

UNEMI

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

REPÚBLICA DEL ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE:**

MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

TEMA:

**DOLOR Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD,
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR, GUAYAQUIL-
ECUADOR. ENERO A JUNIO DE 2021.**

AUTOR:

JORGE ISAAC RAMIREZ RIVERA

DIRECTOR:

DR. FELIPE ABREU MÁRQUEZ

Milagro, 2023

Derechos de autor

Sr. Dr.

Fabrizio Guevara Viejó

Rector de la Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Yo, **Jorge Isaac Ramírez Rivera** en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales de este informe de investigación, mediante el presente documento, libre y voluntariamente cedo los derechos de Autor de este proyecto de desarrollo, que fue realizada como requisito previo para la obtención de mi Grado, de **Magíster en Salud Pública**, como aporte a la Línea de Investigación **Salud Pública, sublínea Calidad de vida** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedo a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservo a mi favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de este Proyecto de Investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El autor declara que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, **24 de octubre de 2022**



Jorge Isaac Ramírez Rivera

CI 1712438520

Aprobación del Director del Trabajo de Titulación

Yo, **Felipe Abreu Márquez**, en mi calidad de Director del trabajo de titulación, elaborado por Jorge Isaac Ramírez Rivera, cuyo tema es **DOLOR Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR, GUAYAQUIL-ECUADOR. ENERO A JUNIO DE 2021**, que aporta a la Línea de Investigación Salud Pública, Sublínea Calidad de vida, previo a la obtención del Grado **Magíster en Salud Pública**. Trabajo de titulación que consiste en una propuesta innovadora que contiene, como mínimo, una investigación exploratoria y diagnóstica, base conceptual, conclusiones y fuentes de consulta, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Informe de Investigación de la Universidad Estatal de Milagro.

Milagro, 24 de octubre de 2022



Firmado electrónicamente por:

**FELIPE
ABREU**

Dr. Felipe Abreu Márquez

CI 1727974527

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
DIRECCIÓN DE POSGRADO
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA**, presentado por **DR. RAMIREZ RIVERA JORGE ISAAC**, otorga al presente proyecto de investigación denominado "DOLOR Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD BASTIÓN POPULAR, GUAYAQUIL-ECUADOR. ENERO A JUNIO DE 2021.", las siguientes calificaciones:

TRABAJO DE TITULACION	59.67
DEFENSA ORAL	39.00
PROMEDIO	98.67
EQUIVALENTE	Excelente



firmado electrónicamente por:
**WILMAN EDUARDO
BALCAZAR QUIMI**

**BALCAZAR QUIMI WILMAN EDUARDO
PRESIDENTE/A DEL TRIBUNAL**



firmado electrónicamente por:
**PAMELA ALEJANDRA
RUIZ POLIT**

**Mgs. RUIZ POLIT PAMELA ALEJANDRA
VOCAL**

**ERIKA YANINA
ZAMBRANO
ARIAS**

firmado electrónicamente por ERIKA YANINA
ZAMBRANO ARIAS
DE: ERIKA YANINA ZAMBRANO
ARIAS - OFICINA SECRETARÍA DE A.S. 2
INSTITUTO DE CERTIFICACIÓN DE
BACHILLERES
Estado: Signó el actor de este documento.
Ubicación:
Fecha: 2021-03-20 14:08:03:33

**Msc. ZAMBRANO ARIAS ERIKA YANINA
SECRETARIO/A DEL TRIBUNAL**

DEDICATORIA

A mi familia. A mi padre Jorge Ramírez Solís (+), mi madre, Esther Rivera Aguirre, mis hermanos Karina, Juan y María Ramírez Rivera, a mis sobrinos Andrés y María Paz Ramírez Armijos. A mi esposa Gema Landeta Moore. Por su amor eterno y enorme paciencia.

AGRADECIMIENTOS

Muy especial agradecimiento a mi tutor, Dr. Felipe Abreu Márquez, por su paciente guía e inagotable docencia.

Al Centro de Salud tipo C de Bastión Popular, por permitirme realizar este trabajo.

A UNEMI, por permitirme conocer el mundo de la Salud Pública, de la mano de grandes profesores, a quienes quedo eternamente agradecido.

Resumen

Introducción. El dolor conduce a la limitación funcional y agrava las condiciones de las personas con discapacidad, afectando su calidad de vida. Por lo tanto, exponer los problemas que afectan a este grupo vulnerable, es primordial y se constituye como un reto para el sector salud y para la sociedad, ya que actualmente se preconiza el modelo social, que enfoca el problema en la incapacidad de la sociedad para prestar los servicios apropiados y garantizar que las necesidades de las personas con discapacidad sean tomadas en cuenta dentro de la organización social.

Objetivo. Determinar la relación entre el dolor y la calidad de vida de personas con discapacidad atendidos en el Centro de Salud Bastión Popular de Guayaquil, 2021.

Metodología. Investigación observacional, cuantitativa, de alcance descriptivo correlacional, retrospectivo de corte transversal. Participaron 104 personas con discapacidad que acuden a la Oficina de Calificación de Discapacidades del Centro de Salud tipo C de Bastión Popular, de Guayaquil-Ecuador. Se recolectó información demográfica y datos sobre el dolor con la Escala Visual Analógica, y para evaluar la calidad de vida, el cuestionario WHOQOL-BREF.

Resultados. Encontramos que 27,9% de las personas con discapacidad sufren de dolor leve, 36,5% dolor moderado y 35,6% dolor severo. Solo 27% reciben tratamiento farmacológico para el dolor y 5,8%, tratamiento no farmacológico. La percepción de la calidad de vida fue regular en 66%, mala en 19% y buena en 15%. Se encontró una correlación negativa media entre dolor y calidad de vida.

Conclusiones. En las personas con discapacidad, el dolor es significativo y no es tomado en cuenta con la importancia que merece; su manejo terapéutico denota fallas en la prescripción y problema de acceso a un tratamiento adecuado. La calidad de vida de las personas con discapacidad no es buena y el dolor influye negativamente.

Palabras clave: Calidad de vida, discapacidad, dolor.

Abstract

Introduction. Pain leads to functional limitation and aggravates the conditions of people with disabilities, affecting their quality of life. Therefore, exposing the problems that affect this vulnerable group is paramount and constitutes a challenge for the health sector and for society, since the social model is currently advocated, which focuses the problem on the inability of society to provide appropriate services and ensure that the needs of people with disabilities have a solution within the social organization.

Objective. To determine the relationship between pain and quality of life of people with disabilities treated at the Bastión Popular Health Center in Guayaquil, 2021.

Methodology. Observational, quantitative, descriptive correlational, retrospective cross-sectional research. Participants were 104 people with disabilities who attend the Disability Qualification Office of the Bastión Popular Type C Health Center in Guayaquil-Ecuador. Demographic information and data on pain were collected with the Visual Analogue Scale, and to assess quality of life, the WHOQOL-BREF questionnaire.

Results. We found that 27.9% of people with disabilities suffer from mild pain, 36.5% moderate pain and 35.6% severe pain. Only 27% receive pharmacological treatment for pain and 5.8%, non-pharmacological treatment. The perception of quality of life was fair in 66%, poor in 19% and good in 15%. A medium negative correlation was found between pain and quality of life.

Conclusions. In people with disabilities, pain is significant and is not taken into account with the importance it deserves; its therapeutic management denotes prescription failures and a problem of access to adequate treatment. The quality of life of people with disabilities is not good and pain has a negative influence.

Keywords: Quality of life, disabilities, pain.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	14
CAPÍTULO I.....	16
EL PROBLEMA	16
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.1.1 Problematización.....	16
1.1.2 Delimitación.....	17
1.1.3 Formulación.....	17
1.1.4 Sistematización.....	17
1.1.5 Determinación del tema.....	17
1.2 OBJETIVOS.....	17
1.2.1 Objetivo general.....	17
1.2.2 Objetivos específicos.....	18
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	18
CAPÍTULO II.....	19
MARCO REFERENCIAL.....	19
2.1 MARCO TEÓRICO.....	19
2.1.1 Antecedentes Históricos.....	19
2.1.2 Antecedentes Referenciales.....	20
2.2 MARCO LEGAL.....	21
2.3 MARCO CONCEPTUAL.....	22
2.4 VARIABLES.....	26
2.4.1 Declaración de Variables.....	26
2.4.2 Operacionalización de las Variables.....	26
CAPÍTULO III.....	30
MARCO METODOLÓGICO.....	30
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	30
3.2 POBLACIÓN Y LA MUESTRA.....	30
3.2.1 Características de la población.....	30
3.2.2 Delimitación de la población.....	30
3.2.3 Tipo de muestra.....	30
3.2.4 Tamaño de la muestra.....	31
3.2.5 Proceso de selección.....	31
3.3. LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS.....	31

3.3.1 Métodos teóricos.....	31
3.3.2 Métodos empíricos.....	32
3.3.3 Técnicas e instrumentos.....	32
3.3.4 Consideraciones éticas	36
3.4 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN	36
CAPÍTULO IV	38
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	38
4.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	38
4.1.1 Quién contestó la encuesta.....	38
4.1.2 Ciudad de origen	38
4.1.3 Edad.....	39
4.1.4 Sexo.....	39
4.1.5 Estado civil	40
4.1.6 Educación.....	40
4.1.7 Grado de discapacidad.....	40
4.1.8 Tipo de discapacidad.....	41
4.1.9 Diagnóstico de discapacidad.....	41
4.1.10 Intensidad del dolor	43
4.1.11 Tratamiento farmacológico del dolor	43
4.1.12 Tratamiento no farmacológico del dolor	44
4.1.13 Cuestionario WHOQOL-BREF	45
4.1.14 Dominio 1. Salud física.....	47
4.1.15 Dominio 2. Salud psicológica.....	50
4.1.16 Dominio 3. Relaciones interpersonales.....	54
4.1.17 Dominio 4. Ambiente.....	56
4.1.18 Calificación general.....	60
4.1.19 Análisis inferencial	61
4.2 ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS	61
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES	68
CAPÍTULO V	69
PROPUESTA	69
5.1 TEMA	69
5.2 FUNDAMENTACIÓN	69

5.3 JUSTIFICACIÓN	69
5.4 OBJETIVOS	69
5.4.1 Objetivo general	69
5.4.2 Objetivos específicos	69
5.5 UBICACIÓN	70
5.6 FACTIBILIDAD	71
5.7 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA	72
5.7.1 Actividades	72
5.7.2 Recursos y análisis financiero	72
5.7.3 Impacto	73
5.7.4 Cronograma	73
5.7.5 Lineamiento para evaluar la propuesta	74
BIBLIOGRAFÍA	75
ANEXOS	83
Consentimiento	83
Formulario para recolección de datos	84

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables.....	26
Tabla 2. Dominios del cuestionario WHOQOL-BREF.....	33
Tabla 3. Calificación de las preguntas 3, 4 y 26.....	34
Tabla 4. Cálculo de puntaje por dominios.....	34
Tabla 5. Calificación de la calidad de vida	35
Tabla 6. Interpretación de coeficiente r de Pearson	36
Tabla 7. Quién contesta la encuesta	38
Tabla 8. Ciudad de origen	38
Tabla 9. Edad	39
Tabla 10. Sexo.....	39
Tabla 11. Estado civil.....	40
Tabla 12. Educación.....	40
Tabla 13. Grado de discapacidad	41
Tabla 14. Tipo de discapacidad.....	41
Tabla 15. Diagnósticos reportados	41
Tabla 16. Intensidad del dolor.....	43
Tabla 17. Tratamiento farmacológico	43
Tabla 18. Medicamentos empleados para el dolor	44
Tabla 19. Fármacos para el dolor	44
Tabla 20. Tratamiento no farmacológico	45
Tabla 21. Percepción de la calidad de vida	45
Tabla 22. Percepción de la calidad de vida por PD o cuidador.....	46
Tabla 23. Percepción de la salud general	46
Tabla 24. Dolor y disconformidad	47
Tabla 25. Dependencia de medicamentos y ayuda médica	47
Tabla 26. Energía y fatiga	48
Tabla 27. Movilidad.....	48
Tabla 28. Sueño y descanso	49
Tabla 29. Actividades de la vida diaria	49
Tabla 30. Capacidad de trabajo	50
Tabla 31. Calificación Salud física	50
Tabla 32. Sentimientos positivos	51
Tabla 33. Creencias personales, religiosas y espirituales.....	51
Tabla 34. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración	52
Tabla 35. Imagen y apariencia física.....	52
Tabla 36. Autoestima	53
Tabla 37. Sentimientos negativos.....	53
Tabla 38. Calificación Salud Psicológica.....	54
Tabla 39. Relaciones personales	54
Tabla 40. Actividad sexual.....	55
Tabla 41. Apoyo social.....	55
Tabla 42. Calificación Relaciones Interpersonales	56
Tabla 43. Libertad, seguridad física y protección	56
Tabla 44. Entorno en el hogar	57
Tabla 45. Recursos económicos	57
Tabla 46. Oportunidades para adquirir nueva información y habilidades.....	58

Tabla 47. Participación y oportunidades de recreación y ocio	58
Tabla 48. Entorno físico	59
Tabla 49. Accesibilidad y calidad de cuidados de salud y sociales.....	59
Tabla 50. Transporte	60
Tabla 51. Calificación Ambiente	60
Tabla 52. Calificación general	60
Tabla 53. Correlaciones.....	61

UNEMI

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Epidemiología del dolor.....	24
Figura 2. Factores biopsicosociales.....	25
Figura 3. Escala visual analógica.....	33
Figura 4. Calificación de los dominios.....	35

INTRODUCCIÓN

Las personas con discapacidad se calculan en más de mil millones, que corresponde aproximadamente al 15% de la población mundial, y hasta 190 millones (3,8%) de las personas de 15 o más años tienen dificultades importantes que a menudo exigen servicios de atención de salud (OMS, 2021). En Ecuador, hasta julio de 2022 se registraron 471.205 personas con discapacidad, el 40,72% entre 36 a 64 años de edad (CONADIS, 2022).

Según las Naciones Unidas, una de cada cinco personas sufre de dolor crónico a grave y una de cada tres no puede mantener una vida independiente debido a sus dolencias; la mitad a dos terceras partes de quienes sufren dolor, no pueden hacer ejercicio ni dormir de forma normal y no siempre pueden ejecutar tareas domésticas, conducir un auto, caminar, tener relaciones sexuales, ni participar en actividades sociales (ONU, 2004). El dolor conduce a la limitación funcional (Santiago Bazán et al., 2018) y agrava la condición de las personas con discapacidad, empeora su ansiedad y depresión, pero también afecta su calidad de vida. (Molina Linde et al., 2013).

Exponer los problemas que afectan a las personas con discapacidad es primordial, ya que actualmente se preconiza el modelo social, que enfoca el problema no en las limitaciones de las personas con discapacidad, sino en la incapacidad de la sociedad para prestar los servicios apropiados y garantizar que las necesidades de las personas con discapacidad sean tomadas en cuenta dentro de la organización social (Toboso Martín & Arnau Ripollés, 2008). En este sentido, el dolor que afecta la calidad de vida de estas personas, tiene importancia cuando se habla de una medida paliativa para enfermedades terminales como el cáncer y no para las personas con discapacidad que sienten dolor.

El objetivo de este trabajo es determinar la relación entre el dolor y la calidad de vida de personas con discapacidad, atendidas en el Centro de Salud Bastión Popular de Guayaquil.

Este estudio visualizará algunos de los problemas de las personas con discapacidad y servirá como base para investigaciones posteriores, ya que a nivel local existen publicaciones relativas al dolor y calidad de vida en varios grupos poblacionales, pero pocas se enfocan en las personas con discapacidad. El hecho de emplear un instrumento genérico que podría implementarse de manera oficial en las unidades del Sistema Nacional de Salud, constituye en sí, una propuesta para mejorar la calidad de atención a las personas con discapacidad.

Cabe añadir que nuestro trabajo muestra que la discapacidad afecta a una proporción de adultos de mediana edad que llega al 44,23%, en quienes la causa predominante de la discapacidad fue atribuida a secuelas de enfermedades crónicas y trauma; el dolor afectó más a personas solas, quienes acusaron de dolor moderado a severo. También se expone la falta de acceso al tratamiento, ya que solo recibe una cuarta parte de las personas con discapacidad lo reciben, pero sin un protocolo establecido. Tampoco la percepción de calidad de vida no es uniforme en los dominios de estudio ya que las relaciones interpersonales fueron mejor puntuadas.

Este trabajo confluye en que el dolor de las personas con discapacidad es significativo y no es tomado con la seriedad que merece, denotando en sobremanera, que los grupos vulnerables son olvidados y que la salud pública no es atendida, ya que el bienestar de la población, preconizada en las leyes, no se cumple en la práctica.

Este trabajo se desarrolla en cinco capítulos. El primero trata del problema, los objetivos de la investigación y la justificación de la misma. El segundo capítulo es el marco referencial que incluye los antecedentes históricos y referenciales del dolor, calidad de vida y discapacidad que fundamentan la teoría de la investigación. Con el marco conceptual se presentan los significados de los términos esenciales del trabajo. Este capítulo se complementa con la operacionalización de variables, que aporta con definiciones conceptuales y la forma de medir las características de la población de estudio y los dominios de su calidad de vida. El tercer capítulo se refiere al marco metodológico, que indica el tipo y diseño de investigación, aspectos relacionados a la población y la muestra, pero también se describen los instrumentos empleados. El cuarto capítulo expone el análisis e interpretación de los resultados obtenidos y finalmente el quinto, propone un taller para implementar un Programa de capacitación sobre manejo del dolor en las personas con discapacidad.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Problematización

Las personas con discapacidad son un grupo vulnerable por varias razones. La misma gravedad de la discapacidad condiciona el grado de dependencia hacia las personas que los cuidan o atienden. A pesar de ello, son personas que afrontan la vida con mayores limitaciones que aquellas que no presentan discapacidad. En este sentido, el dolor es un limitante conocido de la actividad humana, pero que no es claramente entendido en las personas con discapacidad. A pesar de los esfuerzos de varias organizaciones, por visibilizar la situación de las personas con discapacidad, lo único cierto, es que su vida no es fácil y aún no es totalmente comprendida.

