



Caracterización de las personas con discapacidad matriculadas en instituciones de atención y rehabilitación, Sabaneta 2013.

Investigadora principal

María Alejandra Agudelo Martínez

Co-Investigadoras

María Adelaida Blanco Zabala
Paula Cristina Hernández Rodríguez
Tatiana Patricia Hincapié Agudelo
Leidys Tatiana Hurtado Lozano

Proyecto de investigación

**Convenio Universidad CES-UAM
Medellín
2013**

CONTENIDO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. PREGUNTA	8
4. ÁMBITO SOCIOCULTURAL	9
4.1. GEOGRAFÍA	9
4.2. FACTORES CONDICIONANTES	9
5. MARCO TEÓRICO	12
5.1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD	12
5.1.1. Modelos de discapacidad	12
5.2 CONCEPTO ACTUAL DE DISCAPACIDAD	14
5.1.2. Clasificación y tipos de discapacidad	15
5.3 DISCAPACIDAD EN AMÉRICA LATINA	17
5.4 DISCAPACIDAD EN COLOMBIA	19
5.5 DISCAPACIDAD EN ANTIOQUIA	20
5.6 LA DISCAPACIDAD DESDE LOS COMPONENTES DE SALUD, EDUCACIÓN, EMPLEO Y APOYO SOCIAL	21
5.6.1 Discapacidad y atención de salud	21
5.6.2 Habilitación/Rehabilitación	23
5.6.3 Discapacidad y trabajo	23
5.6.4 Discapacidad y educación	24
5.6.5 Discapacidad y apoyo social	25
5.6.5.1 Medición del apoyo social funcional	26
6. OBJETIVOS	27
6.1. OBJETIVO GENERAL	27
6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
7. METODOLOGÍA	28
7.1. TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO	28
7.2. POBLACIÓN	28
7.3 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	28
7.3.1 Fuentes de información	28
7.3.2 Técnica e instrumento de recolección de información	28
7.4 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS	29
7.5 PRUEBA PILOTO	31
7.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	31
7.7 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	31
7.8 PLAN DE ANÁLISIS	32
7.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS	32
8. ADMINISTRACION DEL PROYECTO	34
8.1 Cronograma	34
8.2 Presupuesto	35
8.3 Ficha técnica	39

9. BIBLIOGRAFÍA 40
ANEXOS..... 45

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado 1

Jurado 2

Medellín, Octubre de 2013

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según las más recientes estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, es decir, que alrededor del 15% de la población presenta esta condición. En América Latina se ha reportado que aproximadamente el 10% de la población total (85 millones) tiene algún tipo de discapacidad(1), cifra bastante alta y con tendencia al aumento, esto se puede confirmar mediante los resultados de diferentes encuestas a segmentos de población, ligados a las observaciones de investigadores experimentados, que además concluyen que en la mayoría de los países, por lo menos una de cada diez personas tiene una deficiencia física, mental o sensorial(2).

Para Colombia, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) del 2005, en el país hay aproximadamente 2,6 millones de personas con discapacidad, las cuales representan el 6,4% de la población colombiana(3), por cada 100 colombianos 43,5 tienen limitaciones permanentes, lo que refleja un incremento notable frente a la prevalencia del 1,8% según el censo del año 1993; informes más recientes como el de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2010, menciona que este porcentaje asciende al 7%, es decir, que más de 3 millones de colombianos viven en esta condición(4).

En Antioquia, el porcentaje de personas con discapacidad es aproximadamente el 6,5% de la población total. Actualmente 104 municipios del departamento han implementado el registro de localización y caracterización de la población con discapacidad; 81 municipios ya poseen la información sistematizada, encontrándose 46.117 personas con discapacidad(5).

Las cifras mencionadas van ligadas con la enorme repercusión social y económica que la discapacidad conlleva y las pocas opciones que en los últimos años se ha brindado a ésta población para favorecer al desarrollo integral y la inclusión social(3,6), esto en parte, por la carencia de datos fehacientes puesto que los estudios estadísticos sobre el tema son escasos, están desactualizados y son poco precisos; por ello, el trabajo en políticas o programas relacionados con la discapacidad se basa en datos estimados y, en ocasiones, bastante alejados de la realidad de los países(7).

Adicional a los datos anteriormente mencionados, informes a nivel mundial, regional y local han evidenciado las desventajas que experimentan las personas con discapacidad en componentes tan importantes como la atención en salud, la educación, el empleo y el apoyo social(8,9).

En este sentido, se ha observado que las personas con discapacidad tienen inferiores niveles de salud que la población en general, la necesidad no satisfecha de servicios de rehabilitación y habilitación, deficiente coordinación de los servicios, dotación insuficiente del personal y escasa competencia, lo que genera

consecuencias desfavorables para esta población, como limitaciones en las actividades, restricciones para la participación y baja calidad de vida(1,10).

En cuanto a la educación, se ha reportado que los niños con discapacidad tienen menos probabilidades que sus homólogos no discapacitados de ingresar en la escuela, permanecer en ella y superar los cursos sucesivos. El fracaso escolar se observa en todos los grupos de edad, tanto en los países de ingresos altos como bajos, pero con un patrón más evidente en los países más pobres(1), este aspecto es muy importante puesto que la educación es determinante para las perspectivas socioeconómicas, y para proveer la situación de empleo en el futuro(11).

Ciertamente, las personas con discapacidad tienen más probabilidades de estar desempleadas, y generalmente sus ingresos son menores cuando trabajan. La falta de oportunidades y pocas alternativas de desarrollo laboral y ocupacional que permitan el reconocimiento de habilidades y competencias de las personas con discapacidad son los factores que no permiten que se integren socialmente como personas productivas. Este es un tema que pone a prueba valores profundos de la sociedad, desde el punto de vista de la inclusión económica y social(1).

Finalmente, la falta de servicios sanitarios eficientes, la dificultad de acceso a la educación y al empleo y la falta de vida comunitaria aíslan a las personas con discapacidad y las hacen dependientes de otros, esto repercute directamente en la calidad de vida de las mismas personas con discapacidad, las cuales para alcanzar sus objetivos deben tener un apoyo procedente de los familiares o redes de apoyo, debido a las mismas barreras impuestas por la sociedad(1).

En la actualidad, no se cuenta con información sobre las características de las personas con discapacidad en el municipio de Sabaneta, ni en los principales centros de atención a esta población, dicha falta de información dificulta la prestación de un buen servicio de rehabilitación y habilitación que proporciona el profesional en fisioterapia, obstaculizando también la creación de programas, proyectos y políticas públicas en pro de este grupo poblacional, el cual se encuentra vulnerable, ya que si no se identifica el tipo de discapacidad más frecuente, las características comunes, la problemática, las necesidades y donde se debe hacer énfasis en la intervención, esto no permitirá la creación de estrategias fuertes y puntuales para así mejorar la calidad de vida de la población permitiendo la inclusión social y cultural, para mejorar en beneficio de las personas en situación discapacidad(12); de aquí surge la necesidad e importancia de realizar una descripción de las características de las personas con discapacidad desde los componentes de salud, educación, trabajo y apoyo social matriculadas en los centros de atención y rehabilitación del municipio de Sabaneta.

2. JUSTIFICACIÓN

La discapacidad se observa como una realidad que de acuerdo al contexto es compleja para la persona con esta condición, y dicha circunstancia excede cualquier situación o ámbito del entorno, al momento de abordar las condiciones y características de la misma. Esta puede determinar los modos de interacción entre el individuo y el contexto tanto social como ambiental, de acuerdo con sus condiciones de salud y los factores de su entorno inmediato(13).

Para conocer más sobre esta problemática, no es suficiente saber cuántas personas habitan un territorio, sino cómo satisfacen sus necesidades en aspectos básicos como la atención en salud, educación, empleo, entre otras, derivadas de esta situación. Así mismo, es importante conocer el entorno socio familiar y el apoyo social con que se tiene para afrontar diferentes situaciones que se presentan en la vida diaria a raíz de su condición.

Para la realización de estudios sobre discapacidad, es importante los objetivos y estrategias desde la atención en salud, la educación, el empleo y el bienestar familiar y psicosocial con las cuales se puedan dirigir acciones al fortalecimiento de las habilidades o potencialidades de estos individuos.

Según lo mencionado anteriormente, la realización de este estudio permitirá dar respuesta a la necesidad de información, mediante el reconocimiento de aspectos relevantes que podrán servir como base a futuras intervenciones e investigaciones en el marco de la política pública en discapacidad que actualmente esta propuesta en el plan de desarrollo 2012-2015 en el municipio de Sabaneta. Adicionalmente la descripción desde los componentes mencionados permitirá tener información para el trabajo fisioterapéutico que se lleva a cabo en los principales centros de atención en el municipio de Sabaneta, para así fomentar el diseño y la realización de planes de rehabilitación/habilitación claros y concisos referente a la atención adecuada de las personas con discapacidad (física, sensorial, intelectual y mental), contribuyendo a dar solución a las principales necesidades de esta población.

3. PREGUNTA

¿Cuáles son las características de las personas con discapacidad desde los componentes de salud, educación, trabajo y apoyo social matriculadas en las instituciones de atención y rehabilitación en el municipio de Sabaneta para el año 2013?

4. ÁMBITO SOCIOCULTURAL

4.1. GEOGRAFÍA

Sabaneta está situado al sur de la ciudad de Medellín, en el Valle de Aburrá, es una de las nueve regiones en las que se divide cultural y geográficamente el departamento de Antioquia. El municipio también llamado el rincón joven del Valle de Aburrá, es el municipio más pequeño de Colombia con 15 kilómetros cuadrados, está estratégicamente situado al sur, a 14 Km de la ciudad de Medellín. Tiene como vías de acceso: la Avenida Las Vegas, la Avenida el Poblado y la Autopista Sur. Se encuentra limitada con los municipios de Envigado, Itagüí, Caldas y la Estrella(14).

El municipio tiene zona urbana y rural. El 67% de su territorio es urbano, se caracteriza por ser plano y se divide en 31 barrios, la zona semiurbana y rural representa las dos terceras partes del territorio. Está conformada por 6 veredas: Pan de Azúcar, Cañaveralejo, San José, la Doctora, las Lomitas y María Auxiliadora; las cuales ocupan 10 kilómetros cuadrados de su territorio y desde las cuales se divide el Valle de Aburrá(12,14).

Según el DANE en el censo de 2005, Sabaneta tenía una población de 44.820 habitantes. El municipio contaba con una densidad poblacional de aproximadamente 2.988 habitantes por kilómetro cuadrado. El 47,2% de la población son hombres y el 52,8% mujeres(15).

Según las cifras de la Gobernación de Antioquia basadas en la encuesta de Calidad de Vida 2004, el estrato socio-económico de mayor porcentaje en Sabaneta es el 3 (medio-bajo) con el 57,3% del total de viviendas del municipio. El estrato 2 (bajo) es el segundo de mayor proporción con un 35,8%, le siguen el 4 (medio) con 4,8%, después se encuentra el 1 (bajo-bajo) con un 1,6%. Los estratos más altos 5 (medio-alto) y 6 (alto) obtienen un 0,4% y 0,1% respectivamente(15).

4.2. FACTORES CONDICIONANTES

- **Afiliación a salud**

En cuanto al sistema de salud, el marco del sistema general de seguridad social en salud y las entidades territoriales requieren implementar acciones que permitan fortalecer el sistema, entre estas actividades se encuentran, un adecuado fortalecimiento del sistema de vigilancia y control del aseguramiento en salud

incluyendo no sólo a la población vinculada y subsidiada, sino también a la población contributiva(10).

Actualmente con la secretaría de salud, el municipio viene desarrollando procesos de vigilancia y control de la contratación no sólo del régimen subsidiado sino también a la contratación realizada para implementación del plan de salud territorial y de la población vinculada, además, se adelantan acciones para la depuración de la base de datos del régimen subsidiado, mediante diferentes estrategias, aparte de identificar la población afiliada al régimen contributivo(12).

- **Fuerza laboral**

Aunque durante los últimos años el municipio de Sabaneta ha empezado a generar espacios de participación dentro del plano subregional y local para la reflexión sobre el futuro de su economía y de su desarrollo competitivo, aún no hay un esquema consolidado y fortalecido de programas, mecanismos y herramientas orientadas a la renovación del modelo productivo y al aprovechamiento de las nuevas tendencias de asociatividad con el fin de lograr una inserción dinámica de los sectores productivos locales dentro de la realidad actual del mercado global(12).

