menores promedios fue divorciado en rol físico y dolor corporal. Ver tabla 49.

Tabla 49. Estado civil con dimensiones de CVRS

Variable Sociodemográfica	Subgrupo	Medida Estadística	Rol físico	Dolor corporal
Estado Civil	Soltero	Media	57.85	72.14
		DS	22.98	24.80
		N	70	70
	Actualmente está casado	Media	41.40	56.77
		DS	24.78	25.79
		N	24	24
	Separado	Media	38.75	53.5
		DS	28.09	32.72
		N	5	5
	Divorciado	Media	0	30
		DS	NA	NA
		N	1	1
	Viudo	Media	46.87	45
		DS	38.69	25.98
		N	4	4
	Viviendo en pareja	Media	43.75	57.11
		DS	31.97	33.05
		N	13	13

En la variable Ocupación actual, el subgrupo de trabajo no remunerado fue el que presentó mayores promedios de puntuación en las dimensiones de rol físico ($\bar{x}=81.25$), rol emocional ($\bar{x}=79.16$) y salud general ($\bar{x}=55.5$); y el de estudiantes en la dimensión función social ($\bar{x}=75$). Mientras que el subgrupo que presentó menores promedios fue el de jubilado en rol físico, salud general y desempleado por motivo de salud en función social y pensionado por discapacidad en rol emocional ($\bar{x}=37.5$). Ver tabla 50.

Tabla 50. Ocupación actual con dimensiones de CVRS

Variable Sociodemográfica	Subgrupo	Medida Estadística	Rol físico	Salud general	Función social	Rol emocional
Ocupación Actual	Asalariado	Media	59.02	53.55	68.05	67.59
		DS	24.08	13.45	23.57	29.27
		N	18	18	18	18
	Independiente	Media	53.80	46	60.87	60.14
		DS	21.04	13.83	16.55	23.43
		N	23	23	23	23
	Trabajo no remunerado	Media	81.25	55.5	62.5	79.16
		DS	0	3.53	0	5.89
		N	2	2	2	2
	Estudiante	Media	66.01	52.18	75	76.56
		DS	20.40	11.17	16.45	21.98
		N	16	16	16	16
	Ama de casa	Media	51.87	44.4	58.75	56.66
		DS	27.80	9.21	20.45	25.7
		N	10	10	10	10
	Jubilado	Media	32.03	39.62	59.37	42.70
		DS	17.81	4.62	11.08	31.63
		N	8	8	8	8
	Pensionado por discapacidad	Media	37.5	49.25	53.12	37.5
		DS	25	3.30	21.34	25
		N	4	4	4	4
	Desempleado por motivo de salud	Media	42.29	47.6	52.5	43.61
		DS	30.51	8.34	23.30	30.53
		N	30	30	30	30
Desempleado por otro motivo	Media	46.87	54.83	70.83	61.11	
	DS	26.14	11.05	25.82	34.02	
	N	6	6	6	6	

En la variable rango de ingresos familiares, el subgrupo de más de 4 SMMLV fue el que presentó mayores promedios de puntuación en la dimensión función social ($\bar{x}=68.75$); el subgrupo con menor promedio de puntuación fue el de menos de 1 SMMLV con función social. Ver tabla 51.

Tabla 51. Rango de Ingresos familiares con dimensiones de CVRS

Variable Sociodemográfica	Subgrupo	Medida Estadística	Función social
Rango de Ingresos familiares	Menos de 1 SMMLV	Media	57.377
		DS	21.21
		N	61
	Entre 1 y 2 SMMLV	Media	66.76
		DS	21.38
		N	44
	Entre 2 y 4 SMMLV	Media	65
		DS	16.45
		N	10
	Más de 4 SMMLV	Media	68.75
		DS	8.83
		N	2

En la variable sociodemográfica Estrato, el subgrupo de estrato 2 fue el que mostró mayores promedios de puntuación con la dimensión de rol físico ($\bar{x}=54.25$), y el estrato 5 con dolor corporal ($\bar{x}=80.625$). Ver tabla 52.

Tabla 52. Estrato socioeconómico con dimensiones de CVRS

Variable Sociodemográfica	Subgrupo	Medida Estadística	Rol físico	Dolor corporal
Estrato	Estrato 1	Media	52.703	62.365
		DS	27.423	29.609
		N	37	37
	Estrato 2	Media	54.25	66.5
		DS	26.53	28.112
		N	50	50
	Estrato 3	Media	45.455	62.045
		DS	22.426	23.333
		N	22	22
	Estrato 4	Media	46.875	78.125
		DS	23.105	26.877
		N	4	4
	Estrato 5	Media	35.938	80.625
		DS	36.931	13.75
		N	4	4

Para concluir, la variable **ocupación** fue la que presentó relación significativa ($p \leq 0.05$) con fuerza de asociación más alta, aunque dicha asociación fue moderada con la dimensión de rol emocional (ETA 0,425*).

7.2.3.2 Variables clínicas y CVRS

La variable **diagnóstico médico** presentó relación significativa con rol físico, dolor corporal, vitalidad y rol emocional con una fuerza de asociación moderada; con salud general y función social con una fuerza de asociación baja; y con función física una fuerza de asociación buena. La variable **tiempo de limitación** tuvo una relación estadísticamente significativa y directa con función física, rol físico, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental con una fuerza de asociación baja. La variable **rangos de tiempo de la limitación** mostró una relación estadísticamente significativa y directa con función física, rol físico, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental con una fuerza de asociación baja. La variable **tipo de ayudas externas** evidenció relación significativa con función física con una fuerza de asociación buena; con función social y rol emocional con una fuerza de asociación moderada; y con rol físico y dolor corporal con una fuerza de asociación baja. La variable **uso de medicamentos** tuvo una relación significativa con función física con una fuerza de asociación moderada, y con rol físico, dolor corporal, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental con una fuerza de asociación baja. La variable **tipo de medicamento** tuvo una relación significativa con función física, rol físico, dolor corporal, vitalidad, función social y rol emocional con una fuerza de asociación moderada. Ver tabla 53.

Tabla 53. Relación de variables clínicas con dimensiones de calidad de vida

Variables Clínicas	CVRS dimensiones (escala de 0 – 100 puntos)								
	Estadístico	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
Diagnóstico médico	Eta	0.710**	0.504**	0.527**	0.397**	0.438**	0.358*	0.452**	0.339
	P valor	0.000	0.000	0.000	0.008	0.001	0.040	0.001	0.059
Tiempo limitación	Rho	0.304**	0.374**	0.179	0.263	0.263**	0.238*	0.31**	0.253**
	P valor	0.001	0.000	0.053	0.138	0.001	0.010	0.001	0.000
Rangos de tiempo limitación permanente	Rho	0.294**	0.389**	0.141	0.171	0.303**	0.226*	0.312**	0.335**
	P valor	0.001	0.000	0.129	0.065	0.001	0.014	0.001	0.000
Uso de ayudas externas	Eta	0.169	0.006	0.109	0.057	0.060	0.001	0.003	0.009
	P valor	0.084	0.949	0.290	0.545	0.521	0.720	0.716	0.920
Tipo de ayudas externas	Eta	0.652**	0.396*	0.403*	0.277	0.316	0.454*	0.460**	0.340
	P valor	0.000	0.027	0.048	0.451	0.234	0.010	0.003	0.139
Uso de medicamentos	Eta	0.430**	0.322**	0.340**	0.216	0.313**	0.315**	0.289**	0.356**
	P valor	0.000	0.000	0.000	0.200	0.001	0.002	0.003	0.000
Tipo de medicamento	Eta	0.569**	0.438*	0.417*	0.367	0.416*	0.468*	0.474**	0.404
	P valor	0.000	0.016	0.047	0.148	0.035	0.026	0.008	0.053

r: Coeficiente de correlación de Pearson

rho: Coeficiente de correlación de Spearman

De acuerdo a lo anterior, se presentan las diferencias en los promedios por subgrupos de variables clínicas que evidenciaron asociaciones estadísticamente significativas:

En la variable diagnóstico médico, el subgrupo de Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides fue el que presentó un promedio de puntuación de calidad de vida más alto en las dimensiones de función física (\bar{x} =83), rol físico (\bar{x} =68.5), dolor corporal (\bar{x} =83.6), salud general (\bar{x} =54.72), vitalidad (\bar{x} =69), función social (\bar{x} =69.5) y rol emocional (\bar{x} =72.333). Ver tabla 54.

Tabla 54. Calidad de vida por dimensiones con Diagnóstico médico

Variable Sociodemográfica	Subgrupo	Medida Estadística	Función física	Rol físico	Dolor Corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional
Diagnóstico Médico	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	Media	80	43.75	22.5	36	50	62.5	50
		DS	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
		N	1	1	1	1	1	1	1
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Media	51.667	56.25	55.833	45.667	41.667	54.167	58.333
		DS	46.458	31.25	22.546	13.868	15.729	26.021	38.188
		N	3	3	3	3	3	3	3
	Enfermedades del sistema nervioso	Media	35.333	36.25	67.667	46.467	59.583	62.5	45.556
		DS	30.265	25.464	18.015	10.336	11.541	20.045	25.171
		N	15	15	15	15	15	15	15
	Enfermedades del ojo y sus anexos	Media	80	62.74	75.577	50.962	64.423	69.231	71.795
		DS	16.125	19.323	24.118	9.159	18.521	16.291	19.014
		N	26	26	26	26	26	26	26
	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	Media	83	68.5	83.6	54.72	69	69.5	72.333
		DS	20.104	20.53	18.244	11.995	13.679	16.956	22.402
		N	25	25	25	25	25	25	25
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	Media	35.714	40.327	49.583	44.357	51.042	54.762	45.04
		DS	24.082	25.906	28.289	10.763	19.023	24.218	32.513
		N	42	42	42	42	42	42	42
	Afecciones originadas en el periodo neonatal	Media	55	56.25	67.5	64	68.75	50	66.667
		DS	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
		N	1	1	1	1	1	1	1
	Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causa externa	Media	32.5	35.938	55.625	48.25	51.562	43.75	43.75
		DS	23.979	24.139	23.925	8.77	5.984	12.5	31.458
		N	4	4	4	4	4	4	4

En la variable Rangos del tiempo de limitación, el subgrupo de más de 10 años fue el que presentó un promedio de puntuación de calidad de vida más alto en las dimensiones de función física (\bar{x} =63.623), rol físico (\bar{x} =59.058), vitalidad (\bar{x} =62.953), rol emocional (\bar{x} =64.13) y salud mental (\bar{x} =70.58). Ver tabla 55.

Tabla 55. Calidad de vida por dimensiones con Rangos del tiempo de limitación

Variable Sociodemográfica	Subgrupo	Medida Estadística	Función física	Rol físico	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud Mental
Rangos del tiempo de limitación	1 a 5 años	Media	39.483	33.405	49.353	50.431	37.644	54.483
		DS	32.164	22.675	18.776	21.256	32.092	16.385
		N	29	29	29	29	29	29
	5 a 10 años	Media	56.316	50	58.553	64.474	63.158	66.579
		DS	33.16	22.341	20.751	22.151	27.683	21.861
		N	19	19	19	19	19	19
	Más de 10 años	Media	63.623	59.058	62.953	65.761	64.13	70.58
		DS	29.179	25.218	15.433	19.252	24.807	16.214
		N	69	69	69	69	69	69

En la variable Tipo de Ayudas, el subgrupo de audífono fue el que presentó un promedio de puntuación de calidad de vida más alto en las dimensiones de función física ($\bar{x}=87.778$), dolor corporal ($\bar{x}=83.056$), función social ($\bar{x}=77.778$), y rol emocional ($\bar{x}=84.259$). El subgrupo de férula fue el que presentó un promedio de puntuación de calidad de vida más alto en la dimensión de rol físico ($\bar{x}=81.25$). Ver tabla 56.