Según el modelo social británico, las personas con discapacidad sufren discriminación, ostracismo social, dependencia económica, desempleo, problemas de acceso arquitectónico e institucionalización (Pérez Dalmeda & Chhabra, 2019); según el modelo minoritario norteamericano, se trata de una minoría social que es devaluada, estigmatizada, desacreditada, no se la toma en cuenta y se le ha negado los derechos civiles, acceso igualitario y protección (Pérez Dalmeda & Chhabra, 2019).

Para 1992, la Asamblea de la ONU (Organización de las Naciones Unidas) estableció el 3 de diciembre como el Día Internacional de las Personas con Discapacidad (IPPDH Mercosur, 2021). Años después, en el 2004, la OMS y la IASP (International Association for the Study of Pain) promovieron el 17 de octubre para la celebración del día mundial del dolor (ONU, 2004). Estas conmemoraciones, que formalizan una preocupación de la salud pública mundial, solo recuerdan cada año un problema que sigue actual y que no ha mostrado resolución. Lo curioso, es que no importa cuántos días se escoja para reclamar y lo cierto es, que el llanto de dolor y los gritos de la discapacidad, siguen vigentes hasta hoy.

En el Ecuador, la situación es difícil. Entre otros aspectos, la legislación ecuatoriana no contempla el manejo del dolor en el contexto de la discapacidad. De hecho, el dolor es infravalorado en las personas con discapacidad, en quienes la falta de expresión no significa que no sientan dolor, como es el caso de quienes sufren déficit neurológico

severo. Tampoco existen suficientes Unidades para el manejo del dolor que hagan frente a la demanda nacional. De hecho, hay siete centros privados que enfocan su mercado hacia personas de clase media y alta; el IESS tiene dos unidades y el MSP, una. Casi todos están en Quito y Guayaquil, mientras que en Cuenca hay solo uno. Según Aspiazu (2015), en Guayaquil, las Unidades de manejo de dolor no llegan a cubrir el 45% de la demanda (Aspiazu Bayas & Velásquez Díaz, 2015). Si el dolor que sufren las personas con discapacidad no es atendido, se perpetúa la injusticia social que afecta su calidad de vida y la de sus familias.

1.1.2 Delimitación

Este trabajo se enfocó en las personas con discapacidad, atendidos en el Centro de salud “Bastión popular” del Distrito 8 de Guayaquil-Ecuador, entre enero a junio de 2021 y está enmarcado en la línea de investigación de la Salud Pública, sublínea Calidad de vida.

1.1.3 Formulación

¿Cómo influye el dolor en la calidad de vida de las personas con discapacidad?

1.1.4 Sistematización

- ¿Cómo perciben la intensidad del dolor las personas con discapacidad?
- ¿Cómo es el tratamiento del dolor en las personas con discapacidad?
- ¿Cómo es la calidad de vida en las personas con discapacidad?

1.1.5 Determinación del tema

Dolor y calidad de vida en personas con discapacidad.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el dolor y la calidad de vida de personas con discapacidad, atendidos en el Centro de Salud Bastión Popular de Guayaquil, 2021.

1.2.2 Objetivos específicos

- Determinar la percepción de la intensidad del dolor en personas con discapacidad.
- Describir el tratamiento del dolor en las personas con discapacidad.
- Interpretar la calidad de vida de las personas con discapacidad.
- Proponer un taller para implementar un programa de capacitación sobre manejo del dolor en las personas con discapacidad.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La motivación para hacer este trabajo es visibilizar uno de los problemas fundamentales que padece la población con discapacidad, como personas que sienten y sufren dolor, que afecta a sus vidas y sin embargo saben sobrellevarla en su cotidianidad. Este trabajo pretende llenar un vacío existente en el tema de calidad de vida y discapacidad; marca un referente local para futuras investigaciones, sienta un precedente documental y científico para creación de políticas sociales y de salud en beneficio de las personas con discapacidad, sus familias y la sociedad; expondrá a la academia y a la sociedad una parte crucial de la problemática de la discapacidad, que es importante porque evidencia un problema frecuentemente evitado en el discurso político, pero que en la vida real afecta al doliente con discapacidad y a sus familias, por lo tanto, servirá de aporte importante para entender el problema a la vez que aporta al conocimiento local y la academia, que se consolida como ente formativo en beneficio social. Los beneficiarios directos son los mismos pacientes que acuden al Centro de Salud, sus familias y la sociedad, los beneficiarios indirectos son el Centro de Salud y el Sistema Nacional de Salud que dispone de la información necesaria para elaborar lineamientos y normativas.

CAPÍTULO II.

MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Antecedentes Históricos

Respecto al dolor, la literatura es amplia, debido al alcance multidisciplinario entre las ciencias biológicas y sociales, sin embargo cabe resaltar varios aspectos. Bonica y Alexander fueron los primeros clínicos en apreciar la dificultad en tratar el dolor y plantean la posibilidad de hacerlo en equipo. Bonica publicó en 1953 “The Management of Pain” y en ese mismo año impulsa las Unidades de Dolor y en 1960, como Jefe de Anestesiología de la Universidad de Washington en Seattle, crea la primera clínica multidisciplinaria del dolor (Psiquiatra, Cirujano ortopédico y Neurocirujano) que ha servido de modelo para multitud de clínicas alrededor del mundo. Para 1973, se organizó en esa misma ciudad el Primer simposio internacional sobre el dolor y su tratamiento (Dolopedia, 2021).

En 1979, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño (Pain, 1979) concepto que para el 2020 cambió a una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial (Raja et al., 2020). Entre los años 2008 y 1999, se enuncia que el dolor debe entenderse como una experiencia compleja construida socialmente, ya que agrupa componentes físicos, anatómicos (Loeser & Melzack, 1999; Velazquez et al., 2019), culturales y sociales, que hacen que se interprete desde distintas perspectivas (Bendelow & Williams, 1995; Kirmayer, 2008; Velazquez et al., 2019), por lo que Velazquez et al., (2019) concluye que el dolor es considerado un fenómeno social cuyo sentido e interpretación han cambiado con el tiempo. La experiencia del dolor se desarrolla en un contexto social que le da sentido, adquiriendo significado o siendo negado por el propio doliente, por el sistema sanitario y por la propia sociedad (Velazquez et al., 2019); Miller y Newton (2006) manifiestan que aunque el dolor es un fenómeno universal, hay importantes diferencias en la percepción, expresión y tolerancia del dolor debido a diversas características psicológicas y sociales. (Miller & Newton, 2006; Velazquez et al., 2019).

Al igual que el dolor, no existe un consenso absoluto en torno al alcance de la definición de calidad de vida. Sin embargo, se la asocia a conceptos como nivel de vida, felicidad o bienestar y aparece relacionada a la satisfacción de las necesidades de la población, tanto materiales como inmateriales, culturalmente determinadas en función de las normas y los valores de una determinada sociedad (Perren & Lamfre, 2018).

El concepto de calidad de vida comenzó a popularizarse en la década de los 60, hasta convertirse hoy en una noción utilizada en ámbitos muy diversos, como la salud física y mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general (Borrero Benítez et al., 2012). Para 1996, la OMS definió a la calidad de vida como las percepciones de las personas sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (World Health Organization, 1996), concepto que ha recobrado mayor fuerza en la actualidad, especialmente en relación a los grupos humanos vulnerables o en situación de vulnerabilidad, como las personas con discapacidad.

En 1985, el tema de discapacidad fue incluido por primera vez en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, inició un debate que puso de manifiesto el problema de discriminación (Grue, 2010; Pérez Dalmeda & Chhabra, 2019); en el 2006, la ONU promulgó la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que entró en vigencia en el 2008, basado en el modelo social y abandonando los antiguos paradigmas de beneficencia y rehabilitación (Naciones Unidas, 2011); entre 1990 y 1999, la OMS desarrolló el WHOQOL 100 como instrumento para medir la calidad de vida y a partir de éste creó el WHOQOL BREF como una forma abreviada (Power et al., 1999 citado por Espinoza et al., 2011).

2.1.2 Antecedentes Referenciales

Según Velázquez, la experiencia del dolor se desarrolla en un contexto social que le da sentido y significado o, es negada por el propio doliente, por el sistema de salud o por la misma sociedad (Velazquez et al., 2019) y aunque es un problema importante en la salud pública, la atención y el tratamiento de las personas con dolor son todavía infravalorados o mal comprendidos.

En el Ecuador se han publicado numerosos artículos respecto al dolor musculoesquelético y odontológico, mientras que la bibliografía local enfocada solo a la

calidad de vida es amplia. Verdugo (2017) en su estudio de Loja, indica que existe mala calidad de vida en personas con discapacidad muy grave y que el mayor grado de discapacidad conlleva mayor riesgo de tener mala calidad de vida (Verdugo, 2017); según Véliz-Mero (2016), el bono “Joaquín Gallegos Lara” mejoró en un 15% la calidad de vida de las personas con discapacidad en las dimensiones de relaciones interpersonales e inclusión social (Véliz-Mero, 2016); Cedillo Armijos (2021), indicó que en personas con discapacidad de la provincia de Azuay, la calidad de vida empeora, de manera lineal, en la medida en que existen más limitaciones en las personas con discapacidad y viceversa, lo cual se asocia con ambos sexos, las edades jóvenes, solteros, de residencia urbana, remunerados, con cualquier escolaridad, procedentes de familia nucleares o monoparentales, con cualquier grado de funcionamiento familiar (Cedillo Armijos et al., 2021); Díaz (2021), en su estudio en adultos mayores con discapacidad en el cantón La Libertad, determinó que el 60% de ellos tenían niveles de calidad de vida por debajo de la media estándar, especialmente en las áreas de bienestar material (11.1%), bienestar físico (48.9%), inclusión social (49%) y derechos (42.2%) (Díaz Alay, 2021).

Respecto al dolor, Guevara Pacheco, et. al. (2015) en Cuenca, indican que el dolor produce discapacidad, especialmente en el área rural (Guevara Pacheco et al., 2015); en esa misma ciudad, Álvarez Celleri & Marín Duchi (2018) en el Hospital José Carrasco Arteaga, encontraron asociación estadística entre el nivel de dolor y el grado de discapacidad (Álvarez Celleri & Marín Duchi, 2018).

2.2 MARCO LEGAL

En materia de los Derechos Humanos, la legislación internacional obliga los Estados a proteger con todos los recursos disponibles, los derechos garantizados en las leyes, sin establecer expresamente el derecho al alivio del dolor. Sin embargo, Martínez Caballero opina que el derecho a la salud lleva implícito el derecho a un adecuado tratamiento del dolor (Martínez Caballero et al., 2015). Por su parte, la legislación ecuatoriana menciona al dolor en términos de cuidados paliativos y no en el contexto de la discapacidad (Ministerio de Salud Pública, 2015).

La Constitución Política del Ecuador, en su Art. 385, indica que el sistema nacional de ciencia, tecnología, innovación y saberes ancestrales, en el marco del respeto al ambiente, la naturaleza, la vida, las culturas y la soberanía, tendrá como finalidad el desarrollo de tecnologías e innovaciones que impulsen la producción nacional, eleven la

eficiencia y productividad, mejoren la calidad de vida y contribuyan a la realización del buen vivir (Asamblea Nacional, 2008). El Art. 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación (OMS, 2021).

La Ley Orgánica de discapacidades es el ente legal vigente en materia de discapacidades y profundiza lo enunciado en la Constitución (Asamblea Nacional, 2012), pero antes, la Constitución Política del Ecuador trata ampliamente el tema. El Art. 11 indica que nadie podrá ser discriminado entre otras razones, por discapacidad; el Art. 16 expresa que todas las personas tienen derecho al acceso y uso de todas las formas de comunicación que permitan la inclusión de personas con discapacidad; el Art. 35 dice que las personas con discapacidad, entre otras, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado; el Art. 46 indica que el Estado adoptará medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes atención preferente para la plena integración social de quienes tengan discapacidad y el Art. 47 enuncia que el Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social. El Art. 48 expresa que el Estado adoptará a favor de las personas con discapacidad medidas que aseguren la inclusión social, la obtención de créditos y rebajas o exoneraciones tributarias, becas de estudio en todos los niveles de educación; el desarrollo de programas y políticas dirigidas a fomentar su esparcimiento y descanso, la participación política, el establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda; el incentivo y apoyo para proyectos productivos a favor de los familiares de las personas con discapacidad severa, la garantía del pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Adicionalmente, el Art. 330 indica que se garantizará la inserción y accesibilidad en igualdad de condiciones al trabajo remunerado de las personas con discapacidad (Asamblea Nacional, 2008).

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Analgésicos. Los analgésicos o antiálgicos son medicamentos capaces de suprimir o aliviar la sensación dolorosa (Divins, 2015).

Autodeterminación. Es la capacidad de tomar decisiones propias y poder elegir autónomamente (decisiones personales, vitales, laborales, ocio, etc.) (Abay, 2013).

Bienestar emocional. Hace referencia al sentimiento o percepción de tranquilidad, seguridad, ausencia de nerviosidad, etc. (Abay, 2013).

Bienestar físico. Hace referencia a la existencia de buena salud, buena forma física, hábitos de vida saludables (deporte, alimentación, etc.) (Abay, 2013).

Calidad de vida. Se define como las percepciones de las personas sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (World Health Organization, 1996). En general, la calidad de vida se asocia a sentimientos de bienestar, de participación social, así como la existencia de oportunidades para la realización personal tanto desde la perspectiva personal (emocional, etc.). Es un concepto que integra la perspectiva de las percepciones y los valores individuales con la perspectiva objetiva a partir de las condiciones reales de la vida (Giné, 2004).

Cuestionario. Es una lista de preguntas que se proponen con cualquier fin (ASALE & RAE, 2021), un documento estructurado que recoge la información mediante la realización de un conjunto de preguntas dirigidas a una muestra representativa con el fin de cuantificar y generalizar los resultados (Badia, 1998).

Discapacidad. Según la OMS, es un fenómeno complejo que refleja una relación estrecha y al límite entre las características del ser humano y las características del entorno en donde vive (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

Dolor. Se define como una “experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con lesión tisular real o potencial” (IASP, 2020), que resulta de la interacción de una red compleja de mediadores y mecanismos presentes en diferentes localizaciones del sistema nervioso que convierten una noxa en un estímulo eléctrico que se transmite al asta posterior de la médula espinal y centros supraespinales y se procesa como una experiencia sensorial desagradable. En este contexto, el organismo genera una

respuesta biológica conjunta que incluye diversos sistemas como el sistema nervioso, el sistema endocrino y el sistema inmunológico (Dolopedia, 2021).

Dolor crónico idiopático. Es aquel que se origina como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial. Lesiones del sistema nervioso periférico o central provocan cambios neuroplásticos que se traducen en síntomas y signos específicos característicos de este tipo de dolor. Estos síntomas deben ser reconocidos para un diagnóstico y un tratamiento analgésico adecuado. Con frecuencia se asocia a trastornos del sueño o alteraciones del ánimo. Suele ser más refractario que el dolor de origen nociceptivo (Correa-Illanes, 2014) (Figura 1).

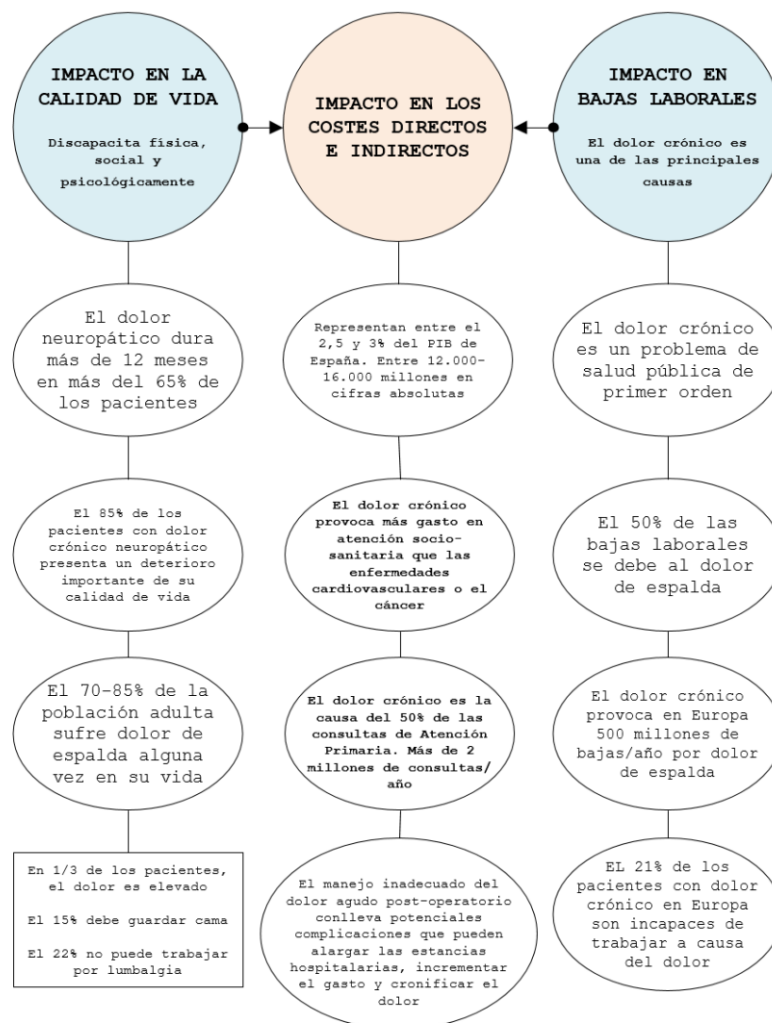


Figura 1. Epidemiología del dolor

Encuesta. Procedimiento en el que el investigador recopila datos mediante un cuestionario previamente diseñado (Arribas, 2004).

