

**FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA CON LA SALUD, EN POBLACION ADULTA EN EDAD
PRODUCTIVA CON DISCAPACIDAD MOTRIZ. BELLO, 2010**

**INVESTIGADORA
CAROLINA MARÍA CUBIDES ROMÁN**

**COINVESTIGADORES
CATERINE GIRALDO SEPÚLVEDA
OSIRIS MAYDE BEDOYA**

**UNIVERSIDAD CES
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE PROGRAMAS EN CONVENIO
PROGRAMA DE FISIOTERAPIA
MEDELLIN
2010**

**FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA CON LA SALUD, EN POBLACION ADULTA EN EDAD
PRODUCTIVA CON DISCAPACIDAD MOTRIZ. BELLO, 2010**

**INVESTIGADOR:
CAROLINA MARÍA CUBIDES ROMÁN**

**COINVESTIGADORES
CATERINE GIRALDO SEPÚLVEDA
OSIRIS MAYDE BEDOYA**

**ASESOR PROYECTO:
DIANA ISABEL MUÑOZ**

**GRUPO DE INVESTIGACIÓN
MOVIMIENTO Y SALUD
LINEA DE INVESTIGACIÓN
DISCAPACIDAD
COORDINADOR:
MARTHA B. TAMAYO**

**UNIVERSIDAD CES
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE PROGRAMAS EN CONVENIO
PROGRAMA DE FISIOTERAPIA
MEDELLIN
2010**



FICHA TÉCNICA DEL PROYECTO	Cod:	
	Mod:	
	Versión:	

1. DATOS DEL PROYECTO							
Título del proyecto		FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN POBLACION ADULTA EN EDAD PRODUCTIVA CON DISCAPACIDAD MOTRIZ. BELLO, 2010					
Grupo de investigación que presenta el proyecto		Movimiento y Salud		Línea de investigación		Discapacidad	
Lugar de ejecución del proyecto		Municipio de Bello		Palabras clave		Discapacidad, Calidad de Vida, Adultos, Discapacidad Motriz	
Valor del proyecto (\$)		\$ 24.947.008		Duración en meses		Nueve (9) meses	
Tipo de proyecto		<input type="checkbox"/> Investigación básica	<input type="checkbox"/> Investigación aplicada	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Desarrollo tecnológico o experimental		
2. DATOS DE LOS PARTICIPANTES DEL PROYECTO							
Tipo de investigador	Tipo de vinculación	Nombre del participante	Institución	Grupo de investigación	Línea de investigación	Correo electrónico	Teléfono
Investigador principal	Docente Investigador	Carolina María Cubides Román	Universidad CES	Movimiento y Salud	Discapacidad	ccubides@ces.edu.co	4440555
Coinvestigador	Estudiante de Pregrado	Caterine Giraldo Sepúlveda	Universidad CES	Movimiento y Salud	Discapacidad	floffykaty@hotmail.com	
Coinvestigador	Estudiante de Pregrado	Osiris Mayde Bedoya	Universidad CES	Movimiento y Salud	Discapacidad	obedoya@uces.edu.co	
Nombre del responsable del proyecto		Carolina María Cubides Román					
3. DATOS SOBRE FINANCIACIÓN DEL PROYECTO							
Costo financiado (\$)	\$ 24.947.008	Costo por financiar (\$)					
Entidades a la que se solicita financiación				Monto solicitado (\$)			
Dirección de investigaciones Universidad CES				\$ 3.770.000			
Facultad de Fisioterapia				\$ 4.867.936			
4. INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIONES							
Fecha de recepción del proyecto	D	D		M	M		A A A A
						Código del proyecto	
5. DECISIÓN DEL COMITÉ OPERATIVO DE INVESTIGACIÓN							
Decisión			Fecha		Número de acta		Firma

Proyecto devuelto para corregir	D	D		M	M		A	A	A	A		
Proyecto aprobado	D	D		M	M		A	A	A	A		
Proyecto enviado al Comité Institucional de Investigación	D	D		M	M		A	A	A	A		
Proyecto enviado al Comité Institucional de Ética	D	D		M	M		A	A	A	A		
OBSERVACIONES												

RESUMEN

La presente investigación es de tipo observacional, correlacional, transversal, cuyo objetivo es determinar la relación entre los factores sociodemográficos y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), en población adulta en edad productiva con discapacidad motriz del Municipio de Bello en el año 2010. Se utilizará el cuestionario de salud SF-36, el cual es una herramienta adaptada culturalmente para Colombia y confiable, que permite evidenciar la situación de salud desde aspectos físicos, psicológicos y sociales. Se seleccionará la muestra mediante la colaboración de la Secretaría de Bienestar Social del Municipio de Bello, donde se cuenta con una población objeto de 1446 personas que cumplen los criterios de inclusión y de donde se seleccionará aleatoriamente la muestra de 170 personas, a quienes se aplicará un cuestionario sobre las características sociodemográficas, y el cuestionario de salud SF-36 sobre la CVRS. Los datos se analizarán en el programa Stata versión 10.0, y se espera que los resultados permitan generar nuevas propuestas de investigación, así como propuestas de intervención en esta población, debido a que el estudio permite conocer la realidad cotidiana y las necesidades de esta población vulnerable. Por tanto, se podrán direccionar esfuerzos y recursos en diversos proyectos de manera eficiente. Para el desarrollo del estudio, se cuenta con el tiempo suficiente, el recurso humano, el conocimiento científico, el apoyo de la Alcaldía de Bello y en particular de la Secretaría de Bienestar Social para convocar a la comunidad que facilite el acceso a la información requerida, aspectos que le dan al estudio la pertinencia, viabilidad y factibilidad necesarias.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La discapacidad es un fenómeno que no solamente implica la presencia de una disfunción en órganos ó sistemas corporales, sino que también involucra la funcionalidad y el funcionamiento de la persona limitando su capacidad de realizar las actividades de la vida diaria y restringiendo sus posibilidades de participación en la vida cotidiana.¹

La discapacidad, entonces, hace referencia a los déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación². Por lo tanto, se inscribe en un concepto biopsicosocial de salud, donde se abordan las consecuencias de la enfermedad tanto en el individuo como en el contexto.

En Colombia, de acuerdo con el ultimo censo del DANE realizado en el 2005, el 6.4% de la población presenta alguna discapacidad y el 29.5% presenta alguna limitación para moverse o caminar³. En cuanto al departamento de Antioquia, este es uno de los mas densamente poblados del país y cuenta con una población de 5.682.276 habitantes, de los cuales 378.426 residen en el Municipio de Bello; donde cerca de 20.500 presentan alguna discapacidad, lo cual equivale al 5.5% de la población de este Municipio⁴.

Al abordar la temática de la discapacidad, se evidencia cómo la problemática que tiene que enfrentar la persona, su grupo familiar y social repercuten directamente en la fuerza laboral del país. Colombia tiene una población económicamente activa de 34 millones 819 mil personas⁵; lo que significa que una persona con discapacidad vería limitadas sus posibilidades de aportarle a la economía nacional y afectaría a una familia en cuanto a la satisfacción de necesidades básicas; además de que pocas empresas piensan en la reubicación del personal que sufre accidentes y no tienen políticas claras de vinculación de estas personas, por lo cual se marginan. Igualmente, en el área social habrá una disminución en la interacción con el entorno, evidenciándose en la presencia de barreras arquitectónicas y de acceso a servicios de salud, educación, alimentación, recreación y ocio.

En cuanto a la dimensión de lo político, la persona ve limitada su participación como ciudadano pues no logra que sus deberes y derechos se hagan efectivos y los espacios con los cuales puede contar son limitados. Esto significa que se reducen las oportunidades de lograr empoderamiento y desarrollar un liderazgo significativo que les permita asumir su vida como proyecto en construcción.

En cuanto a la dimensión de lo cultural, se mantienen actitudes de marginación y exclusión frente a la persona con discapacidad y frente a las personas más cercanas, pues no se trata sólo de la persona con discapacidad, sino de la familia completa quien se ve afectada, pues persisten las concepciones acerca de que la persona no puede participar en ningún espacio social, comunitario, familiar, etc. lo que lleva a que su rol como individuo perteneciente a una comunidad con costumbres y tradiciones se deteriore, y a que, tal como lo afirma la Organización Internacional del Trabajo (OIT)⁶, las familias vean afectada su capacidad económica, debido a que no sólo se limitan los ingresos de quien presenta la limitación sino que, por lo general otro miembro del grupo familiar abandona su empleo para dedicarse al cuidado de quien presenta la discapacidad.

Se sabe que un proceso de rehabilitación que tiene como objetivo el mejorar la funcionalidad es beneficioso para la persona con discapacidad, sin embargo, tan importante como mejorar el nivel de funcionalidad es impactar en la calidad de vida relacionada con la salud; lo cual significa reconocer aquello que perciben como limitaciones y potencialidades como seres humanos en construcción. Esto implica reconocer el grado de inclusión social que logran y cómo perciben ellos mismos su situación.

La discapacidad en personas que se encuentran en edad productiva tiene diferentes etiologías, en nuestro país uno de los principales problemas es el conflicto armado que a través de ataques de violencia, por mencionar solo dos: las minas antipersonales, y las municiones sin explotar cobran cada día muerte y discapacidad en la población, ésta última impacta en la vida de las personas a través de todo tipo de discapacidades adquiridas, el 63,4% de los municipios colombianos registran este tipo de contaminación, situación que ha derivado en la afectación de 7.500 colombianos durante el periodo Enero de 1990 y Agosto de 2008. Finalmente, cabe señalar el hecho que, de acuerdo con The Land Mine Report, Colombia ocupó el deshonroso primer lugar en materia de nuevas víctimas por estos artefactos durante 2005 y 2006 a nivel mundial⁷.

Según estadísticas del Programa Presidencial para la Acción Integral contra Minas Antipersonal (PAICMA, 2009), el departamento de Antioquía registra el 30% de las víctimas en todo el país, siendo este departamento aquel en el cual se presentan más eventos.

La enfermedad también aporta un gran porcentaje a la cifra de personas con discapacidad del país con los altos índices de prevalencia de las enfermedades cerebrovasculares (tasas de 559 casos por cada 100.000 habitantes), traumas craneoencefálicos (en los servicios de urgencia en Colombia llega a 70%,)⁸ y traumas raquímedulares (tasa de 20 a 30 casos por millón de hab/año)⁹.

Frente a esta situación y en el ámbito local, en el Municipio de Bello, las Secretarías de Salud, de Bienestar Social, y de Educación llevan a cabo diferentes programas para apoyar a las personas con discapacidad, los cuales están dirigidos principalmente a la población infantil en edad escolar. Entre ellos, se encuentran las UAI (Unidades de Atención Integral) las cuales pretenden promover la inclusión social de los niños con discapacidad a las aulas regulares. El proceso pretende formar para el trabajo en la vida adulta.

En el municipio de Bello, según el censo 2005³ se caracterizan las deficiencias en el sistema nervioso (730 personas), y en el movimiento (716 personas), para un total de 1446 personas que tiene algún tipo de discapacidad que afectan su movimiento.

Sin embargo, en el caso concreto de las personas adultas con discapacidad, existen pocos programas u organizaciones que propongan alternativas de atención y apoyo. Por esta razón, en la actualidad la Alcaldía de Bello se encuentra diseñando una propuesta de política pública en discapacidad para el Municipio desde la Secretaría de Bienestar Social¹⁰. Dicha propuesta presenta tres componentes: promoción y prevención, habilitación / rehabilitación y equiparación de oportunidades (integración educativa, inclusión laboral y accesibilidad).

En este sentido, la valoración de la CVRS, es una herramienta que permite evidenciar la situación de salud desde aspectos físicos, psicológicos y sociales según la perspectiva de la persona con discapacidad. Desde allí, el individuo expresa sus expectativas y vivencias en diversas dimensiones y la posibilidad de participar en el contexto de la familia, el lugar de trabajo y la comunidad; con lo cual es posible conocer las posibilidades de inclusión social y equiparación de oportunidades.

El presente proyecto pretende establecer la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en adultos con discapacidad adquirida y congénita, y su relación con las características sociodemográficas; información esencial para el diseño de programas, proyectos y procesos pertinentes y adecuados a esta población en el Municipio de Bello, donde existen grandes intereses e inquietudes al respecto.

JUSTIFICACION

Bello es uno de los Municipios más poblados del país (378.000 habitantes según el censo nacional, DANE, 2005) así como uno de los principales receptores de población desplazada, principalmente debido a su ubicación geográfica y su

progreso y desarrollo industrial, tendencia creciente en los últimos años. Diversos estudios han mostrado la relación entre pobreza y discapacidad¹¹.

El fenómeno de la discapacidad ha sido considerado desde el área de la salud y desde diferentes criterios como un factor limitante en la función, lo cual altera la funcionalidad y el funcionamiento, determinando el desarrollo humano y social integral desde todas las dimensiones del ser y desde la alteración en el desempeño y realización de Actividades de la Vida Diaria y Actividades Básicas Cotidianas, que expresan las dificultades en la relación con el contexto y las posibilidades de llevar una vida “normal” ajustada a las expectativas y a la edad de acuerdo con la cultura y el momento histórico.

Se hace prioritario desarrollar una visión más objetiva para esta población que se enfrenta a una situación de alta vulnerabilidad, por lo cual es necesario desarrollar procesos investigativos permanentes que permitan dar cuenta y retroalimentar los procesos desarrollados así como las realidades cambiantes que van asumiendo.