- **Educación**

El servicio educativo oficial de Sabaneta se canaliza en 8 instituciones educativas, que son: María Auxiliadora, Presbítero Antonio Baena Salazar, Primitivo Leal la Doctora, Concejo de Sabaneta, María Mediadora, Adelaida Correa Estrada, José Félix de Restrepo y Rafael J. Mejía. En la actualidad, dichas instituciones tienen un total de 6.948 estudiantes, 243 docentes y directivos docentes(12).

El 76,8% de la población en cabecera de 3 a 24 años asiste a un establecimiento educativo formal. En lo referente al analfabetismo, el 3,6% de la población de 5 años y más y el 2,3% de 15 años y más, no sabe leer ni escribir y en cuanto al nivel educativo, el 27,8% de la población ha alcanzado el nivel básica primaria; el 40,4% ha alcanzado secundaria y el 21,3% el nivel superior y postgrado. La población residente sin ningún nivel educativo es el 3,6%(15).

- **Discapacidad**

De acuerdo con el DANE, para el año 2010, Sabaneta contaba con 1.220 personas con algún tipo de discapacidad, en este grupo se encuentran las personas con discapacidad física como personas en sillas de ruedas o que les falte alguna parte del cuerpo; discapacidad sensorial como las personas invidentes; y discapacidad cognitiva, los que sufren de síndrome de Down o que tienen retardo desde leve hasta severo; la prevalencia de limitaciones permanentes por sexo en Sabaneta son: mujeres con el 3,9% y el de los hombres con el 4,7%(15).

En la actualidad, el municipio tiene entre sus habitantes niños, niñas, jóvenes y adultos con discapacidad, algunos de ellos reciben atención y rehabilitación en el Centro de Atención Integral a Personas con Discapacidad (CAIPD) de la Secretaría de Familia y Bienestar Social, en la Unidad de Atención Integral (UAI) de la Secretaría de Educación y Cultura, y en los Andes (institución privada)(12).

En la actualidad el CAIPD presta servicios de estimulación temprana, RBC (Rehabilitación Basada en la Comunidad), acompañamiento e intervención familiar, hidroterapia, semilleros deportivos en baloncesto, microfútbol y natación, formación en el modelo de competencias mediante actividades en talleres productivos como: la elaboración de velas, madera, manualidades, huerta y papel artesanal; también intervención individual o grupal de profesionales en las áreas de fonoaudiología, educación especial, fisioterapia y psicopedagogía. Además desarrollan programas dirigidos para la comunidad, como lo son: el programa de cuidadores, hidrogimnasia y el programa de adulto mayor. En el centro se encuentran matriculados 129 usuarios, de todas las edades, que van desde recién nacidos hasta grupo de adultos mayores; con diversas patologías como: parálisis cerebral, síndrome de Down, autismo, hiperactividad, retardo mental, microcefalia, hidrocefalia, síndrome de Prader Willi, síndrome de Dandy Walker, lesión medular, deficiencias visuales, deficiencia auditiva y problemas en la comunicación y el lenguaje(12).

La Secretaría de Educación y Cultura atiende a la población con discapacidad que asiste a las instituciones educativas públicas, a través del UAI, donde se trabaja con un equipo interdisciplinario. En la actualidad se encuentran matriculados 257 usuarios con diversas y múltiples patologías, como: sordera, hipoacusia o baja audición, ceguera, parálisis cerebral, lesión neuromuscular, retardo mental, síndrome de Down(12).

Los Andes es una entidad privada dirigida al acompañamiento y educación constante de las personas con discapacidad, ofrece servicios de educación especial, cultura y arte, educación física y psicología. En el centro se encuentran matriculados 23 usuarios mayores de los 10 años y el tipo de discapacidad que más prevalece es de tipo cognitivo.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD

A lo largo del desarrollo de la humanidad, y tal vez como consecuencia del mismo, las ideas sobre las personas con discapacidad se han modificado sustancialmente. Las tradiciones y creencias han jugado un papel importante, así como el avance de las ciencias en sus distintas expresiones, al mismo tiempo que se enriquecieron los enfoques de intervención(16).

Por muchos años la discapacidad fue tratada como un problema exclusivo del sector de la salud, inicialmente las personas con discapacidad fueron consideradas individuos con defectos físicos y mentales; posteriormente el término cambia y aparece el concepto de invalidez que se definió como la dificultad para realizar actividades que según la edad, sexo y entorno social se consideran básicas para la vida diaria, este concepto se mantiene hasta la década de los 70(17).

El concepto de discapacidad ha sufrido grandes cambios a lo largo de la historia; durante los últimos años, el cual se ha ido modificando, ha pasado de tener una perspectiva paternalista y asistencial de la discapacidad, que miraba a la persona como un ser ~~%~~ dependiente y necesitado+, a un nuevo enfoque, que contempla a la persona con discapacidad como un individuo con habilidades, recursos y potencialidades(18).

En la actualidad es posible hallar concurrencia de diferentes perspectivas y enfoques sobre discapacidad en cada país. Ello es debido no sólo a las diferentes culturas, sino también a los diferentes niveles de compromiso de entidades, gobiernos y ciudadanos para crear entornos accesibles. Sin embargo, en 2001, la OMS, con el objetivo de ofrecer una mayor unificación del concepto de discapacidad, establece la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Salud (CIF). Donde se habla de discapacidad desde 3 términos, funcionamiento, discapacidad y salud, temas que se desarrollaran más adelante (19).

5.1.1. Modelos de discapacidad

Los diferentes modelos explicativos de la discapacidad que han ido surgiendo a lo largo de la historia y los elementos conceptuales esenciales de los mismos han ejercido en los modos y formas de comprender y catalogar las discapacidades y en las respuestas que las instituciones y el conjunto de la sociedad han dado, estos in'uyen en la elaboración de un sistema de clasi, cación de las discapacidades y en la política sanitaria y social(17).

Basado en lo anterior, el modelo médico-biológico considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o

condición de salud, quien requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. La atención sanitaria se considera la cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modi, car y reformar la política de atención en salud(20).

En contraposición al modelo médico-biológico se sitúa el modelo social que postula que la discapacidad no es solo la consecuencia de los déficits existentes en la persona, sino la resultante de un conjunto de condiciones, actividades y relaciones interpersonales, muchas de las cuales están motivadas por factores ambientales. Se plantea además, que aún cuando en la discapacidad hay un substrato médico-biológico, lo realmente importante es el papel que en la expresión de dicho substrato juegan las características del entorno, fundamentalmente del entorno creado por el hombre(21).

El modelo político activista o de las minorías colonizadas es una extensión del modelo social, este incorpora las luchas ~~pro~~ derechos+ de las personas con discapacidades. En ellas se defiende que el individuo con discapacidad es miembro de un grupo minoritario que ha estado sistemáticamente discriminado y explotado por la sociedad. Defienden los activistas de la discapacidad, que las limitaciones con las que se enfrentan las personas con discapacidades, en términos de educación, empleo, transporte, alojamiento, entre otros, no son en realidad la consecuencia de su problema médico sino la resultante de las actitudes de la población, y del abandono socio-político en el que se encuentran(22).

Frente a estos dos modelos contrapuestos surge el modelo bio-psico-social. Este es la visión integradora de los modelos descritos, sobre todo de los opuestos: el médico y el social, es por el que apuesta la CIF. Intenta conseguir una síntesis, proporcionando una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social, que sustentan la discapacidad, y así poder desarrollar políticas y actuaciones dirigidas a incidir de manera equilibrada y complementaria sobre cada uno de ellos(17,21).

Por último se plantea un modelo universal, el cual establece que se debe ir desde una lucha para superar la marginación y la discriminación de unas minorías colonizadas en búsqueda de sus derechos hacia un planteamiento en el que la discapacidad sea un fenómeno universal y para el cual todos estén en posición de riesgo. Por lo tanto, sin desconocer los logros de los grupos minoritarios, se debe buscar un planteamiento universal, este modelo dice que todos los seres humanos tienen capacidades y falencias. Ningún ser humano posee todas las habilidades que le permitan adaptarse a las diversas demandas que la sociedad y su entorno le plantean(23).

5.2 CONCEPTO ACTUAL DE DISCAPACIDAD

Según la OMS, discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive(1).

En el año 2001, la OMS publicó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y la Salud (CIF) con la finalidad de describir el proceso del funcionamiento y la discapacidad. En la Figura 1 se visualiza el nivel actual de conocimiento sobre la interacción entre los diferentes componentes de la CIF. De acuerdo con ese diagrama, 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, dentro de estos elementos se encuentran los ambientales y los personales. Existe una interacción dinámica entre estos elementos: las intervenciones en un elemento tienen el potencial de modificar uno o más de los otros elementos, estas interacciones son específicas y no siempre se dan en una relación recíproca predecible. La interacción funciona en dos direcciones; la presencia de la discapacidad puede incluso modificar a la propia condición de salud. Puede resultar razonable inferir una limitación en la capacidad por causa de uno o más déficits, o una restricción en el desempeño/realización por una o más limitaciones. Sin embargo, es importante recoger datos de estos constructos, independientemente, y desde allí explorar las asociaciones y los vínculos causales entre ellos. Si la experiencia completa en la salud se ha de describir globalmente, todos los componentes son útiles(13).

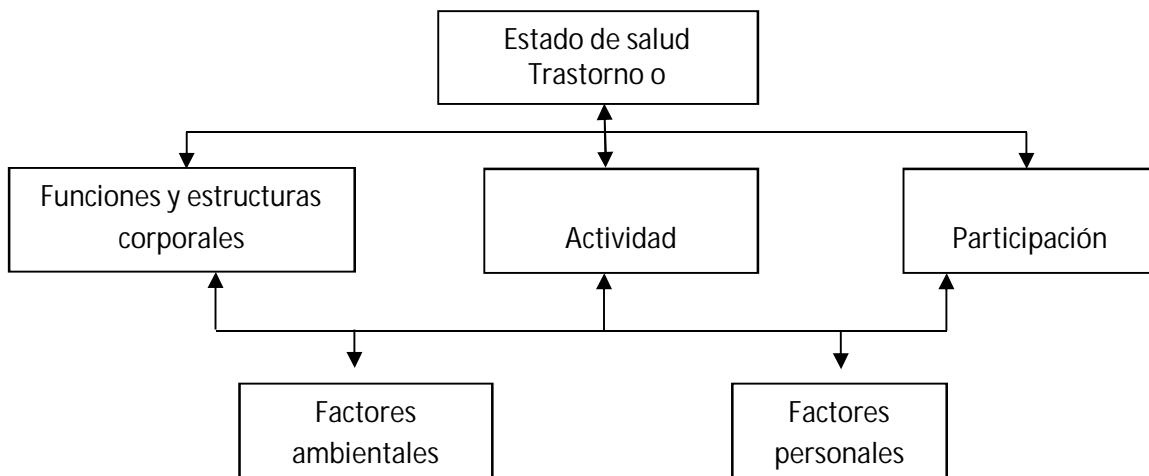


Figura 1: Interacciones entre los componentes de la CIF

El concepto y el proceso en mención son los más utilizados a nivel mundial, pero es importante resaltar, que la discapacidad se caracteriza por excesos o defectos en relación con la conducta o actividad que, normalmente, se espera y pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles, progresivos o regresivos. Lo normal es que sea consecuencia directa de una de, ciencia pero también puede ser respuesta, sobre todo de carácter psicológico, del sujeto a una de, ciencia física, sensorial o de otro tipo(21).

5.1.2. Clasificación y tipos de discapacidad

Dentro de la experiencia de la salud, una deficiencia es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. La pérdida o disminución de una función puede ser temporal o permanente; congénita o adquirida. Todas esas posibilidades tienen como resultado una variedad de escenarios funcionales(7).

- **Discapacidad temporal:** es el cuadro agudo de la enfermedad o lesión que presenta una persona y este le impida desempeñar sus actividades por un tiempo determinado(24).
- **Discapacidad permanente:** se presenta cuando no hay recuperación en la integridad de la capacidad afectada(25).
- **Discapacidad congénita:** es aquella que se manifiesta desde el nacimiento, producida por un trastorno durante el desarrollo embrionario o durante el parto. Puede ser consecuencia de una afección hereditaria o de factores ambientales(26).
- **Discapacidad adquirida:** la discapacidad adquirida va asociada a distintas causas: accidentes, traumas, violencia, intoxicaciones por medios ambientales o medicamentosos, problemas conductuales (atentar contra la vida) y/o sociales (alcoholismo, drogadicción). Además hay discapacidades causadas por enfermedades discapacitantes como: tumores, infecciones, procesos degenerativos, problemas hormonales y metabólicos, entre otros(26).