Factores biopsicosociales. La experiencia dolorosa se asocia con factores biopsicosociales que incluyen socialización, estilo de vida, experiencias traumáticas y aspectos culturales (IASP, 2020) (Figura 2).

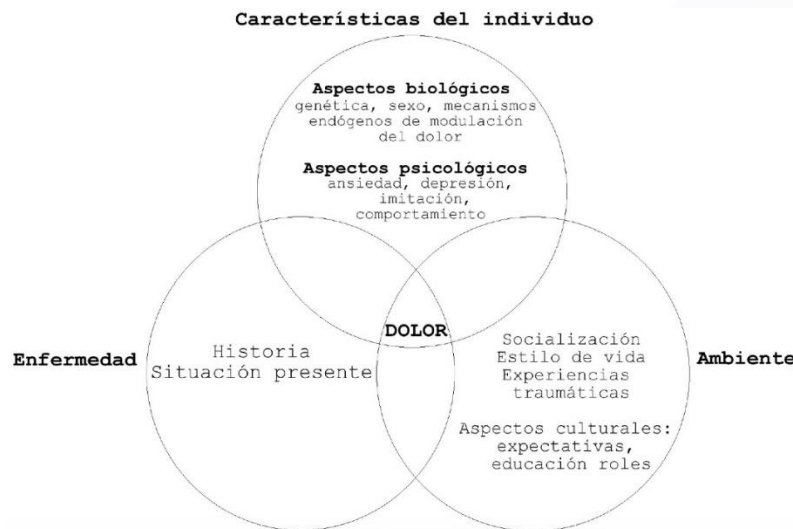


Figura 2. Factores biopsicosociales

Inclusión social. Es la posibilidad de participar activamente e interrelacionar con el entorno y la comunidad (ciudad, barrio, vecindario) (Abay, 2013).

Opioide. Es cualquier sustancia endógena o sintética que produce efectos similares a los de la morfina y que se bloquea con un antagonista (Harkouk et al., 2018).

Opiáceo. Se refiere a las sustancias morfínicas sintéticas que tienen una estructura no peptídica (Harkouk et al., 2018).

Persona con discapacidad. Es toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en la proporción que establezca la normativa vigente (Asamblea Nacional, 2012).

Relaciones interpersonales. Hace referencia a las relaciones con distintas personas, amistad, cordialidad con otra gente (vecindario, compañeros/as, etc.) (Abay, 2013).

2.4 VARIABLES

2.4.1 Declaración de Variables

Variable independiente: Dolor

Variable dependiente: Calidad de vida de las personas con discapacidad.

2.4.2 Operacionalización de las Variables

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Variable Independiente: Dolor	Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con lesión tisular real o potencial (International Association for the Study of Pain, 2021)	Aspectos sociodemográficos	Quién responde	Persona con discapacidad, Cuidador.	Nominal
			Ciudad de residencia	Nombre de la ciudad donde reside.	Nominal
			Edad	15-20	Escala
				21-25	
				26-30	
				31-35	
				36-40	
				41-45	
46-50					
51-55					
56-60					
61-65					
66-70					
71-75					
76-80					
81-85					
86-90					
91-95					
96-100					
Sexo	1. Hombre 2. Mujer	Nominal			
Estado civil	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre o de hecho 4. Divorciado 5. Viudo	Nominal			
Educación	1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria 4. Universidad 5. Posgrado	Escala			

		Percepción del dolor	Intensidad del dolor	1. 0-2: Dolor leve 2. 3-7: Dolor moderado 3. 8-10: Dolor severo	Escala
		Tratamiento	Tratamiento farmacológico	1. Sí 2. No	Nominal
			Tratamiento no farmacológico	1. Sí 2. No	Nominal
Variable dependiente: Calidad de vida	Discapacidad	Características	Porcentaje de discapacidad	Grado de discapacidad en porcentaje	Discreta
			Tipo de discapacidad	1. Auditiva 2. Física 3. Intelectual 4. Psicosocial 5. Visual	Nominal
			Diagnóstico	Diagnóstico relacionado a la discapacidad.	Nominal
	Percepciones de las personas sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (OMS, 1996).	Percepción general	Calidad de vida	1. Muy mala 2. Mala 3. Ni bien ni mal 4. Buena 5. Muy buena	Escala
			Salud general	1. Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Ni satisfecho ni insatisfecho 4. Satisfecho 5. Muy satisfecho	Escala
		Salud física	Dolor	1. Nada 2. Poco 3. Moderado 4. Bastante 5. Totalmente	Escala
			Dependencia de medicinas	1. Nada 2. Poco 3. Moderado 4. Bastante 5. Totalmente	Escala
			Energía para la vida diaria	1. Nada 2. Poco 3. Moderado 4. Bastante 5. Totalmente	Escala
			Movilidad	1. Nada 2. Poco 3. Moderado 4. Bastante 5. Totalmente	Escala
			Sueño y descanso	1. Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Ni satisfecho ni insatisfecho 4. Satisfecho 5. Muy satisfecho	Escala
			Actividades de la vida diaria	1. Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Ni satisfecho ni insatisfecho 4. Satisfecho 5. Muy satisfecho	Escala
			Capacidad de trabajo	1. Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Ni satisfecho ni insatisfecho	Escala

				4. Satisfecho 5. Muy satisfecho	
		Salud Psicológica	Sentimientos positivos	1. Nada 2. Poco 3. Moderado 4. Bastante 5. Totalmente	Escala
			Espiritualidad, religión creencias personales	1. Nada 2. Poco 3. Moderado 4. Bastante 5. Totalmente	Escala
			Concentración	1. Nada 2. Poco 3. Moderado 4. Bastante 5. Totalmente	Escala
			Imagen corporal	1. Nada 2. Poco 3. Moderado 4. Bastante 5. Totalmente	Escala
			Autoestima	1. Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Ni satisfecho ni insatisfecho 4. Satisfecho 5. Muy satisfecho	Escala
			Sentimientos negativos	1. Nunca 2. Pocas veces 3. Algunas veces 4. Muchas veces 5. Siempre	Escala
		Relaciones interpersonales	Relaciones personales	1. Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Ni satisfecho ni insatisfecho 4. Satisfecho 5. Muy satisfecho	Escala
			Vida sexual	1. Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Ni satisfecho ni insatisfecho 4. Satisfecho 5. Muy satisfecho	Escala
			Apoyo social	1. Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Ni satisfecho ni insatisfecho 4. Satisfecho 5. Muy satisfecho	Escala
		Ambiente	Libertad y seguridad	1. Nada 2. Poco 3. Moderado 4. Bastante 5. Totalmente	Escala
			Ambiente físico	1. Nada 2. Poco 3. Moderado 4. Bastante 5. Totalmente	Escala

			Recursos económicos	1. Nada 2. Poco 3. Moderado 4. Bastante 5. Totalmente	Escala
			Información	1. Nada 2. Poco 3. Moderado 4. Bastante 5. Totalmente	Escala
			Ocio y descanso	1. Nada 2. Poco 3. Moderado 4. Bastante 5. Totalmente	Escala
			Hogar	1. Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Ni satisfecho ni insatisfecho 4. Satisfecho 5. Muy satisfecho	Escala
			Atención sanitaria	1. Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Ni satisfecho ni insatisfecho 4. Satisfecho 5. Muy satisfecho	Escala
			Transporte	1. Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Ni satisfecho ni insatisfecho 4. Satisfecho 5. Muy satisfecho	Escala
		Total	Calificación de calidad de vida	1. Mala. 0 - 32 2. Regular 33 - 66 3. Buena 67 - 100	Escala

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación no experimental u observacional, de enfoque cuantitativo, alcance descriptivo correlacional, retrospectivo de corte transversal; no experimental, porque se observan fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos (Hernández Sampieri et al., 2014); observacional, porque su objeto es la observación y registro de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos (Manterola & Otzen, 2014); tiene enfoque cuantitativo, porque utiliza la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico (Hernández Sampieri et al., 2014); es descriptiva, porque el procedimiento consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, comunidades, etc., y proporcionar su descripción (Hernández Sampieri et al., 2014); retrospectiva porque se centra en hechos pasados (Manterola & Otzen, 2014) y transversal, porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único (Hernández Sampieri et al., 2014).

3.2 POBLACIÓN Y LA MUESTRA

3.2.1 Características de la población

Participaron de personas mayores de edad, en situación de discapacidad, que acudieron a la Oficina de Calificación de Discapacidades del Centro de Salud Bastión Popular del Ministerio de Salud Pública, Guayaquil.

3.2.2 Delimitación de la población

Personas de ambos sexos, que acudieron a la Oficina de Calificación de Discapacidades entre el 1 de enero y 30 de junio de 2021.

3.2.3 Tipo de muestra

Muestra no probabilística, ya que la elección de los elementos no dependió de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador (Hernández Sampieri et al., 2014).

3.2.4 Tamaño de la muestra

Dado que es una muestra no probabilística, no se aplicó fórmula de muestreo. El grupo de estudio estuvo conformado por 104 participantes.

3.2.5 Proceso de selección

Fueron seleccionadas personas voluntarias que cumplieron los criterios de inclusión: ser mayores de edad con grado de discapacidad superior al 30%, que cuenten con historia clínica completa. Los criterios de exclusión fueron: menores de edad, expediente clínico incompleto; personas analfabetas o con afectación neurológica o mental sin cuidadores que pudieran facilitar el llenado de la encuesta.

3.3. LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS

3.3.1 Métodos teóricos

Empleamos el Método Analítico Sintético, que hace referencia al análisis y la síntesis. El primero, como un procedimiento lógico que posibilita descomponer mentalmente un todo en sus partes y cualidades, en sus múltiples relaciones, propiedades y componentes. Permite estudiar el comportamiento de cada parte. Al contrario, la síntesis establece mentalmente la unión o combinación de las partes previamente analizadas y posibilita descubrir relaciones y características generales entre los elementos de la realidad, funcionando sobre la base de la generalización de algunas características definidas a partir del análisis (Rodríguez Jiménez & Pérez Jacinto, 2017); también empleamos el Método Inductivo Deductivo, conformado por inducción y deducción. La inducción es una forma de razonamiento en la que se pasa del conocimiento de casos particulares a un conocimiento más general, que refleja lo que hay de común en los fenómenos individuales. Su base es la repetición de hechos y fenómenos de la realidad, encontrando los rasgos comunes en un grupo definido, para llegar a conclusiones de los aspectos que lo caracterizan. Las generalizaciones a que se arriban tienen una base

empírica (Rodríguez Jiménez & Pérez Jacinto, 2017). En contraste, la deducción pasa de un conocimiento general a otro de menor nivel de generalidad. Las generalizaciones son puntos de partida para realizar inferencias mentales y arribar a nuevas conclusiones lógicas para casos particulares. Consiste en inferir soluciones o características concretas a partir de generalizaciones, principios, leyes o definiciones universales (Rodríguez Jiménez & Pérez Jacinto, 2017).

3.3.2 Métodos empíricos

Nuestro trabajo se apoyó en datos de los expedientes clínicos para confirmar información adicional, de interés demográfico y diagnóstico.

3.3.3 Técnicas e instrumentos

Técnica

La encuesta permite obtener información importante de la intensidad del dolor, las esferas relacionadas a la calidad de vida y la información demográfica, que serán útiles para establecer las relaciones que se detallarán en la Discusión y Análisis.

Instrumentos

En el presente estudio, se utilizó la **Escala Visual Analógica (EVA)**, por la facilidad de aplicación, ya que las personas pueden entender fácilmente las instrucciones y por lo tanto, producir respuestas confiables. Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad (Vicente Herrero et al., 2018). Se pide al paciente que marque una línea o seleccione un punto de la escala para indicar la intensidad de su dolor (Zielinski, Morawska-Kochman, & Zatonski, 2020). Se considera que el dolor es leve, cuando se registra entre 0 a 3, moderado de 4 a 7 y severo de 8 a 10 (Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, 2017) (Figura 3).

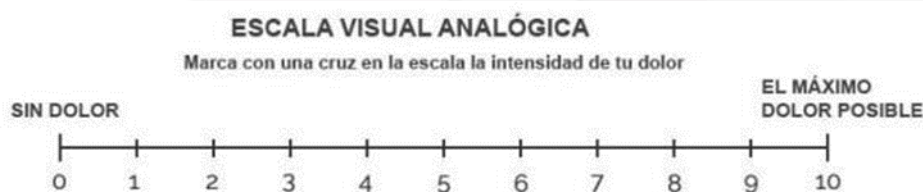


Figura 3. Escala visual analógica

Escala WHOQOL-BREF. Es un cuestionario desarrollado por la OMS, como un instrumento versátil, ya que puede usar en lugares culturales particulares, proporciona una perspectiva nueva de la enfermedad, al centrarse en la opinión que los individuos tienen de su propio bienestar. Contiene un total de 26 preguntas, donde se incluyen dos elementos de la faceta Calidad de vida y salud general (Tabla 2).

Tabla 2. Dominios del cuestionario WHOQOL-BREF

Dominio	Facetas incorporadas	Pregunta
Percepción general	Calidad de vida	1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?
	Salud general	2. ¿Qué tan satisfecho/a está con su salud?
1. Salud física	Dolor y disconformidad	3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?
	Dependencia de medicamentos y ayuda médica	4. ¿Qué tanto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?
	Energía y fatiga	10. ¿Qué tanta energía tiene para su vida diaria?
	Movilidad	15. ¿Qué tan capaz es de desplazarse de un lugar a otro?
	Sueño y descanso	16. ¿Qué tan satisfecho está con su sueño?
	Actividades de la vida diaria	17. ¿Qué tan satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?
	Capacidad de trabajo	18. ¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de trabajo?
2. Salud Psicológica	Sentimientos positivos	5. ¿Qué tanto disfruta de la vida?
	Creencias personales, religiosas y espirituales	6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene significado?
	Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración	7. ¿Qué tan capaz es de concentrarse?
	Imagen y apariencia física	11. ¿Qué tanto acepta su apariencia física?
	Autoestima	19. ¿Qué tan satisfecho está de sí mismo?
	Sentimientos negativos	26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como la tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?
3. Relaciones interpersonales	Relaciones personales	20. ¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?
	Actividad sexual	21. ¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?
	Apoyo social	22. ¿Qué tan satisfecho está con el apoyo que le brindan sus amistades?
4. Ambiente	Libertad y seguridad física y protección	8. ¿Qué tan seguro (en general) se siente en su vida diaria?

Entorno en el hogar	9. ¿Qué tan saludable es su entorno físico?
Recursos económicos	12. ¿Qué tanto su economía le permite cubrir sus necesidades?
Oportunidades de adquirir nueva información y habilidades	13. ¿Qué tan disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?
Participación y oportunidades de recreación y ocio	14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?
Entorno físico (polución, ruido, tráfico, clima)	23. ¿Qué tan satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?
Accesibilidad y calidad de cuidados de salud y sociales	24. ¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?
Transporte	25. ¿Qué tan satisfecho está con el medio de transporte que utiliza?

Fuente: WHO, 1996

Para la evaluación se toma en cuenta que cada pregunta tiene 5 opciones que generan una puntuación de 1 a 5, donde 1 es la peor respuesta y 5, la mejor. Se toma como excepciones a las preguntas 3, 4 y 26 (Tabla 3).

Tabla 3. Calificación de las preguntas 3, 4 y 26

Si la respuesta es	1	2	3	4	5
Se cambia a	5	4	3	2	1

Fuente: WHO, 1996

Para calcular el puntaje por dominio de estudio, se suman los puntajes de las preguntas asignadas a cada dominio (Tabla 4).

Tabla 4. Cálculo de puntaje por dominios

Dominio	Preguntas
1. Salud física	3+4+10+15+16+17+18
2. Salud psicológica	5+6+7+11+19+26
3. Relaciones sociales	20+21+22
4. Ambiente	8+9+12+13+14+23+24+25

Fuente: WHO, 1996

DOMINIO 1		DOMINIO 2		DOMINIO 3		DOMINIO 4	
	0-100		0-100		0-100		0-100
7	0	6	0	3	0	8	0
8	6	7	6	4	6	9	6
9	6	8	6	5	19	10	6
10	13	9	13	6	25	11	13
11	13	10	19	7	31	12	13
12	19	11	19	8	44	13	19
13	19	12	25	9	50	14	19
14	25	13	31	10	56	15	25
15	31	14	31	11	69	16	25
16	31	15	38	12	75	17	31
17	38	16	44	13	81	18	31
18	38	17	44	14	94	19	38
19	44	18	50	15	100	20	38
20	44	19	56			21	44
21	50	20	56			22	44
22	56	21	63			23	50
23	56	22	69			24	50
24	63	23	69			25	56
25	63	24	75			26	56
26	69	25	81			27	63
27	69	26	81			28	63
28	75	27	88			29	69
29	81	28	94			30	69
30	81	29	94			31	75
31	88	30	100			32	75
32	88					33	81
33	94					34	81
34	94					35	88
35	100					36	88
						37	94
						38	94
						39	100
						40	100

Figura 4. Calificación de los dominios

Las puntuaciones de los cuatro dominios denotan la percepción de la calidad de vida de un individuo en cada dominio particular. Las puntuaciones de los dominios se escalan en una dirección positiva (es decir, las puntuaciones más altas indican una mayor calidad de vida). La puntuación media de los elementos dentro de cada dominio se utiliza para calcular la puntuación del dominio. Se transforman las puntuaciones de dominio a una escala de 0 a 100 (World Health Organization, 1996). Es decir, que se permite cierto grado de subjetividad, por lo que se puede catalogar como calidad de vida mala, regular y buena (Tabla 5).