La situación actual de las personas con discapacidad se ha convertido en un problema de salud pública, donde la restricción en la participación es promovida principalmente por factores como la poca inclusión laboral, la marginación para el desempeño de actividades y roles, la presencia de barreras arquitectónicas y el desconocimiento de la misma población de los derechos, programas y procesos a los cuales tiene acceso. Estas situaciones impiden el reconocimiento del potencial de esta población para aportar al crecimiento cultural, económico, social y político de la comunidad, además de constituir mano de obra y mostrar capacidades cognitivas, comunicativas y artísticas que no deben ser empañadas por la eventualidad del fenómeno de la discapacidad, sino que por el contrario, todas las acciones deben estar encaminadas a obtener el máximo provecho para lograr la satisfacción como persona.

Acerca de la población con discapacidad, el Municipio cuenta con una base de datos y una caracterización previa; sin embargo, se hace necesario determinar con claridad la situación de quienes se encuentran en la edad productiva de su ciclo vital, básicamente en términos de calidad de vida en relación con la discapacidad.

Todas las razones anteriores muestran cómo los factores de bienestar y funcionalidad se reflejan en la calidad de vida, especialmente desde la perspectiva de la salud, concepto conocido como Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).

Este estudio permitirá dar respuesta a esta necesidad de información, y reconocer aspectos relevantes que podrán servir como bases de futuras intervenciones e investigaciones, en el marco de la política pública en discapacidad que actualmente se desarrolla en el Municipio y que permitiría ser retroalimentada con

los resultados de este estudio. Por otro lado, se tienen en cuenta los lineamientos a nivel nacional para las personas con discapacidad¹², donde se reconoce cómo se vulneran sus derechos y se constituye en población con alta vulnerabilidad que requiere atención especial por parte de la sociedad, y, por tanto, del gobierno nacional y de distintas instituciones.

Es un derecho fundamental y deber de la sociedad, proveer a la población con discapacidad en edad productiva de beneficios que les permita participar como ciudadanos, reconociéndolos, identificando sus necesidades y generando estrategias de solución de sus problemas.

En este estudio, el instrumento de recolección de la información es el cuestionario SF- 36 el cual permite dar cuenta de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en la población seleccionada, y ha sido validado y adaptado para Colombia. El proceso de recolección de los datos será llevado a cabo por estudiantes de Fisioterapia de la facultad, quienes cuentan con las posibilidades y capacidades, apoyados por la Alcaldía del Municipio desde la Secretaría de Bienestar Social y, concretamente, el programa de Discapacidad.

Se cuenta con el tiempo oportuno, recurso humano, conocimiento científico, el apoyo de la Alcaldía de Bello y de la Secretaria de Bienestar Social para convocar a la comunidad y facilitar el acceso a la información requerida. Estos aspectos le dan al estudio la pertinencia, viabilidad y factibilidad necesarias.

Identificar y poder aportar al Municipio de Bello esta información de la población con discapacidad para generar estrategias de intervención enfocadas en sus necesidades primordiales, son la motivación principal para la realización de este proyecto. Determinar el impacto y la percepción de la calidad de vida en la población con discapacidad, permitirá crear acciones a futuro que generen nuevos ámbitos saludables, que llenen espacios vacíos o que muestren a los gobiernos y autoridades locales las necesidades de esta población y las mejores estrategias para promover mayores niveles de bienestar para la satisfacción de las necesidades básicas.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con la salud, en población adulta en edad productiva con discapacidad motriz. bello, 2010?

MARCO TEÓRICO

El Banco Mundial estima que entre el 10% y el 12% de la población mundial padece de incapacidad y que en el 25% de los hogares hay un integrante con alguna discapacidad¹³. En concordancia con estos datos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que unas 500 millones de personas en el mundo presenta algún tipo de discapacidad, de las cuales 386 millones se encuentran en edad productiva (Organización Internacional del Trabajo, 2001). Se calcula que en la mayoría de países en conflicto esta cifra podría alcanzar el 18% de la población total.

Igualmente, en América Latina y el Caribe existen al menos 50 millones de personas con algún tipo de discapacidad. La discapacidad es a la vez causa y efecto importante de la pobreza y según la ONU el 82% de las personas con discapacidad vive por debajo de la línea de pobreza en los países en desarrollo.

Entre el 80% y el 90% de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe están desempleados o no integrados a la fuerza laboral y casi todos aquellos que tienen trabajo reciben salarios muy bajos o ninguna compensación monetaria. La mayor parte de las personas con discapacidad carecen de prestaciones de seguro ó vinculación al sistema de salud¹³.

Las Personas con discapacidad-muchos víctimas de la violencia y del conflicto armado- viven en regiones como Centroamérica, concentrados en sectores marginados y empobrecidos, fuera del mercado de trabajo y cuando menos la mitad de ellas en edad productiva si se toma el rango de edad de 20 a 64 años donde las personas son potencialmente productivos y sin edad de pensionarse¹⁴.

Se calcula que 5 millones de colombianos se encuentran en situación de discapacidad. De acuerdo con los datos arrojados por el Censo Colombiano del año 2005¹⁵, unas 2.640.000 personas presentan alguna limitación permanente, lo cual equivale al 6.4% del total de la población colombiana¹⁵.

En el caso del Municipio de Bello, el 5.5% de la población presenta alguna discapacidad, lo que equivale a unas 20500 personas, de los cuales sólo el 7.2% tiene trabajo y el 6.8% está estudiando. Igualmente, sólo el 5.9% es bachiller y el 34% no tiene ningún estudio. En cuanto a las causas de la discapacidad, se destaca que el 43% de las personas con discapacidad por accidente, la adquirieron en accidentes de tránsito.

1. DISCAPACIDAD

El fenómeno de la discapacidad, desde la antigüedad ha estado relacionado con la cultura. En general, la tendencia de los grupos humanos (Griegos, Romanos, Hebreos, Indios, Africanos, entre muchos otros) fue abandonar a su suerte a las personas con discapacidad para no entorpecer la vida del resto de la comunidad, puesto que constituían una carga para los demás¹⁶. Estas actitudes también responden a la negación de la posibilidad de que existan personas diferentes y a la relación establecida entre la discapacidad y el pecado.

Durante la Edad Media, se construyeron fortalezas y ciudades amuralladas donde se guardaban y escondían a las personas con algún tipo de discapacidad ó se les presentaba en espectáculos, por considerar a estos "fenómenos" como señales de un castigo de Dios.

Actualmente, a pesar de que se realizan intentos de incluir a la persona con discapacidad con apoyo de políticas públicas en la vida laboral, educativa y social con base en el concepto biopsicosocial de salud, se evidencia una marcada exclusión hacia las personas que tiene alguna desviación de la "normalidad" porque la sociedad en general no ha solucionado las concepciones de discapacidad del pasado.

Al abordar el tema de discapacidad durante la historia han surgido diferentes modelos, los más relevantes son el Médico, el Social y el Biopsicosocial. De cada uno de ellos se presenta un pequeño recuento.

1.1. . MODELOS DE ABORDAJE DE LA DISCAPACIDAD

En el modelo **Médico** se considera la discapacidad como un problema directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere cuidados médicos individuales. Estos cuidados están encaminados a conseguir la cura o una mejor adaptación y un cambio de conducta de la persona. Para lograrlo, es primordial la atención sanitaria, lo que provoca como respuesta política principal, la modificación de los sistemas de atención en salud.

Desde esta perspectiva, la OMS propuso una Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías CIDDM¹⁷ publicada en 1980 con el fin de encuadrar la perspectiva sobre la discapacidad y su relación con la salud. Allí la OMS propone conceptos y terminologías específicas:

Enfermedad: Es una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente. Está clasificada por la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE)

Deficiencia: Es la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones (incluidas las psicológicas). Una Deficiencia es toda pérdida o anomalía de una estructura o función de cualquier tipo sea psicológica, fisiológica o anatómica.

Discapacidad: Es la objetivación de la deficiencia en el sujeto con repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características. Es decir, una Discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad dentro del margen “normal” para un ser humano.

Minusvalía: Es la socialización de la problemática causada en un sujeto por las consecuencias de una enfermedad, manifestada a través de la deficiencia y/o la discapacidad, y que afecta al desempeño del rol social. Una Minusvalía es una situación desventajosa para un individuo, que limita o impide el desempeño de un rol normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales).

Si bien el objetivo de la CIDDMM se centra en traspasar las barreras de la enfermedad, entendiendo que no solo quien está enfermo debe asumir las consecuencias sino que la sociedad es responsable de su desarrollo social, esta clasificación sigue centrada en el proceso mismo de la enfermedad y en las consecuencias que deja en el individuo; tanto en su cuerpo, como en su persona y en su relación con la sociedad.

El modelo **Social** se centra en la concepción de que la discapacidad va más allá de la condición médica y es el resultado de la interacción entre impedimentos físicos, mentales o sensoriales con la cultura, las instituciones sociales y los entornos físicos. En este sentido, el modelo social considera la discapacidad fundamentalmente como un problema social y principalmente como un asunto centrado en la integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complejo conjunto de condiciones, en su mayoría creadas por el entorno social. Por lo tanto, la atención del problema requiere intervención social y es responsabilidad de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para que la participación plena de las personas con discapacidad sea posible en las estructuras regulares del entramado social. De ahí, que se considere que el problema es ideológico o de actitud¹⁸.

La insuficiencia del modelo médico estricto dio origen a ampliaciones: La más conocida es el modelo **Biopsicosocial**, propuesto originalmente por Engel, que procura superar la unilateralidad y reduccionismo del modelo médico. Este modelo intenta ser coherente y verificable, con una propuesta de comprensión global del ser humano psíquicamente enfermo; el paciente está organizado en niveles jerárquicos progresivamente más complejos: que se inicia con los fenómenos subatómicos, pasando sucesivamente por niveles atómicos, moleculares,

histológicos, orgánicos, sistémicos, corporales, personales, sociales, culturales y finalmente universales.

Surge como consecuencia de la necesidad de ajustar los procedimientos de diagnóstico a las nuevas realidades¹⁹, donde ya no se entiende enfermedad como la ausencia de salud o de la salud física, sino que además cualquier alteración psicológica o social, puede determinar el estado de enfermedad/discapacidad de un individuo.

Por ello, el tratamiento curativo ha de estar enfocado en el abordaje terapéutico de estas tres esferas, pues sólo considerando al individuo en toda su dimensión se puede garantizar con éxito una recuperación o un mantenimiento completo de su lesión, trastorno o enfermedad¹⁸.

Desde este modelo biopsicosocial se evidencia la evolución del concepto de Discapacidad de los últimos años desde un enfoque biomédico a un enfoque ecológico de **Integración Social**, el cual considera los aspectos individuales de la persona con limitaciones en relación con un contexto social, cultural y físico, logrando transdisciplinariedad y multidisciplinariedad.

Es a partir del modelo biopsicosocial de donde surge la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud – CIF-¹⁸, propuesta por la OMS en el 2001 y que plantea los siguientes conceptos:

Discapacidad Es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Deficiencia Es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica, incluyendo las funciones mentales. Con “anormalidad” se hace referencia a un desvío significativo respecto a la norma estadística establecida y generalmente aceptada en relación al estado biomédico del cuerpo y sus funciones, pueden ser permanentes o temporales, progresivas, regresivas o estáticas, intermitentes o continuas; también puede ser leve o grave y puede fluctuar en el tiempo.

Limitaciones en la actividad Son las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Abarca desde una desviación leve hasta una grave, tanto en cantidad como en calidad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud. Esta expresión sustituye al término “discapacidad” usado en la CIDDM.

Restricciones en la participación Son los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa

persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad. Sustituye al término “minusvalía” usado en la CIDDM.

La CIF aparte de dar nuevas definiciones en términos de discapacidad, también hace énfasis en la ubicación de las diferentes deficiencias, limitaciones, o restricciones, y lo hace de la siguiente forma²⁰:

Funcionamiento y discapacidad.

- **Funciones y estructuras corporales.**

Funciones corporales: Son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas

Estructuras corporales: Son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.

- **Actividades y participación**

Actividad: Es la realización de una tarea o acción por una persona.

Participación: Es el acto de involucrarse en una situación vital.

Limitaciones en la actividad: Son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/ realización de las actividades.

Restricciones en la participación: Son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

- **Factores contextuales.**

Representan el trasfondo total tanto de la vida de un individuo como de su estilo de vida

- **Factores ambientales.**

Constituyen en ambiente físico, social en el que las personas viven y desarrollan su vida, los factores son externos y pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño del individuo como miembro de la sociedad, en la capacidad del individuo o en sus estructuras y funciones corporales.

- **Factores personales.**

Constituyen el trasfondo particular de la vida del individuo y de su estilo de vida. Estos factores pueden incluir sexo, raza, edad, estados de salud, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, los estilos de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos, el trasfondo social, la educación, la profesión, las experiencias actuales y pasadas, los patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales entre otras características.

El funcionamiento de un individuo en un dominio específico se entiende como una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los factores contextuales.

Las condiciones de interacción entre el individuo y el contexto, determinan la magnitud de la discapacidad de un individuo y su familia. Bajo la concepción de discapacidad definida por la CIF, se han planteado políticas públicas²¹ que, para el caso del Municipio de Bello, se encuentra en proceso de elaboración desde tres componentes: Promoción y Prevención, Habilitación / Rehabilitación y Equiparación de Oportunidades (el cual incluye Integración Educativa, Inclusión Laboral y Accesibilidad). En ellos se evidencia la preeminencia del modelo biopsicosocial y la tendencia hacia modelos de inclusión social para las personas con discapacidad.