Tabla 56. Calidad de vida por dimensiones con Tipos de ayudas de limitación

Variable Sociodemográfica	Subgrupo	Medida Estadística	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Función social	Rol emocional
Tipo de Ayudas	Ninguna	Media	64.375	51.693	69.479	62.5	58.333
		DS	28.836	23.694	27.497	17.865	25.9
		N	48	48	48	48	48
	Aparato ortopédico	Media	15	29.167	33.333	33.333	33.333
		DS	5	13.01	30.242	14.434	14.434
		N	3	3	3	3	3
	Audífono	Media	87.778	70.833	83.056	77.778	84.259
		DS	17.52	19.516	13.45	15.023	20.175
		N	9	9	9	9	9
	Bastón	Media	68.75	59.115	70.833	69.792	61.806
		DS	26.591	26.897	23.736	18.027	27.465
		N	24	24	24	24	24
	Férula	Media	65	81.25	57.5	75	75
		DS	NA	NA	NA	NA	NA
		N	1	1	1	1	1
	Caminador	Media	25	50	72.5	56.25	62.5
		DS	14.142	0	7.071	8.839	17.678
		N	2	2	2	2	2
	Gafas	Media	85	68.75	77.5	75	75
		DS	NA	NA	NA	NA	NA
		N	1	1	1	1	1
	Muletas	Media	36	39.375	52.5	52.5	41.667
		DS	16.125	20.844	32.914	19.365	20.787
		N	10	10	10	10	10
	Silla de ruedas	Media	17.667	36.25	48.833	47.5	36.667
		DS	21.947	34.734	26.757	29.955	38.807
		N	15	15	15	15	15
Prótesis	Media	51.25	45.312	53.125	62.5	83.333	
	DS	18.875	10.674	18.186	10.206	15.215	
	N	4	4	4	4	4	

En la variable Uso de medicamentos, el subgrupo que no usa fue el que presentó un promedio de puntuación de calidad de vida más alto en las dimensiones de función física ($\bar{x}=67.465$), rol físico ($\bar{x}=58.011$), dolor corporal ($\bar{x}=72.676$), vitalidad ($\bar{x}=63.38$), función social ($\bar{x}=67.077$), rol emocional ($\bar{x}=64.202$) y salud mental ($\bar{x}=71.197$). Ver tabla 57.

Tabla 57. Calidad de vida por dimensiones con Uso de medicamentos

Variable Sociodemográfica	Subgrupo	Medida Estadística	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud Mental
Uso de medicamentos	No	Media	67.465	58.011	72.676	63.38	67.077	64.202	71.197
		DS	26.831	23.509	24.922	17.529	18.449	25.134	16.179
		N	71	71	71	71	71	71	71
	Si	Media	39.457	40.761	53.75	51.902	53.533	46.92	57.826
		DS	32.063	27.123	27.161	16.608	22.463	32.316	18.846
		N	46	46	46	46	46	46	46

En la variable tipo de medicamentos, el subgrupo de **insulina** fue el que presentó un promedio de puntuación de calidad de vida más alto en las dimensiones de rol físico ($\bar{x}=72.676$), función social ($\bar{x}=75$) y rol emocional ($\bar{x}=100$). El subgrupo de **hormona tiroidea** fue el que presentó un promedio de puntuación de calidad de vida más alto en la dimensión de función física ($\bar{x}=82.5$). El subgrupo de **Antiinflamatorio no esteroideo** fue el que presentó un promedio de puntuación de calidad de vida más alto en la dimensión de vitalidad ($\bar{x}=64.062$). El subgrupo de **Relajante muscular** fue el que presentó un promedio de puntuación de calidad de vida más alto en la dimensión de dolor corporal ($\bar{x}=77.5$). Ver tabla 58.

Tabla 58. Calidad de vida por dimensiones con Uso de medicamentos

Variable Sociodemográfica	Subgrupo	Medida Estadística	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Vitalidad	Función social	Rol emocional
Tipo de medicamentos	Ninguno	Media	67.394	58.187	72.676	63.38	67.077	64.085
		DS	26.964	23.208	24.922	17.529	18.449	25.299
		N	71	71	71	71	71	71
	Analgésico	Media	51.875	44.531	47.188	45.312	48.438	57.292
		DS	24.486	27.434	30.456	14.847	15.58	28.674
		N	8	8	8	8	8	8
	Protector gástrico	Media	42.5	46.875	45	46.875	62.5	58.333
		DS	24.749	4.419	31.82	4.419	35.355	23.57
		N	2	2	2	2	2	2
	Antidepresivo	Media	10	18.75	32.5	50	50	33.333
		DS	NA	NA	NA	NA	NA	NA
		N	1	1	1	1	1	1
	Antiinflamatorio no esteroideo	Media	56.25	43.75	67.5	64.062	62.5	43.75
		DS	27.195	33.463	15.943	20.01	10.206	34.275
		N	4	4	4	4	4	4
	Relajante muscular	Media	25	62.5	77.5	56.25	75	100
		DS	NA	NA	NA	NA	NA	NA
		N	1	1	1	1	1	1
	Antihipertensivo	Media	8.75	15.625	44.375	46.875	40.625	27.083
		DS	10.308	23.662	21.542	8.069	23.662	20.833
		N	4	4	4	4	4	4
	Anticonvulsivante	Media	26.5	39.375	48	47.5	42.5	35
		DS	33.998	25.694	34.315	17.727	25.139	29.345
		N	10	10	10	10	10	10
	Insulina	Media	75	68.75	58.75	53.125	75	100
		DS	14.142	26.517	1.768	4.419	17.678	0
		N	2	2	2	2	2	2
Inmunosupresor	Media	0	25	32.5	25	25	25	
	DS	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
	N	1	1	1	1	1	1	
Hormona tiroidea	Media	82.5	62.5	77.5	56.25	75	66.667	
	DS	10.607	8.839	0	17.678	0	23.57	
	N	2	2	2	2	2	2	
Otro	Media	40.455	37.5	60.227	60.227	60.227	42.424	
	DS	33.575	31.623	28.095	18.598	23.597	36.027	
	N	11	11	11	11	11	11	

Para concluir, la fuerza de asociación entre las variables clínicas y CVRS por dimensiones fue en general moderada y baja. La relación encontrada con una fuerza de asociación más alta (buena) fue entre la variable **diagnóstico médico** y función física (ETA 0,71**)

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

Según el nivel de medición de la variable se utilizaron diferentes coeficientes de correlación para el análisis entre las variables de calidad de vida relacionada con la salud y discapacidad por áreas y final (escala de 0-100). Se utilizó el coeficiente de Pearson o Spearman según el comportamiento de las dimensiones de CVRS. Se consideró la significancia estadística cuando el pValor fue \leq a 0,05 o \geq a 0,05 Ver tabla 59.

Tabla 59. Coeficientes de correlación utilizados para discapacidad por áreas y final (WHO DAS II) acorde con el nivel de medición de las variables de CVRS por dimensiones (SF 36)

CVRS	Prueba	DISCAPACIDAD
Distribución no normal		
1. Función física	Spearman	1. Movilidad
2. Dolor corporal	Spearman	2. Autocuidado
3. Función Social	Spearman	3. Relacionarse con otras personas
4. Rol Emocional	Spearman	4. Actividades de la vida diaria
		5. Participación en sociedad
		6. Discapacidad final -WHODAS II-
Distribución normal	Prueba	
1. Rol físico	Pearson	1. Comprensión y comunicación
2. Salud general	Pearson	2. Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado
3. Vitalidad	Pearson	
4. Salud Mental	Pearson	

En cuanto a la correlación entre discapacidad por áreas y final (WHO DAS II) y Calidad de vida relacionada con la salud por dimensiones; se encontró que el área de **comprensión y comunicación** tuvo relación significativa e inversa, con una fuerza de asociación baja con las dimensiones de función social, rol social y salud mental. Por otra parte, el área de **Movilidad** tuvo relación significativa e inversa con una fuerza de asociación muy buena con la dimensión de función física, esta misma área tuvo relación significativa e inversa con una fuerza de asociación moderada con rol físico, dolor corporal, vitalidad y función social, rol emocional; y relación significativa e inversa con una fuerza de asociación baja con salud general y salud mental.

Sumado a lo anterior, **autocuidado** tuvo relación significativa e inversa con una fuerza de asociación moderada con función social, rol físico, dolor corporal, vitalidad, función social, rol emocional; y con una fuerza de asociación baja con salud general y salud mental.

El área de discapacidad **relacionarse con otras personas** presentó relación significativa e inversa con una fuerza de asociación insignificante con rol físico, y relación significativa e inversa con una fuerza de asociación baja con función social, rol emocional y salud mental.

El área de **actividades de la vida diaria trabajo no remunerado** mostró relación significativa e inversa con una fuerza de asociación moderada con función física, rol físico, vitalidad, función social, y relación significativa e inversa con una fuerza de asociación baja con dolor corporal, salud general, rol emocional y salud mental.

El área de **actividades de la vida diaria-Trabajo remunerado** mostró relación significativa e inversa con una fuerza de asociación baja en todas las dimensiones, excepto con vitalidad, con la que tuvo una fuerza de asociación moderada.

Asimismo, participación en sociedad presentó relación significativa e inversa con una fuerza de asociación moderada en todas las dimensiones, excepto en salud general, con la que mostró una fuerza de asociación baja.

Discapacidad final presentó relación significativa e inversa con fuerza de asociación buena con función física y rol físico, fuerza de asociación moderada con dolor corporal, vitalidad, función social, salud mental y rol emocional, y fuerza de asociación baja con salud general. Ver tabla 60.

Tabla 60. Correlación para discapacidad por áreas y final (WHO DAS II) según Calidad de vida relacionada con la salud por áreas.

Discapacidad Calidad de vida	Estadísticos	Comprensión y comunicación	Capacidad para moverse en su entorno	Autocuidado	Relacionarse con otras personas	Actividades de la vida diaria trabajo no remunerado	Actividades de la vida diaria Trabajo remunerado	Participación en sociedad	Discapacidad final
Función física	Spearman	0.016	-0.821**	-0.598**	-0.036	-0.597**	-0.272*	-0.54**	-0.685**
	Sig	0.866	0.000	0.000	0.701	0.000	0.037	0.000	0.000
Rol físico	Rho	-0.168	-0.574**	-0.575**	-0.196*	-0.551**	-0.399**	-0.59**	-0.637**
	Sig	0.070	0.000	0.000	0.034	0.000	0.002	0.000	0.000
Dolor corporal	Spearman	0.025	-0.573**	-0.497**	-0.033	-0.398**	-0.261*	-0.552**	-0.521**
	Sig	0.787	0.000	0.000	0.723	0.000	0.046	0.000	0.000
Salud general	Rho	0.037	-0.276**	-0.253**	0.085	-0.255**	-0.29*	-0.398**	-0.286**
	Sig	0.694	0.003	0.006	0.360	0.006	0.026	0.000	0.002
Vitalidad	Rho	-0.109	-0.493**	-0.488**	-0.173	-0.481**	-0.505**	-0.55**	-0.565**
	Sig	0.242	0.000	0.000	0.063	0.000	0.000	0.000	0.000
Función social	Spearman	-0.218*	-0.456**	-0.414**	-0.337**	-0.423**	-0.344**	-0.494**	-0.572**
	Sig	0.018	0.000	0.000	0.000	0.000	0.008	0.000	0.000
Rol emocional	Spearman	-0.208*	-0.506**	-0.463**	-0.271**	-0.393**	-0.304*	-0.518**	-0.607**
	Sig	0.024	0.000	0.000	0.003	0.000	0.019	0.000	0.000
Salud mental	Rho	-0.214*	-0.376**	-0.388**	-0.275**	-0.399**	-0.438**	-0.505**	-0.522**
	Sig	0.020	0.000	0.000	0.003	0.000	0.001	0.000	0.000

* P ≤ 0.05, ** P ≤ 0.01

8. DISCUSIÓN

La presente investigación determinó las variables sociodemográficas y clínicas, de discapacidad y calidad de vida relacionada con salud, a partir de los cuestionarios WHO-DAS II y SF-36 respectivamente. Con base en los resultados más relevantes desde lo sociodemográfico se encontró con relación a género que la mayoría de la población con discapacidad del estudio fueron hombres. Estos datos son similares a los reportados a nivel internacional en España por Ortega y otros (61), y a nivel nacional en Pasto, Popayán y Cali, por Imbachí Roldán y Silva (18), Daza, Ramírez y Salazar (62) y Suarez, Lucio y Cardona (63), respectivamente, así como en varias ciudades de Colombia (27, 64-68). Los datos reportados a nivel nacional e internacional muestran que la mayoría de personas con discapacidad estudiadas son hombres solteros (18, 27, 62-68), y adultos jóvenes (18, 62, 69).