Tabla 5. Calificación de la calidad de vida

Calificación	Puntaje
1. Mala	0 a 32
2. Regular	33 a 66
3. Buena	67 a 100

Elaborado por: Jorge Ramírez

3.3.4 Consideraciones éticas

La información obtenida será utilizada para la investigación científica, con respeto de la confidencialidad de los participantes. Se contó con la aprobación del estudio por parte de la Dirección Distrital y Gobernanza 09D08 Pascales.

3.4 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN

La estadística descriptiva empleó frecuencias y porcentajes, representados en tablas, gráficos de sectores y barras. Como medida de tendencia central se empleó la media. El procesamiento y análisis estadístico de la información se realizó mediante el programa SPSS v 21 en la correlación de las variables, mediante el Coeficiente de correlación de Pearson (r). Se relacionan las puntuaciones recolectadas de una variable con las puntuaciones obtenidas de la otra, con los mismos participantes o casos (Hernández Sampieri et al., 2014). El coeficiente r de Pearson puede variar de -1.00 a $+1.00$ (Tabla 6).

Tabla 6. Interpretación de coeficiente r de Pearson

Valor	Correlación
-1.00	Negativa perfecta
-0.90	Negativa muy fuerte
-0.75	Negativa considerable
-0.50	Negativa media
-0.25	Negativa débil
-0.10	Negativa muy débil
0.00	No existe correlación
+0.10	Positiva muy débil
+0.25	Positiva débil
+0.50	Positiva media
+0.75	Positiva considerable
+0.90	Positiva muy fuerte
+1.00	Positiva perfecta

Fuente: Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014.

La correlación positiva perfecta indica que “a mayor X, mayor Y” o “a menor X, menor Y”, de manera proporcional. Cada vez que X aumenta, Y aumenta siempre una

cantidad constante. El signo indica la dirección de la correlación (positiva o negativa); y el valor numérico, la magnitud de la correlación. Si p es menor del valor 0.05, se dice que el coeficiente es significativo en el nivel de 0.05 (95% de confianza en que la correlación sea verdadera y 5% de probabilidad de error). Si es menor a 0.01, el coeficiente es significativo al nivel de 0.01 (99% de confianza de que la correlación sea verdadera y 1% de probabilidad de error) (Hernández Sampieri et al., 2014).

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

4.1.1 Quién contestó la encuesta

A la encuesta respondieron 70 personas con discapacidad (67,3%) y 34 cuidadores (32,7). Es interesante notar que 32,7% de personas con discapacidad han requerido la ayuda de cuidadores para responder la encuesta, ya que denota dificultades intrínsecas como analfabetismo, grave lesión neurológica o motora que impide el desarrollo de la encuesta (Tabla 7).

Tabla 7. Quién contesta la encuesta

Persona	Frecuencia	Porcentaje
Con discapacidad	70	67,3
Cuidador	34	32,7
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



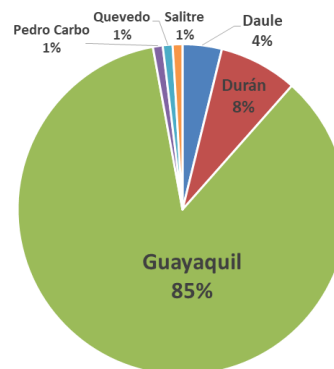
4.1.2 Ciudad de origen

De Guayaquil, se contaron 89 personas (85,6%), de Durán 8 (7,7%), de Daule 4 (3,8%). Los tres restantes (3%), eran de Pedro Carbo, Salitre (provincia de Guayas) y Quevedo (provincia de Los Ríos). Guayaquil junto con Daule y Durán, conforman prácticamente una unidad geográfica y económica, que abarca el 97% de los participantes (Tabla 8).

Tabla 8. Ciudad de origen

Ciudad	Frecuencia	Porcentaje
Daule	4	3,8
Durán	8	7,7
Guayaquil	89	85,6
Pedro Carbo	1	1,0
Quevedo	1	1,0
Salitre	1	1,0
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



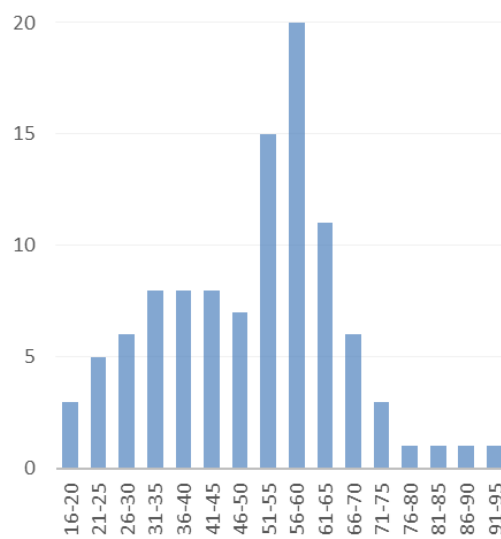
4.1.3 Edad

Se observó que entre los 51 a 65 años se registraron 46 pacientes (44,23%) y se registraron 45 casos entre 18 a 50 años (43,3%). A partir de los 76 años, se contaron solo cuatro casos. Es de notar que hay 91 personas (87,5%) entre 18 a 65 años, es decir, el periodo de edad productivo (Tabla 9).

Tabla 9. Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
16-20	3	2,9
21-25	5	4,8
26-30	6	5,8
31-35	8	7,7
36-40	8	7,7
41-45	8	7,7
46-50	7	6,7
51-55	15	14,4
56-60	20	19,2
61-65	11	10,6
66-70	6	5,8
71-75	3	2,9
76-80	1	1,0
81-85	1	1,0
86-90	1	1,0
91-95	1	1,0
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



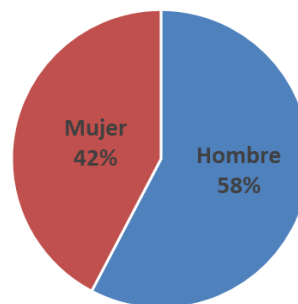
4.1.4 Sexo

En el grupo de estudio, se encontraron 60 hombres (58%) y 44 mujeres (42%), que no es relacionable con la proporción hombre/mujer del Ecuador, que está prácticamente equiparada (Tabla 10).

Tabla 10. Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	60	57,7
Mujer	44	42,3
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



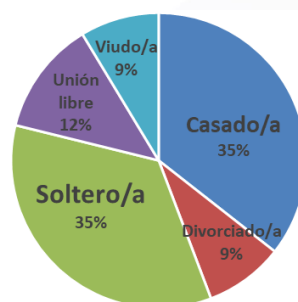
4.1.5 Estado civil

Fueron casadas 37 personas (35,6%), solteras 36 (34,6%), en unión libre 13 (12,5%), divorciadas 9 (8,7%) y viudas (8,7%). En total, las personas solas (solteras, divorciadas, viudas) fueron 54 (52%), mientras que las que vivían con su pareja (casadas, unión libre) eran 50 (48%). En este estudio se encontró que la relación entre personas solas (solteros, separados, viudos) era ligeramente mayor que aquellas que viven con su pareja (casados y en unión libre) y denota, de manera indirecta, que la soledad es un problema a considerar en las personas con discapacidad (Tabla 11).

Tabla 11. Estado civil

Estado	Frecuencia	Porcentaje
Casado/a	37	35,6
Divorciado/a	9	8,7
Soltero/a	36	34,6
Unión libre	13	12,5
Viudo/a	9	8,7
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



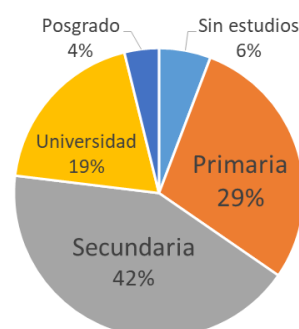
4.1.6 Educación

Se encontró que 44 personas tenían educación secundaria (42,3%), 30 primaria (28,8%), 20 con Estudios universitarios (19,2%), 6 sin estudios (5,8%) y 4 con posgrado (3,8%). Se observa también que 20 personas tienen estudios universitarios e incluso 4, tienen posgrado. Se encontraron 6 personas (5,8%) que no tenían estudios (por lo tanto el cuestionario fue contestado por sus cuidadores). Este dato se aproxima al del Banco Mundial, que indica que en Ecuador, la tasa de analfabetismo es del 6% (Grupo Banco Mundial, 2022) (Tabla 12).

Tabla 12. Educación

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	6	5,8
Primaria	30	28,8
Secundaria	44	42,3
Universidad	20	19,2
Posgrado	4	3,8
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



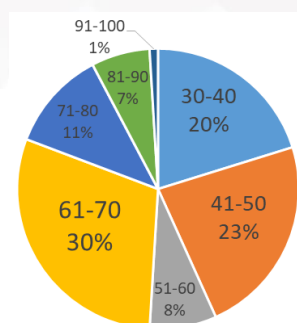
4.1.7 Grado de discapacidad

Todas las personas registradas tuvieron un porcentaje de discapacidad mayor a 30%. Cerca de un tercio de ellas, tenían entre 61-70% de discapacidad (31 casos, 29,8%), 24 con 41-50% (21,1%), 21 con 30-40% (20,2%) (Tabla 13).

Tabla 13. Grado de discapacidad

Grado	Frecuencia	Porcentaje
30-40	21	20,2
41-50	24	23,1
51-60	8	7,7
61-70	31	29,8
71-80	12	11,5
81-90	7	6,7
91-100	1	1,0
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



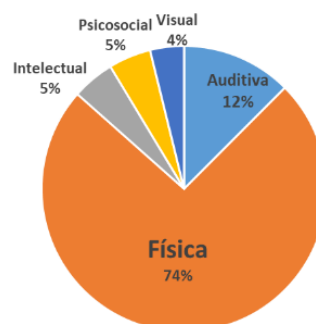
4.1.8 Tipo de discapacidad

La mayor parte del grupo, tenía discapacidad física 77 (74%), seguido por auditiva con 13 (12,5%), intelectual 5 (4,8%), psicosocial 5 (4,8%) y visual 4 (3,8%) (Tabla 14).

Tabla 14. Tipo de discapacidad

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Auditiva	13	12,5
Física	77	74,0
Intelectual	5	4,8
Psicosocial	5	4,8
Visual	4	3,8
Total	104	100

Elaborado por: Jorge Ramírez



4.1.9 Diagnóstico de discapacidad

El diagnóstico relacionado con la discapacidad fue variado, predominando las secuelas de enfermedades crónicas y trauma. Las enfermedades crónicas 66% y por trauma 34% (Tabla 15).

Tabla 15. Diagnósticos reportados

Diagnóstico específico	Frecuencia
Accidente vascular encefálico agudo no especificado como hemorrágico	1
Amputación de miembros	1
Amputación traumática de dos o más dedos solamente	1

Amputación traumática en algún nivel entre la cadera y la rodilla	3
Amputación traumática en algún nivel entre la cadera y la rodilla + traumatismo del plexo braquial	1
Ausencia adquirida de dedos de la mano incluida el pulgar unilateral	1
Ausencia adquirida de la pierna por arriba de la rodilla	2
Ausencia adquirida de miembros no especificados	1
Ausencia adquirida de pierna a nivel de o debajo de la rodilla	5
Ausencia adquirida de pierna a nivel de o debajo de la rodilla + otros traumatismos de la pierna especificados	1
Ausencia adquirida de pierna por arriba de la rodilla	7
Ausencia adquirida de pierna por debajo de la rodilla	2
Carcinoma de vías biliares intrahepáticas	1
Ceguera de ambos ojos	2
Demencia vascular mixta cortical y subcortical	1
Diabético hipertenso	1
Enfermedad de Parkinson	5
Epilepsia y síndromes epilépticos idiopáticos generalizados	1
Esquizofrenia paranoide	2
Fracturas múltiples de columna cervical	1
Hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial bilateral	2
Hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial no especificada	1
Hipoacusia neurosensorial bilateral	8
Hipoacusia neurosensorial bilateral + trastorno específico de la pronunciación	1
Hipoacusia neurosensorial bilateral + vértigo paroxístico benigno	1
Insuficiencia renal terminal	24
Insuficiencia renal terminal + ausencia adquirida de pierna a nivel o debajo de rodilla	3
Insuficiencia renal terminal + hipoacusia neurosensorial bilateral	1
Insuficiencia renal terminal + tumor maligno del lóbulo superior bronquio o pulmonar	1
Insuficiencia respiratoria crónica	1
Lesión de sitios contiguos de los huesos y de los cartílagos	1
Monoplejía de miembro superior	1
Otras insuficiencias renales crónicas + ausencia adquirida de pierna por arriba de la rodilla	1
Otros desprendimientos de la retina	1
Paraplejía no especificada	2
Retinopatía diabética	1
Retraso mental leve deterioro del comportamiento nulo o mínimo	4
Retraso mental moderado deterioro del comportamiento nulo o mínimo	1
Secuelas de fractura del fémur + demencia en la enfermedad de Alzheimer de comienzo tardío	1

Secuelas de infarto cerebral	1
Secuelas de otras enfermedades cerebrovasculares y de las no especificadas	1
Secuelas de poliomielitis piernas, brazos, cadera	1
Secuelas de quemadura corrosión y congelamiento de miembro superior	1
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	1
Trastornos de disco lumbar, y otros con radiculopatía	1
Trastornos de la raíz cervical no clasificados en otra parte	1
Traumatismo de plexo braquial	1
Total	104

Elaborado por: Jorge Ramírez

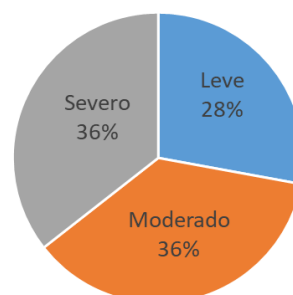
4.1.10 Intensidad del dolor

Valorada por la Escala Visual Analógica. Se encontró que sólo 29 personas con discapacidad (27,9%) refieren dolor leve, mientras que algo más de dos terceras partes, sufren dolor moderado a severo (Tabla 16).

Tabla 16. Intensidad del dolor

Dolor	Frecuencia	Porcentaje
Leve	29	27,9
Moderado	38	36,5
Severo	37	35,6
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



4.1.11 Tratamiento farmacológico del dolor

Solo el 26,9% de los investigados tomaron medicación para el dolor, a pesar de que 72,1% indicaron dolor moderado a severo (Tabla 17). Estos medicamentos correspondían a varias categorías farmacológicas (Tabla 18).

Tabla 17. Tratamiento farmacológico

	Frecuencia	Porcentaje
Sí recibe	28	26,9
No recibe	76	73,1
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez

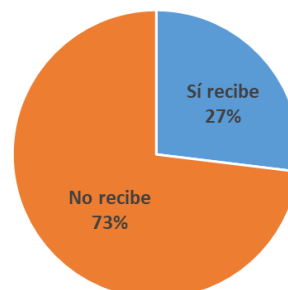


Tabla 18. Medicamentos empleados para el dolor

Analgésicos menores	AINEs	Opioides	Análogos GABA	Canabinoides
Paracetamol	Diclofenaco	Buprenorfina	Pregabalina	Cannabis
	Ibuprofeno	Oxicodona	Gabapentina	
	Ketorolaco	Tramadol		
	Meloxicam			
	Naproxeno			
	Piroxicam			

Elaborado por: Jorge Ramírez

De los que recibieron medicación para el dolor, en 78,5% se prescribió AINEs solos o en combinación con otros fármacos. En 57,1% se prescribió solo AINEs, Paracetamol, complejo B o mentol (Tabla 19).

Tabla 19. Fármacos para el dolor

Categoría farmacológica	Casos
AINE	5
AINE/Complejo B+Análogo GABA+Opioide	2
AINE+Analgésico menor	4
AINE+Complejo B	1
Analgésico menor	4
Analgésico menor+AINE tópico	1
Analgésico menor+AINE+Análogo GABA	1
Analgésico menor+Análogo GABA	1
Analgésico menor+antidepresivo tricíclico	1
Analgésico menor+Mentol	1
Analgésico menor+Opioide+Relajante muscular+Opioide tópico	1
Análogo GABA	1
Análogo GABA+Canabinoide	3
Opioide	2
Total	28

Elaborado por: Jorge Ramírez

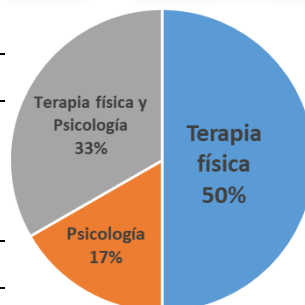
4.1.12 Tratamiento no farmacológico del dolor

Sólo 6 personas (5,8%) indicaron que reciben algún tratamiento no farmacológico para el dolor. Tres personas refirieron asistir a terapia física, una recibió asistencia de Psicólogo y dos recibieron terapia física y asistencia psicológica (Tabla 20).

Tabla 20. Tratamiento no farmacológico

Descripción	Casos
Terapia física	3
Psicología	1
Terapia física y Psicología	2
Total	6

Elaborado por: Jorge Ramírez



4.1.13 Cuestionario WHOQOL-BREF

4.1.13.1 Percepción de la calidad de vida

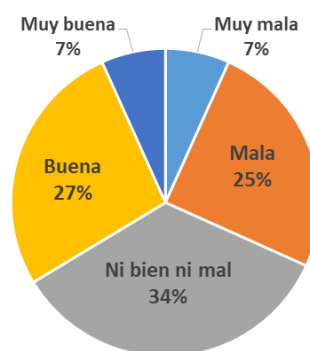
4.1.13.1.1 Percepción de la calidad de vida por la persona con discapacidad (PD)

Corresponde a la pregunta 1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida? La percepción de calidad de vida mala y muy mala, suma 32%, mientras que buena y muy buena, 33,6%. Más de una tercera parte de los participantes, indicaron que su calidad de vida no es ni buena ni mala (34%) y sólo 7 (6,7%), que es muy buena (Tabla 21).