Toda discapacidad tiene su origen en una o varias deficiencias funcionales o estructurales de algún órgano corporal, y en este sentido se considera que cualquier anomalía de un órgano o de su función tiene un resultado discapacitante. Partiendo de esta distinción básica promovida por la OMS a través de la CIF, se pueden identificar numerosas clases de deficiencias asociadas a las distintas discapacidades(27). Según el plan de desarrollo de Sabaneta 2012-2015 y la CIF se pueden categorizar en cuatro tipos: discapacidad física, sensorial, intelectual y mental.

- **Discapacidad física**

La discapacidad física se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectadas son los brazos y/o las piernas(23,29). Según la causa de la discapacidad física, la parte neurológica también puede afectarse; en estos casos, se dice que hay una deficiencia neuro-motora. Algunas personas podrán tener dificultades para hablar, para andar, para ver, para usar las manos u otras partes del cuerpo, o para controlar sus movimientos(30).

- **Discapacidad sensorial**

Dentro de la discapacidad sensorial, están incluidas las personas con discapacidad visual y auditiva.

Las personas con discapacidad visual son aquellas que tienen ceguera, que es la ausencia total de percepción visual, incluyendo la sensación luminosa o aquellas que presentan debilidad visual, es decir, la reducción significativa de la agudeza visual en un grado tal, que aún empleando apoyos ópticos, no pueden actuar de manera independiente(28).

La discapacidad auditiva es la carencia, deficiencia o disminución de la capacidad auditiva; a las personas que perciben sonidos en grado variable y que en algunas ocasiones pueden utilizar aparatos auditivos, se les denomina personas hipoacúsicas y a las que no perciben absolutamente ningún sonido se les llama personas sordas totales(28).

- **Discapacidad intelectual**

La discapacidad intelectual o cognitiva, se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual (razonamiento, planificación, solución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, aprender con rapidez y aprender de la experiencia) como en conducta adaptativa (conceptuales, sociales y prácticas), que se han aprendido y se practican por las personas en su vida cotidiana. Restringiendo la participación comunitaria y en estrecha relación con las condiciones de los diferentes contextos en que se desenvuelve la persona. Esta discapacidad aparece antes de los 18 años(28).

- **Discapacidad mental**

Según la OMS, la deficiencia mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada etapa del desarrollo y que afectan a nivel global la inteligencia: las funciones cognitivas, del lenguaje, motrices y la socialización(31). A las personas con discapacidad mental se les marca con un estigma, se considera que no son capaces de ejercer su capacidad jurídica, no se

les toma en cuenta para su tratamiento e incluso se vulneran sus derechos con internamientos psiquiátricos involuntarios(28).

5.3 DISCAPACIDAD EN AMÉRICA LATINA

La discapacidad en América Latina es un tema complejo de gran repercusión social y económica, pero del que se carece de datos verdaderos. Los estudios son escasos, desactualizados y por ende poco precisos. Las tendencias actuales señalan un aumento cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles, y por causas externas. Sin duda alguna, los conflictos armados, los accidentes de todo tipo, el uso y abuso de alcohol y drogas, y la violencia social son también causas de discapacidad. Además de que la población ha envejecido a un ritmo acelerado como consecuencia del descenso de las tasas de natalidad y el aumento de la esperanza de vida. En América las personas que presentan algún tipo de discapacidad sin distinción de clase social, raza, cultura, género, edad y condición económica demandan de la sociedad el derecho a una vida en igualdad de condiciones; esto se traduciría en el acceso equitativo a los servicios de salud, educativos, ocupacionales y recreativos, así como en el ejercicio de sus derechos, civiles y de otro tipo, para tener una vida digna y de buena calidad, además de participar plenamente en la sociedad y contribuir al desarrollo socioeconómico de su comunidad(7).

Según un estudio realizado por el Banco Mundial, en 2009, en América Latina y el Caribe (ALC), aproximadamente el 10% de la población vive con algún tipo de discapacidad, de este porcentaje entre el 20% y 30% de los niños con discapacidad asisten a la escuela. Entre el 80% y 90% de estas personas están desempleadas y aquellos que sí tienen trabajo reciben salarios muy bajos o ninguna compensación monetaria, además la mayor parte de esta población no tiene acceso a servicios de salud y no dispone de acceso físico a los edificios que albergan estos servicios(32).

Según los datos de la ronda censal 2010, la prevalencia de la discapacidad en América Latina varía desde 5,1% en México hasta 23,9% en Brasil, mientras que en el Caribe el rango oscila entre 2,9% en Bahamas y 6,9% en Aruba. En total, cerca de 12% de la población latinoamericana y caribeña viviría con al menos una discapacidad, lo que involucra aproximadamente a 66 millones de personas, según cifras recogidas de distintas fuentes estadísticas de la región(32).

La ausencia de políticas públicas integrales y la falta de recursos son dos de los principales obstáculos que enfrentan las personas con discapacidad en ALC para ejercer sus derechos(32). Algunos estudios realizados toman en cuenta datos de este grupo poblacional para la generación de estas políticas y para beneficio de las personas con discapacidad. En Argentina se tomó la caracterización como fuente de información del estudio llamado "América Latina: la medición de la discapacidad a partir de los censos y fuentes alternativas" realizado por Susana Schkolnik (2010), que tuvo como objetivo principal difundir ciertos antecedentes

relevantes para contribuir a una mejor medición de la discapacidad en las personas, la cual fue útil para avanzar en la adopción de una definición más homogénea y comparable entre los países de la región, con un enfoque más orientado a las políticas públicas(33).

El estudio consistió en analizar las características demográficas y socioeconómicas de las personas con discapacidad para identificar las demandas de salud y sociales, así como un análisis de los antecedentes sobre la medición de la discapacidad en los países de América Latina, a partir de los censos en las diversas fuentes de datos en la región, con especial énfasis en los censos de población. El estudio concluyó que para formular un conjunto de políticas y medidas legales que legitimen los derechos de las personas con discapacidad, es necesario que existan censos actualizados que permitirán obtener información confiable para el diseño de programas de inclusión de esta población en todas las actividades sociales, en condiciones de igualdad de oportunidades con aquellas personas que no tienen esas características y así las políticas estarían orientadas a mejorar la situación de las personas con discapacidad para su inclusión social(33).

Otro estudio realizado en Argentina por María Cecilia Rodríguez Gauna (2001) con el Instituto Nacional de Estadística y Censos de Argentina (INDEC) fue acerca del diagnóstico de discapacidad, donde se presentaron las características de la Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad realizada en este país. El objetivo del estudio fue presentar la potencialidad de la encuesta para caracterizar la población con discapacidad. La metodología de este estudio fue a través de una pregunta en la cédula censal del 2001, en los hogares con al menos una persona con discapacidad, y luego se realizó la encuesta complementaria de esta población, al año siguiente. Se concluyó que los datos de la encuesta brindan el total de personas con discapacidad según tipo de discapacidad y dan un conjunto de indicadores que permiten describir a esta población según sus características sociodemográficas, situación conyugal, educación, empleo, fecundidad y todos aquellos aspectos específicos de la discapacidad, además que esta información serviría como fuente de información válida y confiable para generar políticas públicas y privadas en relación con las personas con discapacidad(34).

A partir de estos estudios se concluye que describir a la población con discapacidad y sus características más relevantes es de gran importancia para el planteamiento y ejecución de políticas públicas que sirvan para el cumplimiento de sus derechos y el reconocimiento de la igualdad.

5.4 DISCAPACIDAD EN COLOMBIA

En Colombia se han realizado 5 estudios con el objetivo de conocer los datos epidemiológicos de la discapacidad en el país, ellos son:

- El censo de 1993 donde se encontró una prevalencia de 1,85% de personas con discapacidad.
- El estudio de la Universidad Javeriana, la Vicepresidencia de la República para el Sistema Nacional de Información en 1995
- El Ministerio de Educación Nacional en Colombia (MEN) en convenio con el DANE (2002-2003) los cuales hallaron una prevalencia de 23,6% de esta población
- El Registro para la Localización y Caracterización de la Personas con Discapacidad (RLCPD) iniciado el año 2003 hasta el 2010 por el DANE y en este hubo una prevalencia del 2% de personas con discapacidad.

Finalmente en el censo general del 2005, la prevalencia de la discapacidad en Colombia es del 6,3%, la mayoría de las personas desconocen la causa y la atribuyen a alguna enfermedad, la mayor parte de estas son de tipo física y visual, en cuanto a las causas, la principal se debe a enfermedad y en segundo lugar al envejecimiento (35).

A partir del censo poblacional junto con el registro para localización y caracterización de las personas con discapacidad, se conoció cuáles eran las necesidades para establecer una estrategia importante y proyectar sus indicadores socio demográficos en la población, incluyendo aquella con alguna condición de discapacidad. Se encontraron barreras tanto físicas como actitudinales, a pesar de la numerosa normatividad que promueve la participación, la inclusión y la igualdad de condiciones, haciendo énfasis en los derechos de participación social, familiar y comunitaria(9).

Adicionalmente, la Fundación Saldarriaga Concha realizó una investigación llamada "Discapacidad en Colombia: Retos para la inclusión en Capital Humano", en la que utiliza el registro como una herramienta que busca complementar y actualizar la información sobre la discapacidad, con el fin de hacer posible el disfrute pleno de los derechos de las personas con discapacidad. También se observó en el estudio con preocupación que a pesar de la extensa normatividad y las diferentes actividades desarrolladas para mejorar la atención de las personas con discapacidad, se encuentran aún barreras actitudinales y físicas que les impiden participar en la vida familiar, social y comunitaria, tampoco tienen la oportunidad para disfrutar plenamente de sus derechos. Se mencionan los obstáculos que están presentes en la actitud que hacia ellos manifiestan las demás personas con respecto a su condición de discapacidad, los estereotipos,

los prejuicios y las prácticas nocivas afectan en gran manera, apartan, marginan, excluyen(9).

Estos datos reflejan que la situación de las personas con discapacidad en Colombia es preocupante y poco ha cambiado en los últimos años. Hay una prevalencia alta de esta población con 2.624.898 en 2005 sin información válida sobre las consecuencias en salud como morbilidad, mortalidad, integración escolar, laboral, participación social y accesibilidad. Más del 70% de las personas con discapacidad tienen un seguro de salud, sin embargo, sólo ha accedido algún servicio de rehabilitación alrededor del 11%(35).

5.5 DISCAPACIDAD EN ANTIOQUIA

En el censo de población y vivienda de 1993, el departamento de Antioquia reportó un total de 101.594 personas con deficiencias severas, para una prevalencia del 2,3%; en el censo de 2005 se identificaron 329.977 con limitaciones permanentes, censadas en hogares particulares, para una prevalencia del 5,9%; según los resultados obtenidos con la aplicación del RLCPD, se han registrado 76.145 personas con discapacidad, faltan 253.832(5).

Actualmente 104 municipios del departamento han implementado el registro de localización y caracterización de la población con discapacidad, 81 municipios ya cuentan con la información sistematizada encontrándose 46.117 personas con discapacidad, de las cuales el 78% pertenecen a los niveles 1 y 2 del Sisbén, el 44% es analfabeto, sólo el 15% está incluida laboralmente y el 22% recibe servicios de rehabilitación(5).

Los tres tipos de alteraciones más frecuentes en la población con discapacidad del departamento de Antioquia son las relacionadas con: la función motora del cuerpo, manos, brazos, piernas (35,5%); con el sistema nervioso (31,9%); con el sistema cardiorrespiratorio (10,5%), con los ojos (9,6%), con los oídos (4,5%). Las alteraciones relacionadas con los órganos de los sentidos del olfato, el tacto y el gusto son las menos frecuentes con un porcentaje del 0,2%. Al realizar la observación por subregión se encuentra que en el Bajo Cauca, Magdalena Medio, Nordeste, Occidente y Urabá, el tercer tipo de alteración más frecuente deja de ser las relacionadas con el sistema cardiorrespiratorio y las defensas, para dar paso a las alteraciones de los ojos. En las subregiones restantes el comportamiento del tipo de alteraciones más frecuentes es el descrito inicialmente(36).