Al analizar el nivel de estudios alcanzados, se encontró que la mayor proporción de la población investigada reportó un nivel de formación profesional (22,2%). Estos hallazgos difieren de los presentados por Contreras y otros (70), quienes reportaron que el 54,4% de la población estudiada se encuentra en nivel educativo de básica primaria, lo que concuerda con los hallazgos de Henao y Pérez (71), Gómez, Sossa y Torres (65) y otros estudios encontrados a nivel nacional (27, 61-63, 65, 70-72). En cuanto a la ocupación, en los resultados del presente estudio, se encontró que la mayoría estaban desempleados por motivo de salud, lo cual coincide a nivel internacional con el estudio de Leonardi y otros (28), y es coherente con la información reportada por la Organización Mundial de la Salud (4), donde se refiere que el desempleo es uno de los factores característicos de esta población, además los datos mundiales indican que las tasas de empleo son más bajas para los hombres con discapacidad. A nivel nacional Henao y Pérez (71) y la Fundación Saldarriaga Concha (6), también mencionan que el desempleo es uno de los principales problemas que aqueja a esta población, donde cerca del 70% de las personas con discapacidad se encuentran desempleadas o excluidas de la fuerza laboral (27, 61, 62, 72). Al respecto, González y otros (73) afirman que con relación al trabajo, la mayoría se encuentra desempleada y, por ende, se afecta su ingreso familiar y aumenta el impacto social de la enfermedad, lo cual debe tenerse en cuenta para establecer medidas de prevención y para mejorar la CVRS y condiciones de trabajo de la población objeto.

Con respecto a la afiliación al sistema de seguridad social en salud colombiano, se encontró que cerca de la mitad de la población estudiada de personas con discapacidad de la ciudad de Pasto pertenecen al régimen subsidiado, dato que coincide con los resultados presentados en Popayán por Daza, Ramírez y Salazar (62), pero difieren de otros estudios encontrados a nivel nacional como el de Gómez, Sossa y Torres (65) en el que la mitad de la población estudiada pertenecía a régimen contributivo, este reporte concuerda con el estudio de Acosta, Parra y Quino (64) entre otros estudios nacionales (62, 63, 67). Algunos estudios encontrados a nivel nacional, reportan que la mayoría de la población en situación con discapacidad, pertenece a régimen contributivo, estos resultados no se asemejan a los reportados en informes a nivel internacional donde refieren que las personas con discapacidad no suelen recibir la atención de salud que necesitan, y casi la mitad no pueden pagar la atención de salud (4, 6). Respecto a la variable de ingresos familiares, más de la mitad de las personas con discapacidad estudiadas tienen ingresos inferiores a 1 SMMLV, cabe resaltar que la mayoría de estudios revisados no tienden a reportar los ingresos familiares de las poblaciones estudiadas. A nivel internacional los estudios de Mirón y otros en España (74), y González, Tello y Silva en Chile (66), reportaron que la mayor proporción de la población estudiada tenía ingresos familiares bajos. Teniendo en cuenta la variable estrato se evidenció que casi la mitad de la muestra estudiada reportó pertenecer a estrato 2, estos resultados concuerdan con los estudios de García, Vega y Lugo (68), Gómez, Sossa y Torres (65) e Imbachí y otros (18), los cuales mostraron que la mayor cantidad de personas participantes en dichos estudios pertenecían a estratos socioeconómicos considerados como bajos. La discapacidad genera impacto personal y social para quien la experimenta, produce modificaciones en su estilo de vida, alterando su rol físico, laboral, social, familiar, entre otros, debe entenderse y abordarse de manera integral y

articulada, puesto que analizada de forma aislada no dimensiona la multiplicidad de las problemáticas asociadas a la discapacidad.

En relación con las características clínicas, se evidenció que el diagnóstico médico que más se presentó fueron las enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, los resultados evidenciaron que más de la mitad de personas con discapacidad de la investigación hacían uso de ayudas externas, y el dispositivo que más usaron fue bastón, estos hallazgos se relacionaron con los reportados por Quesada y Tamayo (27), aunque difieren en que más de la mitad de personas respondieron que no hacían uso de ayudas externas, de las que respondieron sí, el dispositivo que más usaron fue silla de ruedas. En relación con la variable de tiempo de evolución permanente, se evidenció que más de la mitad de la población estudiada lleva más de 10 años con la limitación, lo cual coincide con los resultados a nivel nacional de Valencia, Rivera y Londoño (67) y Arango, Bolaños y Fernández (69).

A partir de los resultados sociodemográficos, con discapacidad por áreas y final (WHO DAS II) de la muestra de personas con discapacidad de la ciudad de Pasto, se evidenció relación estadísticamente significativa con una fuerza de asociación moderada, para la variable ocupación actual con las áreas de actividades de la vida diaria y discapacidad final, donde la media más alta fue para desempleados por motivo de salud, lo que tal vez permite evidenciar que las personas estudiadas que obtuvieron alto puntaje de discapacidad tuvieron mayor dificultad en la ejecución de actividades de la vida diaria y en la ejecución de alguna ocupación, resultados que se asemejan a los presentados por Henao y Pérez (71), donde la variable situación ocupacional obtuvo una asociación significativa con la discapacidad, estos autores mencionan que el desempleo por lesión medular puede considerarse como una variable que contribuye a predecir la discapacidad en esta población. En un estudio australiano, Rowell (75) encontró que la tasa de empleo disminuye, pasando de un 78% antes de la lesión a un 29% posterior a la misma, lo cual genera un impacto negativo en la calidad de vida y el bienestar de la persona. En coherencia con lo anterior, el estudio de Daza, Ramírez y Salazar (62), también mostró relación significativa entre la variable ocupación con el área de actividades de la vida diaria y discapacidad global, pero destacan que la situación ocupacional tuvo una alta correlación con la discapacidad global seguida de las variables índice motor ASIA, cantidad de complicaciones clínicas en el último año y años de escolaridad. Sin embargo, la variable desempleado por la lesión derivada de la variable situación ocupacional, es la variable que evaluada de forma aislada, se constituye como la mejor predictora de discapacidad en esta población, prediciendo cerca del 30% de la discapacidad global. Además Sánchez y otros (76), mencionan que la situación ocupacional puede marcar una pauta importante en los procesos de inclusión social de individuos con lesión medular, al favorecer procesos de rehabilitación más integrales que a su vez pueden contribuir a la disminución de experiencia de la discapacidad.

En los resultados de las variables clínicas con discapacidad por áreas y final (WHO-DAS II), en la muestra de personas con discapacidad de la ciudad de Pasto, se evidenció relación estadísticamente significativa con fuerza de asociación buena, entre las variables diagnóstico médico, tipo de ayudas externas y tipo de medicamentos con el área de movilidad; en cuanto a la variable de diagnóstico médico se encontró que la mayoría de personas refirieron traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias, lo que pudo generar mayor limitación en la movilidad, como caminar o desplazarse largas distancias requiriendo el uso de ayudas externas como silla de ruedas. En contraste, Quesada y Tamayo (27), en relación con las características de discapacidad, encontraron un mayor predominio de deficiencias en la estructura del sistema nervioso, y estructuras relacionadas con el movimiento; a pesar de tener un diagnóstico médico diferente, los dos mostraron asociación con el área de movilidad. Cabrera (77) expone que el componente de la movilidad hace referencia a actividades o tareas físicas simples, las cuales pueden generar restricción en la participación, siendo un componente más complejo, por lo cual abordar este tipo de limitación desde procesos de rehabilitación integrales contribuye a la inclusión social de la persona. Otros estudios encontrados tenían similitud con los resultados de la presente investigación, aunque mostraron una fuerza de asociación más baja, por ejemplo en la relación entre diagnóstico médico y discapacidad final; cabe resaltar que en contraste, para Imbachí, Roldán y Silva (18), Acosta, Parra y Quino (64) y Arango, Bolaños y Fernández (69), estos

resultados si tuvieron una relación significativa con una fuerza de asociación más fuerte. Teniendo en cuenta estos resultados se evidencia que la variable diagnóstico médico se encuentra presente constantemente en relación con la mayoría de áreas de discapacidad.

Para calidad de vida, de acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio a partir del SF36, se evidenció que las variables sociodemográficas que tuvieron relación estadísticamente significativa con fuerza de asociación moderada fueron la variable ocupación actual con la dimensión de rol emocional, la mayoría reportaron estar desempleados por motivo de salud, tal vez el hecho de que estas personas no se encontraran vinculadas laboralmente afectaba su rol emocional. Quesada y Tamayo (27) en su estudio, evidenciaron que la variable ocupación, presentaba significancia estadística con mejor fuerza de asociación con las dimensiones de calidad de vida, en especial con salud general, especificando que en el subgrupo de asalariados y jubilados las dimensiones peor percibidas fueron las de rol físico, rol emocional y función social. Acorde con los planteamientos de Gifre y otros (78), la negación o el rechazo de la posibilidad de acceder al trabajo, tiene un componente emocional de carácter negativo, sobre el sujeto con alguna limitación física o enfermedad. Las tensiones, ansiedades y depresiones se presentan significativamente en sujetos involuntariamente desempleados por su incapacidad física, lo que afecta su autoestima, autoeficacia y autoconcepto.

El presente estudio mostró resultados similares a los reportados por Henao y Pérez (71), donde se evidenció relación estadísticamente significativa entre la variable estado civil y las dimensiones de calidad de vida función social, función física y salud mental. A nivel internacional, en un estudio realizado en España, se encontró que estos resultados no se asemejan a lo anteriormente mencionado, Mirón y otros (74), encontraron relación estadísticamente significativa en la variable nivel de estudio con rol físico y función física.