Tabla 21. Percepción de la calidad de vida

	Frecuencia	Porcentaje
Muy mala	7	6,7
Mala	26	25,0
Ni bien ni mal	36	34,6
Buena	28	26,9
Muy buena	7	6,7
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



4.1.13.1.2 Percepción de la calidad de vida por el cuidador o la persona con discapacidad

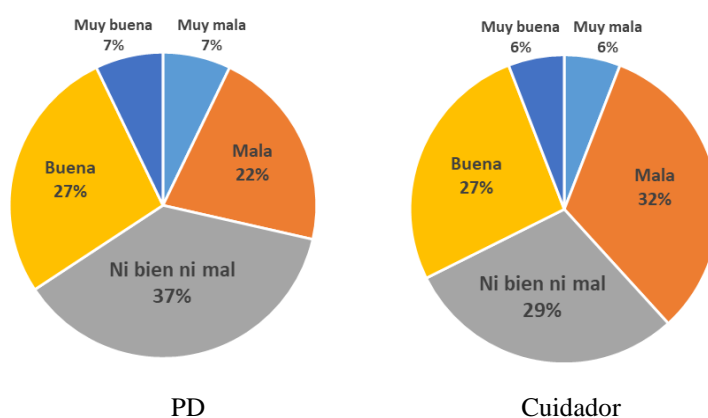
Sin embargo, la percepción de la calidad de vida varía según si se trata de la persona con discapacidad o el cuidador. La percepción de las personas con discapacidad tiende a ser mayor hacia la opción “ni bien ni mal”, seguido de “buena”, mientras que en

los cuidadores, la opción “ni bien ni mal” es segunda, luego de la opción “mala”. La opinión más negativa respecto a la calidad de vida, es la de los cuidadores (Tabla 22).

Tabla 22. Percepción de la calidad de vida por PD o cuidador

	Percepción de calidad de vida n (%)					Total
	Muy mala	Mala	Ni bien ni mal	Buena	Muy buena	
PD	5	15	26	19	5	70
Cuidador	2	11	10	9	2	34
Total	7	26	36	28	7	104

Elaborado por: Jorge Ramírez



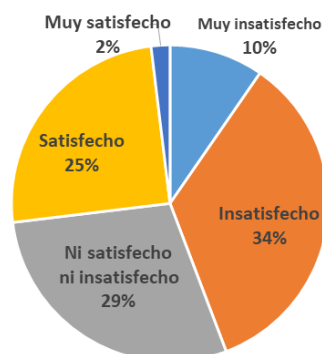
4.1.13.2 Percepción de la salud general

Corresponde a la pregunta 2. ¿Qué tan satisfecho/a está con su vida? Cerca de una tercera parte (28,8%) indicaron sentirse ni satisfecho ni insatisfechos con su vida; 46 personas (44,2%), eligieron la opción insatisfecho y muy insatisfecho, mientras que 28 (26,9%) eligieron satisfecho y muy satisfecho (Tabla 23).

Tabla 23. Percepción de la salud general

	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecho	10	9,6
Insatisfecho	36	34,6
Ni satisfecho ni insatisfecho	30	28,8
Satisfecho	26	25,0
Muy satisfecho	2	1,9
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



4.1.14 Dominio 1. Salud física. Corresponde a las preguntas 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18.

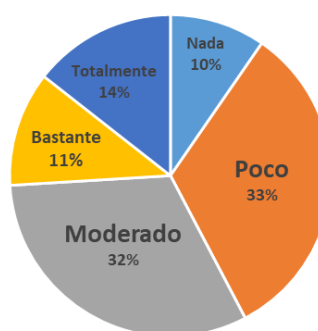
4.1.14.1 Dolor y disconformidad

Corresponde a la pregunta 3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita? En este caso, observamos que 15 personas (14,4%) piensan que el dolor físico es un limitante total en sus actividades, mientras que 12 (11,5%) indican que el dolor limita bastante sus actividades. Solo 10 (9,6%) no refieren disconformidad. Aun cuando existe 42,3% que refieren nada o poco dolor y disconformidad, existe 26% que indica que el dolor es un gran limitante (Tabla 24).

Tabla 24. Dolor y disconformidad

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Nada	10	9,6
Poco	34	32,7
Moderado	33	31,7
Bastante	12	11,5
Totalmente	15	14,4
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



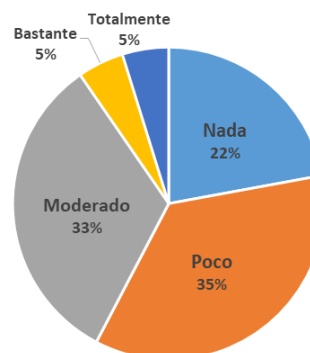
4.1.14.2 Dependencia de medicamentos y ayuda médica

Corresponde a la pregunta 4. ¿Qué tanto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria? Estos datos nos muestran que 60 personas con discapacidad (57,7%) dependen nada o poco de alguna medicación en su vida diaria, 34 personas (32,7%) moderadamente y 10 (9,6%), bastante o totalmente (Tabla 25).

Tabla 25. Dependencia de medicamentos y ayuda médica

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Nada	23	22,1
Poco	37	35,6
Moderado	34	32,7
Bastante	5	4,8
Totalmente	5	4,8
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



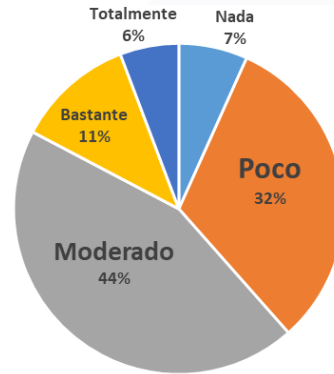
4.1.14.3 Energía y fatiga

Corresponde a la pregunta 10. ¿Qué tanta energía tiene para su vida diaria? 40 personas (38,4%) indicaron que tienen poca o nada energía para la vida diaria; 46 (44%) indicaron que perciben que su energía es moderada y solo 18 (17,3%) indicaron que sienten energía, bastante o totalmente. La percepción moderada se observa en 46 personas (44,2%) (Tabla 26).

Tabla 26. Energía y fatiga

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Nada	7	6,7
Poco	33	31,7
Moderado	46	44,2
Bastante	12	11,5
Totalmente	6	5,8
Total	104	100,0

Fuente: Jorge Ramírez



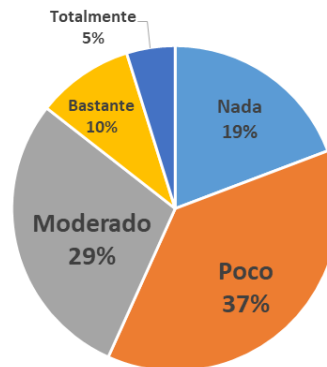
4.1.14.4 Movilidad

Corresponde a la pregunta 15. ¿Qué tan capaz es de desplazarse de un lugar a otro? 39 personas (37,5%) indicaron que tienen poca capacidad para desplazarse, 30 (28,8%) dijeron que su capacidad es moderada, 20 (19,2%) dijeron que son incapaces de movilizarse, 10 (9,6%) se movilizan bastante y solo 5 (4,8%) tienen capacidad total para movilizarse. En otras palabras, 59 personas (56,7%) indicaron que poco o nada pueden movilizarse, mientras que sólo 15 (14,4%) dijeron que lo pueden hacer bastante o totalmente (Tabla 27).

Tabla 27. Movilidad

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Nada	20	19,2
Poco	39	37,5
Moderado	30	28,8
Bastante	10	9,6
Totalmente	5	4,8
Total	104	100,0

Fuente: Jorge Ramírez



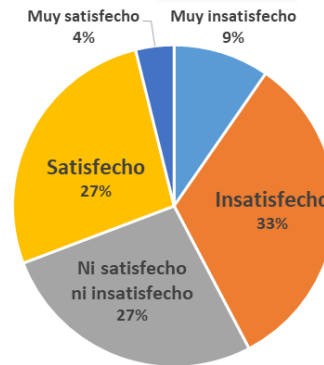
4.1.14.5 Sueño y descanso

Corresponde a la pregunta 16. ¿Qué tan satisfecho está con su sueño? 34 personas (32,7%) indicaron que están insatisfechos con su sueño; ni satisfechos ni insatisfechos estaban 28 (26,9%); al igual que aquellos que indicaron que estaban satisfechos. Solo 4 personas indicaron que están muy satisfechos con su sueño (Tabla 28).

Tabla 28. Sueño y descanso

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecho	10	9,6
Insatisfecho	34	32,7
Ni satisfecho ni insatisfecho	28	26,9
Satisfecho	28	26,9
Muy satisfecho	4	3,8
Total	104	100,0

Fuente: Jorge Ramírez



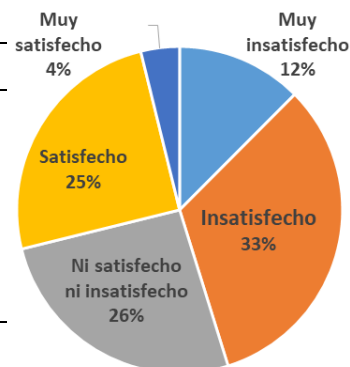
4.1.14.6 Actividades de la vida diaria

Corresponde a la pregunta 17. ¿Qué tan satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria? 34 personas (32,7%) indicaron que estaban insatisfechas con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria, 27 personas (26,0), 26 (25,0%) dijeron estar satisfechos, 13 (12,5%) muy insatisfecho y solo 4 (3,8%) dijeron estar muy satisfechos. Solo cerca de un tercio del grupo de estudio dijeron estar satisfechos o muy satisfechos (Tabla 29).

Tabla 29. Actividades de la vida diaria

	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecho	13	12,5
Insatisfecho	34	32,7
Ni satisfecho ni insatisfecho	27	26,0
Satisfecho	26	25,0
Muy satisfecho	4	3,8
Total	104	100,0

Fuente: Jorge Ramírez



4.1.14.7 Capacidad de trabajo

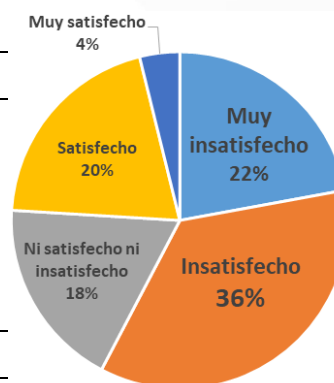
Corresponde a la pregunta 18. ¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de trabajo? 37 personas (35,6%) dijeron estar insatisfechos con su capacidad de trabajo. 23

(22,1%) indican que están muy insatisfechos; 21 (20,2% indicaron que estaban satisfechos y solo 4 /3,8%) dijeron que estaban muy satisfechos. En general, 60 personas (57,7%) indicaron que están insatisfechos o muy insatisfechos; solo 25 están satisfechos o muy satisfechos (24,0%) (Tabla 30).

Tabla 30. Capacidad de trabajo

	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecho	23	22,1
Insatisfecho	37	35,6
Ni satisfecho ni insatisfecho	19	18,3
Satisfecho	21	20,2
Muy satisfecho	4	3,8
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



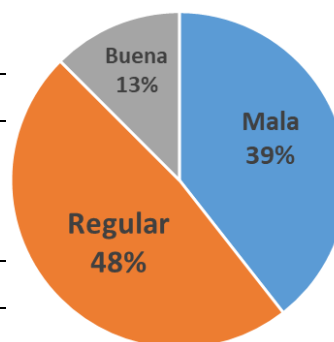
4.1.14.8 Calificación Dominio 1. Salud física

En general, la calificación fue regular en 50 participantes (48,1%), mala en 41 (39,1%) y buena solamente en 13 (12,5%) (Tabla 31).

Tabla 31. Calificación Salud física

	Frecuencia	Porcentaje
Mala	41	39,4
Regular	50	48,1
Buena	13	12,5
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



4.1.15 Dominio 2. Salud psicológica. Corresponde a las preguntas 5, 6, 7, 11, 19 y 26.

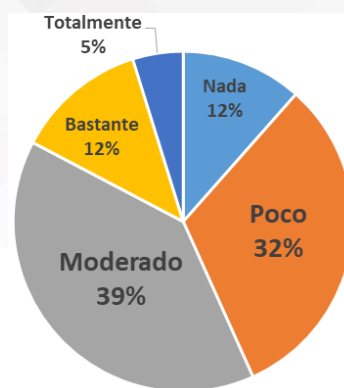
4.1.15.1 Sentimientos positivos

Corresponde a la pregunta 5. ¿Qué tanto disfruta de la vida? 45 personas (43,2%) indicaron que poco o nada disfrutaban de la vida, mientras que 18 (17,3%) dijeron que disfrutaban bastante o totalmente (Tabla 32).

Tabla 32. Sentimientos positivos

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Nada	12	11,5
Poco	33	31,7
Moderado	41	39,4
Bastante	13	12,5
Totalmente	5	4,8
Total	104	100,0

Fuente: Jorge Ramírez



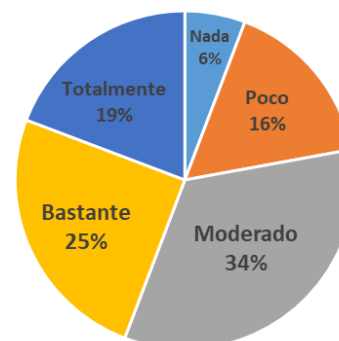
4.1.15.2 Creencias personales, religiosas y espirituales

Corresponde a la pregunta 6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene significado? 35 personas (33,7%) indicaron que su vida tiene un significado moderado, 26 (25,0%) dijeron que su vida tiene bastante significado y 20 (19,2%) dijeron que totalmente. Para 17 personas (16,3%) su vida tiene poco significado y para 6 (5,8%), ninguno. En general, 23 personas (22,1%) dieron nada o poco significado a sus vidas (Tabla 33).

Tabla 33. Creencias personales, religiosas y espirituales

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Nada	6	5,8
Poco	17	16,3
Moderado	35	33,7
Bastante	26	25,0
Totalmente	20	19,2
Total	104	100,0

Fuente: Jorge Ramírez



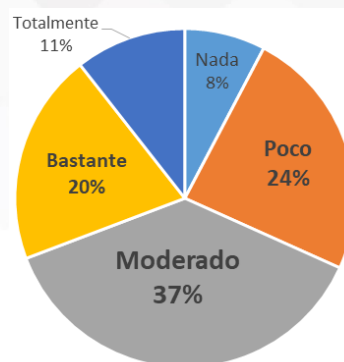
4.1.15.3 Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración

Corresponde a la pregunta 7. ¿Qué tan capaz es de concentrarse? 39 personas (37,5%) indicaron que su capacidad para concentrarse es moderada, 25 (24,0%) que su capacidad fue poca, 21 (20,2%) que fue bastante, 11 (10,6%) que fue total y 8 (7,7) dijeron que su capacidad para concentrarse es nula. En general, 33 personas (31,7%) dijeron que su capacidad de concentración es nada o poco y 32 dijeron que es bastante o total (30,8%) (Tabla 34).

Tabla 34. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Nada	8	7,7
Poco	25	24,0
Moderado	39	37,5
Bastante	21	20,2
Totalmente	11	10,6
Total	104	100,0

Fuente: Jorge Ramírez



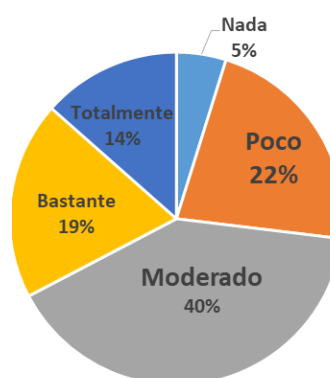
4.1.15.4 Imagen y apariencia física

Corresponde a la pregunta 11. ¿Qué tanto acepta su apariencia física? 42 personas (40%) aceptan su apariencia física, 23 (22,1%) la aceptan poco, 20 (19,2%), bastante, 14 (13,5%) aceptan totalmente y 5 (4,8%) no la aceptan nada. 28 personas (26,9%) tienen nada o poca aceptación de su apariencia física, mientras que 34 (32,7%) tienen bastante o total aceptación (Tabla 35).

Tabla 35. Imagen y apariencia física

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Nada	5	4,8
Poco	23	22,1
Moderado	42	40,4
Bastante	20	19,2
Totalmente	14	13,5
Total	104	100,0

Fuente: Jorge Ramírez



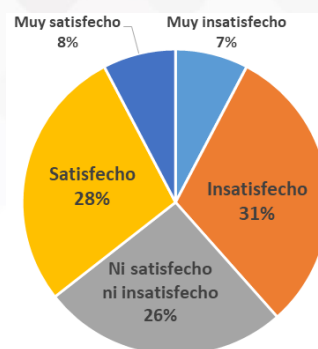
4.1.15.5 Autoestima

Corresponde a la pregunta 19. ¿Qué tan satisfecho está de sí mismo? 32 personas (30,8%) están insatisfechas, 29 personas (27,9%) están satisfechas, 27 (26%) ni satisfechas ni insatisfechas, muy insatisfechos hay 8 (7,7%) y muy satisfechos hay 8 (7,7%). 40 (38,5%) personas están insatisfechas o muy insatisfechas de sí mismas; 37 (35,6%) personas están satisfechas o muy satisfechas de sí mismas (Tabla 36).