1.2. CLASIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Frecuentemente, la clasificación de la discapacidad se basa en el modelo médico tradicional; es decir, en la determinación de la etiología y la patología de base que genera la discapacidad.

Este es el enfoque propuesto Banco Mundial¹³ y seguido por el censo nacional del 2005, donde se presentan los siguientes tipos de discapacidad: física, psíquica, sensorial e intelectual o mental. Cada uno de los tipos puede manifestarse en distintos grados y tipos de discapacidad al mismo tiempo, con lo cual se encuentra un amplio abanico de personas con discapacidad.

Igualmente, la discapacidad puede ser clasificada según su causas²²: sea esta una enfermedad común ó crónica, congénita, hereditaria, degenerativa ó infecciosa ó sea una situación traumática relacionada con violencia y agresión, con accidentes de tránsito, domésticos ó laborales, caso en el cual se hace referencia a una discapacidad adquirida.

Por otra parte, desde el modelo social, la persona con discapacidad es aquella que como consecuencia de una o más deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, sean de carácter congénito o adquirido, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que las hubiera originado, vea obstaculizada, en por lo menos un tercio su capacidad educativa, laboral o de integración social, es un término genérico que describe la situación de la persona, que incluye déficits, deficiencias o alteraciones en las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en la actividad del individuo y restricciones en la participación¹.

Desde este modelo la discapacidad hace referencia a una falta de habilidad en algún ramo específico, con lo cual se plantea una clasificación en dos tipos¹.

- Tipos de Discapacidad: Educativa, Laboral y Social
- Tipos de Deficiencias: Psíquicas o mentales, Sensoriales y Físicas.

a) **Discapacidad Educativa:** Aquella en la cual, la persona, por sus características particulares, tiene necesidades especiales ante las tareas de aprendizaje, que demandan adecuaciones curriculares a fin de garantizarle reales posibilidades de Educación.

b) **Discapacidad Laboral:** Es la incapacidad para realizar un trabajo de acuerdo al sexo, edad, formación y capacitación, que le permita obtener una remuneración equivalente a la que le correspondería a un trabajador no discapacitado en situación análoga.

c) **Discapacidad para la integración social:** Es aquella donde la persona presenta un menoscabo de su capacidad de inserción en las actividades propias de la sociedad humana, disminuidas así sus posibilidades para realizarse material y espiritualmente en relación a una persona no discapacitada en situación análoga de edad, sexo, formación, capacitación, condición social y familiar y de igual localidad geográfica.

Las discapacidades se consideran como consecuencias de deficiencias que limitan a la persona que las padece, las cuales pueden ser:

a) **Deficiencias psíquicas o mentales:** Es aquella que presentan las personas cuyo rendimiento intelectual es igual o inferior a 70 puntos de coeficiente intelectual, y/o presenten trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes.

Además, Se caracteriza por un funcionamiento que presenta mayores dificultades que la media en el plano intelectual y que, generalmente, coexiste junto a limitaciones en las habilidades sociales y de adaptación. Puede tener causas biomédicas, de privación socio-cultural, comportamentales y educativas y se puede manifestar en niveles leve, moderado, severo o profundo¹⁹.

Organismos como el Banco Mundial proponen que la discapacidad mental es una "función intelectual significativamente por debajo del promedio, que coexiste con limitaciones relativas a dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, auto-cuidado, habilidades sociales, participación familiar y comunitaria, autonomía, salud y seguridad, funcionalidad académica, de ocio y trabajo"¹³. Se considera que una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta "trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes". La discapacidad psíquica puede ser provocada por diversos trastornos mentales"¹³.

b) **Deficiencias sensoriales:** Son aquellas deficiencias visuales, auditivas o de la fonación, que disminuyen significativamente la capacidad del sujeto para desarrollar actividades propias de una persona no discapacitada, en situación análoga de edad, sexo, formación, capacitación, condición social, familiar y localidad geográfica. La discapacidad sensorial corresponde a las personas con deficiencias visuales, auditivas y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.

c) **Deficiencias físicas:** Son aquellas que producen una disminución de la capacidad física para la realización de las actividades propias de una persona no discapacitada, de edad, sexo, formación, capacitación, condición social, familiar y geográfica, análogas a las de la persona con discapacidad¹⁸. Las deficiencias llevan a que las personas presenten alguna discapacidad, de acuerdo con la afección que generen. El interés del presente estudio está centrado en la discapacidad motriz. Las siguientes discapacidades serán criterios de exclusión en nuestra investigación, pero es necesario reconocer en que consiste cada una:

1.3. DISCAPACIDAD MOTRIZ

Las personas con discapacidad motriz tienen como causa deficiencias o alteraciones motrices, perceptivas, sensitivas, sensoriales, y/o cognitivas.

Serían aquellas personas que, presentando funcionamientos motores deficitarios, encuentran una serie de limitaciones al interactuar con el entorno, generando unas necesidades específicas en diferentes ámbitos de la vida: autonomía funcional (necesidad de ayudas técnicas, recursos personales específicos, recursos materiales específicos, supresión de barreras arquitectónicas...), comunicación (sistemas aumentativos de comunicación, ayudas técnicas...), acceso al currículo, etc.²².

Esta discapacidad implica la limitación del normal desplazamiento físico. Las personas que tienen este tipo de discapacidad pueden ser semiambulatorias o no ambulatorias. En el caso del primer tipo, se movilizan con ayuda de elementos complementarios, como muletas, bastones, andadores. Las no ambulatorias sólo pueden desplazarse con silla de ruedas. Las causas de esta discapacidad pueden ser por secuelas neurológicas, miopáticas, ortopédicas o reumatológicas.¹

Según otros autores referenciados y en relación con lo anterior, la discapacidad motriz se evidencia en las personas que tienen problemas de locomoción (falta o deterioro de uno o varios miembros del cuerpo). Se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita el desempeño motriz de la persona afectada²³.

2. MARCO LEGAL

La legislación que regula la discapacidad a nivel nacional e internacional, ha sufrido modificaciones en el tiempo que reflejan los cambios en los modelos teóricos vigentes y en relación con los procesos económicos, sociales y políticos, y los casos de exclusión laboral, educativa y social.

Las Políticas Públicas son un conjunto de principios, objetivos, estrategias y planes de acción que identifican, comprenden y abordan las problemáticas de una sociedad para mejorar las condiciones de vida a partir de la acción colectiva¹⁰. A partir de allí se generan tareas para el Estado en la creación de servicios para las personas con discapacidad y obras sociales de rehabilitación integral, que se implementan con Sistemas de Prestaciones Básicas para la habilitación/rehabilitación¹⁹.

En razón de esta situación y de la vulnerabilidad de esta población se han generado propuestas a nivel Mundial desde la ONU como el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad (PLENADI)²⁴ que tiene como propósito fundamental promover medidas eficaces para la prevención de la discapacidad y la rehabilitación y realización de los objetivos de "igualdad" y "plena participación" en la vida social y el desarrollo de las personas con discapacidad.

Esto reconoce que la presencia de discapacidad de ninguna manera disminuye el derecho de una persona a participar plenamente en todos los aspectos de la sociedad.

A nivel nacional, la Constitución Política de 1991, dispone: "El Estado protegerá especialmente a las personas que por su condición física o mental, y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan. También adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social, derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud, erradicar el analfabetismo" (Artículo 13)

El Ministerio de la Protección Social es responsable de "proponer y promover la ejecución de políticas de readaptación profesional y generación de empleo para personas con discapacidad, en coordinación con las demás Direcciones Generales del Ministerio"¹⁸.

El Ministerio de Trabajo expidió el decreto 970 de 1994¹⁸ que promulga el Convenio sobre readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.

La Ley 361 de 1997¹⁸ establece mecanismos de integración social de las personas con limitación, respeto a sus derechos fundamentales, así como obligaciones y responsabilidades del Estado para la integración social, acceso a educación y

rehabilitación, integración laboral, bienestar social y accesibilidad. Además, se constituye el “Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación”

La ley 1145 de 2007 organiza el Sistema Nacional de Discapacidad (SND) el cual es un conjunto de orientaciones, normas, actividades, recursos, programas e instituciones que permiten la puesta en marcha de los principios generales de la discapacidad. El SND impulsa la formulación e implementación de la política pública en discapacidad, con la participación de entidades públicas de orden nacional, regional y local, organizaciones de personas con discapacidad y la sociedad civil, con el fin de promocionar y garantizar sus derechos fundamentales.

Además, diferentes entidades de nivel nacional han propuesto diversos lineamientos de atención a las personas con discapacidad tales como el Conpes, la Ley 762 de 2002, (aprueba la convención interamericana para la eliminación de toda forma de discriminación contra Personas con Discapacidad), los decretos 692 de 1995 y 917 de 1999 (adoptan el Manual Único para la Calificación de la Invalidez), el decreto 1346 de 1994 (reglamenta las Juntas de Calificación de invalidez); la ordenanza 10 de 2001 (Plan de atención a las personas con discapacidad); la Ordenanza 33 de 2001 (Mecanismos de atención integral a personas con discapacidad); Ordenanza 20 de 2002 (consejos municipales de atención integral a la discapacidad); y la Ordenanza 23 de 2004. (Políticas públicas de discapacidad).

En el campo de la salud, la Ley 100 de 1993¹⁸ contempla disposiciones específicas en relación con la invalidez y la discapacidad, en lo concerniente al “Sistema General de Pensiones” y se han determinado, además, la Ley 10 de 1990 (Incluye el proceso de rehabilitación dentro del sistema de salud), el Decreto 2164 de 1992 (Crea en el Ministerio de Salud la División de Servicios de Rehabilitación); Decreto 3165 de 1996 (lineamientos de atención en salud para las personas con deficiencias, discapacidades y minusvalías); Acuerdo 72 de 1997 (Beneficios del Régimen Subsidiado), Acuerdo 74 de 1997 (Rehabilitación funcional); Resolución 5261 de 1994 (manual de actividades, intervenciones y procedimientos); y el Decreto 365 de 1999 (Clasificación Única de Procedimientos en Salud, incluyendo procedimientos relacionados con el desempeño funcional y rehabilitación).

3. DISCAPACIDAD EN EDAD PRODUCTIVA

La edad productiva se puede definir como la etapa en la cual el ser humano se hace productor y ejerce una actividad que genera riqueza y consumo; contribuyendo a la economía de un país; por tanto influye en la relación producción – consumo, de un país y de una región ó comunidad. Dicho aporte puede ser tangible ó intangible.

La edad productiva, es un momento en el cual el ser humano alcanza madurez²⁵, pero también está relacionado con la adquisición de ciertas características que le

hacen un ser productivo y relacionado directamente con los sistemas económicos vigentes²⁶, por esta razón todo ser humano en edad productiva se convierte en “generador indirecto de nuevas riquezas de tipo racional o natural, cuya razón de ser es el consumo”²⁶.

Según el DANE³, la población comprendida entre los 15 y 64 años de edad, es la más numerosa en cuanto al desempeño laboral, y la mayoría se encuentra entre los 22 y 55 años, seguido por las personas con 18 a 24 años de edad y por último, los rangos entre 12 y 17 y mayores de 55 años. Las condiciones contextuales hacen necesario considerar este amplio rango de edad como “edad productiva”; esto, debido al estado actual del país, donde la violencia afecta a muchas ciudades y entre ellas Bello, ciudad que recibe cada vez más personas desplazadas, por tanto, aunque las edades entre 15 y 17 años son referidas a menores de edad, muchos jóvenes deben asumir las riendas económicas de una familia. En cuanto a los mayores de 55 años, es evidente que la edad para pensionarse es cada vez más alta y con mayores complicaciones por lo que muchos tienen que esperar la edad establecida por el estado para dejar de laborar.

En cuanto a la población colombiana, el censo 2005³ muestra que la tendencia poblacional y demográfica del país se asemeja mucho a los países desarrollados, donde la proporción de población en edad productiva se reduce con el tiempo. En una relación proporcional, por cada habitante productivo hay una persona improductiva, por lo que el primero tiene que trabajar para producir para sí mismo para otra persona; haciendo que la tasa de dependencia crezca, sobre todo al pasar de los años.

La relación entre pobreza y discapacidad es de doble sentido: por una parte, la discapacidad aumenta el riesgo de sufrir pobreza y por la otra, las condiciones de pobreza aumentan el riesgo de sufrir discapacidad¹¹. Un medio para llegar a las personas con discapacidad es a través de la focalización de las redes de protección social en función de la discapacidad, enfoque que iría en provecho de quienes sufren discapacidades tan graves que no pueden participar de las oportunidades generadas por el crecimiento y no se ven favorecidas por las políticas de empleo y/o educación.

El Banco Mundial estima que dos terceras partes de la población con discapacidad en el mundo vive en la pobreza, siendo impactada por la falta de agua, de comida y nutrientes, de educación y sin acceso a la salud, oportunidades de empleo y formación¹³.