Con respecto a las características clínicas relacionadas con calidad de vida, se evidenció en los resultados relación estadísticamente significativa con una fuerza de asociación buena, entre las variables de diagnóstico médico y tipo de ayudas externas con la dimensión de función física, donde la mayoría personas estudiadas reportaron diagnóstico de enfermedades del oído y apófisis mastoides, con mejor percepción de calidad de vida en función física, y reportaron como ayuda externa utilizada el audífono. En coherencia con lo anterior, el estudio de González y otros (73) reportó que la enfermedad que tenían las personas estudiadas afectaba las dimensiones rol físico, percepción de la salud general, vitalidad y dolor corporal, concluyendo que la percepción de la CVRS en general para esta población es entre "regular" y "baja". Tal vez el diagnóstico clínico tenga una fuerte relación con el componente físico, e influya en la percepción de calidad de vida de las personas estudiadas, posiblemente el hecho de tener dificultad en el componente físico limite el desempeño de actividades cotidianas. En ese sentido, a pesar de que existe relación entre la variable de diagnóstico médico con el componente físico, la percepción de calidad de vida de las personas cambia de manera positiva al hacer uso de alguna ayuda externa. Contreras y otros (70) concluyeron en sus resultados que sólo en algunas dimensiones se presentaron medias de CVRS por debajo de 50 puntos, lo cual indicó que la calidad de vida en las personas estudiadas, no se percibió tan deteriorada, no obstante, al revisar las medias de los índices sumarios (físico y mental) se comprobó que la enfermedad crónica repercutía de manera importante en la calidad de vida de estos sujetos; Contreras y otros, concluyeron además que se debe considerar la identificación de variables psicológicas que favorezcan la calidad de vida percibida e intervenir sobre ellas para contribuir en un área importante del bienestar. Lo anterior muestra que no solo se debería tener en cuenta el diagnóstico clínico y la función física, sino también abordar la salud mental de las personas, para pensar en tener una calidad de vida. García y otros (79), en sus resultados muestran que las puntuaciones en las dimensiones del SF-36 función física (OR: 0,3; IC 95%: 0,1-1,1) y dolor corporal (OR: 0,2; IC 95%: 0,1-0,8) fueron factores predictivos de progresión y mortalidad de la enfermedad, relacionando la función física con la condición de salud.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la ciudad de Pasto, se encontró relación estadísticamente significativa e inversa entre la mayoría de variables con las áreas de discapacidad y las dimensiones de calidad de vida relacionada con salud; las que obtuvieron

fuerza de asociación moderada fueron el área de movilidad con la dimensión de función física, también discapacidad final con las dimensiones de función física, rol físico y rol emocional. Lo que muestra que las personas con discapacidad de la ciudad de Pasto participantes en el estudio que tuvieron mayor puntaje de discapacidad percibieron una peor calidad de vida en relación al componente físico. Además, las personas que tuvieron mayor puntaje en discapacidad final percibieron una peor calidad de vida tanto en el componente físico como emocional. Estos hallazgos son coherentes con un estudio internacional, desarrollado en Italia, por Leonardi y otros (28), donde se afirmó que la discapacidad está fuertemente asociada a problemas físicos que influyen en la CVRS, mientras que la asociación con el problema de salud mental era moderado, pero altamente significativa; adicionalmente, agregan los autores, que la Enfermedad de Parkinson tuvo un fuerte efecto sobre la CVRS y la discapacidad, ambas variables medidas con WHO-DAS II y el SF-36. De hecho, los resultados observados en la mayoría de escalas del SF-36 fueron significativamente peores en comparación con los valores normativos, especialmente en relación con el componente físico de la CVRS; con el WHO - DAS II, la puntuación en resumen también era peor comparada con los valores normativos, en áreas relacionadas con la movilidad, el autocuidado y la participación social, éstos fueron significativamente mayores que los valores normativos, lo que indica que estas áreas fueron más afectadas entre personas con enfermedad de Parkinson que en la población general. A nivel nacional, García, Vera y Lugo (68), en Medellín, reportaron que dentro de las áreas del WHODAS-II más afectados estuvieron: Actividades fuera del hogar, tareas del hogar y movilidad en el entorno, mientras que en calidad de vida las dimensiones afectadas fueron: función física, dolor corporal, rol emocional, y el funcionamiento físico, y concluyeron que las personas con lesiones más graves tras un accidente tenían niveles más altos de discapacidad y una peor calidad de vida.

Los accidentes de tránsito en la ciudad de Pasto constituyen un foco de la mitigación en salud, desde donde es pertinente el desarrollo de estrategias que minimicen el riesgo de discapacidad. Según los hallazgos de los estudios mencionados, las personas que obtuvieron mayor puntaje de discapacidad tuvieron una peor percepción de calidad de vida, tanto relacionada con el componente físico como con el emocional, por tal razón es pertinente que aborden estos dos componentes de calidad de vida para impactar el bienestar de estas personas y las repercusiones causadas en los diferentes niveles de funcionamiento humano.

9. CONCLUSIONES

Estudio que caracterizó las variables sociodemográficas de 117 personas adultas con discapacidad de la ciudad de Pasto, encontrando que más de la mitad de los participantes fueron hombres adultos maduros y solteros, con estudios profesionales que se encontraban desempleados por motivos de salud, afiliados al régimen subsidiado, con ingresos familiares entre 1 y 2 salarios mínimos y pertenecientes al estrato 2.

El estudio describió las características clínicas de la población participante encontrando que el principal diagnóstico médico al cual se atribuyó la limitación permanente fue el enfermedades del Sistema Osteomuscular y Tejido Conectivo, la mayoría usa ayudas externas, especialmente el bastón seguido de silla de ruedas, un reducido grupo consume medicamentos especialmente para prevenir episodios convulsivos. La mayoría de las personas participantes llevan más de 10 años con la limitación permanente.

Estudio que caracterizó Discapacidad utilizando el cuestionario WHO DAS II, encontrando una media de puntuación final de discapacidad de 27,95 puntos y por áreas, la de movilidad y participación en sociedad fueron las que obtuvieron mayores promedios de puntuación (mayor discapacidad), mientras que el área de autocuidado fue la de menor promedio de puntuación, la mitad de los encuestados presentaron discapacidad en grado leve.

En calidad de vida relacionada con la Salud utilizando el cuestionario SF 36, se encontraron mejores promedios de puntuación en las dimensiones de salud mental, dolor corporal y función social; mientras que la dimensión de salud general fue la que obtuvo promedios de puntuación más bajos (peor percepción de calidad de vida).

Estudio que estableció la relación entre las características sociodemográficas con Discapacidad por áreas y final, encontrando que la relación entre ocupación y el área de actividades de la vida diaria y discapacidad final fueron la que presentaron el coeficiente de asociación más alto. Por subgrupos de variables sociodemográficas con asociación estadísticamente significativa, los mayores promedios de puntuación por áreas y final de discapacidad se encontraron en el subgrupo de 80 años y más, especialización, divorciado, desempleado por motivos de salud. La fuerza de asociación encontrada entre las variables sociodemográficas y la discapacidad por áreas y final fue baja. La relación entre la variable ocupación y actividades de la vida diaria fue la que presentó un valor de asociación más alto (Eta 0.466**).

De acuerdo con las variables cuantitativas se encontró que a mayor tiempo de la limitación permanente menor puntaje de discapacidad por áreas y final.

Frente a la asociación entre discapacidad por áreas y final con variables clínicas se encontró que el diagnóstico médico tuvo relación significativa con el tiempo de limitación permanente; rangos de tiempo de limitación permanente, tipo de ayuda externa, uso de medicamentos y tipo de medicamentos evidenciaron relación estadísticamente significativa con las áreas de movilidad, autocuidado, relacionarse con otras personas, actividades de la vida diaria, actividades de la vida daría trabajo no remunerado y participación en sociedad principalmente.

La fuerza de asociación entre las variables clínicas y discapacidad por áreas y final fue en general moderada. La relación encontrada con un valor de fuerza de asociación más alto fue entre la variable tipo de ayudas externas y movilidad (Eta 0.706**).

El estudio estableció la relación entre las características sociodemográficas con calidad de vida por dimensiones encontrando que las variables edad, rangos de edad y ocupación presentaron una asociación estadísticamente significativa con la dimensión de función física, rol físico y rol emocional principalmente. La relación encontrada con una fuerza de asociación más alta fue entre la variable ocupación y rol emocional (Eta 0.425*).

La relación entre variables clínicas y dimensiones de calidad de vida encontrada, mostró que el diagnóstico médico, el tiempo de la limitación permanente, rangos de tiempo de la limitación permanente, el tipo de ayuda externa, el uso de medicamento y el tipo de medicamento, presentaron relación significativa con la dimensión función física y rol físico principalmente.

Por subgrupos de variables clínicas con asociación estadísticamente significativa, los mayores promedios de puntuación por dimensiones de calidad de vida se encontraron en el subgrupo de enfermedades del oído y de la apófisis mastoides. La fuerza de asociación entre las variables clínicas y CVRS por dimensiones fue en general baja. La relación encontrada con un valor de fuerza de asociación más alto fue entre las variables diagnóstico médico y función física.

Finalmente, el estudio estableció la relación existente entre discapacidad por áreas y final y calidad de vida relacionada con la salud por dimensiones, ambos en una escala de 0 - 100 puntos, encontrando relación estadísticamente significativa e inversa y con fuerza de asociación buena entre las dimensiones de función física, rol físico, rol emocional y discapacidad final.

10. RECOMENDACIONES

Formular nuevos proyectos de investigación que fortalezcan el grupo de investigación cuerpo movimiento, en la línea de investigación funcionamiento y discapacidad desde la perspectiva de salud, a partir de las variables de discapacidad y calidad de vida en población adulta en regiones como la Costa pacífica, Costa Atlántica y Oriente Colombiano.

Apoyar a entidades públicas y privadas, en la creación de políticas públicas en discapacidad, con el fin de orientar la creación de las mismas a partir de los resultados referidos a la percepción de calidad de vida relacionada con salud desde la perspectiva de las personas con discapacidad de la ciudad de Pasto, teniendo presente la accesibilidad universal para la movilidad y la participación en sociedad de las personas con discapacidad en diferentes contextos.

La academia (IES de Pasto) puede servir de apoyo para la realización de trabajos de proyección social a través de equipos interdisciplinarios que promuevan procesos de capacitación y actualización en temas relacionados con discapacidad, fomentando así la articulación entre academia, Estado y sociedad, teniendo en cuenta también la ejecución de proyectos de desarrollo o estudios que involucren a la población de adulto maduro con discapacidad.

Las entidades gubernamentales de la ciudad de Pasto, cuenten con bases de datos actualizadas de personas con discapacidad, que caractericen no solo sociodemográficamente la población si no que faciliten procesos de investigación probabilísticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización.Mundial.de.la.Salud, Organización.Panamericana.de.la.Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; Secretaria general de asuntos sociales; Instituto de migraciones y servicios sociales; 2001.
2. VázquezBarquero J, HerreraCastanedo S, VázquezBourgón E, GaitéPintado L. Cuestionario para la evaluación de discapacidad de la Organización Munidal 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.
3. Organización.Mundial.de.la.Salud. Discapacidad. Bogotá: OMS; 2005.
4. Organización.Mundial.de.la.Salud. Informe mundial de discapacidad. Malta: Banco Mundial; 2011.
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005. Boletín Discapacidad-Colombia: Actualización. Bogotá: DANE; 2005.
6. Fundación Saldarriaga Concha. Informe Discapacidad Fundación Saldarriaga Concha. Día mundial de las Personas con discapacidad. Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha; 2012 [cited 2014 Abril 10]; Available from: <http://www.pactodeproductividad.com/pdf/informediscapacidaddfsc.pdf>.
7. Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez L, Sánchez H, et al. Encuesta Nacional de Salud 2007. Bogotá: Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas; 2009.
8. World.Health.Organization. Classification, Assessment, and Terminology Team (CAT) - Department for Measurement and Health Information Systems. WHODAS II. Disability Assessment Schedule. Training manual: a guide to administration. Geneva (Switzerland): OMS; 2004. 1-65 p.
9. Kutlay S, Küçükdeveci A, Elhan A, Oztuna D, Koç N, Tennant A. Validation of the World Health Organization disability assessment schedule II (WHODAS-II) in patients with osteoarthritis. Rheumatol Int. 2011;31(3):339-46.
10. 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).
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. Lema CH, Parra JP. 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.
16. Rios L. Grado de discapacidad en poblacion adulta con insuficiencia renal crónica- IRC en hemodialisis. Medellín: Universidad Autónoma de Manizales; 2010.
17. 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.
18. Imbachí L, Roldán E, Silva A. Modelo predictivo de discapacidad en adultos con lesión medular de San Juan de Pasto (Colombia): resultados desde WHO-DAS II [Maestría]. San Juan de Pasto: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.