Tabla 36. Autoestima

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecho	8	7,7
Insatisfecho	32	30,8
Ni satisfecho ni insatisfecho	27	26,0
Satisfecho	29	27,9
Muy satisfecho	8	7,7
Total	104	100,0

Fuente: Jorge Ramírez



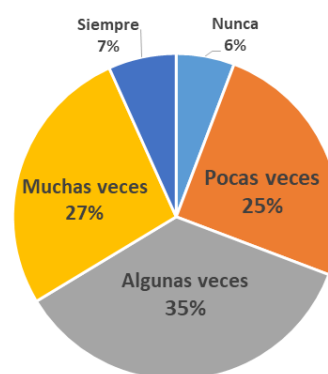
4.1.15.6 Sentimientos negativos

Corresponde a la pregunta 26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como la tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión? 7 personas (6,7%) indicaron que siempre tienen sentimientos negativos, 28 (26,9%) indicaron que muchas veces; 37 (35,6%) indicaron que algunas veces; 26 (25,0%) dijeron que pocas veces y 6 (5,8%) que nunca los tienen. 35 personas (33,6%) dijeron que muchas veces o siempre tienen sentimientos negativos; 32 (30,8%) dijeron que pocas veces o nunca tienen sentimientos negativos (Tabla 37).

Tabla 37. Sentimientos negativos

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	5,8
Pocas veces	26	25,0
Algunas veces	37	35,6
Muchas veces	28	26,9
Siempre	7	6,7
Total	104	100,0

Fuente: Jorge Ramírez



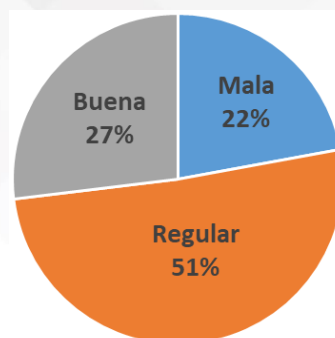
4.1.15.7 Calificación Dominio 2. Salud Psicológica

En general, la calificación fue regular en prácticamente la mitad de los participantes (51%), buena en 28 (27%) y mala en 23 (22%) (Tabla 38).

Tabla 38. Calificación Salud

Psicológica		
	Frecuencia	Porcentaje
Mala	23	22,1
Regular	53	51,0
Buena	28	26,9
Total	104	100

Elaborado por: Jorge Ramírez



4.1.16 Dominio 3. Relaciones interpersonales. Corresponde a las preguntas 20, 21 y 22.

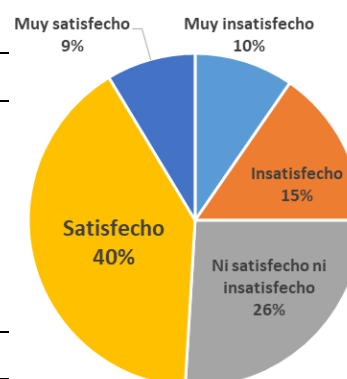
4.1.16.1 Relaciones personales

Corresponde a la pregunta 20. ¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales? 42 personas (40,4%) indicaron que están satisfechas con sus relaciones personales, 27 (26,0%) que no estaban ni satisfechas ni insatisfechas; 16 (15,4%) que estaban insatisfechas; 10 (9,6%) muy insatisfechas y solo 9 (8,7%) estaban muy satisfechas. En general, 26 personas (25%) indicaron que estaban insatisfechas o muy insatisfechas con sus relaciones personales y 51 (49,1%) que estaban satisfechas o muy satisfechas (Tabla 39).

Tabla 39. Relaciones personales

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecho	10	9,6
Insatisfecho	16	15,4
Ni satisfecho ni insatisfecho	27	26,0
Satisfecho	42	40,4
Muy satisfecho	9	8,7
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



4.1.16.2 Actividad sexual

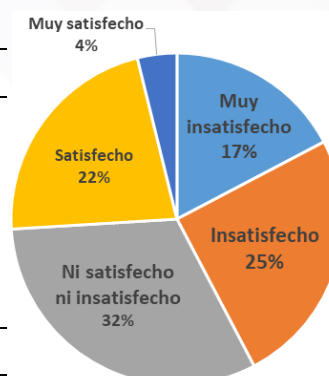
Corresponde a la pregunta 21. ¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual? 33 personas (31,7%) indicaron que no están ni satisfechos ni insatisfechos con su vida sexual; 26 (25,0%) que estaban insatisfechas, 23 (22,1%) estaban satisfechas, 18 (17,3%) muy insatisfechas, solo 4 (3,8%) estaban muy satisfechas. En general, 44 personas

(42,3%) estaban insatisfechas o muy insatisfechas con su vida sexual, 27 (25,9%) estaban satisfechas o muy satisfechas (Tabla 40).

Tabla 40. Actividad sexual

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecho	18	17,3
Insatisfecho	26	25,0
Ni satisfecho ni insatisfecho	33	31,7
Satisfecho	23	22,1
Muy satisfecho	4	3,8
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



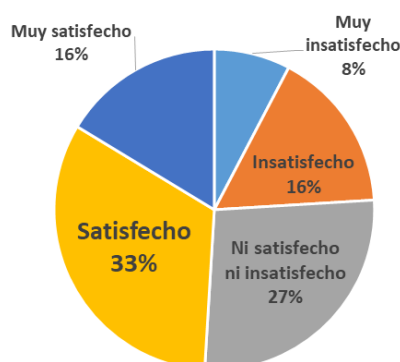
4.1.16.3 Apoyo social

Corresponde a la pregunta 22. ¿Qué tan satisfecho está con el apoyo que le brindan sus amistades? 34 personas (32,7%) están satisfechas con el apoyo que le dan sus amistades; 28 participantes (26,9%) indican estar ni satisfechos ni insatisfechos; 17 (16,3%) satisfechos; 17 (16,3%) insatisfechos, 8 (7,7%) están muy insatisfechos. En general, 51 (49,0%) están satisfechos o muy satisfechos y 25 (24%) insatisfechos o muy insatisfechos (Tabla 41).

Tabla 41. Apoyo social

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecho	8	7,7
Insatisfecho	17	16,3
Ni satisfecho ni insatisfecho	28	26,9
Satisfecho	34	32,7
Muy satisfecho	17	16,3
Total	104	100,0

Fuente: Jorge Ramírez



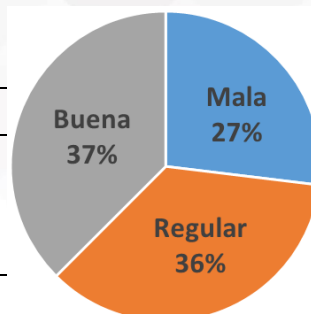
4.1.16.4 Calificación Dominio 3. Relaciones interpersonales

En general, la calificación fue buena en 39 participantes (37%), regular en 37 (35,6%) y mala en 28 (27%) (Tabla 42).

Tabla 42. Calificación Relaciones

Interpersonales		
	Frecuencia	Porcentaje
Mala	28	26,9
Regular	37	35,6
Buena	39	37,5
Total	104	100

Elaborado por: Jorge Ramírez



4.1.17 Dominio 4. Ambiente. Corresponde a las preguntas 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25.

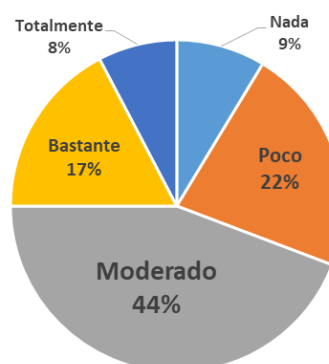
4.1.17.1 Libertad, seguridad física y protección

Corresponde a la pregunta 8. ¿Qué tan seguro (en general) se siente en su vida diaria? 46 personas (44,2%) indicaron que se sienten moderadamente seguros en la vida diaria, mientras que 23 (22,1%) dijeron que se sienten poco seguros; 18 (17,3%) dijeron que se sienten bastante seguros; 9 (8,7%) que se sienten nada seguros y 8 (7,7%) totalmente seguros. En general, 26 (25,0%) dijeron sentirse bastante o totalmente seguros; 32 (30,8%) nada o poco seguros (Tabla 43).

Tabla 43. Libertad, seguridad física y protección

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Nada	9	8,7
Poco	23	22,1
Moderado	46	44,2
Bastante	18	17,3
Totalmente	8	7,7
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



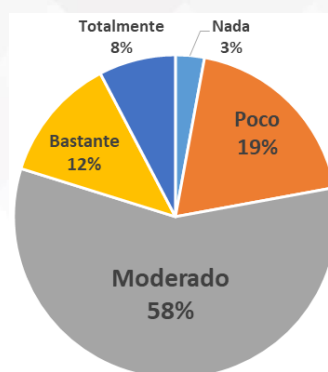
4.1.17.2 Entorno en el hogar

Corresponde a la pregunta 9. ¿Qué tan saludable es su entorno físico? 60 personas (57,7%) piensan que su entorno físico es moderadamente saludable; 20 (19,2%) piensan que es poco saludable; 13 (12,5%) que es bastante saludable; 8 (7,7%) que es totalmente saludable y 3 (2,9%), que es nada saludable (Tabla 44).

Tabla 44. Entorno en el hogar

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Nada	3	2,9
Poco	20	19,2
Moderado	60	57,7
Bastante	13	12,5
Totalmente	8	7,7
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



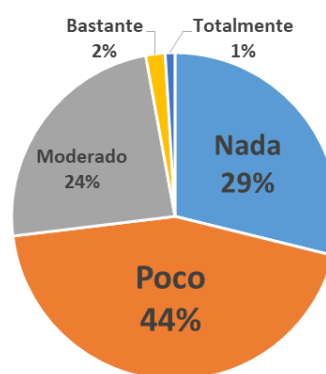
4.1.17.3 Recursos económicos

Corresponde a la pregunta 12. ¿Qué tanto su economía le permite cubrir sus necesidades? 46 personas (44,2%) dijeron que su economía poco les permite cubrir sus necesidades; 30 (28,8%) dijeron que su economía no les sirve para cubrir sus necesidades; 25 (24%) indicaron que sus ingresos cubren moderadamente sus necesidades; solo 2 (1,9%) dijeron que cubren bastante y uno (1%) que cubre totalmente. El general, 76 (73%) personas dijeron que sus ingresos les alcanza poco o nada para cubrir sus necesidades y 3 (2,9%) personas indicaron que les alcanza bastante o totalmente (Tabla 45).

Tabla 45. Recursos económicos

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Nada	30	28,8
Poco	46	44,2
Moderado	25	24,0
Bastante	2	1,9
Totalmente	1	1,0
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



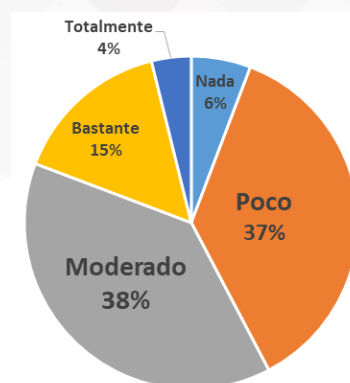
4.1.17.4 Oportunidades de adquirir nueva información y habilidades

Corresponde a la pregunta 13. ¿Qué tan disponible tiene la información que necesita en su vida diaria? 40 personas (38,5%) indicaron que tienen moderada disponibilidad de información para la vida diaria; 38 (36,5%) que la disponibilidad es poca; 16 (15,4%) piensan que tienen bastante disponibilidad; 6 (5,8%) piensan que no tienen disponible la información necesaria y solo 4 (3,8%) dicen que la disponibilidad es total (Tabla 46)

Tabla 46. Oportunidades para adquirir nueva información y habilidades

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Nada	6	5,8
Poco	38	36,5
Moderado	40	38,5
Bastante	16	15,4
Totalmente	4	3,8
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



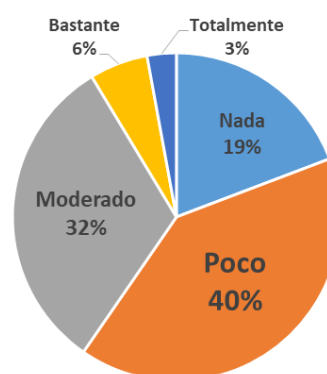
4.1.17.5 Participación y oportunidades de recreación y ocio

Corresponde a la pregunta 14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio? 42 personas (40,4%) indicaron que tienen pocas oportunidades para realizar actividades de ocio; 33 personas (31,7%) indicaron que tienen oportunidades de manera moderada; 20 (19,2%) manifestaron que no tienen oportunidades; 6 (5,8%) dijeron que tienen bastantes oportunidades y solamente 3 (2,9%) dijeron que tienen oportunidades totalmente. En general, 62 personas (59,6%) dijeron tener ninguna o pocas oportunidades para realizar actividades de ocio y 9 (8,7%) dijeron tener bastantes o todas las oportunidades (Tabla 47).

Tabla 47. Participación y oportunidades de recreación y ocio

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Nada	20	19,2
Poco	42	40,4
Moderado	33	31,7
Bastante	6	5,8
Totalmente	3	2,9
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



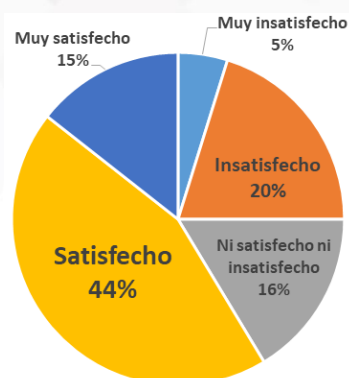
4.1.17.6 Entorno físico (polución, ruido, tráfico, clima)

Corresponde a la pregunta 23. ¿Qué tan satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive? 46 personas (44,2%) están satisfechas de las condiciones del lugar donde viven; 21 personas (20,2%); 17 personas (16,3%) están ni satisfechas ni insatisfechas; 15 (14,4%) están muy satisfechas y 5 (4,8%) muy insatisfechas (Tabla 48).

Tabla 48. Entorno físico

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecho	5	4,8
Insatisfecho	21	20,2
Ni satisfecho ni insatisfecho	17	16,3
Satisfecho	46	44,2
Muy satisfecho	15	14,4
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



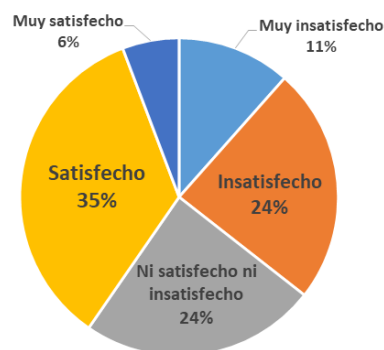
4.1.17.7 Accesibilidad y calidad de cuidados de salud y sociales

Corresponde a la pregunta 24. ¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud? 36 personas (34,6%) dijeron estar satisfechas con el acceso a los Servicios de Salud; ni satisfechos ni insatisfechos eran 24,0%) y en igual proporción, aquellos que dijeron estar insatisfechos. 12 personas (11,5%) dijeron estar muy insatisfechos y solo 6 (5,8%) muy satisfechos (Tabla 49).

Tabla 49. Accesibilidad y calidad de cuidados de salud y sociales

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecho	12	11,5
Insatisfecho	25	24,0
Ni satisfecho ni insatisfecho	25	24,0
Satisfecho	36	34,6
Muy satisfecho	6	5,8
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



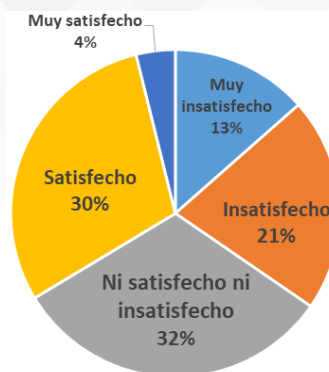
4.1.17.8 Transporte

Corresponde a la pregunta 25. ¿Qué tan satisfecho está con el medio de transporte que utiliza? 33 personas (31,7%) indicaron que no están ni satisfechos ni insatisfechos con el medio de transporte que utilizan; 31 personas están satisfechas; 22 personas (21,2%) indicaron estar insatisfechas; 14 (13,5%) estaban muy insatisfechas y solo 4 (4,8%) dijeron estar muy satisfechas (Tabla 50).

Tabla 50. Transporte

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Muy insatisfecho	14	13,5
Insatisfecho	22	21,2
Ni satisfecho ni insatisfecho	33	31,7
Satisfecho	31	29,8
Muy satisfecho	4	3,8
Total	104	100,0

Elaborado por: Jorge Ramírez



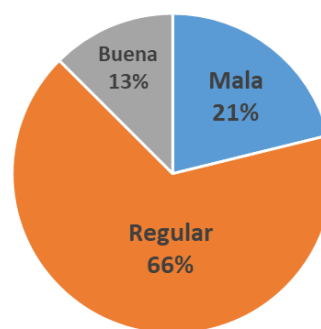
4.1.17.9 Calificación Dominio 4. Ambiente

En general, la calificación fue regular en 69 participantes (66,3%), mala en 22 (21,2%) y buena en 13 (12,5%) (Tabla 51).

Tabla 51. Calificación Ambiente

	Frecuencia	Porcentaje
Mala	22	21,2
Regular	69	66,3
Buena	13	12,5
Total	104	100

Elaborado por: Jorge Ramírez



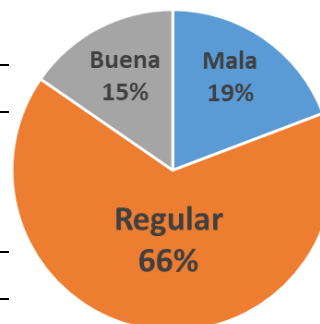
4.1.18 Calificación general

En general, la calificación de calidad de vida fue de regular en 68 participantes (65,4%), mala en 20 (19,2%) y buena en solo 16 (15,4%) (Tabla 52).

Tabla 52. Calificación general

	Frecuencia	Porcentaje
Mala	20	19,2
Regular	68	65,4
Buena	16	15,4
Total	104	100

Elaborado por: Jorge Ramírez



4.1.19 Análisis inferencial

Mediante la correlación de Pearson se encontró que entre la intensidad del dolor y la calidad de vida de la persona con discapacidad, existe una relación negativa $-0,469$ y significancia de $0,000$. Lo que indica que cuando la intensidad del dolor es mayor, disminuye la ponderación de la calidad de vida, es una correlación negativa media (Tabla 53).