Una investigación realizada por la Universidad del Rosario¹¹, mostró la relación entre la situación económica del país y las características de la discapacidad, estableciendo asociaciones entre la edad, la educación, el nivel socioeconómico, los ingresos y dependencia con las personas que adquirieron una discapacidad;

encontrándose mayor vulnerabilidad en el sexo masculino, en grupos edad entre los 25 y 55 años, sobre todo en áreas rurales con niveles socioeconómicos bajos. Se concluyó que “la pobreza puede exacerbar la discapacidad a expensas de la vulnerabilidad, el riesgo y la restricción en las oportunidades para el bienestar”.

Igualmente, según Hernández y Hernández, la discapacidad en edad productiva en Colombia, a partir de la Encuesta de Calidad de Vida, muestra que la discapacidad constituye un factor asociado a la pobreza, pero no es clara la relación de causalidad entre tales variables, aunque varios estudios señalan también que las condiciones de pobreza aumentan el riesgo de discapacidad¹¹.

Frente a esta situación, es importante mencionar la integración sociolaboral de las personas con discapacidad²⁷, donde, a partir de la organización comunitaria, se puede llegar a descubrir qué características favorecen a las personas con discapacidad para realizar estrategias de capacitación y formación; y potencializar estas características, y asociarlas a las características que pide el mercado, donde se puede definir las alternativas laborales del individuo.

4. FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Se entiende por factores sociodemográficos a la agrupación de algunas características personales, sociales y económicas de una persona ó un grupo de personas²⁸.

Estas características varían entre estudios, debido a que los factores sociodemográficos son pautas sociales propias de cada cultura, que contribuyen a generar un rol distinto y repercuten en las aspiraciones y expectativas de las personas. Se consideran las principales variables clasificatorias, para el estudio de comportamientos diferenciales en diversos temas de investigación social²⁹.

Los elementos sociales y culturales de la vida familiar facilitan el desarrollo intelectual de la persona y pueden ser considerados como una forma de capital cultural y social.

Algunos estudios retoman como factores sociodemográficos; el tipo de seguridad social en salud, hábitos que perjudican al individuo y por ende a la familia, coberturas de vacunación, clasificación de las viviendas, servicios básicos prioritarios en la vivienda, educación^{26,30}.

En el presente estudio se toman como características sociodemográficas: la edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico, Régimen de salud, Ocupación, Fuente de ingresos y Nivel Educativo

5. CALIDAD DE VIDA.

Tradicionalmente la medición del estado de Salud-Enfermedad de los individuos se ha basado en métodos objetivos tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos o a través de marcadores epidemiológicos para caracterizar a la población.

Es así como a partir de los años setenta del siglo pasado surgen los índices de calidad de vida, y su mayor desarrollo abarco los años ochenta aunque su concepción data de las civilizaciones Griegas, Romana, Egipcia y Hebrea.

Con frecuencia los términos Salud, Estado de Salud, Calidad de Vida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud, han sido utilizados como sinónimos; si bien tienen cierta relación, no es correcto utilizar cualquiera de estos términos para referirse a una misma situación.

El concepto de salud de la OMS (1958) como “Estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”, está fundamentado en un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural, teniendo en cuenta los valores positivos y negativos que afectan la vida, la función social y la percepción, es por ello que la naturaleza de la salud es dinámica y multidimensional²⁷.

Según Bergner³¹ (1989), el concepto “estado de salud” contiene los elementos que forman parte integral de la persona. Está basado en cinco dimensiones: 1) características genéticas o hereditarias, 2) características bioquímicas, anatómicas y fisiológicas de un individuo; 3) estado funcional; 4) el estado mental; y 5) el potencial de salud individual³².

La Calidad de Vida es la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”³³.

Según la OMS, Calidad de vida es la “percepción del individuo de su posición de vida, en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”^{33 34},

La calidad de vida es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas, las libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas. Es también concebido desde el punto de vista multidimensional ya que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos, incluye un número diverso de ámbitos de la vida, refleja las normas culturales de bienestar objetivo, otorga un peso específico diferente a los

distintos ámbitos de su vida considerados más importantes para algunos individuos que para otros. La importancia de la medición de calidad de vida permite destacar el estado funcional del paciente que refleja su salud física, mental y social.

Cummins³⁵ planteó una serie de ideas claves que permiten dilucidar el término calidad de vida de la siguiente manera:

- La Calidad de Vida es un concepto multidimensional y generalmente se considera que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos.
- La Calidad de Vida debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.
- Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida. Es decir, algunos ámbitos son considerados más importantes para algunos individuos que para otros.
- Una definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, en cualquier circunstancia de la vida.

La calidad de vida da como resultado la relación entre las condiciones de vida y la satisfacción personal guiada por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales, teniendo en cuenta que "la vida establece unas condiciones objetivas y la existencia humana proporciona conciencia y reflexión, es decir, subjetividad"³⁶. El carácter multidimensional se explicaría desde los factores que intervienen en la vida de la persona, los cuales son factores personales (salud, ocio, satisfacción con la vida, relaciones sociales y habilidades funcionales), factores socio ambientales (servicios sociales, actividades de ocio, calidad del ambiente), factores culturales (relaciones sociales, apoyo social y habilidades funcionales) y condiciones económicas de los individuos³⁶.

En la definición de los componentes, dimensiones o dominios de la calidad de vida se han utilizado dos estrategias: la teórica y la empírica.

Desde la perspectiva empírica acerca de los contenidos o componentes de calidad de vida, Flannagan³⁷ establece las siguientes categorías como principales: Bienestar físico y material; Relaciones con otras personas; Actividades sociales, comunitarias y cívicas; Desarrollo personal; Factores socioeconómicos; Factores de Autonomía personal; Satisfacción subjetiva y Factores de personalidad.

La OMS (1994) conceptualiza cinco amplios dominios de la calidad de vida: salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales y entorno. De acuerdo con lo anterior, la calidad de vida se define como "la percepción de un individuo de su posición en la vida frente al contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones".

La definición de calidad de vida de Delgado de Bravo y Failache³⁷, refiere que “Es el grado de bienestar de las comunidades y de la sociedad, determinado por la satisfacción de sus necesidades fundamentales, entendidas como los requerimientos de los grupos humanos y de los individuos para asegurarse su existencia, permanencia y trascendencia en un espacio dado y en un momento histórico determinado”. Esto significa que para cada componente de calidad de vida, existen diferentes satisfactores, es decir, cada componente esta relacionado a una necesidad que genera su satisfacción, la cual depende de la disponibilidad y acceso de cada población para lograr un bienestar.

En la infancia y adolescencia la calidad de vida repercute en condiciones especiales (discapacidad) y en la satisfacción percibida con la misma vida. En adultos se presta mayor atención a la influencia que tiene en las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física, los servicios que reciben, el desempeño de roles y la productividad en el sector laboral.

En dicha situación influye una serie de determinantes: la situación de dependencia, limitación en la actividad, exclusión, abandono y más aún, el hecho de adquirir una condición que no solo tendrá repercusiones para sí mismo, sino que consigo estará el presente y el futuro de una familia y una sociedad³⁸.

En los últimos años se encuentran diversos estudios sobre la calidad de vida en diferentes grupos poblacionales^{39, 40, 41, 42, 43, 44} donde se ha determinado que la salud constituye un factor de gran influencia⁴⁵ sobre el bienestar emocional y la experiencia subjetiva de la salud. A esta experiencia contribuye también el nivel educativo y la situación socioeconómica. En general, la calidad de vida de los pacientes se encuentra por debajo del promedio de personas que no presentan discapacidad. Además, estos estudios permiten concluir que la individualización de la calidad de vida es una medida válida que expresa la experiencia individual del individuo.

Otro aporte interesante de estos estudios es que la calidad de vida de la población adulta de la ciudad está dada principalmente por los aspectos personales, económicos, entorno físico de la vivienda y seguridad social. No se presentaron diferencias significativas según género en la satisfacción personal con los diferentes aspectos de la vida. Otros estudios han mostrado que las mujeres muestran una percepción peor de su estado de salud y calidad de vida principalmente en los dominios: Sueño, Reacciones Emocionales, Energía y Movilidad. Algo más de la mitad de los pacientes referían buen apoyo social, siendo mayor el afectivo.

5.1 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD.

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es un concepto que se nutre de los anteriores (estado de salud y calidad de vida) y que agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo, como aquellos que, externos a éste, interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud³⁵ (Badía).

Patrick y Erickson definen la CVRS como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional, y la disminución provocadas por una enfermedad, accidente, ó tratamiento⁴⁶.

Existen tres criterios claves en la definición de la CVRS:

1. El impacto en la calidad de vida se debe a una enfermedad o un tratamiento.
2. Los efectos de ésta generan una disminución de la ejecución "normal" del sujeto.
3. Los juicios sobre CVRS pueden ser únicamente realizados por el propio sujeto.

Si bien no existe una definición única de CVRS, existe acuerdo en que el concepto se refiere a la valoración de las personas de su propia sensación de confort o bienestar, la medida en que son capaces de mantener una función física, emocional e intelectual razonable; y el grado en que pueden participar en actividades que consideren importantes en el contexto de su familia, lugar de trabajo y en la comunidad.

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 salud⁴⁷.

Teniendo en cuenta que la calidad de vida es un concepto relativamente nuevo en la evaluación de la salud, las escalas calificadas para realizar dicha evaluación se utilizan como medio complementario para la observación de la efectividad de algún tratamiento.

Para medir la CVRS se han desarrollado numerosos instrumentos, la mayoría de ellos cuestionarios autoadministrados. Se distinguen cuestionarios genéricos, que evalúan la CVRS en forma global y son aplicables tanto a personas sanas como aquellas que presentan diferentes enfermedades (SF-36, EuroQol) y específicos, diseñados para una enfermedad (insuficiencia cardiaca, diabetes, etc), problema (dolor, disnea) ó población (niños, adultos mayores, etc).

Algunas de las escalas más comunes para la medición de la Calidad de Vida son: el PERFIL DE LAS CONSECUENCIAS DE LAS ENFERMEDADES, que analiza

los cambios en el comportamiento de los individuos en relación a su grado de disfunción por la enfermedad, el PERFIL DE SALUD DE NOTTINGHAM^{48,49} (Nottingham Health Profile; Hunt, 1980) que mide la percepción subjetiva de los problemas de salud; el CUESTIONARIO DE LA CALIDAD DE VIDA (Ruiz y Baca, 1993)⁴⁴ que evalúa la satisfacción del individuo en cuatro dimensiones: Apoyo social, Satisfacción general, Bienestar físico/psíquico, y Distensión laboral/tiempo libre; el EUROQOL-5D (EuroQoL Group, 1990)^{50,50} que mide la calidad de vida relacionada con la salud tanto de individuos con enfermedades como sanos.

5.2 CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 (Health Survey SF-36; Ware, 1992).

El cuestionario de Salud SF-36 fue desarrollado para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos por Ware y Sherburne en 1992. Proporciona un perfil del estado de salud y es una de las escalas genéricas con mayor potencial de uso en la evaluación de resultados clínicos. Se puede utilizar en la población general y en pacientes, tanto en estudios descriptivos como de evaluación.

Detecta tanto estados positivos como negativos. Su contenido se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Contiene 36 ítems agrupados en 8 escalas que cubren las áreas de estado funcional y bienestar emocional.

El estado funcional está representado por las dimensiones de:

- Función física (10 ítems).
- Función social (2 ítems).
- Limitaciones del rol por problemas físicos (4 ítems).
- Limitaciones del rol por problemas emocionales (3 ítems).

El bienestar emocional incluye las dimensiones de:

- Salud mental (5 ítems).
- Vitalidad (4 ítems).
- Dolor (2 ítems).

Finalmente, la evaluación general de la salud incluye la dimensión de:

- Percepción de la salud general (5 ítems).
- Cambio de la salud en el tiempo (1 ítem que no forma parte de la puntuación final).

Los ítems y las dimensiones del SF-36 se valoran de manera que a mayor puntuación le corresponde mejor estado de salud. Para cada dimensión los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala de recorrido de 0 a 100. No ha sido diseñado para generar un índice global, pero permite el cálculo de dos puntuaciones resumen mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión, siendo una la suma del estado de salud física y otra el estado de salud mental.

Preferentemente, el cuestionario puede ser auto administrado, pero es preferible su cumplimiento mediante entrevista personal. Puede completarse en 5 o 10 minutos. Además, existe una versión reducida, el SF-12⁵¹.

Según el artículo “Confiabilidad del cuestionario de Calidad de Vida En Salud SF – 36, en Medellín – Colombia”⁵², se concluye que el SF-36 es confiable para evaluar calidad de vida en salud después de adaptarse lingüísticamente en adultos colombianos.

6. MUNICIPIO DE BELLO

Al norte del Área Metropolitana de Medellín, está ubicada la ciudad de Bello y constituye la segunda ciudad en número de habitantes del Valle de Aburrá, y en recepción de población desplazada. Bello es hoy la ciudad del Area Metropolitana con grandes posibilidades de desarrollo. El Municipio es punto de convergencia entre norte y sur, oriente y occidente del departamento por sus conexiones terrestres que comunican el occidente del país con el Océano Atlántico y con la capital de la República.

De acuerdo con el último censo³, la población de Bello asciende a 373.013 habitantes, de los cuales 359.404 se encuentran en la zona urbana y 13.609 en la rural. De acuerdo con el DANE, el porcentaje de personas con discapacidad equivale al 5.5% de la población, lo que significa que Bello tendría 20.500 personas con discapacidad, presentándose mayor porcentaje en la población masculina 56,02%. Y teniéndose la mayor frecuencia en las edades entre 35 a 49 años.