19. 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.
20. Alonso J, Eboallo P, Vilagut G, Ferrer M. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005;135–50.
21. Fernández C, Alonso C, Del.Almo.Pérez A, Miangolarra.Paje J. Relación entre movilidad, funcionalidad y calidad de vida en pacientes con espondilitis anquilosante. *Fisioterapia.* 2006;28(3):143–51.
22. Rojas A, Zapata A, Anaya J, Pineda R. Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Revista Colombiana de Reumatología* 2005;12(4):295-300.
23. Bobes J, Gonzales M, Bascarán M, Arango C, Sáliz P, Bousoño M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Euro Psychiatry.* 2001;16:239–45.
24. Salaffi F, SarziPuttini P, Girolimetti R, Atzeni F, Gasparini S, Grassi W. Health-related quality of life in fibromyalgia patients: a comparison with rheumatoid arthritis patients and the general population using the SF-36 health survey. *Clin Exp Rheumatol.* 2009;27(5 Suppl 56):S67-74.
25. Vélez V, Gutiérrez V, Hurtado C, Ramírez R. Relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la discapacidad en mujeres con vértigo de origen periférico. *Acta Otorrinolaringológica Española.* 2010;61(4):255-61.
26. Hays R, Hahn H, Marshall G. Use of the SF-36 and other health-related quality of life measures to assess persons with disabilities. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002;83(12 Suppl 2):S4–9.
27. Quesada D, Tamayo G. Calidad de vida relacionada con salud en personas con limitación en las actividades de la movilidad del municipio de Neiva [Maestría]. Neiva: Universidad Autónoma de Manizales; 2011.
28. Leonardi M, Raggi A, Antozzi C, Confalonieri P, Maggi L, Cornelio F, et al. The relationship between health, disability and quality of life in myasthenia gravis: results from an Italian study. *J Neurol.* 2010;257(1):98–102.
29. Baron M, Schieir O, Hudson M, Steele R, Kolahi S, Berkson L, et al. The clinimetric properties of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II in early inflammatory arthritis. *Arthritis Rheum.* 2008;59(3):382–90.
30. Hudson M, Thombs B, Steele R, Watterson R, Taillefer S, Baron M. Clinical correlates of quality of life in systemic sclerosis measured with the World Health Organization Disability Assessment Schedule II. *Arthritis Rheum.* 2008;59(2):279–84.
31. Soberg H, Bautz.Holter E, Roise O, Finset A. Long-term multidimensional functional consequences of severe multiple injuries two years after trauma: a prospective longitudinal cohort study. *J Trauma.* 2007;62(2):461-70.
32. Ministerio.de.salud, República.de.Colombia. Resolución 008430. Santafé de Bogotá: Ministerio de salud; 1993 Octubre 4.
33. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 1993. p. 53-6.
34. Üstün T, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J. Measuring health and disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Malta: World Health Organization; 2010.
35. 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.
36. Alonso J. Cuestionario de salud SF 36 versión española 1.4. Barcelona: Unidad de Investigación en servicios sanitarios; 1999.
37. 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.
38. Humphrey J. Researching disability politics. Or, some problems with the social model in practice. *Disability & Society.* 2000;15:63-85.
39. Hahn H. The Political implications of disability definitions and data. *Journal of Disability Policy Studies.* 1993;4(2):41-52.

40. Barnes C. Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental. . In: Barton L, editor. Discapacidad y sociedad. Morata/Fundación Paideia: Madrid; 1998. p. 59-76.
41. WHOQOL.GROUP. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. Soc Sci Med. 1995;41(10):1403-9.
42. Battle.Gualda E, citado.por.BCarmona. Mediciones II: Cómo medir la calidad de vida? Cuestionarios y escalas de salud. Manual de epidemiología para reumatólogos: Majadahonda: Ergón; 2000. p. 41-69.
43. SchalockRL, BrownI, BrownR, CumminsRA, FelceD, MatikkaL. 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.
44. DiazLLañez G. El bienestar subjetivo. Actualidad y perspectivas. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2001;17(6):572-79.
45. Brown R. Quality of Life issues in aging and intellectual disability. Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities. 1993;18:219-27.
46. Haas B. A Multidisciplinary Concept Analysis of Quality of Life. Western Journal of Nursing Research. 1999;21:728-42.
47. Sobrino J. Desarrollo Urbano y Calidad de Vida. Toluca: El Colegio Mexiquense; 1998.
48. Felce D, Perry J. Quality of life: Its definition and measurement. Research in Development Disabilities. 1995;16:51-4.
49. 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.
50. Schalock R. The concept of quality of life: what we know and do not know. Intellect Disabil Res. 2004;48:203-16.
51. Herdman M, Baró E. La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos. X Badía; D Podzamczar Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH. 1 ed. Madrid: Jarpyo Editores; 2000. p. 19-33.
52. Erickson P, Patrick D. Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation. New York: Oxford University Press; 1993.
53. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, R Fitzpatrick. O-IDe. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. [En línea] Oxford: Department of Public Health, Institute of Health Sciences, University of Oxford; 2002 [cited 2008 Noviembre]; Available from: <http://bmj.com>.
54. Pane S. Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. Revisión sistémica de la literatura: actualización: Barcelona; 2006.
55. MironCanelo J, Sardon MA, LópezDeLasHazas A, SaenzGonzalez M. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con discapacidad intelectual en España. Rev Panam Salud Publica [online]. 2008;24(5):336-44.
56. Guyatt G, Feeny D, Patrick D. Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med. 1993;118(8):622-9.
57. Alonso J, Prieto L, Antó J-M. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. In: Universidad.Autónoma.de.Barcelona, editor. Barcelona: Médica Imdi Pública; 1995.
58. Departamento.Administrativo.Nacional.de.Estadística. Registro continuo para la localización y caracterización de las personas con discapacidad. Bogotá: DANE: Dirección de Censos y Demografía; 2010.
59. Kostanjsek N, Üstün B. Operationalizing ICF for measurement: calibration, qualifier, instruments. Family of International Classifications Network Meeting, Technical Document WHOFIC/04.059. Reykjavik (Iceland): WHO; 2004 October.
60. Landis J, Koch G. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977;33:159-74.
61. Ortega.Barrío M, Herce.Martínez M, Valiñas.Sieiro F, Mariscal.Pérez N, López.Cunquero M, Cubo.Delgado E. Impacto del medio rural o urbano sobre la discapacidad residual tras un ictus. Enfermería Clínica. 2013;23(5):182-8.

62. 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 [Maestría]. Popayán: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
63. Suárez L, Lucio L, Cardona L. Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular de Cali [Maestría]. Cali: Universidad Autónoma de Manizales; 2011.
64. Acosta M, Parra S, Quino A. Modelo predictivo de discapacidad en adultos con lesión medular de Bogotá (Colombia): resultados desde WHO-DAS II [Maestría]. Bogotá: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
65. Gómez I, Sossa L, Torres L. Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular de Bucaramanga (Colombia): resultados desde el WHO-DAS II [Maestría]. Bucaramanga: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
66. González S, Tello J, Silva P, Luders C, Butelmann S, Fristch R, et al. Calidad de vida en pacientes con Discapacidad motora según factores sociodemográficos y salud mental. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2012;50(1):23-4.
67. Valencia Legarda F, Rivera Rujana D, Londoño Prieto J, Henao Lema C, Pérez Parra J. Modelo predictivo de discapacidad en adultos con lesión medular de Medellín (Colombia): resultados desde WHO-DAS II [Maestría]. Medellín: Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
68. García H, Vera C, Lugo L. Calidad de vida relacionada con la salud en Medellín y su área metropolitana, con aplicación del SF-36. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.* 2013;32(1):26-39.
69. Arango G, Bolaños A, Fernández B. Calidad De Vida y Discapacidad en Personas Con Enfermedad De Parkinson de la Ciudad de Cali [Maestría]. Cali: Universidad Autónoma de Manizales; 2011.
70. Contreras F, Esguerra G, Espinosa J, Gutiérrez C, Fajardo L. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Univ Psychol.* 2006;5(3):487-99.
71. Henao C, Perez J. Situación de discapacidad de la población adulta con lesión medular de la ciudad de Manizales. *Hacia la Promoción de la Salud.* 2011;16(2):52-67.
72. Isaza H, Bedoya J. Discapacidad y calidad de vida relacionada con salud en personas adultas con discapacidad en Medellín (Colombia) [Maestría en Discapacidad]. Medellín: Universidad Autónoma de Manizales; 2014.
73. González Baltazar R, Lupercio Heredia A, Hidalgo Santacruz G, León Cortés SG, Salazar Estrada JG. Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en pacientes con tuberculosis en Guadalajara, (México). *Revista Salud Uninorte.* 2013;29:13-21.
74. Mirón Canelo J, Alonso Sardon M, López De Las Hazas A, Saenz Gonzalez M. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con discapacidad intelectual en España. *Rev Panam Salud Publica [online].* 2008;24(5):336-44.
75. Rowell D, Connelly L. Personal assistance, income and employment: the spinal injuries survey instrument (sisi) and its application in a sample of people with quadriplegia. *Spinal Cord.* 2008;46:417-24.
76. Sánchez P, Hernández J, Peralta J, Rojano D, Castañeda R. Evaluación de la actividad y participación del paciente con lesión medular a través de un cuestionario basado en la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR). *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación.* 2010;22(4):113-7.
77. Cabrera J. Indicadores de Discapacidad en la encuesta de discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. *Revista Española de Salud Pública.* 2007;81(2):167-81.
78. Gifre M, Del Valle A, Yuguero M, Gil Á, Monreal P. La mejora de la calidad de vida de las personas con lesión medular: La transición del centro rehabilitador a la vida cotidiana desde la perspectiva de los usuarios. *Athenea Digital.* 2010;18:3-15.
79. García M, Mansilla J, Nieto E, Cereto M, Salas F, Vallejo M, et al. Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes infectados por VIH medida por el Cuestionario de Salud SF-36. *An Med Interna (Madrid).* 2001;18(2):30-5.

ANEXOS

Anexo 1. PROBLEMATIZACIÓN CIUDAD DE PASTO

El departamento de Nariño se encuentra localizado en el suroccidente de la República de Colombia. Limita al norte, con el departamento del Cauca; al sur, con la República del Ecuador; al oriente, con el departamento del Putumayo y, al occidente, con el Océano Pacífico. El territorio Nariñense se encuentra habitado por 1.541.956 personas. Según los resultados obtenidos con la aplicación del Registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad, se han encuestado en el departamento de Nariño 47.211 personas, para una prevalencia del 3,4%. La información que se presenta a continuación fue extraída del boletín Discapacidad-Colombia: Actualización, Censo General de 2005(5).

El total de personas identificadas con limitaciones permanentes en la ciudad de Pasto fue de 133.442, para una prevalencia del 8,9%, sobre la población total.