Tabla 53. Correlaciones

		Intensidad del dolor	Calidad de vida
Intensidad del dolor	Correlación de Pearson	1	$-0,469^{**}$
	Sig. (bilateral)		,000
	N	104	104
	Correlación de Pearson	$-0,469^{**}$	1
Calidad de vida	Sig. (bilateral)	,000	
	N	104	104

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

Elaborado por: Jorge Ramírez

4.2 ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS

En el grupo de estudio, un poco más de la mitad de casos tenían más de 51 años, que contrasta un poco con el reporte de CONADIS a nivel nacional, que desde esa edad, la población con discapacidad constituye el $46,62\%$ (CONADIS, 2022). Es interesante encontrar que el grupo de adultos de mediana edad llegaba al $44,23\%$, que implica una merma considerable en la capacidad laboral nacional. Calispa (2020) indica que la mayoría de casos se encuentra entre los 40 a 49 años de edad (Calispa Novoa & Castillo Chacón, 2020).

Aunque a nivel nacional, la relación hombres/mujeres está prácticamente equilibrada (INEC, 2022), en nuestro estudio se encontró ligero predominio del sexo masculino, que es coincidente con las cifras del CONADIS, a enero del 2022: el porcentaje en hombres fue de $56,13\%$ y de mujeres fue $43,87\%$ (CONADIS, 2022). Ocampo (2018) en su estudio de discapacidad e inclusión en una universidad ecuatoriana, indicó que el $51,5\%$ de la serie correspondió al género masculino, indicando que no existe una diferencia considerable entre géneros (Ocampo Alvarado, 2018). Calispa (2020) en

su estudio de calidad de vida en personas con amputación indicó que 75,3% de los investigados eran hombres y 24,7 eran mujeres (Calispa Novoa & Castillo Chacón, 2020). Sin embargo, no podemos extrapolar esta realidad a la de países locales. De hecho, sólo en Colombia, Vélez & Vidarte (2013), encontraron que el 52% de los registros de personas con discapacidad correspondían al sexo femenino en Cali (Vélez et al., 2013); mientras que los mismos autores en 2014, concluyeron que hombres eran 54,8% en Barranquilla (Vélez Álvarez & Vidarte Claros, 2014). Probablemente nuevos estudios con indicadores de género aclaren este panorama.

La proporción de las diferentes categorías del estado civil eran similares a otros trabajos locales, como los de Calispa (2020) (Calispa Novoa & Castillo Chacón, 2020). El estado civil de las personas con discapacidad no guarda proporción con los datos de la población general reportados por el INEC, en el Censo de Población y Vivienda más reciente, al menos en lo que refiere a las personas casadas y en unión libre. Debido a la temporalidad del mencionado censo -realizado hace 12 años-, creemos que no podemos marcar una conclusión.

Sin embargo es de notar que las personas solas (solteros, separados, viudos) los adultos con pareja tienen menor nivel de soledad (Quintero Echeverri et al., 2018). El nivel educativo de los participantes demostró fue similar al reportado por otra serie local de Calispa (2020), aunque hubo diferencia notable en la proporción de personas sin estudios, que en nuestra serie fue de 5,8% y la del mencionado autor 1,4% (Calispa Novoa & Castillo Chacón, 2020).

En el presente trabajo, prácticamente más de dos terceras partes de las personas con discapacidad, acusaban dolor moderado a severo. Esta observación coincide parcialmente con Célleri (2018) en su estudio en pacientes con dolor lumbar crónico en el Hospital José Carrasco Arteaga, de Cuenca, donde la mayoría sufrían discapacidad moderada e intensidad de dolor moderada (Álvarez Célleri & Marín Duchi, 2018). Jiménez (2017), en su estudio en personas amputadas en Murcia indica que el dolor está presente en la mayoría de ellas, con media según la escala EVA en 4,26 (moderado) (Jiménez et al., 2017). Sin embargo, es extraño que en nuestro trabajo, solo una cuarta parte de las personas con discapacidad dicen recibir algún tipo de tratamiento, sea farmacológico o no. Este aspecto nos hace pensar en dos problemas: o se trata de falta de adherencia terapéutica, o por alguna razón, los pacientes no pueden acceder a las medicinas. En el primer caso, Palomo y otros (2021) indican que la falta de adherencia terapéutica es frecuente en pacientes con dolor crónico y la influencia de factores

psicológicos sobre ella puede ser relevante; existe cierto acuerdo en mostrar que la presencia de depresión, y/o ansiedad se asocian a la falta de adherencia analgésica observada en los pacientes. Sin embargo, otros factores como el afrontamiento, el catastrofismo u otros factores con potencial efecto sobre la adherencia necesitan ser mejor estudiados (Palomo-Osuna et al., 2021).

El problema del acceso ocurre cuando se prescribe un medicamento y el paciente no tiene dinero suficiente para comprarlos o simplemente, no tiene dinero. También existe la probabilidad de que la farmacia institucional no esté abastecida, problema frecuente en la actualidad de las instituciones de salud, lo que atenta contra lo dictaminado en el Art. 17, ítem 1 de la Constitución Política del Ecuador, que reconoce el derecho de las personas con discapacidad a la atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida (Asamblea Nacional, 2008).

No se pudo definir un protocolo establecido, toda vez que en el resumen general de prescripciones se observó que de cada categoría farmacológica se prescribieron varios medicamentos. Dado que no reciben medicación para el dolor todos los pacientes que deberían, es interesante que casi 11% de los que sí recibieron tratamiento, lo hicieron con una combinación de análogo GABA y cannabis, aun cuando, Sin embargo, los efectos adversos derivados de su consumo son frecuentes y a dosis altas se han registrado efectos adversos graves (Artigues Seguí, 2019).

Muchas personas con discapacidad sufren de dolor crónico neuropático, cuyo tratamiento incluye antidepresivos tricíclicos, antidepresivos duales, neuromoduladores, anticonvulsivantes, lidocaína en parche o sistémica y algunos opioides (Correa-Illanes, 2014), sin embargo, el tratamiento farmacológico observado en el estudio, demuestra que se prefirieron AINEs, paracetamol y opioides como los tratamientos más frecuentes, lo que nos deja nuevas preguntas respecto a la falta de prescripción de antidepresivos.

Respecto al diagnóstico que originó la discapacidad, predominaron las secuelas relacionadas a enfermedades crónicas y a trauma. Las enfermedades crónicas, tienden a ser de larga duración y generan una gran carga social desde el punto de vista económico, así como desde la perspectiva de la dependencia social y la discapacidad. Según la OMS, los principales tipos de enfermedades crónicas son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes (Organización Mundial de la Salud, 2021).

En nuestro estudio, la percepción de la calidad de vida y salud general, mostró una tendencia neutral, es decir, que las personas con discapacidad consideran que su calidad de vida no es buena ni mala. A nivel local, este resultado fue coherente con el trabajo de Puentes, Samaniego & Lima (2019) en personas atendidos en la Asociación de Discapacitados del Azuay (Puente Arcentales & Samaniego Chalco, 2019) y con el trabajo de Calispa (2020) con personas con discapacidad física por amputaciones (Calispa Novoa & Castillo Chacón, 2020). En esa misma provincia, Cedillo y Cols. (2020) indican que la percepción de la calidad de vida empeora en la medida que existen más limitaciones en las personas con discapacidad (Cedillo Armijos et al., 2021), como sugiere el estudio de Jiménez (2017) en pacientes amputados, donde el 53,57% de los sujetos de estudio perciben la calidad de su vida como “mala” (Jiménez et al., 2017).

Cabe mencionar que la percepción varió si fue el cuidador o la propia persona con discapacidad que responde el cuestionario. Los cuidadores, tuvieron peor percepción de la calidad de vida de las personas a quien cuidan, mientras que las propias personas con discapacidad, tuvieron mejor percepción. Es probable que el optimismo y la resiliencia sean determinantes en la percepción de la calidad de vida en las personas con discapacidad.

Como la percepción de la salud física en casi la mitad de los encuestados fue regular, es probable que se llegue a suponer que existe en general, sentimientos de aceptación respecto a la calidad de vida, sin embargo, la proporción que percibe su salud física como mala, también es importante. Los aspectos que causan mayor insatisfacción en las personas con discapacidad se relacionan con la dependencia de medicamentos y ayuda médica y movilidad. Debemos recordar que al momento de hacer esta investigación, la sociedad, inmersa en la pandemia de COVID-19 que ha puesto en prueba a necesidades singulares, como la dependencia de la asistencia y la posible escasez de medicamentos durante la crisis (Ruffinelli & Britos, 2020).

A pesar de que la mitad de las personas investigadas percibieron su salud psicológica como regular, no se puede considerar en sí, como una respuesta satisfactoria. La calificación intermedia podría significar acaso la aceptación o la resignación a su condición, en cuyo caso, la interpretación es subjetiva. Más grave aún, una quinta parte indicó que su salud psicológica es mala e indica la necesidad de mayor apoyo psicológico a las personas con discapacidad. No menos importante es la concurrencia de la pandemia de COVID, que a juicio de otros investigadores, ha menoscabado la salud psicológica de las personas con discapacidad, ya que las restricciones de movilidad durante el periodo

de confinamiento limitaron las posibilidades para realizar ejercicio y han generado ansiedad o malestar emocional que, en algunos casos, se ha traducido en alteraciones del sueño y conductuales, con consecuencias a nivel físico (Navas et al., 2020). Adicionalmente, existieron dificultades que se sumaron al peligro de ser contagiado.

Desde la falta de cuidadores y las dificultades económicas formando un cóctel perfecto para comprometer aún más la salud emocional y la continuidad de los tratamientos de estas personas (Ruffinelli & Britos, 2020).

De los dominios de calidad de vida, las relaciones interpersonales son las que tuvieron mejor puntuación, sin llegar a una mayoría absoluta y coincide con algunos autores. En los trabajadores con discapacidad auditiva son regularmente adecuadas (Junco Lazo & Ramirez Armas, 2018).

La actividad sexual, en general, reportó baja calificación. A este respecto, se ha observado que barreras sociales y culturales restringen el desarrollo pleno de la sexualidad en mujeres en situación de discapacidad, destacando la infantilización de la discapacidad, la negación a la maternidad y la falta de capacitación de los equipos multidisciplinarios en salud sexual y reproductiva en relación a personas con discapacidad (Castañeda et al., 2021). También se ha observado que la no implementación de programas de educación sexual para las personas con discapacidad es una grave falta contra estas personas y su derecho a ejercer una actividad sexual gratificante y satisfactoria, dependiendo de sus necesidades y posibilidades en función de la discapacidad que presenten (Pérez & Raja, 2019).

La calificación del dominio Ambiente fue regular, en dos terceras partes. Varios estudios han reportado que las restricciones en los centros residenciales han afectado a un colectivo que pudiera presentar con anterioridad especiales dificultades de movilidad (Navas et al., 2020). Los efectos de la pandemia sobre el mercado de trabajo, el no disponer de medios tecnológicos para recibir apoyos o comunicarse, el retraso en la gestión de ayudas necesarias, residir en un entorno rural con limitado acceso a recursos, o peores condiciones de habitabilidad de la vivienda, constituyen factores que dibujan situaciones de mayor vulnerabilidad y exclusión (Navas et al., 2020). Por un lado, las dificultades de acceso a herramientas tecnológicas, bien porque la persona presentaba grandes necesidades de apoyo, por dificultades económicas o por vivir con personas ya envejecidas con escasas competencias digitales, han limitado la posibilidad de contacto con familiares y amigos. Además, quienes vivían en una residencia han sufrido

restricciones severas durante un periodo de tiempo más prolongado, lo que sin duda ha afectado a su posibilidad de contacto con otras personas (Navas et al., 2020).

Vale la pena mencionar que actividades deportivas o recreativas ayudan a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, como menciona Bueno & Vinueza (2020) en su estudio en deportistas de alto rendimiento del Comité Paraolímpico Ecuatoriano, donde la percepción de la calidad de vida fue bastante buena (Bueno Burnham & Vinueza Vásquez, 2020).

Se observó que si existe una correlación entre el nivel de dolor y el grado de discapacidad, tal como lo afirma Palomo (2001), la intensidad del dolor condiciona la calidad de vida en las personas con discapacidad (Palomo-Osuna et al., 2021), de hecho el dolor altera la calidad de vida, aún en personas sin discapacidad (Álvarez Céleri & Marín Duchi, 2018).

CONCLUSIONES

1. El dolor en las personas con discapacidad es significativo y a pesar de su gravedad, la sociedad no lo toma con la seriedad que merece.
2. El manejo terapéutico del dolor en las personas con discapacidad no es el óptimo, denota fallas en la prescripción y un grave problema de acceso a un tratamiento adecuado.
3. La calidad de vida de las personas con discapacidad no es buena y el dolor influye negativamente en ella.

RECOMENDACIONES

1. Hacer el seguimiento del tratamiento del dolor en las personas con discapacidad, así como detectar los aspectos que impidan que el tratamiento se cumpla correctamente.
2. Se recomienda revisar los protocolos de tratamiento farmacológico del dolor en personas con discapacidad, así como la aplicación de otras formas de tratamiento como la acupuntura, musicoterapia o cromoterapia.
3. Se recomienda el apoyo psicológico para las personas con discapacidad, así como el seguimiento por parte del profesional de Trabajo social, lo cual puede requerir del fortalecimiento de las áreas de Psicología y Trabajo social en las unidades de salud.
4. De igual manera, es importante motivar la participación de las personas con discapacidad en actividades relacionadas con actividad física y lúdica, así como la implementación de programas de educación sexual dirigidos a personas con discapacidad y la formación de grupos de apoyo.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

5.1 TEMA

Elaborar un programa de capacitación sobre manejo del dolor dirigido a los cuidadores de personas con discapacidad atendidas en el Centro de Salud tipo C Bastión Popular.

5.2 FUNDAMENTACIÓN

Esta propuesta pretende la ejecución de un taller dirigido a los pacientes y sus cuidadores para el manejo del dolor de las personas con discapacidad, ya que el dolor no permite el goce de una vida de calidad. Las personas con discapacidad se preguntan a menudo como encontrar capacitación adecuada para manejar o afrontar el dolor.

5.3 JUSTIFICACIÓN

Las personas con discapacidad se encuentran en un estado de dependencia en diverso grado y necesitan de cuidados que no todas las personas pueden darles. En este sentido, sus cuidadores no siempre tienen los conocimientos adecuados o suficientes respecto a las necesidades de la persona a quien cuidan.

El dolor está presente con frecuencia en la vida de las personas con discapacidad. A menudo requiere de la administración de medicamentos que varían entre analgésicos simples hasta opioides complejos. También puede ser necesario de la asistencia psicológica o psiquiátrica y terapia física específica. Sin embargo, estos recursos no están siempre disponibles, ya sea por aspectos económicos o de acceso. Recordemos que las unidades de salud que pueden dar estos servicios, tienen una abultada consulta externa y su prestación suele depender de asignaciones institucionales no siempre regulares, que condicionan la atención. En este sentido, es necesario capacitar a las personas más cercanas a las personas con discapacidad.

5.4 OBJETIVOS

5.4.1 Objetivo general

-Capacitar a los cuidadores en el manejo del dolor de las personas con discapacidad.

5.4.2 Objetivos específicos

-Capacitar a los cuidadores sobre el tratamiento del dolor.

-Capacitar a los cuidadores sobre las estrategias de afrontamiento positivo del dolor.

5.6 FACTIBILIDAD

Factibilidad legal. Esta propuesta está sustentada por lineamientos de la Constitución Política del Ecuador y la Ley Orgánica de Discapacidades.

Artículos de la Constitución

Art. 32.- El Estado garantizará el derecho a la salud mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado (Asamblea Nacional, 2008).

Artículos de la Ley Orgánica de Discapacidades

Art. 19.- Derecho a la salud.- El Estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud y asegurará el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada permanente y prioritaria, habilitación y rehabilitación funcional e integral de salud, en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, con enfoque de género, generacional e intercultural. La atención integral a la salud de las personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante será de responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, que la prestará a través de la red pública integral de salud.

Art. 86.- Derecho a la protección y promoción social.- Las personas con discapacidad tienen derecho a la protección y promoción social del Estado dirigidos al máximo desarrollo de su personalidad, fomento de autonomía y la disminución de la dependencia (Asamblea Nacional, 2012).

Factibilidad presupuestaria y técnica. El Centro de Salud tipo C Bastión Popular cuenta con áreas en donde se pueden impartir capacitaciones a los cuidadores de los pacientes con discapacidad, a la vez cuenta con profesionales de Medicina, Psicología y Terapia física de la Unidad de Discapacidades.

5.7 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

La capacitación será impartida por profesionales de Medicina, Psicología y Terapia física pretende capacitar a los cuidadores en el manejo del dolor de las personas con discapacidad y específicamente sobre aspectos básicos del tratamiento del dolor y estrategias de afrontamiento positivo del dolor, toda vez que el cuidador es la persona más cercana al paciente con discapacidad y es quien administra la medicación prescrita para controlar el dolor. Además se organizará un grupo de apoyo, para compartir experiencias y estrategias de afrontamiento o información directa que ayuden a sobrellevar el dolor para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. El taller será impartido en la Sala de reuniones del centro de Salud tipo C Bastión Popular. Se entregará a los asistentes un lápiz y un pequeño block de notas. Se impartirán conferencias y se efectuará una evaluación final.

5.7.1 Actividades

- a) Reunión del Equipo de trabajo con el Director del Centro de Salud
- b) Elaboración de la nómina de participantes al taller, a partir del registro de la Unidad de Discapacidades.
- c) Invitación vía telefónica a los cuidadores de las personas con discapacidad.
- d) ¿Firma de consentimiento informado a los cuidadores de las personas con discapacidad?
- e) Elaboración del Programa de actividades según cronograma
- f) Compra de materiales para los talleres
- g) ¿Firma de acta de compromiso?
- h) Ejecución del taller a los cuidadores.
- i) Evaluación final en base a objetivos planteados.