El Valle de Aburrá es la subregión con mayor número de casos de personas con discapacidad, equivalente al 58,9% del total de casos identificados en el departamento; seguido de la subregión de Oriente (10,8%) y de Suroeste (8%); es por esta razón que cuando se hace el análisis por cada uno de los tipos de alteraciones permanentes, se nota que estas tres subregiones son las que más aportan al total de casos(36).

Aunque se han realizado esfuerzos para obtener y sistematizar información, las investigaciones citadas sobre el tema concluyen que estas cifras evidencian las pocas opciones que en los últimos años se han brindado a la población con discapacidad para favorecer su desarrollo integral y la inclusión social, creando limitaciones de orden social y económico en estos individuos, su familia y la comunidad y demuestran aún más la importancia de tener para el municipio de Sabaneta datos claros y concisos para la implementación de políticas que promuevan los derechos de las personas con discapacidad.

5.6 LA DISCAPACIDAD DESDE LOS COMPONENTES DE SALUD, EDUCACIÓN, EMPLEO Y APOYO SOCIAL

El concepto de discapacidad desde los componentes de atención en salud, empleo, educación y apoyo social, permite conocer como percibe su vida una persona desde los diferentes ambientes donde se desenvuelve(7). A través de datos estadísticos se ha evidenciado como las personas con discapacidad en todo el mundo tienen inferiores resultados sanitarios (programas de rehabilitación, promoción y prevención , personal capacitado, servicio especializado), bajos resultados académicos, una menor participación económica, unas tasas de pobreza más altas que las personas sin discapacidad y unas necesidades sociales básicas insatisfechas(37).

En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios que muchos consideran obvios, en particular la salud, la educación y el empleo, componentes que son necesarios para contribuir a la calidad de vida de cualquier ser humano(1).

5.6.1 Discapacidad y atención de salud

Todos los seres humanos tienen derecho a gozar de un buen estado físico y mental, es decir, de un entorno que procure bienestar e independencia para desarrollar todas las capacidades de manera digna e integral. En las personas con discapacidad este derecho significa la posibilidad de acceder de manera eficiente y oportuna a los servicios de salud y rehabilitación, sin ningún tipo de discriminación por motivo de su condición(37).

El número de personas con discapacidad está aumentando a consecuencia del incremento del número de casos de enfermedades crónicas, traumatismos, accidentes de tránsito, caídas, violencia, así como por otras causas, entre ellas el envejecimiento. La mayoría de esas personas tiene condiciones de vida deficientes y carecen de acceso a servicios que atiendan sus necesidades básicas, por ejemplo servicios de rehabilitación(37).

La falta de programas de prevención y detección temprana impide, en ocasiones, evitar la discapacidad o que esta empeore. Además, la falta de asistencia especializada perjudica a la persona con discapacidad en muchas ocasiones. Sumado a ello, el personal general de salud capacitado en rehabilitación es muy escaso y esto determina que la asistencia médica no sea idónea(10).

Las personas con discapacidad suelen requerir un amplio espectro de servicios, desde intervenciones relativamente sencillas y baratas hasta intervenciones complejas y costosas. Los datos sobre las necesidades tanto satisfechas como insatisfechas son importantes para las políticas y los programas. Es posible que las necesidades de apoyo insatisfechas estén relacionadas con actividades cotidianas, como el cuidado personal, el acceso a la asistencia y el equipamiento, la participación en la educación, el empleo y las actividades sociales, y las modificaciones en el hogar o el lugar de trabajo(1).

Esta población tienen una mayor demanda de asistencia sanitaria que quienes no padecen discapacidad, y también tienen más necesidades insatisfechas en esta esfera. Por ejemplo, en una encuesta reciente acerca de personas con trastornos mentales graves, se observó que entre un 35% y un 50% de estas personas en países desarrollados y entre un 76% y un 85% en países en desarrollo no recibieron tratamiento en el año anterior al estudio(38).

Varios países en desarrollo han llevado a cabo estudios nacionales o encuestas representativas sobre las necesidades insatisfechas de las personas con discapacidad en categorías generales de servicios. Los estudios revelaron déficits importantes en el suministro de servicios para las personas con discapacidad y necesidades insatisfechas particularmente elevadas en el caso de las siguientes categorías: bienestar, dispositivos asistenciales, educación, formación profesional y servicios de orientación psicológica(1).

En Colombia, se observan desigualdades en el acceso a la seguridad social, según el censo general del 2005 se encuentra el siguiente paralelo, el 9,0% de la población con limitaciones permanentes reportó estar afiliada al instituto de seguros sociales (ISS) mientras el 6,0% de las personas sin restricciones se encuentra en régimen especial; el 35,3% de las personas sin una condición de salud tienen una afiliación en otra empresa prestadora de servicio de salud (EPS-contributivo) siendo superior al 26,5% para quienes tienen limitaciones, en una administradora de riesgos de salud (ARS-subsidiado) está el 39,4% de las personas sin limitaciones, y el 47,3% de población con limitaciones; y el 14,0% de las personas con limitaciones no están afiliados (9).

En conclusión las personas con discapacidad son quienes menos atención en salud reciben, evidenciándose la violación de sus derechos al verse reducido su acceso a la salud, donde se niegan exploraciones médicas o tratamientos terapéuticos que puedan ayudar a las necesidades de estas personas.

5.6.2 Habilitación/Rehabilitación

La rehabilitación y la habilitación son procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social. Esta abarca un amplio abanico de actividades, como atención médica fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje, terapia ocupacional y servicios de apoyo(39).

Para los profesionales en salud especialmente para los fisioterapeutas, contar con información oportuna respecto a las características acerca del origen y desarrollo de la discapacidad, atención en salud, educación, trabajo y apoyo social, facilita elaborar planes de intervención adecuados al tipo de discapacidad, lo que se ve reflejado en un mejor servicio.

5.6.3 Discapacidad y trabajo

El trabajo digno, de calidad, y en igualdad de condiciones, es el modo más efectivo de romper el círculo vicioso de la marginalización, pobreza y exclusión social. Las personas con discapacidad se ven atrapadas en este círculo con frecuencia, y deben afrontar barreras al obtener un empleo o al asumir su papel en la sociedad. El programa de discapacidad de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) promueve la igualdad de oportunidades y trato para las personas con discapacidad en readaptación profesional, capacitación y empleo. La OIT calcula que en el mundo existen alrededor de 386 millones de personas con discapacidad en edad productiva de los cuales solo el 13% tienen acceso al trabajo, lo que influye directamente en el aumento de la pobreza. Afirma que son personas con potencial para incluirse en el mercado laboral y contribuir al desarrollo de sus países como empleados, trabajadores independientes o empresarios, sin embargo, la mayoría de ellas están desempleadas(20,40).

Generalmente las mujeres y los hombres con discapacidad pueden y quieren ser miembros productivos de la sociedad. Tanto en los países desarrollados como en desarrollo, la promoción de sociedades más inclusivas y de oportunidades de empleo para personas con discapacidad requiere un mejor acceso a la educación básica, formación profesional acorde con las necesidades del mercado de trabajo y puestos de trabajo adecuados a sus capacidades, intereses y habilidades, con adaptaciones, según sea necesario. Muchas sociedades también están reconociendo la necesidad de derribar otras barreras, haciendo que el entorno físico sea más accesible, proporcionando la información en una variedad de formatos, y combatiendo las actitudes y suposiciones erróneas sobre las personas con discapacidad(41).

Bergamaschi, en su artículo de revista denominado "Discapacidad y trabajo: la aptitud para el juicio laboral"(41), confirma la gran cantidad de personas con discapacidad en edad productiva que hay desempleadas y como la falta de una

adecuada evaluación de la capacidad de la persona y un análisis de la tarea de trabajo y el lugar de trabajo no son incluidas en el ámbito laboral. Además afirma que la integración en el trabajo es posible, sin necesidad de ningún tipo de disminución de la productividad(41).

Es difícil identificar las verdaderas razones por las que hay mayor índice de desempleo, menos inclusión laboral en las personas con algún tipo de discapacidad, debido a que en muchas ocasiones la discriminación hacia esta población y la falta de acompañamiento aún concierne un problema grave a nivel social(9), todo esto se debe a la falta de información e investigaciones que revelen las causas que hoy en día dificultan que las personas con discapacidad, tengan oportunidades adecuadas junto con adaptaciones y apoyo para la inserción ocupacional(42).

El reto es lograr una mayor inclusión al trabajo de personas que tienen capacidades diferentes y que enfrentan impedimentos para participar en igualdad de condiciones en la sociedad(42). Por ello, el acceso al mercado laboral y por lo tanto la inclusión social de las personas con discapacidad es una problemática latente en el contexto actual de la sociedad, y aunque en los últimos años se ha avanzado en el diseño de políticas públicas y estrategias en el sector privado, aún falta parte del camino por recorrer para poder hablar de igualdad de condiciones y equiparación de oportunidades(20).

5.6.4 Discapacidad y educación

Las personas con discapacidad presentan, en comparación con la población general, importantes carencias educativas. Según la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (1999), un 35% de las personas con discapacidad entre 10 y 64 años no habían terminado los estudios primarios(43).

Desde una perspectiva económica la educación de una persona con discapacidad hace de él una persona productiva que no tiene, por consiguiente, que depender de su familia o del Estado durante toda su vida. La educación de una persona con discapacidad lleva aparejada una mejora de la calidad de vida; en todo caso, su dependencia de la educación es aún más acentuada, ya que la necesita para sobreponerse a las limitaciones del presente(44). Es decir, la educación hace que la persona tenga mejores oportunidades para alcanzar una vida digna, para que sea más eficiente en la producción de bienes o servicios, por tanto no solo incide en el mejoramiento de los ingresos sino que brinda mejores condiciones en la capacidad de elegir desde la perspectiva de la capacidad humana(45).

La educación debe brindar a las personas con discapacidad la posibilidad de aprender habilidades para la vida y el desarrollo social, a fin de propiciar su participación plena en el ámbito de la educación y como miembros plenos de una

comunidad. El derecho a la educación de las personas con discapacidad debe ser en igualdad de condiciones que las personas que no tienen discapacidad y a la vez deben de contar con altos estándares de calidad(3).

En este sentido, Carmen Talou, Sonia Borzi, y demás autores en su artículo *“Niños con discapacidades y educación inclusiva”*, resaltan la importancia de la vida escolar, la cual además de ser un derecho fundamental, genera una inclusión basada en la igualdad de oportunidades y a su vez crea espacios inclusivos en favor de la autonomía y la dignidad, que no se reducen al ámbito escolar sino que implican a la sociedad en su conjunto(46).

5.6.5 Discapacidad y apoyo social

Se entiende apoyo social (AS) como el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros, siendo las necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación(47).

Bajo el contexto de apoyo social se ha incluido todo tipo de recursos del entorno favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario. En este sentido los sistemas comunitarios de prestación económica, asistencial o sanitaria son considerados como proveedores de apoyo social. Para varios investigadores existen las redes informales de apoyo donde se engloban el entorno del sujeto (amigos, familia, compañeros de trabajo, etc.), y que son fuentes proveedoras de apoyo más básicas y tradicionales(38).

En ocasiones, las personas afectadas por alguna discapacidad pueden carecer de estrategias, habilidades y competencias para establecer relaciones sociales satisfactorias. De hecho, se ha observado que niños y adolescentes con discapacidad no consiguen una buena interacción con sus iguales. Esta carencia de relaciones ricas y variadas necesarias para el desarrollo de habilidades sociales, puede deberse a diversas razones tales como: las actitudes de sobreprotección de los adultos, la carencia de relaciones sociales y la falta de conocimiento social, relacionados con las limitaciones funcionales derivadas de la propia discapacidad, que restringen su participación en algunas actividades, y la falta de interés y motivación por parte de la persona con discapacidad ante el temor al fracaso o rechazo social(48).

Estudios dicen respecto a las influencias sociales en la salud mental que el apoyo social ha constituido uno de los factores más ampliamente estudiados. Su influencia sobre el bienestar psicológico ha sido claramente establecida, tanto en sus aspectos funcionales (es decir, las funciones que cumplen las relaciones sociales) como de sus aspectos estructurales (esto es, la composición de las redes sociales)(47).