Su capital San Juan de Pasto, está localizada al sur oriente de Nariño con una extensión territorial de 1.194 kilómetros, lo cual constituye el 3.58% de la extensión total del departamento. Está ubicada a 2490 metros sobre el nivel del mar, en el Valle de Atriz al pie del volcán Galeras, con una temperatura promedio de 8 y 12 grados centígrados, 4 pisos térmicos y con promedio de clima frío. Limita al norte con La Florida, Chachagüí y Buesaco, por el sur con el Departamento de Putumayo y Funes, por el oriente con Buesaco y el Departamento de Putumayo y por el occidente con Tangua, Consacá y La Florida.

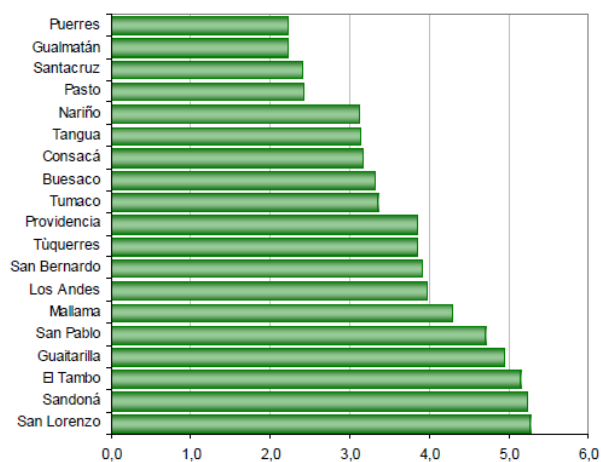
El Municipio de Pasto, tiene una población de 423.217 habitantes según el censo realizado por el DANE en el año 2005. La población total censada fue de 383.846 habitantes, de acuerdo a los datos reportados por la entidad, el total de personas identificadas con limitaciones permanentes fue de 26.525, para una tasa de prevalencia del 6,91% y un registro de discapacidad de 9.285 personas.

Nariño. Población con registro y población proyectada, según municipio – 2007

Municipio	Poblacion total censo	Personas con lim censo	Prevalencia lim censo	Registro de discapacidad	Meta reg 2007
Pasto	383.846	26.525	6,91%	9.285	17.240
Alban	19.367	2.183	11,27%	1.500	683
Aldana	6.780	899	13,26%	126	773
Ancuya	8.304	991	11,93%	1.344	
Arboleda	7.442	1.862	25,02%		1.862
Barbacoas	30.256	1.670	5,52%		1.670
Belen	4.506	713	15,82%	255	458
Buesaco	21.019	3.880	18,46%	700	3.180
Colon (Genova)	9.735	1.722	17,69%	616	1.106
Consaca	10.209	898	8,80%	323	575
Contadero	6.639	1.118	16,84%		1.118
Cordoba	13.463	1.571	11,67%	167	1.404
Cuaspu	8.108	670	8,26%	829	-159

¹ DANE. Censo General 2005. Datos preliminares de población censada.

Con respecto a la prevalencia por municipios del departamento de Nariño, Pasto, se encuentra en el tercer grupo de los municipios, que reportan tasas de prevalencia bajas con 2,4%.

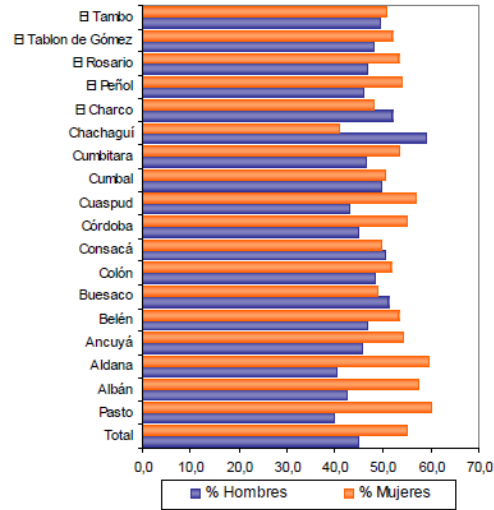


Fuente: DANE. Dirección de Censos y Demografía

Diferencias según sexo

En el departamento de Nariño existen diferencias marcadas entre el número de hombres y mujeres registrados, el 55% son mujeres y el 45% restante son hombres, en relación al municipio de Pasto se evidencia que el 60% corresponde a mujeres mientras que el 40% corresponde a hombres. Evidenciando relación entre Pasto y los resultados a nivel departamental.

Nariño. Distribución de la población con registro, por municipio, según sexo. 2007



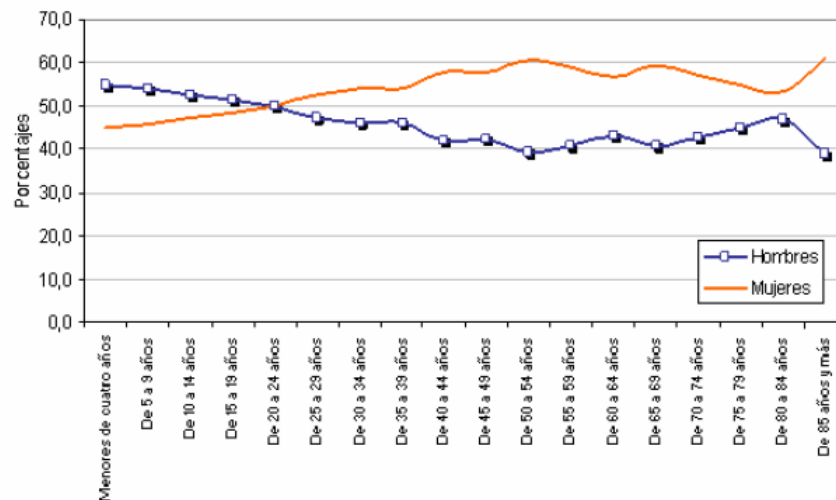
Fuente: DANE. Dirección de Censos y Demografía

Distribución por género y edad:

No en todos los grupos de edad la relación entre el número de hombres y mujeres en situación de discapacidad, es la misma. Así, la proporción de hombres es inferior especialmente en los grupos de edad, personas mayores de 85 años, y los de 50 a 54 años con el 39%, en los que tienen de 55 a 59 años y 65 a 69 años 41%, los de 40 a 49 años 42%.

Las mujeres por su parte tienen proporciones inferiores especialmente entre los rangos de edad de 15 a 19 años (48%), de 10 a 14 años (47%) y en los de 5 a 9 años (46%). Presentan la misma tasa de prevalencia hombres y mujeres de 20 a 24 años.

Nariño. Distribución de las personas con registro, por sexo, según grupos de edad. 2007



Fuente: DANE. Dirección de Censos y Demografía

Estrato de la vivienda

En el departamento de Nariño, el 72.1%, es decir 34.055 personas, habita en viviendas del estrato 1, y el 18,5% en el estrato 2; entre estos dos estratos sumamos 40.116 personas (90,6%); el 6,9%

no tienen estrato asignado. Los hombres superan el número de mujeres en el estrato cuatro; mientras las mujeres son superiores en número a los hombres en todos los estratos.

Nariño. Población registrada, por sexo, según estrato de la vivienda – 2007

Estrato	Total	% Total	Hombres	% H	Mujeres	% M
Total	47.212		21.238		25.973	
Estrato 1	34.055	72,1%	15.469	72,8%	18.585	71,6%
Estrato 2	8.750	18,5%	3.675	17,3%	5.075	19,5%
Estrato 3	815	1,7%	313	1,5%	502	1,9%
Estrato 4	9	0,0%	5	0,0%	4	0,0%
Estrato 5	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Estrato 6	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Sin Estrato	3.267	6,9%	1.625	7,7%	1.642	6,3%
Sin informacion	316	0,7%	151	0,7%	165	0,6%

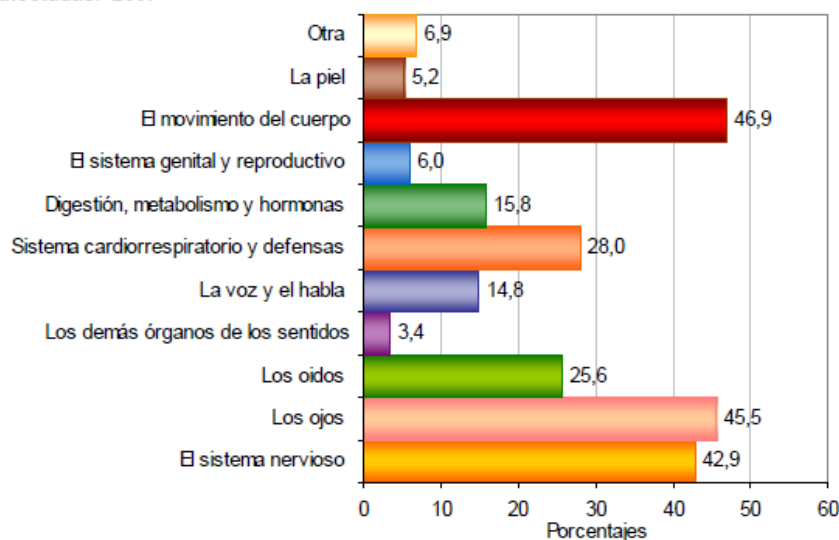
Fuente: DANE. Dirección de Censos y Demografía

Características de la discapacidad

Prevalencia según tipo de deficiencia

Las personas registradas en el departamento de Nariño, declararon poseer 2,4 deficiencias, en promedio. En las estructuras o funciones corporales más frecuentemente afectadas, se encuentran las relacionadas con las deficiencias en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, presentes en el 46,9% de las personas y en los ojos con el 45,5%; le siguen en orden de importancia, en el sistema nervioso con 42,9%.

Nariño. Distribución porcentual de las personas, según estructuras o funciones corporales afectadas. 2007



Fuente: DANE. Dirección de Censos y Demografía

En relación de tipo de deficiencia con género se logra evidenciar que los hombres tienen una mayor prevalencia en las deficiencias de voz y habla 51,7%; mientras que en las otras deficiencias las mujeres superan la tasa de prevalencia de los hombres con porcentajes superiores a 50%.