5.7.2 Recursos y análisis financiero

Recursos humanos

Es el personal de la Oficina de Calificación de Discapacidades, que está formada por Médico general, Médico familiar, Psicólogo clínico y Terapeuta físico.

Recursos materiales

Salón

Computadora

Unidad de memoria flash

Proyector

Puntero láser

Trípticos y folletos

Hojas de papel bond

Lápices HB

Análisis financiero

La propuesta tendrá un valor aproximado de 6467 USD, cuyo detalle se presenta a continuación.

Tabla. Presupuesto a emplear			
Recursos humanos			
Detalle	Cantidad	Honorarios	Total (USD)
Médico general	1	1676	1676
Médico familiar	1	2408	2408
Psicólogo	1	1212	1212
Terapeuta físico	1	986	986
Recursos materiales			
Detalle	Cantidad	Valor unitario (USD)	Total (USD)
Papel bond (Paquete de 1000 U)	2	5	10
Lápices (Caja de 10 U)	5	5	25
Refrigerios	50	3	150
Total (USD)			6467

5.7.3 Impacto

Se pretende mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad al mejorar el estado actual de su conocimiento sobre el dolor.

5.7.4 Cronograma

Tabla 2. Cronograma			
Tema del taller	Subtema	Responsable	Duración
	-El dolor en la vida diaria.	Psicólogo	Enero, semana 1

Al dolor lo puedes manejar tú mismo	-Formas de tratamiento del dolor.	Médico	Enero, semana 1
Puedes afrontar el dolor	-Importancia de la terapia física	Terapista físico	Enero, semana 2
	-Estrategias de afrontamiento del dolor.	Psicólogo	Enero, semana 2
Entre todos nos ayudamos	-Implementación del Diario del paciente.	Médico general	Febrero, semana 1
	-Grupos de apoyo y sus ventajas.	Médico familiar	Febrero, semana 1
Evaluación		Médico familiar	Febrero, semana 2
Elaboración y entrega de informe final		Todo el equipo	Febrero, semana 3

5.7.5 Lineamiento para evaluar la propuesta

Cuando culmine la capacitación se hará un test de evaluación de los temas expuestos.

Rúbrica de evaluación

Tabla 3. Rúbrica de evaluación				
Criterio	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
Puntaje	1-4	5-6	7-8	9-10

BIBLIOGRAFÍA

Abay. (2013). Primer panel de indicadores de calidad de vida de personas con discapacidad intelectual en Aragón. Abay Analistas. <https://abayanalistas.net/es/portfolio/primer-panel-de-indicadores-de-calidad-de-vida-de-personas-con-discapacidad-intelectual-en-aragon/>

Álvarez Céleri, E. A., & Marín Duchi, E. V. (2018). Asociación entre el índice de discapacidad física y el dolor en pacientes con dolor lumbar crónico—Departamento de fisioterapia—Hospital José Carrasco Arteaga 2017—2018. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/30396>

Arribas, M. C. M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios. 5(2004), 7.

Artigues Seguí, B. (2019). ¿Es el cannabis un tratamiento efectivo para aliviar el dolor neuropático y el dolor secundario al tratamiento oncológico? <http://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/149807>

ASALE, R.-, & RAE. (2021). Cuestionario | Diccionario de la lengua española. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. <https://dle.rae.es/cuestionario>

Asamblea Nacional. (2008). Ecuador—Constitución Política de la República del Ecuador. https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=82263

Asamblea Nacional. (2012, Septiembre 25). Ley Orgánica de Discapacidades [Registro Oficial]. Suplemento No. 796. <https://www.registroficial.gob.ec/index.php/registro-oficial-web/publicaciones/suplementos/item/5375-suplemento-al-registro-oficial-no-796>

Aspiazu Bayas, D. F., & Velásquez Díaz, M. L. (2015). Diseño de una clínica del dolor en el norte de la ciudad de Guayaquil. <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/3513>

Badía, X. (1998). La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. 11.

Bendelow, G. A., & Williams, S. J. (1995). Transcending the dualisms: Towards a sociology of pain. *Sociology of Health & Illness*, 17(2), 139-165. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1995.tb00479.x>

Borrero Benítez, L. F., Méndez Torres, L. V. M., García Almenare, L. N. I., & Macías Bestard, L. C. (2012). Referentes histórico-metodológicos relacionados con calidad de vida. *Revista Información Científica*, 76(4), Article 4. <http://www.revinfocientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1177>

Bueno Burnham, N. M., & Vinuesa Vásquez, N. G. (2020). Estudio comparativo de la calidad de vida en deportistas de alto rendimiento del Comité Paralímpico Ecuatoriano a través de la escala WHOQOL-BREF en el período Octubre 2019- Febrero 2020. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/21114>

Calispa Novoa, C. G., & Castillo Chacón, J. M. (2020). Evaluación de la calidad de vida mediante la escala WHOQOLBREF en personas con amputación en la Fundación Hermano Miguel en el período octubre 2019—Febrero 2020. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/21117>

Castañeda, M., Galleguillos, P., & Maldonado, A. (2021). Aproximación a las sexualidades de mujeres en situación de discapacidad: Una revisión bibliográfica. *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional*, 8(1), 18-32.

Cedillo Armijos, M. L., Espinosa, A., Veá, H. D. B., Cedillo, M. M. G., & Patten, A. C. S. (2021). Funcionalidad general y calidad de vida percibida en personas con discapacidad. Azuay-Ecuador, 2020. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 40(4), Article 4. <http://www.revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/2388>

CONADIS. (2022). Estadísticas de Discapacidad. CONADIS. https://public.tableau.com/views/Discapacidad/Inicio?:embed=y&:showVizHome=no&:loadOrderID=0&:display_count=yes&:showTabs=y

Correa-Illanes, G. (2014). Dolor neuropático, clasificación y estrategias de manejo para médicos generales. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(2), 189-199. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70030-6](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70030-6)

Diaz Alay, Z. S. (2021). Calidad de vida del adulto mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones – La Libertad-Ecuador, 2020. <http://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/3545>

Divins, M.-J. (2015). Analgésicos. *Farmacia Profesional*, 29(6), 17-21.

Dolopedia. (2021). Definición de dolor. Dolopedia. <https://dolopedia.com/articulo/definicion-de-dolor>

Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Lucas-Carrasco, R., & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, 139(5), 579-586. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000500003>

Giné, C. (2004). Servicios y calidad de vida para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 35(210), 18-28.

Grue, J. (2010). Is there something wrong with society, or is it just me? Social and medical knowledge in a Norwegian anti-discrimination law. <https://www.sjdr.se/articles/10.1080/15017410903338853/>

Guevara Pacheco, S. V., Peláez-Ballestas, I., Feicán Alvarado, E. A., & Guevara Mosquera, D. (2015). Características socio-demográficas asociadas a la presencia de dolor músculo-esquelético, en Cuenca, Ecuador. *Rev. Fac. Cienc. Méd. Univ. Cuenca*, 61-68.

Harkouk, H., Pares, F., Daoudi, K., & Fletcher, D. (2018). Farmacología de los opioides. *EMC - Anestesia-Reanimación*, 44(2), 1-24. [https://doi.org/10.1016/S1280-4703\(18\)89443-9](https://doi.org/10.1016/S1280-4703(18)89443-9)

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación. McGraw-Hill.

IASP. (2020). IASP Announces Revised Definition of Pain. International Association for the Study of Pain (IASP). <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>

INEC. (2022). INEC. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>

IPPDH Mercosur. (2021). 3 de diciembre: Día Internacional de las Personas con Discapacidad.

IPPDH. <https://www.ippdh.mercosur.int/3-de-diciembre-dia-internacional-de-las-personas-con-discapacidad-2/>

Jiménez, D., Ramírez, A., Rueda, J. C., & Díaz, J. L. (2017). Análisis de la Calidad de Vida y el Dolor en Pacientes Amputados. *Revista de psicología de la salud*, 5(1), 28-58.

Junco Lazo, C. D., & Ramirez Armas, E. F. (2018). Relaciones interpersonales de las personas con discapacidad auditiva en el comportamiento organizacional en las Empresas Textiles Incalpaca TPX, Incatops y Franky y Ricky, Arequipa segundo semestre del 2017. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6224>

Kirmayer, L. J. (2008). Culture and the metaphoric mediation of pain. *Transcultural Psychiatry*, 45(2), 318-338. <https://doi.org/10.1177/1363461508089769>

Loeser, J. D., & Melzack, R. (1999). Pain: An overview. *Lancet* (London, England), 353(9164), 1607-1609. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)01311-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)01311-2)

Manterola, C., & Otzen, T. (2014). Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *International Journal of Morphology*, 32(2), 634-645. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042>

Martínez Caballero, C., Collado Collado, F., Rodríguez Quintosa, J., & Moya Riera, J. (2015). El alivio del dolor: Un derecho humano universal. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 22(5), 224-230. <https://doi.org/10.4321/S1134-80462015000500007>

Miller, C., & Newton, S. E. (2006). Pain perception and expression: The influence of gender, personal self-efficacy, and lifespan socialization. *Pain Management Nursing: Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 7(4), 148-152. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2006.09.004>

Ministerio de Salud Pública. (2015). El Ministerio de Salud garantiza cuidados paliativos a ciudadanos enfermos de cáncer [Www.salud.gob.ec]. <https://www.salud.gob.ec/el-ministerio-de-salud-garantiza-cuidados-paliativos-a-ciudadanos-enfermos-de-cancer/>

Molina Linde, J. M., Figueroa Rodríguez, J., & Uribe Rodríguez, A. (2013). Dolor, calidad de vida y estado anímico relacionados con la salud de pacientes ancianos hospitalizados. *Pensamiento Psicológico*, 11(1), 43-53.

Naciones Unidas. (2011). Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad – ACNUDH. <https://acnudh.org/hoja-informativa-convencion-internacional-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad/>

Navas, P., Verdugo, M., Amor, A., Crespo, M., & Martínez, S. (2020). Informe COVID-19 y discapacidades intelectuales y del desarrollo 2020. <https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscador/informe-covid-19-y-discapacidades-intelectuales-y-del-desarrollo-2020/>

Ocampo Alvarado, J. C. (2018). Discapacidad, Inclusión y Educación Superior en Ecuador: El Caso de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 12(2), 97-114.

OMS. (2021). Discapacidad y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

ONU. (2004, octubre 8). OMS conmemora Día Mundial contra el Dolor. Noticias ONU. <https://news.un.org/es/story/2004/10/1043101>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Enfermedades no transmisibles. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Discapacidad—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Paho.org]. Discapacidad. <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>

Pain. (1979). Pain terms: A list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 6(3), 249.

Palomo-Osuna, J., De Sola, H., Moral-Munoz, J. A., Dueñas, M., Salazar, A., Failde, I., Palomo-Osuna, J., De Sola, H., Moral-Munoz, J. A., Dueñas, M., Salazar, A., & Failde, I. (2021). Factores psicológicos asociados a la adherencia al tratamiento analgésico en pacientes con dolor crónico:

Revisión sistemática de la literatura. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 28(4), 181-193. <https://doi.org/10.20986/resed.2021.3922/2021>

Pérez Dalmeda, M. E., & Chhabra, G. (2019). Modelos teóricos de discapacidad: Un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas. <http://riberdis.cedid.es/handle/11181/5645>

Pérez, M. H., & Raja, E. S. (2019). Sexualidad y afectividad en jóvenes con discapacidad/diversidad funcional. *Revista de Estudios de Juventud*, 123, 61-76.

Perren, J., & Lamfre, L. (2018). Calidad de vida a debate: Deriva, definición y operacionalización de una categoría sugestiva para los estudios históricos. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/89729>

Power, M., Harper, A., & Bullinger, M. (1999). The World Health Organization WHOQOL-100: Tests of the universality of Quality of Life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology*,

American Psychological Association, 18(5), 495-505. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.18.5.495>

Puente Arcentales, K. M., & Samaniego Chalco, M. J. (2019). Conciencia de estigma y calidad de vida en personas con discapacidad física. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/32230>

Quintero Echeverri, Á., Villamil Gallego, M. M., Henao Villa, E., & Cardona Jiménez, J. L. (2018). Diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 36(2), 49-57.

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Registro Oficial. (2012). Registro Oficial N° 796/2012. Ley Orgánica de Discapacidades. <https://siteal.iiep.unesco.org/bdnp/257/registro-oficial-7962012-ley-organica-discapacidades>

Rodríguez Jiménez, A., & Pérez Jacinto, A. O. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, 82, 175-195. <https://doi.org/10.21158/01208160.n82.2017.1647>

Ruffinelli, R., & Britos, S. (2020). El aislamiento social: Connotaciones para las personas con discapacidad. *Kera Yvoty: reflexiones sobre la cuestión social*, 5(especial), 36-42. <https://doi.org/10.54549/ky.5e.2020.36>

Santiago Bazán, C., Pérez Dominguez, K. J., & Castro, N. L. (2018). Dolor lumbar y su relación con el índice de discapacidad en un hospital de rehabilitación. *Revista Científica Ciencia Médica*, 21(2), 13-20.

Toboso Martín, M., & Arnau Ripollés, M. S. (2008). La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. <https://idus.us.es/handle/11441/46027>

Velazquez, L., García, I., & Serrano-del-Rosal, R. (2019). Percepciones sociales del dolor.

Vélez Álvarez, C., & Vidarte Claros, J. A. (2014). Discapacidad y Determinantes Sociales de la Salud Estructurales e Intermedios: Diferencias por Género. <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/download/42/2803>

Vélez, C., Vidarte, J. A., & Cerón, J. D. (2013). Determinantes sociales de la salud y discapacidad: Caso Santiago de Cali. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 192-202.

Véliz-Mero, N. A. (2016). Impacto en la calidad de vida de las personas con discapacidad, posterior al plan de intervención del Bono “Joaquín Gallegos Lara”, en Ecuador. *Dominio de las Ciencias*, 2(3), 189-200. <https://doi.org/10.23857/dc.v2i3.77>

Verdugo, Z. Y. (2017). Calidad de vida en personas con discapacidad grave y muy grave. 4(1), 37-46.

Vicente Herrero, M. T., Delgado Bueno, S., Bandrés Moyá, F., Ramírez Iñiguez de la Torre, M. V., & Capdevila García, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. <https://doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017>

World Health Organization. (1996). WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996 (WHOQOL-BREF). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>

ANEXOS

Consentimiento

Por favor lea detenidamente esta información. El objetivo de esta investigación es determinar la relación entre el dolor y calidad de vida de las personas en condición de discapacidad. Su participación tomará cerca de 15 minutos. Con su aporte contribuirá a mejorar el conocimiento sobre aspectos de la calidad de vida. La información será confidencial. Los datos que lleven a su identificación no serán publicados. La información se almacenará en un archivo digital, en una cuenta a la que solo el investigador puede acceder con una contraseña. Su participación es voluntaria. Si considera que no desea participar, puede cerrar o salir de la página web del cuestionario. Si usted tiene alguna consulta puede contactar con el investigador, Dr. Jorge Ramírez, a través del correo jramirezr5@unemi.edu.ec

Acepto participar en la investigación.

Firma

Formulario para recolección de datos

Información general

A. Nombres y apellidos:			
B. Domicilio (ciudad y barrio):			
C. Edad en años:			
D. Sexo:	<input type="radio"/> Masculino)	Femenino
E. Estado civil	<input type="radio"/> Soltero)	Divorciado
	<input type="radio"/> Casado)	Viudo
	<input type="radio"/> Unión libre o de hecho		
F. Nivel educativo	<input type="radio"/> Sin estudios)	Universidad
	<input type="radio"/> Primaria)	Posgrado
	<input type="radio"/> Secundaria		
G. ¿Recibe medicación para calmar el dolor? Si su respuesta es afirmativa, escriba cuál/cuáles es/son.			
H. ¿Recibe otro tipo de tratamiento (no farmacológico) para el dolor? De ser afirmativa su respuesta, escriba cuál/cuáles es/son.			
I. ¿Cuál es su grado de discapacidad (en porcentaje)?	_____ %		
J. ¿Cuál es el diagnóstico que fundamenta el grado de discapacidad?			

Escala visual analógica

Observando la siguiente regla, seleccione el número que represente el grado de dolor por el que Usted recibe tratamiento. Recuerde que 0 significa que no tiene dolor y 10 significa el mayor dolor posible.



Cuestionario WHOQOL-BREFF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro(a) sobre qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. Concéntrese en las últimas dos semanas.

Instrucciones: por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y marque la opción que represente la mejor respuesta para Usted.



Basado en Acosta-Quiróz, et. al., 2013

	Muy mala	Mala	Ni bien ni mal	Buena	Muy buena
1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
2. ¿Qué tan satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a qué tanto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas:

	Nada	Poco	Moderado	Bastante	Totalmente
3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4. ¿Qué tanto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5. ¿Qué tanto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene significado?	1	2	3	4	5
7. ¿Qué tan capaz es de concentrarse?	1	2	3	4	5
8. ¿Qué tan seguro (en general) se siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9. ¿Qué tan saludable es su entorno físico?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas cuestionan su experiencia o que tan capaz fue de hacer ciertas cosas, en las últimas dos semanas.

	Nada	Poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10. ¿Qué tanta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11. ¿Qué tanto acepta su apariencia física?	1	2	3	4	5
12. ¿Qué tanto su economía le permite cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13. ¿Qué tan disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5

15. ¿Qué tan capaz es de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán satisfecho se ha sentido en varios aspectos de su vida, en las últimas dos semanas.

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
16. ¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17. ¿Qué tan satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18. ¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19. ¿Qué tan satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20. ¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21. ¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22. ¿Qué tan satisfecho está con el apoyo que le brindan sus amistades?	1	2	3	4	5
23. ¿Qué tan satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24. ¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25. ¿Qué tan satisfecho está con el medio de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Usted ha sentido ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como la tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5