En un estudio realizado en Chile sobre redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual(49), algunos autores concluyen que el estudio de las redes sociales es efectivamente de gran complejidad, ya que implica la necesidad de analizar no sólo al individuo, sino la interacción entre individuos, lo que la mayor parte de las fuentes de información disponibles no permite hacer en forma clara, aparte del hecho que los instrumentos analíticos disponibles son aún limitados y no siempre es posible determinar con precisión los apoyos que se dan en las redes, especialmente los apoyos emocionales(49).

Sánchez, al referirse a la situación de los mayores con discapacidad, señala que la familia, amigos y vecinos proveen aproximadamente el 80% de los servicios de apoyo que necesitan los ancianos impedidos+ y que investigaciones acerca de la familia y los mayores han demostrado ampliamente que la familia es la que provee la mayor parte de los servicios de cuidado de la salud a ancianos con discapacidad física y mental+(49).

En conclusión para las personas con discapacidad es importante la aceptación en su entorno y es por ello que el apoyo que brinden familiares, amigos o compañeros son indispensables para mejorar su calidad de vida y para que tengan una aceptación en la comunidad que converja en el goce de sus capacidades a nivel social.

5.6.5.1 Medición del apoyo social funcional

Entre los instrumentos que se han propuesto para medir el apoyo social funcional destaca por su sencillez y brevedad el cuestionario DUKE-UNC modificado y validado por Broadhead que evalúa el apoyo percibido (no el real). Según el autor la calidad del apoyo social es el mejor predictor de la salud que el apoyo estructural, y dentro de las diferentes dimensiones que pueden identificarse en el Apoyo social funcional(47).

Se trata de un cuestionario auto administrado, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo Likert (1-5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo(47).

Ha sido ampliamente utilizado y validado en España, principalmente en población cuidadora; para Colombia se ha utilizado en diferentes estudios, siendo uno de ellos eficacia de una intervención para incrementar apoyo social en adolescentes con discapacidad motora a partir del voluntariado de estudiantes de educación secundaria+ demostrando así que esta validado en este país y es confiable su utilización en más estudios(48).

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

Describir las características de las personas con discapacidad desde los componentes de salud, educación, trabajo y apoyo social matriculadas en las instituciones de atención y rehabilitación en el municipio de Sabaneta para el año 2013.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las características relacionadas con el origen y desarrollo de la discapacidad
2. Describir las características de las personas con discapacidad desde los componentes de salud, trabajo, educación y apoyo social.
3. Analizar la relación existente entre el tipo de discapacidad y los componentes de salud, trabajo, educación y apoyo social.

7. METODOLOGÍA

7.1. TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizará un estudio descriptivo de corte transversal, con la finalidad de describir las características de la población con discapacidad matriculadas en las instituciones de atención y rehabilitación en el municipio de Sabaneta.

7.2. POBLACIÓN

- **Población de referencia:** la población de referencia estará constituida por todas las personas con algún tipo de discapacidad que residan en el municipio de Sabaneta en el momento de aplicar la encuesta.
- **Población objetivo:** está constituida por las 409 personas con discapacidad que hasta la fecha están matriculadas en los centros de atención y rehabilitación CAIPD, UAI y en los Andes.

7.3 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información de esta investigación será recolectada por medio del diligenciamiento de una encuesta, aplicándola solamente a aquellos que manifiesten estar de acuerdo, explicando el objetivo del estudio, la confidencialidad de los datos y haciendo la solicitud de participación voluntaria por medio de un consentimiento informado. (Anexo 1).

7.3.1 Fuentes de información

La presente investigación utilizará la fuente primaria como medio para la obtención de la información de las personas en situación de discapacidad matriculadas en centros de atención del municipio de Sabaneta.

7.3.2 Técnica e instrumento de recolección de información

La recolección de información se realizará en los tres centros de atención descritos, el primer paso será agendar una cita con la persona con discapacidad para luego realizar la encuesta en el centro correspondiente.

Por el tipo de discapacidad algunas personas matriculadas en los centros de atención y rehabilitación reciben atención en sus casas, en estos casos el encuestador deberá desplazarse hasta allí para realizar la encuesta.

El instrumento será aplicado por 4 encuestadores que facilitará el municipio de Sabaneta, los cuales explicarán detalladamente cada pregunta con el fin de obtener una adecuada respuesta. (Anexo 2).

Para la recolección de información, se utilizará un cuestionario conformado por 47 preguntas, que además de indagar por aspectos de identificación, está compuesto por 5 módulos: origen y desarrollo de la discapacidad, atención en salud, educación, trabajo y apoyo social, que contienen:

- **Origen y desarrollo de la discapacidad:** este módulo cuestiona acerca del origen, causas y consecuencias de la misma, permitiendo así, determinar el tipo de discapacidad que más prevalece en el municipio.
- **Atención en salud:** este módulo busca información relacionada con la seguridad social y servicios de salud, no solo identifica cuantas personas están incluidas en el sistema general de salud o, en su defecto, quienes deben estar incluidas, sino también identifica si están siendo atendidas adecuadamente en su proceso de habilitación y rehabilitación.
- **Educación:** este módulo aplica para las personas mayores (5 años en adelante); el cuestionario indagan por la situación actual de estas personas incluyendo su educación, las preguntas que se hacen en este módulo permitirán conocer el porcentaje de las personas con discapacidad que se encuentran estudiando, los servicios de apoyo que los establecimientos educativos les prestan, el nivel educativo, entre otros.
- **Trabajo:** este módulo aplica para las personas mayores de 14 años; aquí se pregunta por la situación actual de las personas en situación de discapacidad en el mercado laboral, las preguntas de este módulo permitirán conocer el porcentaje de aquellas personas que trabajan, los cargos que desempeñan, su nivel de ingresos, entre otros.
- **Apoyo social:** este módulo cuestiona acerca de las percepciones que las personas con discapacidad tienen de su entorno social, y las acciones o actitudes que otras personas tienen por ellos.

7.4 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

Debido a los sesgos que se pueden generar en la investigación se proponen los siguientes controles:

Tipo de sesgos

- **Selección:** para evitar incluir personas que no residen en Sabaneta o alguna persona con discapacidad temporal, se realizará un trabajo conjunto con el

personal de cada uno de los centros de atención y rehabilitación quienes brindaran la información para una correcta selección.

- **Información:** para el control de los sesgos de información se realizará una prueba piloto al instrumento de recolección con el fin de evitar redundancias y garantizar que se recopilen todos los datos.

Como medida de control de sesgo de información en el encuestador, se realizará una capacitación en donde se explicará la finalidad de cada una de las preguntas, la neutralidad al momento de realizarlas, manejo del tiempo, respeto por el entrevistado, como proporcionar retroalimentación, entre otras. Estas medidas ayudarán a que los entrevistados brinden información confiable.

Adicionalmente se contará con un coordinador de campo que tendrá dentro de sus funciones:

- Controlar el levantamiento de la información.
- Orientar a los encuestadores con respecto a dudas o problemas que se puedan presentar en todos los aspectos relacionados con el trabajo de campo.
- Verificar que los encuestados (personas con discapacidad o cuidadores/familiares) realmente se hayan encuestado.
- Revisar los cuestionarios aplicados, y supervisar que se hagan las correcciones necesarias.
- Verificar cuidadosamente una muestra de las respuestas y la codificación de las encuestas aplicadas.

Como se ha mencionado, el estudio está dirigido a personas con discapacidad, sin embargo, a algunas personas se les dificultará responder la encuesta debido al tipo de discapacidad que padecen, en este caso la encuesta se realizará al cuidador/familiar, mayor de edad, más próximo a la persona con discapacidad, esto con el fin de contar con información de todos los tipos de discapacidad, pues de otra forma, solo se tendría información de las personas con discapacidad física y algunos casos de discapacidad sensorial.

Se utilizará un solo instrumento para la recolección de información que está enfocado en describir las características de las personas con discapacidad matriculadas en instituciones de atención y rehabilitación, se procuró realizar pocas preguntas de percepción pues es difícil que el cuidador/familiar perciba ciertos acontecimientos de la misma forma que lo tomaría la persona con discapacidad, esta realidad se verá evidenciada principalmente en el componente de apoyo social.

Teniendo en cuenta que lo anterior mencionado puede generar un sesgo de información, se realizará un análisis de información según tipo de encuestado (persona con discapacidad o cuidador/familiar), en los resultados se hará una descripción general para mostrar cual fue la proporción de personas con discapacidad encuestadas y cuál fue la proporción de cuidador/familiar, este dato será relevante para la discusión y las conclusiones.

7.5 PRUEBA PILOTO

Se realizará una prueba piloto con el fin de probar el instrumento de recolección de la información, lo que permitirá realizar los ajustes que sean necesarios antes de la prueba final en la población total estudiada. La prueba piloto se realizará con el 5% de la población de estudio, para la cual las personas con discapacidad o los cuidadores/familiares a cargo (personas con discapacidad que no pueda responder o persona con discapacidad menor de edad) también necesitarán dar su consentimiento informado. Los resultados allí obtenidos no se tendrán en cuenta para el análisis de los datos finales con el propósito de conocer y corroborar si la información que se propone en el instrumento es la correcta.

7.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Inclusión

- Personas que estén matriculadas en las instituciones CAIPD, UAI y Andes
- Personas con discapacidad física, sensorial, intelectual y mental mayores de 18 años
- Cuidadores/familiares de personas con discapacidad física, sensorial, intelectual y mental de personas que no estén en capacidad de contestar o que sean menores de edad

Exclusión

- Discapacidad temporal
- Cuidadores/familiares menores de edad
- Personas que no quieran participar en la encuesta
- Personas que estén matriculadas en los centros CAIPD, UAI y Andes y no residan en Sabaneta

7.7 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se creará una base de datos en Microsoft Excel 2007, en la cual se almacenará la información recopilada en las encuestas. Después de la recolección de la

información cada encuestador realizará la digitalización de los datos, y serán analizados con la herramienta estadística SPSS 21.0.

7.8 PLAN DE ANÁLISIS

Para el análisis de la información se procederá de la siguiente manera:

Se hará un análisis univariado de los datos para determinar frecuencia y porcentaje de las variables cualitativas de la población con discapacidad relacionadas con el origen y el desarrollo de la misma, y se tomarán medidas de tendencia central, posición y medidas de dispersión para las variables cuantitativas.

Posteriormente, se realizará un análisis bivariado con las variables referentes a los componentes de atención en salud, trabajo, educación y apoyo social en relación con el tipo de discapacidad; se aplicarán las pruebas estadísticas correspondientes según la normalidad de las variables cuantitativas y de las categorías de las variables cualitativas (Chi Cuadrado, T de Student, U de Mannwhitney, Kruskal-Wallis, Spearman, Pearson). (Anexo 3).

7.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se realizará teniendo en cuenta las consideraciones éticas según las pautas internacionales establecidas para la investigación en seres humanos redactadas en la declaración Helsinki y la resolución Colombiana 8430 del 1993; los investigadores presentarán el estudio a las personas participantes, mediante un documento que contendrá la descripción y propósito de la investigación %CARACTERIZACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LAS INSTITUCIONES DE ATENCION Y REHABILITACIÓN, SABANETA 2013+


En esta investigación prevalecerá el respeto a la dignidad y a los derechos de los participantes, manteniendo la confidencialidad de la información que se obtenga. El presente estudio se clasifica según la resolución 8430 como investigación con riesgo mínimo, ya que el estudio se basa en la observación de características y esto no afecta el comportamiento de los participantes y no se incurren en mediciones éticamente reprochables.

Para la realización de la investigación, se efectuará el diligenciamiento del consentimiento informado por parte de los participantes o cuidadores/familiares, mediante el cual se brindará toda la información acerca de los riesgos y los beneficios del estudio. Los participantes tendrán plena autonomía para aceptar o rechazar la participación en el estudio, esto no perjudica ninguna de las actividades y no se recogerá ningún dato sin la firma del presente documento.


Para esta investigación se contará con autorización previa del comité de ética de la Universidad CES y los avales respectivos de las instituciones que participen del estudio.