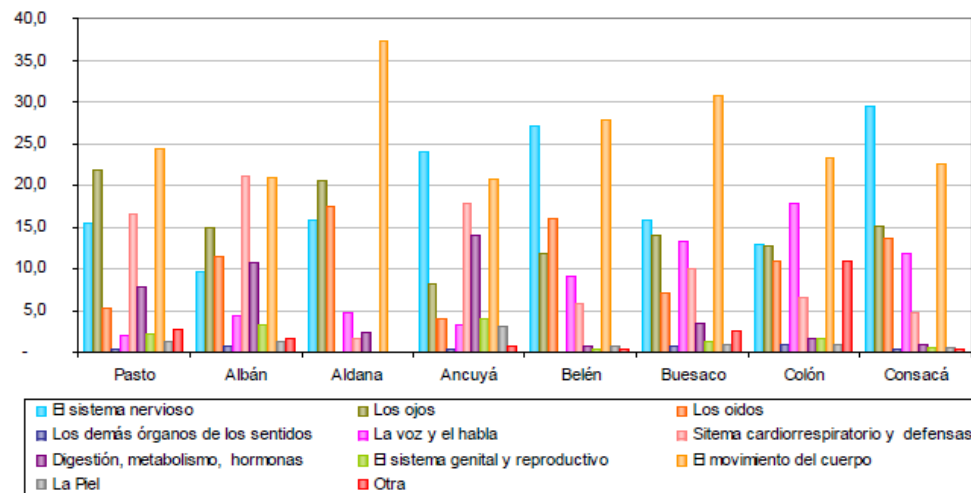
Nariño. Población registrada por sexo, según estructuras o funciones Corporales afectadas. 2007

Deficiencias	Total	Hombres	Mujeres	% Hombres	% Mujeres
El sistema nervioso	20.255	8.656	11.599	42,7%	57,3%
Los ojos	21.487	9.072	12.415	42,2%	57,8%
Los oídos	12.081	5.730	6.351	47,4%	52,6%
Los demás órganos de los sentidos	1.618	725	893	44,8%	55,2%
La voz y el habla	6.999	3.619	3.380	51,7%	48,3%
Sistema cardiorrespiratorio y defensas	13.231	5.311	7.920	40,1%	59,9%
Digestión, metabolismo y hormonas	7.479	2.970	4.509	39,7%	60,3%
El sistema genital y reproductivo	2.822	1.358	1.464	48,1%	51,9%
El movimiento del cuerpo	22.119	9.534	12.585	43,1%	56,9%
La piel	2.462	1.038	1.424	42,2%	57,8%
Otra	3.240	1.392	1.848	43,0%	57,0%
Total	113.793	49.405	64.388	43,4%	56,6%

Fuente: DANE. Dirección de Censos y Demografía

Desde el punto de vista de los municipios, el análisis de la distribución porcentual de este tipo de alteraciones muestra que las relacionadas con el movimiento del cuerpo y las extremidades, el sistema nervioso, los ojos, los oídos, el sistema cardiorrespiratorio y la voz y el habla, corresponden, por lo general, a los cinco tipos de alteraciones más frecuentemente encontradas en todos ellos. Sin embargo, en el Municipio de Pasto, las alteraciones más presentes están con el movimiento 24,8%, los ojos 22% y el sistema cardiorrespiratorio y defensas 17%.

Nariño. Distribución de las deficiencias en los municipios. 2007



Fuente: DANE. Dirección de Censos y Demografía

De acuerdo con los resultados evidenciados por el registro DANE 2005, el municipio de Pasto, reporta personas con discapacidad, en mayor porcentaje correspondiente a mujeres, entre los 15 y 25 años de edad, en estratos 1, y con alteraciones en movilidad del cuerpo.

El municipio en beneficio de las personas con discapacidad, actualmente y con las modificaciones urbanísticas ha tratado de implementar normativa en cuanto a accesibilidad física. Aunque es un proceso a largo plazo, poco a poco ha ido tomando más fuerza.

Con respecto a los imaginarios sociales en torno a la discapacidad, la comunidad del municipio de Pasto, al igual que en el territorio colombiano, vienen en un proceso lento de transformación desde

un modelo tradicional a una nueva perspectiva de discapacidad, donde la persona sea vista desde sus capacidades, como ser integral, que hace parte activa de la sociedad.

Acorde con los procesos de evolución del concepto de discapacidad se pretende dignificar a la persona y no etiquetarla como se ha venido haciendo. Las personas con discapacidad atraviesan por una condición de salud al igual que todos los seres humanos en determinado momento de la vida. Y así como los diferentes procesos y etapas naturales que enfrenta el ser humano, es importante mantener una buena calidad de vida.

Tal vez se tenga un concepto muy general de las condiciones que ofrece el municipio de Pasto a las personas con discapacidad, pero es incierta la concepción personal que se tiene de esta población con respecto a su condición de salud. Por ello es necesario conocer la percepción que tienen de su discapacidad o condición de salud con respecto a su calidad de vida actual, teniendo en cuenta las características sociodemográficas de la población de la ciudad de Pasto.

Bajo estos aspectos, se percibe la necesidad de conocer, el grado de discapacidad, así como también la calidad de vida de las personas con discapacidad en el municipio de Pasto, por lo cual se plantea la aplicación de un instrumento que permita conocer esta información y relacionarla entre sí. En la actualidad se han establecido instrumentos, a través de diversas construcciones e investigaciones en la búsqueda de nuevos conocimientos, que han arrojado mayor aproximación a la obtención de resultados más confiables dentro de los procesos investigativos, es por eso que el presente estudio permitirá conocer el grado de discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud de adultos en situación de discapacidad, mediante la aplicación de dos cuestionarios validados, SF 36 y el WHO-DAS II. Siendo este uno de los primeros estudios a desarrollar, que relaciona estas dos variables con la población de personas con discapacidad de la ciudad de Pasto.

Este estudio permitirá obtener una información importante de las personas con discapacidad en la ciudad de Pasto en relación a las variables a evaluar, y servirá como aporte en el desarrollo y la construcción de nuevo conocimiento, no solo para las personas que participaron sino también para la población de personas con discapacidad del municipio de Pasto, siendo además un elemento para futuras investigaciones tanto a nivel regional como nacional, que estén interesadas en la población.

Anexo 2. Sintaxis WHO DAS II

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

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_2
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D52.
RECODE
D5_3

```
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D53.
RECODE
  D5_4
  (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D54.
RECODE
  D5_5
  (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D55.
RECODE
  D6_1
  (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D61.
RECODE
  D6_2
  (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D62.
RECODE
  D6_3
  (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D63.
RECODE
  D6_4
  (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D64.
RECODE
  D6_5
  (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D65.
RECODE
  D6_6
  (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D66.
RECODE
  D6_7
  (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D67.
RECODE
  D6_8
  (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D68.
RECODE
  D5_8
  (1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D58.
RECODE
  D5_9
  (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D59.
RECODE
  D5_10
  (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D510.
RECODE
  D5_11
  (1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D511.
```

```
compute Do1 = (D11+D12+D13+D14+D15+D16)*100/20.
compute Do2 = (D21+D22+D23+D24+D25)*100/16.
compute Do3 = (D31+D32+D33+D34)*100/10.
compute Do4 = (D41+D42+D43+D44+D45)*100/12.
compute Do51 = (D52+D53+D54+D55)*100/10.
compute Do52 = (D58+D59+D10+D11)*100/14.
compute Do6 = (D61+D62+D63+D64+D65+D66+D67+D68)*100/24.
```

```
compute
st_s36 = (D11+D12+D13+D14+D15+D16+D21+D22+D23+D24+D25+
D31+D32+D33+D34+D41+D42+D43+D44+D45+D52+D53+D54+D55+
D58+D59+D10+D511+D61+D62+D63+D64+D65+D66+D67+D68)*100/106.
execute.
```

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

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_2
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D52.
RECODE
D5_3
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D53.
RECODE
D5_4
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D54.
RECODE
D5_5
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D55.
RECODE
D6_1
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D61.
RECODE
D6_2

```
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D62.  
RECODE  
D6_3  
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D63.  
RECODE  
D6_4  
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D64.  
RECODE  
D6_5  
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D65.  
RECODE  
D6_6  
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D66.  
RECODE  
D6_7  
(1=0) (2=1) (3=2) (4=3) (5=4) INTO D67.  
RECODE  
D6_8  
(1=0) (2=1) (3=1) (4=2) (5=2) INTO D68.
```

```
compute Do1 = (D11+D12+D13+D14+D15+D16)*100/20.  
compute Do2 = (D21+D22+D23+D24+D25)*100/16.  
compute Do3 = (D31+D32+D33+D34)*100/10.  
compute Do4 = (D41+D42+D43+D44+D45)*100/12.  
compute Do51 = (D52+D53+D54+D55)*100/10.  
compute Do6 = (D61+D62+D63+D64+D65+D66+D67+D68)*100/24.
```

```
compute  
st_s32 = (D11+D12+D13+D14+D15+D16+D21+D22+D23+D24+D25+  
D31+D32+D33+D34+D41+D42+D43+D44+D45+D52+D53+D54+D55+  
D61+D62+D63+D64+D65+D66+D67+D68)*100/92.  
execute.
```

Anexo 3. Sintaxis SF-36

Salud General

SG 1. En general, usted diría que su salud es?

1=100; 2=75; 3=50; 4=25; 5=0

Cambio de Salud en el tiempo

CST-1 2. Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1=100; 2=75; 3=50; 4=25; 5=0

3. Función física

FF1 Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores

1=0; 2=50; 3=100

FF2 Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora

1=0; 2=50; 3=100

FF3 Coger o llevar la bolsa de la compra

1=0; 2=50; 3=100

FF4 Subir varios pisos por la escalera

1=0; 2=50; 3=100

FF5 Subir un solo piso por la escalera

1=0; 2=50; 3=100

FF6 Agacharse o arrodillarse

1=0; 2=50; 3=100

FF7 Caminar un kilómetro o más

1=0; 2=50; 3=100

FF8 Caminar varios centenares de metros

1=0; 2=50; 3=100

FF9 Caminar unos 100 metros

1=0; 2=50; 3=100

FF10 Bañarse o vestirse por sí mismo

1=0; 2=50; 3=100

4. Rol Físico

RF1 ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo u otras actividades cotidianas?

1=0; 2=25; 3=50; 4=75; 5=100

RF2 ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

1=0; 2=25; 3=50; 4=75; 5=100

RF3 ¿Estuvo limitado en el tipo de trabajo u otras actividades?

1=0; 2=25; 3=50; 4=75; 5=100

RF4 ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)

1=0; 2=25; 3=50; 4=75; 5=100

5. Rol Emocional

RE1 ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo u otras actividades cotidianas?

1=0; 2=25; 3=50; 4=75; 5=100

RE2 ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

1=0; 2=25; 3=50; 4=75; 5=100

RE3 ¿Hizo su trabajo u otras actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre?

1=0; 2=25; 3=50; 4=75; 5=100

6. Función Social

FS 2 Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1=100; 2=75; 3=50; 4=25; 5=0

7. Dolor Corporal

DC 1 ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1=100; 2=80; 3=60; 4=40; 5=20; 6=0

8. DC 2 Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1=100; 2=75; 3=50; 4=25; 5=0

9. Vitalidad – Salud Mental

V1 se sintió lleno de vitalidad?

1=100; 2=75; 3=50; 4=25; 5=0.

SM1 estuvo muy nervioso?

1=0; 2=25; 3=50; 4=75; 5=100.

SM2 se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1=0; 2=25; 3=50; 4=75; 5=100.

SM3 se sintió calmado y tranquilo?

1=100; 2=75; 3=50; 4=25; 5=0.

V2 tuvo mucha energía?

1=100; 2=75; 3=50; 4=25; 5=0.

SM4 se sintió desanimado y deprimido?

1=0; 2=25; 3=50; 4=75; 5=100.

V3 se sintió agotado?

1=0; 2=25; 3=50; 4=75; 5=100.

SM5 se sintió feliz?

1=100; 2=75; 3=50; 4=25; 5=0.

V4 se sintió cansado?

1=0; 2=25; 3=50; 4=75; 5=100.