El municipio de Bello realizó una encuesta de discapacidad, que mostró las siguientes características:

<i>Discapacidad que mas afecta</i>	<i>Total</i>	<i>Porcentaje</i>
Sistema nervioso	730	38,04
Movimiento	716	37,31
Ojos	149	7,76
Voz y habla	121	6,31
Oídos	102	5,32
Cardio – respiratorias	51	2,66
Otra deficiencia	21	1,09
Digestivas - metabólicas – hormonas	12	0,63
Genital – reproductivo	10	0,52
Piel	6	0,31
Olfato, tacto, gusto	1	0,05
Total	1919	100

Fuente: Caracterización de población en condición de discapacidad 2005

Según lo anterior, la discapacidad física, tomada en el cuadro anterior como limitación en el movimiento es un total de 716 personas, aunque en estos datos no hay discriminación de la edad, también se puede sumar la discapacidad del Sistema nervioso, que en un gran porcentaje afecta también el movimiento.

<i>Principales causas de la discapacidad</i>	<i>Frecuencia</i>
Enfermedad general	573
Accidente	220
Alteración genética, hereditaria	207
Condiciones de salud de la madre durante el embarazo	140
Complicaciones en el parto	93
Otra causa	102
Víctima de violencia	77
Conflicto armado	35
Enfermedad profesional	22
Dificultades en la prestación de servicios de salud	19
Total	1488

Fuente: Caracterización de población en condición de discapacidad. Municipio de Bello, 2005.

Es necesario articular los actores relacionados con la problemática de la discapacidad tales como las instituciones gubernamentales, las organizaciones de personas en situación de discapacidad, las instituciones académicas y las ONG's, que trabajan en el tema, para diseñar, implementar y realizar acciones que atiendan las necesidades de las personas en situación de discapacidad, en especial de aquellas más pobres y vulnerables quienes viven en condiciones de inequidad, marginalidad e injusticia social.

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar los factores sociodemográficos asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en población adulta en edad productiva con discapacidad motriz. Bello, 2010

ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio-demográficamente a la población objeto de estudio.
- Determinar la calidad de vida relacionada con la salud en la población participante del estudio.
- Identificar los factores que determinan la calidad de vida relacionada con la salud en esta población

ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

- **TIPO DE ESTUDIO**

Este propuesta es un estudio observacional, correlacional, de tipo transversal donde no habra manipulación de variables, que busca establecer posibles correlaciones entre los factores sociodemográficos y la calidad de vida relacionada con la salud. Las mediciones se haran en un solo momento.

La información se obtendrá a través de la aplicación del cuestionario para la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud SF-36 el cual ha sido adaptado culturalmente a la poblacion colombiana. Se realizará entrevista cara a cara con el fin de controlar posibles sesgos de información. Las respuestas del cuestionario se obtendrán de acuerdo con la autopercepción del estado de salud; y la variable resultado será la calidad de vida relacionada con la salud en la población en estudio.

El area de estudio de esta investigacion es en el Municipio de Bello (Antioquia) con al colaboración de la Alcaldía Municipal.

- **POBLACIÓN**

Teniendo en cuenta que este estudio tiene la base de datos del Censo DANE 2005, y la caracterización de personas con discapacidad suministrada por la Secretaria de Bienestar Social del Municipio, se toma la población total de personas con discapacidad motriz, entendiendo estas como aquellas personas que, presentando funcionamientos motores deficitarios, encuentran una serie de limitaciones al interactuar con el entorno, en las cuales se generan necesidades específicas en diferentes ámbitos de la vida: autonomía funcional (necesidad de ayudas técnicas, recursos personales específicos, recursos materiales específicos, supresión de barreras arquitectónicas...), comunicación (sistemas aumentativos de comunicación, ayudas técnicas...), acceso al currículo, etc"²², que se encuentran en edad productiva.

El censo 2005³ se caracteriza la discapacidad, y para efectos de esta investigación se toman las cifras de aquellas que afectan específicamente lo motriz (que hace parte de las competencias de Fisioterapia) se destacan aquellas con deficiencia en el sistema nervioso (730 personas), y en el movimiento (716 personas), para un total de 1446 personas que representan el universo del estudio; de allí se calcula la muestra que debe cumplir con los criterios de

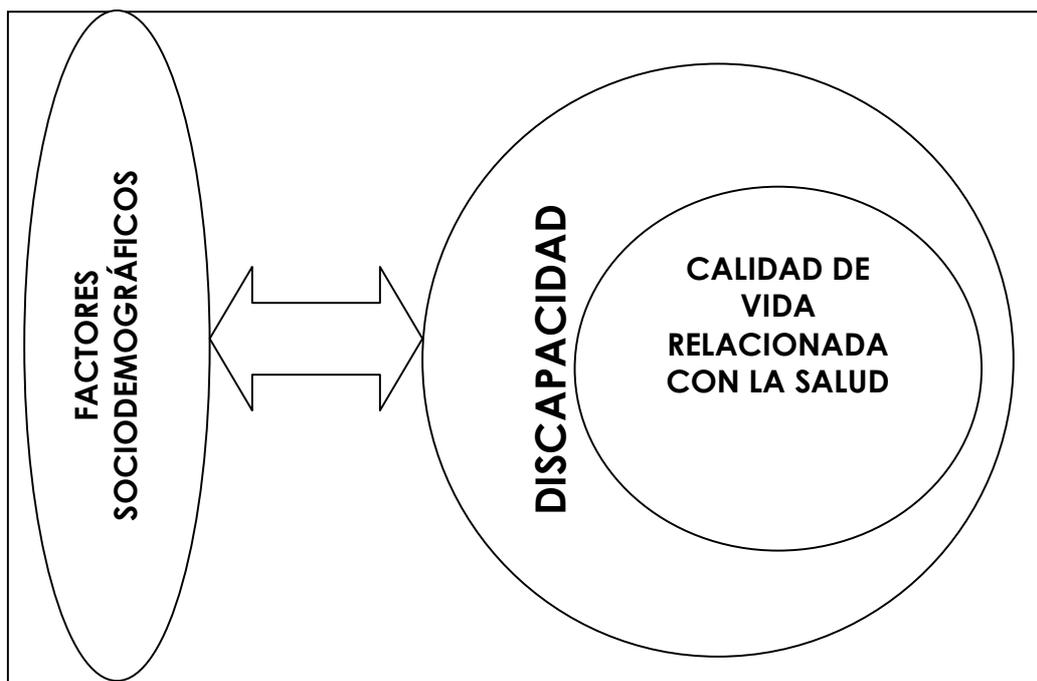
inclusión (Tener entre 15 y 64 años, Residir en el Municipio de Bello, Tener una discapacidad motriz, Estar dispuesto a participar en el estudio)

- **DISEÑO MUESTRAL**

Se hizo un cálculo del tamaño de muestra partiendo de los datos reportados por el CENSO de 2005 para identificar la población con discapacidad motriz en edad productiva con un nivel de confianza de 95%, con un error permisible de 0.2, y una desviación estándar de 1.44. se obtuvo una n=170.

- **DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES**

- **DIAGRAMA DE VARIABLES**



○ **TABLA DE VARIABLES**

NOMBRE	DEFINICION	TIPO	POSIBLES VALORES	FUENTE DE INFORMACION
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta. Se toma para edad productiva de 15 a 64 años.	Cuantitativa De Razón Discreta	15 a 64 años	Cédula
Sexo	Condicion biologica de ser hombre o mujer	Cualitativa, Nominal dicotòmica	Masculino : 1 Femenino :2	Entrevista
Estado Civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia en el momento de la encuesta	Cualitativa, nominal tipo politòmica	Soltero (a) : 1 Casado (a):2 Unión libre: 3 Separado (a): 4 Divorciado (a): 5 Viudo (a): 6	Entrevista
Nivel socioeconómico	Segmentación por rangos de ingreso, posesión de bienes en el hogar y estilos de vida.	Cualitativa Ordinal	Estrato uno: 1 Estrato dos: 2 Estrato tres: 3 Estrato cuatro: 4	Hoja de servicios
Régimen de salud	Plan mediante el cual el ciudadano es afiliado al sistema de salud Colombiano	Cualitativa Nominal Tipo politòmica.	Subsidiado:1 Contributivo: 2 Vinculado: 3 Régimen especial:4 Ninguno: 5	Entrevista

Ocupación	Actividad que desempeña la persona, ya sea remunerada o no en el momento de la encuesta o en el último mes previo a la misma.	Cualitativa Nominal Tipo politómica.	Labores del hogar: 1 Empleado: 2 Pensionado: 3 Estudiante : 4 Desempleado: 5 Trabajo informal : 6 Otro: 7	Entrevista
Fuente de ingresos	Formas que tienen de obtener dinero.	Cualitativa Nominal Tipo Dicotómica,	Contratista: 1 Independiente: 2	Entrevista
Nivel Educativo	Último Nivel de educación formal alcanzado al día de la entrevista.	Cualitativa Ordinal	Preescolar: 1 Primaria Completa:2 Secundaria Completa:3 Técnico / Tecnólogo:4 Universitario: 5 Ninguno: 6 Otro: 7	Entrevista
Origen de la discapacidad	Causa que dió origen a la situación de discapacidad actual.	Cualitativa, nominal Tipo politómica.	Congénita :1 Hereditaria:2 Adquirida:3 Degenerativa: 4 Traumática : 5 Otra(s) : 6	Entrevista /Historia clínica/resumen de la misma
Cronicidad	Tiempo transcurrido desde la aparición de la situación de discapacidad hasta la fecha de la entrevista.	Cuantitativa, De razón, Discreta	En meses ____	Entrevista / historia clínica/ resumen de la misma

NOMBRE	DEFINICION	TIPO	VALORES
Funcionamiento fisico	Actividad vigorosa: correr, cargar objetos pesados, participacion en deportes extremos y estenuantes.	Cualitativo Discreta, Ordinal	SÍ, me limita mucho: 1 SÍ, me limita poco: 2 No, no me limita para nada: 3
	Actividades moderadas: mover una tabla, empujar un limpiador, trapeador o jugar golf	Cualitativo Ordinal	
	Llevar el mercado	Cualitativo Ordinal	
	Subir muchas escaleras	Cualitativo Ordinal	
	Subir una escalera	Cualitativo Ordinal	
	Agacharse, arrodillarse y encorvarse	Cualitativo Ordinal	
	Caminar mas de una milla	Cualitativo , Ordinal	
	Caminar cientos de yardas	Cualitativo Ordinal	
	Bañarse y vestirse por si solo	Cualitativo Ordinal	
Roles fisicos	Economiza la cantidad de tiempo que gasta en trabajar o hacer otras actividades	Cualitativa Tipo Nominal Dicotómica	SÍ: 1 No: 2
	Logra menos de lo que desearia	Cualitativa Tipo Nominal Dicotómica	
	Es limitado en el tipo de actividad o trabajo que realiza	Cualitativa Tipo Nominal Dicotómica	
	Tiene dificultad para realizar el trabajo u otras actividades	Cualitativa Tipo Nominal Dicotómica	
Dolor	Intensidad del dolor	Cualitativa Tipo Ordinal	Ninguno: 1 Muy poco: 2 Poco: 3 Moderado: 4 Mucho: 5 Muchísimo: 6
	La extension del dolor interfiere con el trabajo normal	Cualitativa Tipo Ordinal	Nada en absoluto: 1 Un poco: 2 Moderadamente: 3

			Bastante: 4 Extremadamente: 5
	Parece que me enfermo mas facil que las otras personas	Cualitativa Tipo Ordinal	Totalmente Cierta: 1 Bastante Cierta: 2 No sé: 3 Bastante Falsa: 4 Totalmente Falsa: 5
	Soy tan saludable como todo el que conozco	Cualitativa Tipo Ordinal	
	Espero que mi salud empeore	Cualitativa Tipo Ordinal	
	Mi salud es excelente	Cualitativa Tipo Ordinal	
Vitalidad	Se siente lleno de vida	Cualitativa Tipo Ordinal	Siempre: 1 Casi Siempre: 2 Muchas veces: 3 Algunas veces: 4 Casi Nunca: 5 Nunca: 6
	Tiene mucha energia	Cualitativa Tipo Ordinal	
	Se siente desgastado	Cualitativa Tipo Ordinal	
	Se siente cansado	Cualitativa Tipo Ordinal	
Funcionamiento social	Extensos problemas de salud interfieren con sus actividades sociales	Cualitativa Tipo Ordinal	Nada en absoluto: 1 Ligeramente: 2 Moderadamente: 3 Bastante: 4 Extremadamente: 5
	Problemas de salud frecuentemente interfieren con sus actividades sociales	Cualitativa Tipo Ordinal	
Rol emocional	Economiza la cantidad de tiempo que gasta en el trabajo u otras actividades	Cualitativa Tipo Nominal Dicotómica	Sí: 1 No: 2
	Logra menos de lo que desearia	Cualitativa Tipo Nominal Dicotómica	
	Realiza el trabajo u otras actividades con menor cuidado que lo usual	Cualitativa Tipo Nominal Dicotómica	
Salud mental	Es muy nervioso	Cualitativa Tipo Ordinal	Siempre: 1 Casi Siempre: 2 Muchas veces: 3 Algunas veces: 4 Casi Nunca: 5
	Se siente con tan mala suerte que nada podria animarlo	Cualitativa Tipo Ordinal	
	Se siente calmado y en paz	Cualitativa Tipo Ordinal	

	Se siente depresivo	Cualitativa Tipo Ordinal	Nunca: 6
	Se siente feliz	Cualitativa Tipo Ordinal	
Cambio en la salud	Como se siente con respecto al año anterior	Cualitativa Tipo Ordinal	Mucho mejor que ahora hace un año: 1 Algo mejor que ahora hace un año: 2 Más o menos igual que ahora hace un año: 3 Algo peor que ahora hace un año: 4 Mucho peor que ahora hace un año: 5

FUENTE: Cuestionario SF-36 sobre su estado de salud (Español, Colombia), versión 1.2

- **TÉCNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION**

El equipo de investigación durante la elaboración de esta propuesta academica contactó a la Alcaldía del municipio de Bello, quien direccionó a los investigadores al área de Discapacidad de la Secretaría de Bienestar Social.