8. ADMINISTRACION DEL PROYECTO

8.1 Cronograma

		CRONOGRAMA DEL PROYECTO					
NOMBRE DEL PROYECTO		Caracterización de las personas con discapacidad matriculadas en instituciones de atención y rehabilitación en Sabaneta 2013					
DURACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO EN MESES		6 MESES APARTIR DE AGOSTO DEL 2013					
N°	ACTIVIDAD	MES					
		1	2	3	4	5	6
1	Escritura del proyecto						
2	Presentación al COI de la facultad de fisioterapia						
3	Aprobación del proyecto						
4	Ajuste de la propuesta						
5	Contactos institucionales y programación para la recolección de información						
6	Elaboración de prueba piloto						
7	Ajustes de instrumento						
8	Selección y capacitación del personal de apoyo						
9	Recolección de la información (agendar citas y hacer encuestas)						
10	Digitar y elaborar las bases de datos						
11	Procesamiento de la información						
12	Análisis e informe final						
13	Divulgación de resultados (presentación)						

8.2 Presupuesto

 PRESUPUESTO DEL PROYECTO								
Título del Proyecto		Caracterización de las personas con discapacidad en instituciones de atención y rehabilitación en Sabaneta 2013						
PRESUPUESTO GLOBAL								
RUBROS	ENTIDADES							
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN		FACULTAD DE FISIOTERAPIA		MUNICIPIO DE SABANETA		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	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.187.552	\$ 9.457.152	\$ 0	\$ 9.457.152	\$ 1.187.552
2 INVERSIONES	\$ 0	\$ 2.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000.000	\$ 0	\$ 1.000.000	\$ 2.000.000
3. GASTOS GENERALES	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 900.000	\$ 1.088.000	\$ 900.000	\$ 1.088.000
4. SERVICIOS TÉCNICOS	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.565.120	\$ 7.362.000	\$ 2.565.120	\$ 7.362.000
TOTAL	\$ 0	\$ 2.000.000	\$ 0	\$ 1.187.552	\$ 13.922.272	\$ 8.450.000	\$ 13.922.272	\$ 11.637.552


1. DETALLE GASTOS DE PERSONAL													
Nombre del participante	Nivel de formación	Rol en el proyecto	Horas semanales dedicadas al proyecto	N° de meses	Valor / Hora	ENTIDADES							
						DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN		FACULTAD DE FISIOTERAPIA		MUNICIPIO DE SABANETA		TOTAL	
						Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie
Maria Alejandra Agudelo	Profesional	Investigador principal	8	1	\$ 37.111	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.187.552	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.187.552
Maria Adelaida Blanco	Estudiante	Co-investigadores	8	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Paula Cristina Hernández	Estudiante	Co-investigadores	8	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Tatiana Hincapié	Estudiante	Co-investigadores	8	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Leidys Tatiana Hurtado	Estudiante	Co-investigadores	8	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Alejandra Mondragón	Magister en Epidemiología	Procesamiento y análisis de la información	24	1	\$ 46.879	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 4.500.384	\$ 0	\$ 4.500.384	\$ 0
Diana Isabel Muñoz	Magister en Epidemiología	Procesamiento y análisis de la información	24	1	\$ 46.879	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 4.500.384	\$ 0	\$ 4.500.384	\$ 0
Johana Andrea Areiza	Asistente Administrativo	Realización de contrato, entregar y recibir documentos de encuestas, envío de informes y todos los aspectos administrativos del proyecto	2	4	\$ 14.262	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 456.384	\$ 0	\$ 456.384	\$ 0
TOTAL GASTOS DE PERSONAL						\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.187.552	\$ 9.457.152	\$ 0	\$ 9.457.152	\$ 1.187.552

2. DETALLE INVERSIONES											
Descripción del equipo	Cantidad	Valor unitario	Justificación	ENTIDADES							
				DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN		FACULTAD DE FISIOTERAPIA		MUNICIPIO DE SABANETA		TOTAL	
				Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie
Oficina y equipos (área locativa, computador, impresora, teléfono, etc.)	1	\$ 2.300.000	Desarrollo del proyecto	\$ 0	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000.000	\$ 0	\$ 1.000.000	\$ 1.300.000
Software Spss 21.0	1	\$ 200.000	Ayuda a triangular la información obtenida	\$ 0	\$ 200.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 200.000
Material bibliográfico	1	\$ 500.000	Acceso a bases de datos para consulta de información que permita la construcción del	\$ 0	\$ 500.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500.000
TOTAL INVERSIONES				\$ 0	\$ 2.000.000	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000.000	\$ 0	\$ 1.000.000	\$ 2.000.000

3. DETALLE GASTOS GENERALES											
Descripción del artículo	Cantidad	Valor Unitario	Justificación	ENTIDADES							
				DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN		FACULTAD DE FISIOTERAPIA		MUNICIPIO DE SABANETA		TOTAL	
				Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie
Papelería	*	*	Fotocopias, resmas de papel, lapiceros, tinta para impresora, entre otros.	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 500.000	\$ 0	\$ 500.000	\$ 0
Transporte	1	\$ 17.000	Transportes encuestadores y traductor de señas de los participantes quien lo requiera	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.088.000	\$ 0	\$ 1.088.000
Apoyo logístico	4	\$ 100.000	Gorras, escarapelas, tablas, camiseta, USB	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 400.000	\$ 0	\$ 400.000	\$ 0
TOTAL GASTOS GENERALES				\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 900.000	\$ 1.088.000	\$ 900.000	\$ 1.088.000

4. DETALLE SERVICIOS TÉCNICOS											
Descripción del servicio técnico	Cantidad	Valor unitario	Justificación	ENTIDADES							
				DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN		FACULTAD DE FISIOTERAPIA		MUNICIPIO DE SABANETA		TOTAL	
				Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie
Encuestador y digitador de los datos	4	\$ 12.000	Recopilar la información y digitar datos. Se le pagará a cada encuestador 10 mil por encuesta y 2 mil por digitación en total serán 409 encuestas.	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 4.908.000	\$ 0	\$ 4.908.000
Coordinador de campo	1	\$ 2.565.120	Persona con experiencia en personal y bases de datos encargada de coordinar el proceso de recolección de información y la unificación de la base de datos. Se contratará por los dos meses de recolección de información por medio tiempo.	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.565.120	\$ 0	\$ 2.565.120	\$ 0
Traductor del lenguaje de señas	1	\$ 1.227.000	Persona con experiencia personal que traduce la información de los participantes durante 2 meses, con servicio de permanencia para las encuestas requeridas	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.454.000	\$ 0	\$ 2.454.000
TOTAL SERVICIOS TÉCNICOS				\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.565.120	\$ 7.362.000	\$ 2.565.120	\$ 7.362.000

8.3 Ficha técnica

 UNIVERSIDAD CES <i>Un Compromiso con la Excelencia</i> Oficina de Planeación y Autoevaluación		FICHA TÉCNICA DEL PROYECTO				Cód: FT-0200-48 Mod: 28/01/2011 Versión: 01			
1. DATOS DEL PROYECTO									
Título del proyecto	Caracterización de las personas con discapacidad matriculadas en instituciones de atención y rehabilitación en Sabaneta 2013								
Grupo de investigación que presenta el proyecto	Movimiento y salud				Línea de investigación	Discapacidad			
Lugar de ejecución del proyecto	Municipio de Sabaneta				Palabras clave	Discapacidad, salud, trabajo, educación, apoyo social.			
Valor del proyecto (\$)	25.559.824				Duración en meses	6 meses			
Tipo de proyecto	X	Investigación básica		Investigación aplicada		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	María Alejandra Agudelo Martínez	Universidad CES	Movimiento y salud	Discapacidad	magudelo@ces.edu.co	4440555		
Co-investigadoras	Estudiante	Leidy Tatiana Hurtado Lozano	Universidad CES	Movimiento y salud	Discapacidad	leidy9030@hotmail.com	2914010		
Co-investigadoras	Estudiante	Tatiana Patricia Hincapié Agudelo	Universidad CES	Movimiento y salud	Discapacidad	tatis6791@hotmail.com	5971560		
Co-investigadoras	Estudiante	María Adelaida Blanco Zabala	Universidad CES	Movimiento y salud	Discapacidad	maria880@hotmail.com	4164694		
Co-investigadoras	Estudiante	Paula Cristina Hernández Rodríguez	Universidad CES	Movimiento y salud	Discapacidad	paucris90@hotmail.com	5804067		
Nombre del responsable del proyecto	María Alejandra Agudelo Martínez								
3. DATOS SOBRE FINANCIACIÓN DEL PROYECTO									
Costo financiado (\$)	\$ 11.637.552			Costo por financiar (\$)	\$ 13.992.272				
Entidades a la que se solicita financiación					Monto solicitado (\$)				
Dirección de investigación					\$ 0				
Facultad de fisioterapia					\$ 0				
Municipio de sabaneta					\$ 13.992.272				
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									

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad. Ginebra, Suiza; 2011.
2. Campo Guacheta EJ, Ceron Benavides RE, González Cabrera EM. Política pública de personas en situación de discapacidad municipio de Popayán. 2010.
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Dirección de censos y demografía [Internet]. 2005 [citado 19 de agosto de 2013]. Recuperado a partir de: <http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/colombiapdf.pdf>
4. Molina Ortiz N. 3 de Diciembre: día mundial de las personas con discapacidad [Internet]. Colombia líder, gobernantes modernos. [citado 14 de agosto de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.colombialider.org/colombialider/3-de-diciembre-dia-mundial-de-las-personas-con-discapacidad/>
5. Gobernación de Antioquia. Plan de desarrollo Antioquia 2008-2011 [Internet]. Antioquia para todos. 2011 [citado 10 de septiembre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.antioquia.gov.co/index.php/plan-de-desarrollo/2513-discapacidad>.
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005, Discapacidad personas con limitaciones permanentes. 2006.
7. Amate A, Vásquez A. Discapacidad: lo que todos debemos saber. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2006.
8. Ballenato Prieto G. Discapacidad: Un reto personal y familiar [Internet]. 2011 [citado 28 de septiembre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.cop.es/colegiados/m-13106/images/Art%C3%ADculoReto.pdf>
9. Gómez Beltrán JC. Diagnóstico «Discapacidad en Colombia: Retos para la inclusión en Capital Humano» [Internet]. 2010. Recuperado a partir de: <http://www.discapacidadcolombia.com/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=210>
10. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad y salud [Internet]. 2012 [citado 14 de agosto de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
11. Ministerio de trabajo, empleo y previsión social. Conceptos sobre inclusión laboral [Internet]. 2013 [citado 15 de agosto de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.empleo.gob.bo/index.php?option=com_content&view=article&id=100&Itemid=93

12. Alcaldía de Sabaneta. Plan de desarrollo 2012-2015 « Sabaneta, una construcción social». 2012.
13. Moreno Martin JM, Jiménez Buñuales MC, González Diego P. La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. 2001.
14. Formax Realy. Sabaneta [Internet]. Capitales paisas. 2012 [citado 16 de agosto de 2013]. Recuperado a partir de: <http://capitalespaisas.blogspot.com/search?q=sabaneta>
15. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Boletín, Censo general 2005 Sabaneta. 2010.
16. Egea García C, Sarabia Sánchez C. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Noviembre de 2001;15-30.
17. Ferreira MA. una aproximación a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracterológicos. Revista española de investigaciones sociológicas. 2008;(124):141-74.
18. Fundación Prevent, Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Guía para conseguir una prevención de riesgos laborales inclusiva en las organizaciones. Comunidad de Madrid.
19. Egea García C, Sarabia Sánchez A. Visión y modelos conceptuales de la discapacidad. Políbea. 2004;73.
20. Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar. Inclusión laboral de población con discapacidad: una estrategia de desarrollo social [Internet]. [citado 31 de agosto de 2013]. Recuperado a partir de: <http://asocajasrevistamasvida.asocajas.org.co/index.php/revista-mas-vida-no-14/140-inclusion-laboral-de-poblacion-con-discapacidad-una-estrategia-de-desarrollo-social>
21. Minguijón PJ, Penacho Gómez AM, Pac Salas D. Estudio discapacidad y empleo. 1.^a ed. España: Instituto Aragonés de Empleo- Caja Inmaculada Servicios de Estudios; 2005.
22. UIPC-IMSERSO. Evolución histórica de los modelos en los que se fundamentan la discapacidad. 2001.
23. Deficiencias motoras, definición, el alumnado con deficiencia motora, criterios de clasificación y factores que dificultan el aprendizaje. Revista digital para profesionales de la enseñanza. julio de 2010;9.
24. Reyes Valdez FM, Pérez Mirambeaux A. Seguridad Social. Santo Domingo, República Dominicana.: Escuela Nacional de la Judicatura.; 2010.