10. Función social

FS1 Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1=0; 2=25; 3=50; 4=75; 5=100

11. Salud General

SG 2 Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas

1=0; 2=25; 3=50; 4=75; 5=100

SG 3 Estoy tan sano como cualquiera

1=100; 2=75; 3=50; 4=25; 5=0

SG 4 Creo que mi salud va empeorar

1=0; 2=25; 3=50; 4=75; 5=100

SG5 Mi salud es excelente

1=100; 2=75; 3=50; 4=25; 5=0

Anexo 4. Cuestionario WHO-DAS II 36 ítems



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES - COMUNIDAD CUERPO MOVIMIENTO
 INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE ASPECTOS
 SOCIODEMOGRÁFICOS, DE ÍNDOLE GENERAL Y GRADO DE DISCAPACIDAD

WHO-DAS II

LOS ÍTEMS F2 A F4 DEBEN SER COMPLETADOS POR EL ENTREVISTADOR ANTES DE COMENZAR LA ENTREVISTA

F1. No de identificación entrevistado:	F2 No identificación entrevistador:	F3 No de encuesta:	F4 Fecha de entrevista: __/__/__ Mes/Día/ Año
---	--	---------------------------	---

DATOS DEMOGRÁFICOS Y DE ÍNDOLE GENERAL

NOMBRES _____ APELLIDOS _____
 DIRECCIÓN _____ Barrio _____ Ciudad _____ Teléfonos de contacto _____

A1. SEXO <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	A3. Indique el 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 (6) <input type="checkbox"/> Profesional (7) <input type="checkbox"/> Especialización (8) <input type="checkbox"/> Maestría (9) <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) Soltero/a (2) Actualmente está casado/a (3) Separado/a (4) Divorciado/a (5) Viudo/a (6) Vive en Pareja

A5. DESCRIBA CUÁL ES SU OCUPACIÓN ACTUAL. Marque con una X una sola opción. Si la persona es asalariada, 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.

Asalariado/a <input type="checkbox"/> (1)	Independiente <input type="checkbox"/> (2)	Trabajo no remunerado <input type="checkbox"/> (3)	Estudiante <input type="checkbox"/> (4)	Ama de Casa <input type="checkbox"/> (5)	Jubilado /a <input type="checkbox"/> (6)	Pensionado por discapacidad <input type="checkbox"/> (7)	Desempleado/a por motivo de salud <input type="checkbox"/> (8)	Desempleado/a por otros motivos <input type="checkbox"/> (10)
--	---	---	--	---	---	---	---	--

A6. CUÁL ES SU AFILIACIÓN ACTUAL AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO. Registre el nombre de la EPS _____
 Marque con una X una sola opción especificando el tipo de seguridad social.

No afiliado (0) Subsidiado (1) Contributivo (2) Regimen especial (3) Otro (9)

A7. Señale los INGRESOS FAMILIARES. Menos de 1 SMMLV (1) Entre 1 y 2 SMMLV (2) Entre 2 y 4 SMMLV (3) Más de 4 SMMLV (4)

A8. Señale el ESTRATO SOCIOECONÓMICO Estrato 1 (1) Estrato 2 (2) Estrato 3 (3) Estrato 4 (4) Estrato 5 (5) Estrato 6 (6)

A9. 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	A11. TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA LIMITACION PERMANENTE (Coloque exactamente los años y meses, luego calcule el total de meses) ____ años ____ meses . Total de meses _____
	1. _____	
	2. _____	

Uso de ayudas externas relacionadas con la limitación permanente (silla de ruedas, muleta, bastón, audífono, prótesis ocular, órtesis, oxígeno, entre otras) → Sí No Cuál(es) _____

Uso de medicamentos → Sí No

REVISIÓN DE LAS ÁREAS

ÁREA 1: COMPRENSIÓN Y COMUNICACIÓN

En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para... (repetir la frase subrayada "¿ Cuánta dificultad para ")	Ninguna 1	Leve 2	Moderada 3	Severa 4	Extrema/no puede hacerlo 5
D1.1 ¿Concentrarse en hacer algo durante 10 minutos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.2 ¿Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.3 ¿Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.4 ¿Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar donde nunca ha estado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.5 ¿Entender en general lo que dice la gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D1.6 ¿Iniciar o mantener una conversación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÁREA 2: CAPACIDAD PARA MOVERSE EN SU ALREDEDOR/ENTORNO

En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para... (repetir la frase subrayada " <u>¿C uánta dif iculta d p ar a</u> ")	Ninguna 1	Leve 2	Moderada 3	Severa 4	Extrema/no puede hacerlo 5
D2.1 ¿Estar de pie durante largos períodos de tiempo, por ejemplo 30 minutos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2.2 ¿Ponerse de pie cuando estaba sentado (a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2.3 ¿Moverse dentro de su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2.4 ¿Salir de su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2.5 Caminar o desplazarse largas distancias, como un (1) kilómetro (equivalente a 10 cuadras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÁREA 3: CUIDADO PERSONAL

En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para... (repetir la frase subrayada " <u>¿C uánta dif iculta d p ar a</u> ")	Ninguna 1	Leve 2	Moderada 3	Severa 4	Extrema/no puede hacerlo 5
D3.1 Bañarse (lavarse todo el cuerpo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3.2 Vestirse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3.3 Comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3.4 Estar sola(o) durante unos días? (Recuerde que es diferente tener una dificultad para estar solo porque no lo puede hacer por orden médica o condición de salud actual a que no se quede solo, no porque no pueda, sino porque la familia o acompañantes no lo permiten, para el primer caso la respuesta sería por ejemplo 4 o 5, para el último caso sería 1 o 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÁREA 4: RELACIONARSE CON OTRAS PERSONAS

En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para... (repetir la frase subrayada " <u>¿C uánta dif iculta d p ar a</u> ")	Ninguna 1	Leve 2	Moderada 3	Severa 4	Extrema/no puede hacerlo 5
D4.1 Relacionarse con personas que no conoce?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4.2 Mantener una amistad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4.3 Llevarse bien con personas cercanas a usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4.4 Hacer nuevos amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4.5 Tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÁREA 5: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Tenga en cuenta que la referencia para la comparación en las preguntas D5.2 a D5.5 es la condición de salud actual.

En los últimos 30 días, ¿Cuánta dificultad ha tenido para... (repetir la frase subrayada " <u>¿C uánta dif icult a d p ar a</u> ")	Ninguna 1	Leve 2	Moderada 3	Severa 4	Extrema/no puede hacerlo 5
D5.2 Cumplir con sus quehaceres de la casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5.3 Realizar bien sus quehaceres de la casa más importantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5.4 Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5.5 Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque aquí la información registrada en el ítem A5 si corresponde con alguna de las 4 opciones presentadas

Asalariado (a) (1) Independiente (2) Trabajo no remunerado (3) Estudiante (4)

*** SI EL ENTREVISTADO TRABAJA (ASALARIADO, INDEPENDIENTE, TRABAJO NO REMUNERADO O ESTUDIA, COMPLETE LOS ITEMS D5.8 – D5.11.

DE LO CONTRARIO VAYA AL ÁREA 6***

Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:	Ninguna 1	Leve 2	Moderada 3	Severa 4	Extrema/no puede hacerlo 5
D5.8 Llevar a cabo su trabajo o estudio diario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5.9 Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5.10 Acabar todo el trabajo o estudio que necesitaba hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D5.11 Acabar su trabajo o estudio tan rápido como era necesario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÁREA 6: PARTICIPACIÓN EN SOCIEDAD

En los últimos 30 días:	Ninguna 1	Leve 2	Moderada 3	Severa 4	Extrema/no puede hacerlo 5
D6.1 ¿En qué medida ha tenido dificultad a causa de su condición de salud para participar al mismo nivel que el resto de las personas en actividades de la comunidad (fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6.2 ¿En qué medida ha tenido dificultad debido a barreras u obstáculos existentes en su entorno o alrededor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6.3 ¿En qué medida ha tenido dificultad para vivir con dignidad (o respeto) debido a las actitudes y acciones de otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6.4 ¿Cuánto tiempo ha dedicado a su condición de salud o a las consecuencias de la misma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6.5 ¿Cuánto le ha afectado emocionalmente su condición de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6.6 ¿Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su condición de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6.7 ¿En qué medida su condición de salud ha representado una dificultad para su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D6.8 ¿En qué medida ha tenido dificultad para realizar por sí mismo (a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A10. CLASIFICACIÓN DE LA LIMITACION PERMANENTE. Este ítem debe ser diligenciado por el evaluador acorde con la propuesta de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud –CIF–. Marque una o más opciones si es del caso.					
<input type="checkbox"/> Limitación en tareas y demandas generales			<input type="checkbox"/> Limitación en la vida doméstica		
<input type="checkbox"/> Limitación en la comunicación			<input type="checkbox"/> Limitación en interacciones y relaciones personales		
<input type="checkbox"/> Limitación en la movilidad			<input type="checkbox"/> Limitación en áreas principales de la vida		
<input type="checkbox"/> Limitación en el autocuidado			<input type="checkbox"/> Limitación en vida comunitaria, social y cívica		

Anexo 5. Cuestionario SF-36

Su Salud y Bienestar

Nombres y apellidos: _____

Número de identificación del entrevistado: _____

Número de identificación del entrevistador: _____

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. *¡Gracias por contestar a estas preguntas!*

Para cada una de las siguientes preguntas, por favor marque con una la casilla que mejor corresponda a su respuesta.

1. En general, usted diría que su salud es: _____

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

1. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

2.

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
	▼		▼	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
		▼	
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c <u>Coger o llevar la bolsa de la compra</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d <u>Subir varios</u> pisos por la escalera.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e <u>Subir un solo</u> piso por la escalera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f <u>Agacharse o arrodillarse</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g <u>Caminar un kilómetro o más</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h <u>Caminar varios centenares de metros</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i <u>Caminar unos 100 metros</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j <u>Bañarse o vestirse por sí mismo</u>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo u otras actividades cotidianas a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo u otras actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Estuvo limitado en el <u>tipo</u> de trabajo u otras actividades?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo u otras actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo u otras actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Hizo su trabajo u otras actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de <u>costumbre</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Muchísimo
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Muchísimo
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5


10. Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras					
b Estoy tan sano como cualquiera.....	1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
c Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
d Mi salud es excelente.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
	<input type="checkbox"/>				

personas 1..... 2..... 3..... 4..... 5

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

Anexo 6. Consentimiento Informado.

<p>UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES FACULTAD DE SALUD GRUPO DE INVESTIGACIÓN CUERPO MOVIMIENTO LÍNEA: FUNCIONAMIENTO Y DISCAPACIDAD EN LA PERSPECTIVA DE LA SALUD MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD - COHORTE IV</p> <p>MACROPROYECTO DE INVESTIGACIÓN <u>GRADO DE DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE ADULTOS CON DISCAPACIDAD</u> <u>EN CINCO CIUDADES DE COLOMBIA,</u> <u>2011-2013</u></p> <p>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES</p> <p>INVESTIGACIÓN: GRADO DE DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE ADULTOS CON DISCAPACIDAD DE LA CIUDAD DE _____, 2012-2013</p> <p>Ciudad de _____, fecha: _____</p> <p>Yo, _____ (<u>persona con discapacidad</u>) una vez informado(a) sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a _____ (<u>nombre del evaluador</u>), estudiante de la Universidad Autónoma de Manizales, para la realización de los siguientes procedimientos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evaluación del grado de discapacidad aplicando el cuestionario llamado WHO DAS II, el cual consta de 36 preguntas que indagan sobre comprensión, comunicación, movilidad, participación en sociedad, cuidado personal, relacionarse con otras personas y actividades de la vida diaria.2. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud aplicando el cuestionario llamado SF 36, el cual consta de 36 preguntas sobre la percepción que tengo de mi salud general, salud mental, vitalidad, función física, rol físico, dolor corporal, función social, rol emocional y salud mental. <p>Adicionalmente se me informó que:</p> <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. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitan mejorar los procesos de evaluación e intervención 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 digital. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Autónoma de Manizales bajo la responsabilidad de los directores de investigación.• Dado 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 profesionales de la salud y personal relacionado con las intervenciones en las que he participado. <p>Hago constar que he leído y entendido de manera libre y espontánea este documento</p> <p>_____ Firma CC No. _____ de _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto; text-align: center; vertical-align: middle;">HUELLA</div>	
--	---

Aprobado por el comité de ética de la UAM en el acta N° 021 del 08 de febrero de 2012