El trabajo de campo inicial tendrá lugar en la mesa técnica y central para diseñar el plan decenal de discapacidad que implementará la política pública del Municipio, en dichas reuniones se realizarán las ya planteadas entrevistas cara a cara. Se realizará una entrevista estructurada, cara a cara, que permitirá dar cuenta de los factores sociodemográficos, las características de la discapacidad; y así mismo, se utilizará el cuestionario SF-36 para determinar la calidad de vida de los sujetos del estudio, que cumplan con los criterios de inclusión: Tener entre 15 y 64 años, residir en el Municipio de Bello, tener una discapacidad motriz, aprobación a través del consentimiento informado para la participación en el estudio. Serán excluidos los sujetos que presenten discapacidad mental/o sensorial, y también aquellos que no se encuentren reportado en el CENSO de 2005.

- **FUENTES DE INFORMACIÓN**

Fuentes primarias

- ✓ Las personas adultas en condición de discapacidad en el Municipio de Bello a través de entrevista y diligenciamiento de un cuestionario administrado por los investigadores, que cumplan con los criterios de inclusión del estudio: Tener entre 15 y 64 años, residir en el Municipio de Bello, tener una discapacidad motriz, aprobación a través del consentimiento informado para la participación en el estudio.

Fuentes secundarias

Bases de datos del DANE (Censo 2005)

- **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

En Colombia en el año 2005 se realizó una adaptación y evaluación de fiabilidad del cuestionario genérico para la evaluación de calidad de vida SF-36 por el grupo de investigación de la universidad de Antioquia “rehabilitación en salud” dando como resultado un instrumento estable en el tiempo, adaptado culturalmente y confiable que se puede utilizar en el país para el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud de las personas sanas o enfermas, mayores de 18 años de edad, alfabetas con cualquier grado de escolaridad, mediante entrevista o autodiligenciado asistido, debido a la dificultad de algunas preguntas y para garantizar un número menor de datos omitidos.

Debido a que dicho estudio se realizó en la ciudad de Medellín, se contactó a los investigadores, quienes informaron acerca del proceso de adaptación cultural del cuestionario y de la importancia de solicitar la autorización para utilizar el instrumento, lo cual se gestionará a través de la dirección de investigaciones de la Universidad CES. Con el fin de recolectar los datos sociodemográficos se diseñó un instrumento según las necesidades del estudio que será sometido a prueba piloto. Para indagar sobre la calidad de vida relacionada con la salud se utilizó el instrumento validado SF36 (ref del estudio de validación de la escala).⁵²

- **PROCESO DE OBTENCION DE LA INFORMACIÓN**

La obtención de la información requerida para el desarrollo de este proyecto se realizará a partir de una encuesta la cual se aplicara de forma personal por parte de encuestadores capacitados para tal fin con el fin de mitigar

sesgos de información, agilizar el proceso de recolección de datos y garantizar el correcto diligenciamiento de la misma.

La primera parte de la encuesta está diseñada a partir de dos tipos de preguntas: (7) de selección múltiple con única respuesta y (3) preguntas abiertas en caso de que las categorías de respuestas no se acomoden a la situación del sujeto, luego estas serán agrupadas y estandarizadas para una mejor interpretación. Estas preguntas contienen los factores sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico, régimen de salud, ocupación, fuente de ingresos y nivel educativo) y las características de la discapacidad (origen, cronicidad)

Posteriormente, se diligenciará el cuestionario SF-36. El cual fue adaptado culturalmente a la población Colombiana para dar fiabilidad a los resultados y cuenta con 36 preguntas de selección múltiple agrupadas en las categorías: función física, desempeño físico, dolor, salud general, vitalidad, función social, desempeño emocional, salud mental y cambio de salud.. La calificación cuenta con un rango de puntuación de 0-100 siendo 0 menor calidad de vida y 100 mejor calidad de vida, para llegar a estos resultados las respuestas del cuestionario serán ingresadas a un software diseñado para tal propósito. Este cuestionario se aplicará cara a cara a través de un encuestador capacitado.

Bajo esta perspectiva, la obtención de estos datos facilitará correlacionar los factores sociodemográficos con la calidad de vida y dar solución a la pregunta de investigación formulada por la cual fue creado este estudio.

Se convocará a Estudiantes de semillero de investigación de Fisioterapia previamente entrenados en la aplicación del instrumento y la escala SF – 36.

Las encuestas serán aplicadas en las reuniones de la mesa técnica, mesa central de discapacidad del municipio y a través de entrevistas personales concertadas previamente con las instituciones participantes y los individuos a participar.

La calidad de los datos se garantizará inicialmente con una correcta capacitación a los encuestadores, además de que previo a la aplicación del instrumento se realizará una prueba piloto, con el fin de facilitar el diligenciamiento del mismo, y corregir posibles errores de la elaboración del instrumento, además de cualificar a los encuestadores.

- Supervisor de campo
- Verificación de la veracidad de la información recolectada
- Guardados en archivos computarizados
- Doble digitación de datos

Después de la recolección de la información se seleccionará al azar un 10% de la muestra (17 personas) en la base de datos STATA, para aplicar una re-entrevista, con el fin de verificar los datos arrojados por las encuestas.

- **PRUEBA PILOTO**

La prueba piloto se realizará en 17 personas (equivalente al 10% del tamaño de la muestra), seleccionados del mismo municipio (Bello, Antioquia) y quienes compartan características similares a la población incluida en la muestra.

Se realizará esta prueba piloto con el fin de identificar preguntas que sobren, y si es necesario, modificar algunas e incluir otras. Además los comentarios de las personas encuestadas permitirán reconsiderar algunas de las preguntas que del cuestionario original. Estas modificaciones serán reportadas en el informe final.

El énfasis de este pilotaje está en las preguntas relacionadas con los factores socio-demográficos y la discapacidad, puesto que lo relacionado con la calidad de vida relacionada con la salud ha sido validado y adaptado culturalmente.

- **CONTROL DE ERRORES Y SESGOS**

Sesgo de selección:

Se elegirá la población que cumpla con todos los criterios de inclusión.

Sesgo de información:

De memoria: En quienes posean copia de la historia clínica se verificarán los datos en la misma y además se contará con la información brindada por los cuidadores y/o acompañantes.

Del entrevistador: Serán entrenados los encuestadores, quienes serán externos al grupo de investigación (estudiantes de fisioterapia del semillero de investigación de la facultad) para que tengan una posición neutral al encuestar la población.

Sesgo del observado:

Se evitara datos erróneos y falsas expectativas, explicando los propósitos de la investigación y el consentimiento informado.

- **TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Se realizara un análisis descriptivo inicial para caractertizar a la poblacion Posteriormente se hara un bivariado que permita establecer la relación entre los factores sociodemograficos y el nivel de calidad de vida relacionado con la salud.

Se usaran medidas de tendencia central y de dispersión y a las cualitativas porcentajes y distribuciones de frecuencia.

Con los datos obtenidos se logrará establecer la relación entre las variables sociodemograficas, las características de la discapacidad y el nivel de calidad de vida relacionado con la salud.

Los datos seran almacenados y procesados en el paquete estadistico STATA 10.0

- **PLAN DE DIVULGACIÓN DE RESULTADOS**

Se hará entrega oficial a la institución de esta investigación, como tesis de grado, se firma autorización de divulgación de los resultados por parte de los investigadores y coninvestigadores.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con la resolución 008430 (clasificación del riesgo) de 1993, artículo 4, este estudio comprende acciones que contribuyen al conocimiento de un problema de salud pública como lo es la discapacidad. Se clasifica como investigación sin riesgo.

Debido a que la investigación tiene como objeto de estudio a los seres humanos, prevalece el criterio del respeto a su dignidad como persona humana sin olvidar la protección de sus derechos fundamentales y su bienestar. Por tanto, se desarrolla conforme al respeto a principios científicos y éticos, teniendo en cuenta la condición de vulnerabilidad de las personas con discapacidad que se encuentran en condición de desventaja social, lo cual se evidencia cómo la problemática que tiene que enfrentar la persona, su grupo familiar y social y esto a su vez repercute directamente en la fuerza laboral del país.

La discapacidad es un fenómeno que no solamente implica la presencia de una disfunción en órganos o sistemas corporales, sino, que también involucra la funcionalidad y el funcionamiento de la persona limitando su capacidad de realizar las actividades de la vida diaria y restringiendo sus posibilidades de participación en la vida cotidiana. Sus grandes incidencias personales, familiares y sociales, obligan a los investigadores del actual proyecto a plantear su ejecución directamente en esta población. De la misma manera, los beneficios potenciales de la investigación también radican en el aporte a políticas públicas en esta población.

En todo momento será primordial la seguridad de los usuarios. Para ello, se protegerá la privacidad de los individuos y se mantendrá la confidencialidad de sus datos de identificación en el momento de la divulgación de los resultados.

Antes de iniciar la investigación, se contará con el consentimiento informado de las personas con discapacidad, el cual será explicado en forma clara y completa. Si bien la presente investigación tiene como sujetos de investigación a personas con discapacidad menores de edad, no requiere cumplir lo estipulado en el párrafo tercero, artículo 11 de la resolución, este es un estudio sin riesgo que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. También el artículo 25 de la misma resolución se plantea que para las investigaciones en discapacitados físicos se deberá obtener además del Consentimiento Informado de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor o del discapacitado de que se trate, certificación de un neurólogo, psiquiatra o psicólogo, sobre la capacidad de entendimiento,

razonamiento y lógica del sujeto.; pero se resalta que en este caso esto será un criterio de exclusión para la investigación.

Para la realización del presente estudio, se cuenta con profesionales con el respaldo del Municipio y profesionales con el conocimiento, y la experiencia adecuadas para realizar los procesos de evaluación, diagnóstico; garantizando la integridad y el respeto por los usuarios.

En el mismo sentido y de acuerdo con los artículos 12 y 13, los investigadores se comprometen a suspender la investigación en forma inmediata al advertir algún riesgo para la salud de algunas de las personas con discapacidad. De la misma manera, se informará de estos eventos adversos al comité de ética, y se garantizará la atención médica que sea necesaria para atender tal eventualidad.

En general teniendo en cuenta todo lo anterior expuesto, se tendrán los siguientes criterios como de suma importancia:

- ⦿ Teniendo en cuenta la declaración de Helsinki y la Resolución 008430 del Ministerio de Salud.
- ⦿ Se dará toda la información sobre el estudio, consentimiento informado
- ⦿ Firma documento, con ingreso voluntario
- ⦿ Los investigadores firmarán compromiso de confidencialidad previamente al estudio.
- ⦿ Los investigadores no tendrán conflicto de intereses.

		CRONOGRAMA DEL PROYECTO												Cód:	
														Mod:	
														Ver	
NOMBRE DEL PROYECTO		FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN POBLACIÓN ADULTA EN EDAD PRODUCTIVA CON DISCAPACIDAD MOTRIZ. BELLO, 2010													
DURACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO EN MESES		9 MESES													
Importante: Para efectos de la convocatoria, el cronograma sólo debe incluir las actividades de la ejecución del proyecto (Posteriores a aprobación)															
N°	ACTIVIDAD	MES													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
1	PRUEBA PILOTO	X													
2	CORRECCIÓN DEL INSTRUMENTO		X												
3	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN			X	X	X	X								
4	ANÁLISIS DE DATOS				X	X	X	X							
5	INFORME FINAL							X	X						
6	ARTÍCULO CIENTÍFICO							X	X	X					

PRESUPUESTO								
FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN POBLACION ADULTA EN EDAD PRODUCTIVA CON DISCAPACIDAD MOTRIZ. BELLO, 2010								
PRESUPUESTO GLOBAL								
RUBROS	ENTIDADES							
	Dirección Investigaciones		Facultad de Fisioterapia		Recursos Propios		TOTAL	
	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie
1. GASTOS DE PERSONAL				\$ 3.867.936		\$ 13.779.072		\$ 17.647.008
2. GASTOS DE VIAJE	\$ 240.000						\$ 240.000	
3 INVERSIONES		\$ 3.000.000		\$ 1.000.000		\$ 2.500.000		\$ 6.500.000
4. GASTOS GENERALES	\$ 30.000					\$ 30.000	\$ 60.000	
5. SERVICIOS TÉCNICOS	\$ 300.000						\$ 300.000	
6. MATERIAL BIBLIOGRÁFICO		\$ 200.000						\$ 200.000
TOTAL	\$ 570.000	\$ 3.200.000		\$ 4.867.936		\$ 16.309.072	\$ 600.000	\$ 24.347.008

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar en el estudio de investigación: ***“Factores sociodemograficos asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en adultos en edad productiva con discapacidad motriz. Bello, 2010”***

He leído la hoja de información que se me ha entregado. Todas mis preguntas sobre el estudio me fueron contestadas. He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo negarme a participar en este estudio de investigación.