25. Servicio Nacional de Rehabilitación. Discapacidad [Internet]. [citado 30 de octubre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.plb.gba.gov.ar/gba/plb/pdf/DISCAPACIDAD.pdf>
26. Delgado Y. Programa de prevención a la discapacidad. Asociación Betesda. 27 de octubre de 2007;
27. Cruz roja. Tipos y grados de discapacidad [Internet]. Recuperado a partir de: http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=418,12398047&_dad=portal30&_schema=PORTAL30
28. México gobierno de la república. ¿Qué es la discapacidad? [Internet]. Programa institucional sobre los derechos de las personas con discapacidad. 2012 [citado 24 de agosto de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.imss.gob.mx/programas/discapacidad/Pages/tipos_discapacidad.aspx
29. Tipos de deficiencias [Internet]. Marietilla's Blog. [citado 27 de septiembre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://marietilla.wordpress.com/tipos-de-deficiencias/>
30. Discapacidad Física [Internet]. Telecentros para todos. [citado 30 de septiembre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.telecentros.org/telecentros/secao=202&idioma=es¶metro=11554.html>
31. Discapacidad mental [Internet]. [citado 26 de agosto de 2013]. Recuperado a partir de: <http://discapacidadcolombia.com/archivos/discapacidadmental.pdf>.
32. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Discapacidad en América Latina y el Caribe [Internet]. 2012 [citado 3 de septiembre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://biblioguias.cepal.org/content.php?pid=263260&sid=2173599>
33. Schkolnik S. América Latina: la medición de la discapacidad a partir de los censos y fuentes alternativas. 2010.
34. Rodríguez Gauna MC. Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) de Argentina. Su potencialidad para el estudio. 2001.
35. Lugo Agudelo LH, Seijas V. Colombia disability: a global perspective. Revista Colombiana de medicina física y rehabilitación. 2012;2:164-79.
36. Tabares Morales Z, Montoya Palacio N, Navarro Ramírez M, Vargas Tobar J H. Situación de la discapacidad en el Departamento de Antioquia [Internet]. [citado 27 de agosto de 2013]. Recuperado a partir de: http://www.dssa.gov.co/__media__/dssa/dssa.gov.co/documentos/situacion-de-la-discapacidad-en-el-departamento-de-antioquia.pdf

37. Legislación y salud [Internet]. Discapacidad Colombia. 2009 [citado 28 de agosto de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.discapacidadcolombia.com/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=134>
38. Rodríguez Marín J, Pastor MA, López Roig S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicotema*. 1993;5:349-72.
39. Organización Mundial de la Salud. Atención médica y rehabilitación [Internet]. Discapacidades y rehabilitación. [citado 9 de septiembre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/disabilities/care/es/>
40. Organización Mundial del Trabajo. Discapacidad y trabajo [Internet]. 2011 [citado 26 de agosto de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.ilo.org/global/topics/skills-knowledge-and-employability/disability-and-work/lang--es/index.htm>
41. Bergamaschi A, Picciotto D. Discapacidad y trabajo: la aptitud para el juicio laboral. 2008.
42. Lorenzo R. El futuro de los discapacitados en el mundo: el empleo como factor determinante para la inclusión. *Revista del ministerio de trabajo y asuntos sociales*. 2009;17.
43. Jiménez Lara A, Huete García A. La discapacidad en España: Datos epidemiológicos. 1999.
44. Hegarty S. Educación de niños y jóvenes con discapacidades. UNESCO; 1994.
45. Sen A. Capital humano y capacidad humana. Cuadernos de Economía. Colombia; 2004.
46. Talou C, Borzi S, Sánchez Vasquez M J, Gómez M F, Escobar S. Niños con discapacidades y educación inclusiva. La importancia del nivel inicial y el rol mediador del docente. *Compartiendo la vida escolar: ¿qué piensan los niños? Orientación y sociedad*. 2003;4.
47. Saamello Bellón JA, Delgado Sánchez A, Lardelli claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. 21 de agosto de 2013;
48. Morales FM, Cerezo MT, Fernandez FJ. Effectiveness of an intervention to increase social support in motor disabled adolescents from volunteering students of secondary education. *Revista latinoamericana de psicología*. marzo de 2009;41:141-50.

49. Guzmán JM, Huenchuan S, Montes de Oca V. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. Santiago de Chile; 2003 jul.

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Sabaneta, _____

Yo _____ Mayor de edad identificado con C.C. _____ de _____ actuando en nombre propio

DECLARO

Que he sido informado por el investigador _____ sobre el proyecto ~~%~~ CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD MATRICULADAS EN INSTITUCIONES DE ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN EN SABANETA 2013+ y acepto participar de forma voluntaria en éste, el cual tiene como objetivo describir las características del origen, desarrollo y tipo de la discapacidad, los componentes de salud, trabajo, educación y apoyo social de las personas con discapacidad en instituciones de atención y rehabilitación en Sabaneta 2013, con el propósito de aportar información que sirva para el planteamiento de alternativas de prevención, atención y rehabilitación y que contribuya a mejorar la calidad de vida de las personas en esta situación.

Se me ha informado también que la participación en el proyecto requiere dar respuesta a una encuesta en la cual se incluyen datos sobre atención en salud, trabajo, educación y apoyo social. Teniendo en cuenta que se realizará una recolección de datos a través de entrevista, donde no existen riesgos al participar. Se me ha dado la seguridad de que en todo momento se conservará mi confidencialidad, solo el personal encargado del estudio tiene la autorización de revisar y analizar los datos que de una u otra manera se me relacionen.

Soy consciente de que en cualquier momento puedo revocar o rechazar el presente consentimiento en cualquiera de las etapas del proyecto sin que ello indique perjuicio en mi contra.

Tomando ello en consideración, doy fe de haber recibido la información del proyecto a satisfacción y OTORGO mi CONSENTIMIENTO para que se lleve a cabo la investigación y los procedimientos pertinentes para cubrir los objetivos especificados en el mismo.

Firma del investigado _____ C.C.

Contactos del Investigador (Acudir en el momento que sea ante cualquier duda)

1. Nombre _____ 2. Nombre _____
C.C. _____ C.C. _____

B.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPRESENTANTE LEGAL

Sabaneta, _____

Yo _____ mayor de
edad identificado con C.C. _____ de _____
actuando como representante legal (cuidador/familiar)
de _____ identificado
RC__TI__CC__ N° _____ de _____

DECLARO

Que he sido informado por el investigador _____
sobre el proyecto **%CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON
DISCAPACIDAD MATRICULADAS EN INSTITUCIONES DE ATENCIÓN Y
REHABILITACIÓN EN SABANETA 2013+** y acepto participar de forma voluntaria
en éste, el cual tiene como objetivo describir las características del origen,
desarrollo y tipo de la discapacidad, los componentes de salud, trabajo, educación
y apoyo social de las personas con discapacidad en instituciones de atención y
rehabilitación en Sabaneta 2013, con el propósito de aportar información que sirva
para el planteamiento de alternativas de prevención, atención y rehabilitación que
contribuya a mejorar la calidad de vida de las personas en esta situación.

Se me ha informado también que la participación en el proyecto requiere dar
respuesta a un cuestionario, en el cual se incluyen datos sobre atención en salud,
trabajo, educación y apoyo social, teniendo en cuenta que se realizará una
recolección de datos a través de entrevista, donde no existen riesgos al participar.

Se me ha dado la seguridad de que en todo momento se conservará la
confidencialidad de la persona que represento, solo el personal encargado del
estudio tiene la autorización de revisar y analizar los datos que de una u otra
manera se me relacionen.

Soy consciente de que en cualquier momento puedo revocar o rechazar el presente consentimiento en cualquiera de las etapas del proyecto sin que ello indique perjuicio en mi contra

Tomando ello en consideración, doy fe de haber recibido la información del proyecto a satisfacción y OTORGO mi CONSENTIMIENTO para que se lleve a cabo la investigación y los procedimientos pertinentes para cubrir los objetivos especificados en el mismo.

Teniendo en cuenta que es menor de edad y/o debido a su discapacidad me hago responsable y estoy de acuerdo con lo anteriormente expuesto.

Firma del presentante legal

_____ C.C. _____

Contactos del Investigador (Acudir en el momento que sea ante cualquier duda)

1. Nombre _____ 2. Nombre _____

C.C. _____ C.C. _____

ANEXO 2. INSTRUMENTO

CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN INSTITUCIONES DE ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN, SABANETA 2013

Universidad CES-UAM



Este cuestionario indaga acerca del origen y desarrollo de la discapacidad, atención en salud, educación, trabajo y apoyo social de las personas con discapacidad en instituciones de atención y rehabilitación en Sabaneta para el año 2013.

I. INFORMACIÓN PERSONAL

1. Nombre y apellidos _____
2. Género: Masculino Femenino
3. Edad _____
4. Nombre y apellidos de la persona encargada (Cuidador) _____
5. Teléfonos _____

II. ORIGEN Y DESARROLLO DE LA DISCAPACIDAD

6. Por su condición de salud, presenta alteraciones permanentes en: (Marque la que mas le afecte)
- El sistema nervioso
 - Los ojos
 - Los oídos
 - Demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)
 - La voz y el habla
 - El sistema cardiorrespiratorio
 - La digestión, el metabolismo y las hormonas
 - El sistema genital y reproductivo
 - El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
 - La piel
 - Otra
7. ¿Hace cuantos años presenta esta condición de salud?
- Años
8. ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?
- Si
 - No (pase a 10)
9. Principalmente, su discapacidad es consecuencia de:
- Enfermedad
 - Accidente
 - Congénita
 - Genética
 - Violencia intencional
 - Violencia no intencional
10. ¿En su familia existen o existieron mas personas con discapacidad?
- Si
 - No
 - No sabe
11. Actualmente utiliza alguna de las siguientes ayudas externas para desplazarse?
- Bastón
 - Muletas
 - Prótesis
 - Caminador
 - Silla de ruedas
 - Órtesis
 - Ninguno
12. Tipo de discapacidad que presenta? (Seleccione las que presenta)
- Motriz
 - Sensorial
 - Intelectual
 - Mental

III. ATENCIÓN EN SALUD

13. ¿Está afiliado a salud?
- Si
 - No (pase a 15)

14. ¿Cuál es el tipo de afiliación?

- Contributivo
- Subsidiado
- Régimen especial
- Vinculado
- Ninguno
- No sabe

15. ¿Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada?

- Si
- No

16. ¿Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad?

- Si
- No

17. ¿Ha recibido atención en salud, en el último año?

- Si
- No

18. ¿Requiere permanentemente la ayuda de otra persona?

- Si
- No

19. ¿Actualmente esta asistiendo al servicio de rehabilitación?

- Si
- No *(pase a 21)*

20. ¿Qué tipo de rehabilitación le ordenaron?

- Medicina física y de rehabilitación
- Psiquiatría
- Fisioterapia
- Fonoaudiología
- Terapia ocupacional
- Optometría
- Psicología
- Trabajo social
- Medicamentos permanentes
- Otro ¿Cuál? _____
- Ninguno *(pase a 21)*

21. ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación?

- Ya termino la rehabilitación
- Cree que ya no la necesita
- No le gusta
- Falta de dinero
- El centro de atención queda muy lejos
- No hay quien lo lleve
- Otra ¿Cuál? _____

IV. EDUCACIÓN: PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS

22. ¿Sabe leer y escribir?

- Si
- No

23. ¿Asiste actualmente a algún establecimiento educativo?

- Si
- No *(pase a 26)*

24. Para atender a las personas con discapacidad, el establecimiento cuenta con servicios de apoyo:

- Pedagógicos
- Tecnológicos
- Terapéuticos
- Ninguno

25. ¿Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales?

- Si
- No } *(pase a 27)*

26. ¿Cuál es la causa principal por la cual no estudia?

- Porque ya terminó
- No le gusta
- Falta de dinero
- Perdió el año o fue expulsado
- Falta de tiempo
- Su familia no quiere que estudie
- Falta de cupos
- Por su discapacidad
- Necesita trabajar
- Centros educativos lejanos

27. ¿Cuál es su nivel educativo?

- Primaria
- Educación superior
- Bachillerato
- Ninguno

28. ¿La educación que ha recibido responde a sus necesidades?

- Si
- No

29. Si le dieran la oportunidad de estudiar o seguir estudiando, ¿lo haría?

- Si
- No

V. TRABAJO: PARA PERSONAS DE 14 AÑOS Y MÁS

30. Durante los últimos 6 meses, ha estado principalmente:

- Trabajando
- Buscando trabajo
- Incapacitado permanente para trabajar sin pensión
- Incapacitado permanente para trabajar con pensión
- Estudiando
- Realizando oficios del hogar
- Recibiendo renta
- Pensionado-jubilado
- Otra actividad

31. ¿Usted tiene contrato de trabajo?

- A término fijo
- A término indefinido
- Sin contrato

32. La actividad económica en la cual trabaja actualmente, se relaciona con:

- Comercio
- Industria
- Servicios varios
- Otra ¿Cuál?: _____

33. En el trabajo se desempeña como:

- Obrero
- Jornalero o peón
- Patrón o empleador
- Trabajador por cuenta propia (independiente)
- Empleado (a) doméstico (a)
- Trabajador familiar sin remuneración

34. ¿Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad?

- Sí
- No

35. ¿Cuál es su ingreso mensual promedio?

\$

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

36. Luego de presentar su discapacidad, ¿ha recibido capacitación para el trabajo?

- Sí
- No

VI. APOYO SOCIAL

Instrucciones para el paciente:

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

		Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
		1	2	3	4	5
37. Recibo visitas de mis amigos y familiares						
38. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa						
39. Recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo						
40. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede						
41. Recibo amor y afecto						
42. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa						
43. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el personales y familiares						
44. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el económicos						
45. Recibo invitaciones para distraerme y salir						
46. Recibo consejos útiles						
47. Recibo ayuda cuando estoy enfermo						

PUNTUACION TOTAL

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION !!!

ANEXO 3. CUADRO DE VARIABLES

Variables información personal					
Variable	Definición operacional	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías	Valores
Nombres y apellidos	Denominación verbal que se le da a una persona para distinguirlo de otros	Cualitativa	Nominal Politómica	Según registre en el documento de identidad	1, 2, 3 ^o
Género	Características fenotípicas, ya sea femenino o masculino.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1 2	Masculino Femenino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta	Cuantitativa	Discreta	Años	1, 2, 3 ^o
Nombres y apellidos de la persona encargada	Denominación verbal que se le da a una persona para distinguirlo de otros	Cualitativa	Nominal Politómica	Según registre en el documento de identidad	1, 2, 3 ^o
Número telefónico	Secuencia de dígitos utilizada para identificar una línea telefónica	Cualitativa	Nominal Politómica	Números registrados	1, 2, 3 ^o
Variable origen y desarrollo de la discapacidad					
Alteraciones permanentes	Trastorno patológico que va acompañado de lesiones que no son reversibles	Cualitativa	Nominal Politómica	Ubicación de la alteración en los diferentes sistemas	1, 2, 3 ^o
Tiempo que lleva la persona con discapacidad	Tiempo transcurrido desde adquisición de la discapacidad hasta el momento de la encuesta	Cuantitativa	Discreta	Días Meses Años	1, 2, 3 ^o
Origen de la discapacidad	Causa que llevo al desarrollo de la discapacidad	Cualitativa	Nominal dicotómica	1 2	Si No
Causas de la discapacidad	Motivo que genera que se presente la discapacidad	Cualitativa	Nominal Politómica	1 2 3 4	Enfermedad Accidentes Congénita Genética
Antecedentes familiares de discapacidad	Hechos ocurridos en la historia familiar sobre discapacidad	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1 2 3	Si No No sabe
Ayudas externas	Dispositivos que facilitan el desplazamiento y/o la movilidad	Cualitativa	Nominal Politómica	1 2 3 4 5 6 7	Bastón Caminador Muletas Sillas de ruedas Prótesis Órtesis Ninguno
Tipo de discapacidad	Clasificación de la discapacidad de acuerdo plan de desarrollo municipal 2012-	Cualitativa	Nominal politómica	1 2 3	Física Sensorial Intelectual

Variables información personal					
Variable	Definición operacional	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías	Valores
	2015 Sabaneta			4	Mental
Variable de atención en salud					
Afiliación a salud	Procedimiento a través del cual una persona ingresa al sistema de salud y tiene acceso a la atención	Cualitativa	Nominal	1	Si
			Dicotómica	2	No
Tipo de afiliación	Conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho una persona en el Sistema General de Seguridad Social	Cualitativa	Nominal Politómica	1	Contributivo
				2	Subsidiado
				3	Régimen especial
				4	Vinculado
				5	Ninguno
				6	No sabe
Diagnóstico oportuno	Determinar el diagnóstico de una enfermedad en momento que se necesita.	Cualitativa	Nominal	1	Si
			Dicotómica	2	No
Orientación en el manejo de la discapacidad	Proceso de ayuda continua mediante programas de intervención	Cualitativa	Nominal	1	Si
			Dicotómica	2	No
Atención en salud	Estrategia de prestación de servicios, sistemática y ordenada, que comprende acciones de promoción y protección de la salud	Cualitativa	Nominal	1	Si
			Dicotómica	2	No
Ayuda de otra persona	Acto que se realiza para colaborar o apoyar a la persona con discapacidad	Cualitativa	Nominal	1	Si
			Dicotómica	2	No
Rehabilitación	Proceso en encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo	Cualitativa	Nominal	1	Si
				2	No
Tipo de rehabilitación	Diversos tipos de atención recibida para el proceso de recuperación	Cualitativa	Nominal Politómica	1	Medicina física y de rehabilitación
				2	Psiquiatría
				3	Fisioterapia
				4	Fonoaudiología
				5	Terapia ocupacional
				6	Optometría
				7	Psicología
				8	Trabajo social
				9	Medicamentos permanentes
				10	Otro tipo de rehabilitación
				11	Ninguno
Servicio de rehabilitación	Motivo por el cual no se encuentra en servicio de atención en la rehabilitación	Cualitativa	Nominal Politómica	1	Ya termino la rehabilitación
				2	Cree que ya no la necesita
				3	No le gusta
				4	Falta de dinero
				5	El centro de atención queda muy lejos
				6	No hay quien lo lleve
				7	Otra

Variables información personal					
Variable	Definición operacional	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías	Valores
Variables de educación para mayores de 5 años					
Leer	Interpretar el significado de una serie de signos escritos	Cualitativo	Nominal Dicotómica	1 2	Si No
Escribir	Acción de representar palabras o ideas con letras o signos en papel o cualquier otra superficie	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1 2	Si No
Centros educativos	Lugar donde las personas se reúnen con un determinado fin de aprendizaje	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1 2	Si No
Servicios de apoyo	Es un servicio que ofrece orientación a las personas con discapacidad	Cualitativa	Nominal Politómica	1 2 3 4 5	Pedagógicos Tecnológicos Terapéuticos Otro Ninguno
Necesidades educativas especiales	Al conjunto de medidas pedagógicas que se ponen en marcha para compensar las dificultades que presenta un alumno al acceder al currículo que le corresponde por edad.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1 2	Si No
Deserción escolar	Aquellos alumnos que dejan de asistir a clase y quedan fuera del sistema educativo.	Cualitativa	Nominal Politómica	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	Porque ya terminó Falta de dinero Falta de tiempo Falta de cupos Necesita trabajar Centros educativos lejanos No le gusta. Perdió el año o fue expulsado Su familia no quiere que estudie Por su discapacidad Otra
Nivel educativo	Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada.	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4	Primaria Bachillerato Educación superior Ninguno
Educación responde a sus necesidades	Saber si la educación brindada corresponde a las carencias de la persona con discapacidad en educación	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1 2	Si No
Oportunidad de estudiar	Momento adecuado para realizar la formación educativa	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1 2	Si No
Variable de trabajo para personas 14 años y más					

Variables información personal					
Variable	Definición operacional	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías	Valores
Tiempo laboral	Actividad realizada en los últimos 6 meses	Cualitativa	Nominal Politómica	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Trabajando Buscando trabajo Incapacitado permanente para trabajar-sin pensión Incapacitado permanente para trabajar-con pensión Estudiando Realizando oficios del hogar Recibiendo renta Pensionado-jubilado Otra actividad
Contrato de trabajo	Documento por el cual una persona natural se obliga a prestar un servicio mediante remuneración.	Cualitativa	Nomina Dicotómica	1 2 3	A término fijo A término indefinido Sin contrato
Actividad económica	Cualquier proceso donde se adquieren productos, bienes y los servicios que cubren necesidades o se obtienen ganancias.	Cualitativa	Nominal Politómica	1 2 3 4	Comercio Industria Servicios varios Otro
Actividad laboral	Se refiere a la labor de las personas, o a su trabajo o actividad legal remunerada o sin remuneración	Cualitativa	Nominal Politómica	1 2 3 4 5 6	Obrero Jornalero o peón Patrón o empleador Trabajador por cuenta propia (independiente) Empleado (a) domestico (a) Trabajador familiar sin remuneración
Capacidad de trabajo	Limitaciones que se han generado por la discapacidad el desempeño laboral	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1 2	Si No
Ingreso mensual promedio	Es la suma dinero y otros pagos en especie que recibe de forma periódica un trabajador de su empleador por un tiempo de trabajo determinado o por la realización de una tarea específica o fabricación de un producto determinado.	Cuantitativa	Continua	Pesos	1,2,36
Capacitación laboral	Enseñanza educativa sobre el desempeño laboral de acuerdo a la discapacidad	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1 2	Si No
Variable de apoyo social					
Visitas de amigos y familiares	Conjunto de personas que van al lugar de ubicación donde se encuentra la persona con discapacidad	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5	Mucho menos de lo que deseo Menos de lo que deseo Ni mucho ni poco Casi como deseo Tanto como deseo
Asuntos	Colaboración prestada al	Cualitativa	Ordinal	1	Mucho menos de lo que deseo

Variables información personal					
Variable	Definición operacional	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías	Valores
relacionados con mi casa	domicilio de residencia.			2 3 4 5	Menos de lo que deseo Ni mucho ni poco Casi como deseo Tanto como deseo
Elogios y reconocimiento	Conmemoración por las actividades realizadas de forma adecuada	Cualitativo	Ordinal	1 2 3 4 5	Mucho menos de lo que deseo Menos de lo que deseo Ni mucho ni poco Casi como deseo Tanto como deseo
Preocupación	Sentimiento de inquietud, temor o intranquilidad que se tiene por la persona con discapacidad	Cualitativo	Ordinal	1 2 3 4 5	Mucho menos de lo que deseo Menos de lo que deseo Ni mucho ni poco Casi como deseo Tanto como deseo
Recibo amor y afecto	Expresiones afectivas brinda hacia la persona con discapacidad	Cualitativo	Ordinal	1 2 3 4 5	Mucho menos de lo que deseo Menos de lo que deseo Ni mucho ni poco Casi como deseo Tanto como deseo
Comunicación en el trabajo o casa	Expresión de los sentimientos o sucesos ante otra persona sobre el trabajo o su domicilio	Cualitativo	Ordinal	1 2 3 4 5	Mucho menos de lo que deseo Menos de lo que deseo Ni mucho ni poco Casi como deseo Tanto como deseo
Hablar con alguien de mis problemas en el personales y familiares	Expresión de los sentimientos o sucesos ante otra persona sobre los problemas personales y familiares	Cualitativo	Ordinal	1 2 3 4 5	Mucho menos de lo que deseo Menos de lo que deseo Ni mucho ni poco Casi como deseo Tanto como deseo
Hablar con alguien de mis problemas económicos	Expresión de los sentimientos o sucesos ante otra persona sobre problemas económicos	Cualitativo	Ordinal	1 2 3 4 5	Mucho menos de lo que deseo Menos de lo que deseo Ni mucho ni poco Casi como deseo Tanto como deseo
Invitaciones para distraerme y salir	Manifestación de interés de otras personas para asistir a un evento	Cualitativo	Ordinal	1 2 3 4 5	Mucho menos de lo que deseo Menos de lo que deseo Ni mucho ni poco Casi como deseo Tanto como deseo
Recibo consejos útiles	Opinión que se recibe sobre lo que se debe hacer o el modo de hacerlo.	Cualitativo	Ordinal	1 2 3 4 5	Mucho menos de lo que deseo Menos de lo que deseo Ni mucho ni poco Casi como deseo Tanto como deseo
Recibo ayuda cuando estoy enfermo	Colaboración prestada a la persona con discapacidad ante una manifestación patológica	Cualitativo	Ordinal	1 2 3 4 5	Mucho menos de lo que deseo Menos de lo que deseo Ni mucho ni poco Casi como deseo Tanto como deseo