Autorizo el acceso a mis registros de salud a la Universidad CES o su representante, autoridades regulatorias y al Comité de Ética.

Entiendo que recibiré una copia de este consentimiento firmado y fechado.

Con la firma de este formulario no renuncio a ninguno de mis derechos legales como participante de un estudio de investigación.

Tomando ello en consideración, otorgo mi consentimiento y autorizo a los investigadores para incluirme como parte del estudio.

Datos del paciente

Nombre: _____

Firma: _____ C.C. _____

Teléfono: _____ Fecha: _____

Investigador. Nombre: _____

Firma: _____

Teléfono: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN PARA LA PERSONA QUE PARTICIPARÁ EN EL ESTUDIO

El estudio, “Factores sociodemograficos asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en poblacion adulta en edad productiva con discapacidad motriz. Bello”, se realiza debido a la necesidad de obtener información adecuada para diseñar programas y proyectos acordes a las necesidades de esta población.

Cada vez hay más personas con discapacidad debido al envejecimiento de la población, la mayor aparición de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, cáncer, enfermedades cardiacas, entre otras), al aumento de accidentes laborales y de tránsito y a causas relacionadas con la violencia.

La discapacidad impacta el desarrollo humano, y afecta la relación con el entorno y la cotidianidad, sumado a la percepción social negativa de la discapacidad y las barreras ambientales y personales que limitan la participación social, generándose un contexto de inequidad y exclusión. La edad adulta tiende a ser la más vulnerable afectando la economía desde los años de vida potencialmente perdidos y años de vida saludables perdidos.

Es importante profundizar sobre la discapacidad, sobre todo en adultos, puesto que la mayor parte de los estudios se realizan en niños. El estudio se pregunta: ¿Cuáles son las características de la población adulta en edad productiva con discapacidad motriz? ¿Cuál es su calidad de vida relacionada con la salud?

El objetivo general es establecer los Factores sociodemograficos asociados a la calidad de vida relacionada con la salud en poblacion adulta en edad productiva con discapacidad motriz. Bello, 2010

Los objetivos específicos son:

- Establecer los factores socio-demográficos en los adultos con discapacidad motriz en edad productiva en el Municipio de Bello durante el 2010.
- Determinar la causa y el tiempo de evolución de la discapacidad.
- Determinar la calidad de vida relacionada con la salud.

Son invitados al estudio: Adultos con Discapacidad física que afecte la movilidad y que viven en Bello. Como criterio de exclusión se encuentran alteraciones mentales.

Se llevará a cabo a través de un cuestionario, diligenciado por un investigador que incluye diferentes preguntas y actividades de evaluación.

Los investigadores son estudiantes de Fisioterapia de la Universidad CES en convenio con la UAM, acompañados por una docente, y pueden ser localizados en los teléfonos 4440555, extensión 1416.

Investigador: _____

ANEXOS

- Ficha técnica
- Cronograma
- Presupuesto
- Instrumento de recolección de la información.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Información estadística de la discapacidad. 2004; Available at: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/inform_estad.pdf. Accessed Octubre/15, 2009.
- (2) Mesa Arango E. Definición de términos. La incapacidad del Estado frente a la discapacidad de los colombianos. 1st ed. Envigado - Antioquia: Masterpress Compañía Digital; 2005. p. 51-60.
- (3) Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo general 2005. 2009; Available at: http://www.dane.gov.co/censo/files/discapacidad/preva_indices.pdf. Accessed octubre/25, 2008.
- (4) Departamento Administrativo Nacional de Estadística. INFORMACIÓN ESTADÍSTICA: Antioquia indicadores demográficos 1985-2005. 2005; Available at: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/ITMoDto1985_2005/Antioquia.xls. Accessed Octubre/15, 2008.
- (5) Colombiaestad. ¿Cuántas personas en edad de trabajar hay en el país? 2009; Available at: http://www.colombiestad.gov.co/index.php?option=com_content&task=view&id=260&Itemid=90. Accessed Octubre/15, 2008.
- (6) Organización Internacional del trabajo. Datos sobre Discapacidad en el mundo del trabajo. 2006; Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_087709.pdf. Accessed Septiembre/10, 2008.
- (7) The Land Mine Report. Situación Regional. 2009; Available at: <http://www.accioncontraminas.gov.co/situacion/situacion.html>. Accessed Abril/23, 2010.

- (8) Guzmán F. Fisiopatología del Trauma Craneoencefálico. 2008; Available at: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/v39s3/htmlv39s3/v39s3a11.html>. Accessed Agosto/5, 2009.
- (9) Cabrera Ramírez LM, Munera Castillo A. Etiología de la Insuficiencia Motriz. 2008; Available at: <http://www.scribd.com/doc/2368394/Etiologia-del-la-Insuficiencia-Motriz-de-Origen-Cerebral>. Accessed Octubre/30, 2008.
- (10) Sarmiento L. Políticas públicas y desarrollo global. 1ª ed. Alcaldía de Bello. Secretaría de Bienestar Social y Equidad de Género.: ADN alas de nuevo.; 2005.
- (11) Hernández Jaramillo J, Hernández Umaña I. Una aproximación a los costos indirectos de la Discapacidad en Colombia. Rev. Salud pública. 7 (2): 130-144, 2005 2005 Julio;7(2):130-144.
- (12) Corte Constitucional, República de Colombia. Protección de personas desplazadas con discapacidad, en el marco del estado de cosas inconstitucional declarado en la sentencia T-025 de 2004. Auto No. 006 de 2009. Corte Constitucional. República de Colombia. 2009 Junio/26:1-16.
- (13) WorldBank. Discapacidad y Desarrollo 2009; Available at: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/NEWSSPANISH/0,,contentMDK:20549018~menuPK:1074643~pagePK:64257043~piPK:437376~theSitePK:1074568,00.html>. Accessed Febrero/19, 2008.
- (14) Dudzik P, Elwan A, Metts R. Disability Policies, Statistics, and Strategies in Latin America and the Caribbean: A Review. 2009; Available at: <http://www.iadb.org/sds/doc/Rev2bEditedDisability-PolicyDudzikElwanMetts.pdf>. Accessed Junio/27, 2008.
- (15) Comité consultivo Nacional para personas con Discapacidad. Información estadística. 2009; Available at: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/discapacidad/estadistica.html>. Accessed Junio/6, 2008.
- (16) Muñoz Masini C. Evolución histórica de la discapacidad, concepto de discapacidad y nuevo enfoque CIF. 2009; Available at:

http://www.plataforma.uchile.cl/fg/semestre2/_2003/integra/modulo1/clase2/textos/evol.htm. Accessed Septiembre/5, 2008.

(17) Egea García C, Sarabia Sánchez A. Clasificaciones de la OMS sobre Discapacidad. 2009; Available at: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/ClasificacionesOMSDiscapacidad.pdf>. Accessed Noviembre/1, 2008.

(18) Mesa Arango E. La incapacidad del Estado frente a la discapacidad de los colombianos. 1ª ed. Envigado - Antioquia: Masterpress Compañía Digital; 2005.

(19) El comité de Rehabilitación ADN, Fundación Integrar, Instituto de Capacitación LOS ALAMOS, Con el aval del Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia. 4 Congreso internacional de discapacidad: Inclusión, compromiso de todos. 1ª ed. Medellín - Colombia: URYCO Ltda; 2008.

(20) 54 Asamblea de la Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. 2nd ed.: OMS; 2001.

(21) Parra Dussán C, Palacios Sanabria MT. Enfoques de derechos humanos en la política pública de Discapacidad. 2009; Available at: <http://www.usergioarboleda.edu.co/civilizar/revista13/Enfoque%20de%20derechos%20humanos.pdf>. Accessed Septiembre/ 15, 2008.

(22) Ministerio de Salud de la República de Nicaragua. Discapacidad. 2009; Available at: <http://www.minsa.gob.ni/bns/discapacidad/docs/discapacidad/Discapacidad1.pdf>. Accessed Octubre/10, 2008.

(23) Agamez Triana J, Arenas Quinatana B, Rodríguez Giraldo J, Restrepo Barrios H, Vanegas J, Vidarte j. Cuerpo Movimiento Perspectiva Funcional y fenomenológica. Comunidad académica de Manizales. 1ª ed. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales, Facultad de Fisioterapia; 2002.

(24) Instituto Psicopedagógico Uruguayo. Discapacidad Uruguay: Portal de la discapacidad en Uruguay. 2009; Available at: <http://www.discapacidaduruguay.org/instituciones2.asp?ide=205>. Accessed Mayo/22, 2009.

(25) Meillassoux C, Molina R. Antropología de la esclavitud: el vientre de hierro y dinero Siglo XXI. 1st ed.; 1990.

- (26) Martínez J, Cardona N. Caracterización de los factores sociodemográficos, ambientales y sanitarios del Municipio de El Retiro, 2003. 2009; Available at: http://guajiros.udea.edu.co/demografiaysalud/Documentos/caracterizacion_factores_sociodemograficos_amb_san_retiro_2003.pdf. Accessed Octubre/5, 2008.
- (27) Lugo Agudelo L, Salinas Durán F. Rehabilitación en Salud. 2nd ed. Medellín - Colombia: Universidad de Antioquia; 2008.
- (28) Universidad Católica Bolivariana. Análisis de la Resistencia al cambio en un supermercado. 2009; Available at: http://www.ucb.edu.bo/Publicaciones/Ajayu/volumen%202.2/Art2_Comp.htm. Accessed Mayo/22, 2009.
- (29) Montero Rojas E, Villalobos Palma J, Valverde Bermúdez A. Factores institucionales, pedagógicos, psicosociales y sociodemográficos asociados al rendimiento académico en la Universidad de Costa Rica: un análisis multinivel. Revista ELección de Investigación y EValuación Educativa (RELIEVE), v. 13, n. 2 2007 Octubre;13(2).
- (30) Rajmila L, Estrada M, Herdmana M, Serra-Sutton V, Gac Sanit JA. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. 2001;15(1):34-43.
- (31) José Alcalá Escriche. Elaboración y validación de un cuestionario reducido de la versión española del cuestionario de calidad de vida específico para la enfermedad inflamatoria intestinal. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Medicina; 2001.
- (32) Consiglio E, Bellosso W. Nuevos indicadores clínicos. la calidad de vida relacionada con la salud. Medicina (B Aires) v.63 n.2 Buenos Aires mar./abril 2003 2003;63(2):1-4.
- (33) Velarde Jurado E, Avila Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública Méx 2002; Vol. 44(4):349-361 2002;44(4):349-361.
- (34) Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud aspectos conceptuales. Cienc. enferm. v.9 n.2 Concepción dic. 2003 doi: 10.4067/S0717-95532003000200002 2003 Diciembre/28;9(2):9-21.
- (35) Yanguas Lazaun JJ. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. 2009; Available at:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/yanguas-analisis-01.pdf>. Accessed Mayo/3, 2009.

(36) Fernández Ballesteros R, Izal M. Modelos ambientales sobre la vejez. *anales de psicología*, 1990, 6 (2), 181-198 1990;6(2):181-198.

(37) Aranibar Munita P. Calidad de vida y vejez. 2009; Available at: www.ciape.org.br/artigos/CALIDADDEVIDAYVEJEZ%5B1%5D.doc. Accessed Mayo/3, 2009.

(38) Villa Fernández N. Situación laboral de las personas con discapacidad en España. *Revista Complutense de Educación* Vol. 14 Núm. 2 (2003) 393-424. ISSN: 1130-2496 2003;14(2):393-424.

(39) Prieto Florez ME, Fernández Mayorala G, Rojo Pérez F, Lardies Bosque R. Factores Sociodemográficos y de Salud en el bienestar emocional como dominio de Calidad De Vida De las personas mayores en la comunidad de Madrid. *Revista Española de salud pública*, Mayo - junio, año Vol. 82, número 003 2008 Mayo - Junio;82(003):301-313.

(40) Duarte M, Santos JF, Boza R, Tejero M, Belmonte R, Muniesa JM, et al. Cuestionario de salud Short Form 36 en pacientes hemipléjicos a los 2 años postictus = Short form 36 health questionnaire in hemiplegic patients 2 years after stroke. 2006, vol. 21, no7, pp. 348-356 [9 page(s) (article)] 2006;21(7):348-356.

(41) Lugo Agudelo LH. Plataforma Scienti. 2009; Available at: <http://200.25.59.34:8080/gruplac/jsp/visualiza/visualizagr.jsp?nro=0000000001748>. Accessed Mayo/3, 2009.

(42) Vicent KA, Carr AJ, Scott DL. Construction and validation of a quality of life questionnaire for neuromuscular disease (INQoL). *NEUROLOGY* 2007;68:1051-1057 © 2007 American Academy of Neurology 2007;68:1051-1057.

(43) Bahena Salgado Y, Bernal Márquez JN. Calidad de vida de los pacientes con paraplejia secundaria a lesión vertebral traumática. *Acta Ortop Mex* 2007; 21 (1): 3-7 2007;21(1):3-7.

(44) Cardona D, Agudelo H. Satisfacción Personal Como Componente De La Calidad De Vida En Adultos de Medellín. *Revista de Salud Publica*.9 (4):541-549,2007. 2007;9(4):541-549.

- (45) Tuesca Molina R. La calidad de vida, su importancia y como medirla. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2005; 21:76-86 2005 Abril/8;21:76-86.
- (46) Oliveira Nieto M. Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL - BREF Y SF36. 2007; Available at: <http://hera.ugr.es/tesisugr/16679751.pdf>. Accessed Mayo/10, 2009.
- (47) Esteve M, Roca J. Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta. 2009; Available at: <http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/Artikulu/Vol108/m1081205.pdf>. Accessed Marzo/5, 2009.
- (48) Clemente M. Calidad de vida del paciente con dolor. 2009; Available at: http://www.institutferran.org/documentos/espiditest/libro_calidaddevidapacientesconolor.pdf. Accessed Mayo/5, 2009.
- (49) Fernández Rodríguez L. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en las esquizofrenias. 2002; Available at: http://www.revistahospitalarias.org/info_2002/03_169_04.htm. Accessed Agosto/5, 2009.
- (50) René G, García R, García Pérez R, Hernández Sánchez M, Varona Pérez P, Bonet Gorbea M, et al. Calidad de vida relacionada con la salud de los expuestos activamente al tabaco. Cuba 2001. Rev Cubana Hig Epidemiol 2007;45(2) 2007 Enero/9;45(2).
- (51) Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P. El cuestionario de salud SF-36 español: una decada de experiencia y nuevos desarrollos. 2009; Available at: http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&articuloid=13074370. Accessed Junio/6, 2008.
- (52) Lugo LH, García H, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de salud SF -36. Medellín – Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública Vol. 24 N.º 2 julio-diciembre 2006 2006 Octubre/18;24(2):37-50.
- (1) Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Información estadística de la discapacidad. 2004; Available at: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/inform_estad.pdf. Accessed Octubre/15, 2009.

- (2) Mesa Arango E. Definición de términos. La incapacidad del Estado frente a la discapacidad de los colombianos. 1st ed. Envigado - Antioquia: Masterpress Compañía Digital; 2005. p. 51-60.
- (3) Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo general 2005. 2009; Available at: http://www.dane.gov.co/censo/files/discapacidad/preva_indices.pdf. Accessed octubre/25, 2008.
- (4) Departamento Administrativo Nacional de Estadística. INFORMACIÓN ESTADÍSTICA: Antioquia indicadores demográficos 1985-2005. 2005; Available at: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/ITMoDto1985_2005/Antioquia.xls. Accessed Octubre/15, 2008.
- (5) Colombiaestad. ¿Cuántas personas en edad de trabajar hay en el país? 2009; Available at: http://www.colombiestad.gov.co/index.php?option=com_content&task=view&id=260&Itemid=90. Accessed Octubre/15, 2008.
- (6) Organización Internacional del trabajo. Datos sobre Discapacidad en el mundo del trabajo. 2006; Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_087709.pdf. Accessed Septiembre/10, 2008.
- (7) The Land Mine Report. Situación Regional. 2009; Available at: <http://www.accioncontraminas.gov.co/situacion/situacion.html>. Accessed Abril/23, 2010.
- (8) Guzmán F. Fisiopatología del Trauma Craneoencefálico. 2008; Available at: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/v39s3/htmlv39s3/v39s3a11.html>. Accessed Agosto/5, 2009.
- (9) Cabrera Ramírez LM, Munera Castillo A. Etiología de la Insuficiencia Motriz. 2008; Available at: <http://www.scribd.com/doc/2368394/Etiologia-del-la-Insuficiencia-Motriz-de-Origen-Cerebral>. Accessed Octubre/30, 2008.
- (10) Sarmiento L. Políticas públicas y desarrollo global. 1ª ed. Alcaldía de Bello. Secretaría de Bienestar Social y Equidad de Género.: ADN alas de nuevo.; 2005.
- (11) Hernández Jaramillo J, Hernández Umaña I. Una aproximación a los costos indirectos de la Discapacidad en Colombia. Rev. Salud pública. 7 (2): 130-144, 2005 2005 Julio;7(2):130-144.

- (12) Corte Constitucional, República de Colombia. Protección de personas desplazadas con discapacidad, en el marco del estado de cosas inconstitucional declarado en la sentencia T-025 de 2004. Auto No. 006 de 2009. Corte Constitucional. República de Colombia. 2009 Junio/26:1-16.
- (13) WorldBank. Discapacidad y Desarrollo 2009; Available at: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/NEWSSPANH/0,,contentMDK:20549018~menuPK:1074643~pagePK:64257043~piPK:437376~theSitePK:1074568,00.html>. Accessed Febrero/19, 2008.
- (14) Dudzik P, Elwan A, Metts R. Disability Policies, Statistics, and Strategies in Latin America and the Caribbean: A Review. 2009; Available at: <http://www.iadb.org/sds/doc/Rev2bEditedDisability-PolicyDudzikElwanMetts.pdf>. Accessed Junio/27, 2008.
- (15) Comité consultivo Nacional para personas con Discapacidad. Información estadística. 2009; Available at: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/discapacidad/estadistica.html>. Accessed Junio/6, 2008.
- (16) Muñoz Masini C. Evolución histórica de la discapacidad, concepto de discapacidad y nuevo enfoque CIF. 2009; Available at: http://www.plataforma.uchile.cl/fg/semestre2/_2003/integra/modulo1/clase2/textos/evol.htm. Accessed Septiembre/5, 2008.
- (17) Egea García C, Sarabia Sánchez A. Clasificaciones de la OMS sobre Discapacidad. 2009; Available at: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/ClasificacionesOMSDiscapacidad.pdf>. Accessed Noviembre/1, 2008.
- (18) Mesa Arango E. La incapacidad del Estado frente a la discapacidad de los colombianos. 1ª ed. Envigado - Antioquia: Masterpress Compañía Digital; 2005.
- (19) El comité de Rehabilitación ADN, Fundación Integrar, Instituto de Capacitación LOS ALAMOS, Con el aval del Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia. 4 Congreso internacional de discapacidad: Inclusión, compromiso de todos. 1ª ed. Medellín - Colombia: URYCO Ltda; 2008.
- (20) 54 Asamblea de la Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. 2nd ed.: OMS; 2001.

- (21) Parra Dussán C, Palacios Sanabria MT. Enfoques de derechos humanos en la política pública de Discapacidad. 2009; Available at: <http://www.usergioarboleda.edu.co/civilizar/revista13/Enfoque%20de%20derechos%20humanos.pdf>. Accessed Septiembre/ 15, 2008.
- (22) Ministerio de Salud de la República de Nicaragua. Discapacidad. 2009; Available at: <http://www.minsa.gob.ni/bns/discapacidad/docs/discapacidad/Discapacidad1.pdf>. Accessed Octubre/10, 2008.
- (23) Agamez Triana J, Arenas Quinatana B, Rodríguez Giraldo J, Restrepo Barrios H, Vanegas J, Vidarte j. Cuerpo Movimiento Perspectiva Funcional y fenomenológica. Comunidad académica de Manizales. 1ª ed. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales, Facultad de Fisioterapia; 2002.
- (24) Instituto Psicopedagógico Uruguayo. Discapacidad Uruguay: Portal de la discapacidad en Uruguay. 2009; Available at: <http://www.discapacidaduruguay.org/instituciones2.asp?ide=205>. Accessed Mayo/22, 2009.
- (25) Meillassoux C, Molina R. Antropología de la esclavitud: el vientre de hierro y dinero Siglo XXI. 1st ed.; 1990.
- (26) Martínez J, Cardona N. Caracterización de los factores sociodemográficos, ambientales y sanitarios del Municipio de El Retiro, 2003. 2009; Available at: http://guajiros.udea.edu.co/demografiaysalud/Documentos/caracterizacion_factores_sociodemograficos_amb_san_retiro_2003.pdf. Accessed Octubre/5, 2008.
- (27) Lugo Agudelo L, Salinas Durán F. Rehabilitación en Salud. 2nd ed. Medellín - Colombia: Universidad de Antioquia; 2008.
- (28) Universidad Católica Bolivariana. Análisis de la Resistencia al cambio en un supermercado. 2009; Available at: http://www.ucb.edu.bo/Publicaciones/Ajayu/volumen%202.2/Art2_Comp.htm. Accessed Mayo/22, 2009.
- (29) Montero Rojas E, Villalobos Palma J, Valverde Bermúdez A. Factores institucionales, pedagógicos, psicosociales y sociodemográficos asociados al rendimiento académico en la Universidad de Costa Rica: un análisis multinivel. Revista ELección de Investigación y EValuación Educativa (RELIEVE), v. 13, n. 2 2007 Octubre;13(2).

- (30) Rajmila L, Estrada M, Herdmana M, Serra-Suttona V, Gac Sanit JA. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. 2001;15(1):34-43.
- (31) José Alcalá Escriche. Elaboración y validación de un cuestionario reducido de la versión española del cuestionario de calidad de vida específico para la enfermedad inflamatoria intestinal. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Medicina; 2001.
- (32) Consiglio E, Bellosso W. Nuevos indicadores clínicos. la calidad de vida relacionada con la salud. Medicina (B Aires) v.63 n.2 Buenos Aires mar./abril 2003 2003;63(2):1-4.
- (33) Velarde Jurado E, Avila Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública Méx 2002; Vol. 44(4):349-361 2002;44(4):349-361.
- (34) Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud aspectos conceptuales. Cienc. enferm. v.9 n.2 Concepción dic. 2003 doi: 10.4067/S0717-95532003000200002 2003 Diciembre/28;9(2):9-21.
- (35) Yanguas Lazaun JJ. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. 2009; Available at: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/yanguas-analisis-01.pdf>. Accessed Mayo/3, 2009.
- (36) Fernández Ballesteros R, Izal M. Modelos ambientales sobre la vejez. anales de psicología, 1990, 6 (2), 181-198 1990;6(2):181-198.
- (37) Aranibar Munita P. Calidad de vida y vejez. 2009; Available at: www.ciape.org.br/artigos/CALIDADDEVIDAYVEJEZ%5B1%5D.doc. Accessed Mayo/3, 2009.
- (38) Villa Fernández N. Situación laboral de las personas con discapacidad en España. Revista Complutense de Educación Vol. 14 Núm. 2 (2003) 393-424. ISSN: 1130-2496 2003;14(2):393-424.
- (39) Prieto Florez ME, Fernández Mayorala G, Rojo Pérez F, Lardies Bosque R. Factores Sociodemográficos y de Salud en el bienestar emocional como dominio de Calidad De Vida De las personas mayores en la comunidad de Madrid. Revista Española de salud pública, Mayo - junio, año Vol. 82, número 003 2008 Mayo - Junio;82(003):301-313.

- (40) Duarte M, Santos JF, Boza R, Tejero M, Belmonte R, Muniesa JM, et al. Cuestionario de salud Short Form 36 en pacientes hemipléjicos a los 2 años postictus = Short form 36 health questionnaire in hemiplegic patients 2 years after stroke. 2006, vol. 21, no7, pp. 348-356 [9 page(s) (article)] 2006;21(7):348-356.
- (41) Lugo Agudelo LH. Plataforma Scienti. 2009; Available at: <http://200.25.59.34:8080/gruplac/jsp/visualiza/visualizagr.jsp?nro=0000000001748>. Accessed Mayo/3, 2009.
- (42) Vicent KA, Carr AJ, Scott DL. Construction and validation of a quality of life questionnaire for neuromuscular disease (INQoL). NEUROLOGY 2007;68:1051-1057 © 2007 American Academy of Neurology 2007;68:1051-1057.
- (43) Bahena Salgado Y, Bernal Márquez JN. Calidad de vida de los pacientes con paraplejia secundaria a lesión vertebral traumática. Acta Ortop Mex 2007; 21 (1): 3-7 2007;21(1):3-7.
- (44) Cardona D, Agudelo H. Satisfacción Personal Como Componente De La Calidad De Vida En Adultos de Medellín. Revista de Salud Publica.9 (4):541-549,2007. 2007;9(4):541-549.
- (45) Tuesca Molina R. La calidad de vida, su importancia y como medirla. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2005; 21:76-86 2005 Abril/8;21:76-86.
- (46) Oliveira Nieto M. Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico sociales. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL - BREF Y SF36. 2007; Available at: <http://hera.ugr.es/tesisugr/16679751.pdf>. Accessed Mayo/10, 2009.
- (47) Esteve M, Roca J. Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta. 2009; Available at: <http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/Artikulu/Vol108/m1081205.pdf>. Accessed Marzo/5, 2009.
- (48) Clemente M. Calidad de vida del paciente con dolor. 2009; Available at: http://www.institutferran.org/documentos/espeditest/libro_calidaddevidapacientesco ndolor.pdf. Accessed Mayo/5, 2009.
- (49) Fernández Rodríguez L. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en las esquizofrenias. 2002; Available at: http://www.revistahospitalarias.org/info_2002/03_169_04.htm. Accessed Agosto/5, 2009.

(50) René G, García R, García Pérez R, Hernández Sánchez M, Varona Pérez P, Bonet Gorbea M, et al. Calidad de vida relacionada con la salud de los expuestos activamente al tabaco. Cuba 2001. Rev Cubana Hig Epidemiol 2007;45(2) 2007 Enero/9;45(2).

(51) Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. 2009; Available at: http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&articuloid=13074370. Accessed Junio/6, 2008.

(52) Lugo LH, García H, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de salud SF -36. Medellín – Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública Vol. 24 N.º 2 julio-diciembre 2006 2006 Octubre/18;24(2):37-50.