

UNIVERSIDAD DE CUENCA



**Facultad de Psicología
Carrera de Psicología Clínica**

Autoestima y calidad de vida en la adultez media con discapacidad física

**Trabajo de titulación previo
a la obtención del título de
Psicólogo Clínico**

AUTOR:

Luis Miguel Carpio Pazos

C.I. 0703761577

DIRECTOR:

Mgt. Sandra Eugenia Lima Castro

C.I. 0703976274

CUENCA-ECUADOR

2018



RESUMEN

Los servicios de salud están en constante cambio, por lo que es necesario el uso de indicadores medibles para determinar su alcance. Esto tiene especial relevancia en las personas con discapacidad, ya que enfrentan condiciones únicas, por lo que conocer sus niveles de satisfacción es imprescindible; la calidad de vida es uno de los constructos teóricos que refleja esta percepción, siendo una variable que depende de numerosos factores tanto internos como externos. Uno de estos factores es la autoestima, que en la discapacidad puede verse comprometida por diversas razones como la internalización del estigma social, la exclusión, y la devaluación social. Por ello, el presente estudio cuantitativo, correlacional de tipo transversal analiza si la calidad de vida y sus diferentes dominios están relacionados con la autoestima; formaron parte del estudio 34 adultos con discapacidad física entre los 40 y 65 años, pacientes del Centro de Salud Carlos Elizalde de la ciudad de Cuenca. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF); Adaptación española de la escala de Autoestima de Rosenberg; y un cuestionario de variables sociodemográficas. Se encontró que los puntajes totales de calidad de vida se encontraban significativamente correlacionados con la autoestima con una intensidad baja, mientras que la calidad de vida general se encuentra significativamente correlacionada con una intensidad muy baja a la autoestima. En lo que respecta a los dominios de la calidad de vida solamente el dominio psicológico estaba significativamente correlacionado con los niveles de autoestima, esto con una intensidad moderada y con dirección positiva.

Palabras clave: calidad de vida, autoestima discapacidad física, adultez media.



ABSTRACT

The health services are in constant change, being necessary to establish measurable indicators to determine its scope. This is especially relevant in people with disabilities, being a population in continuous growth that faces unique conditions, so knowing their levels of satisfaction is essential, quality of life is one of the theoretical constructs that reflects this perception, being a variable that depends on diverse external and internal factors. One of these factors is the self-esteem, which can be compromised in the disability by diverse reasons like the internalization of social stigma, the exclusion, and the devaluation that society generally imposes. For this reason, the present quantitative, cross-sectional, correlational study analyzes if quality of life and its different domains, proposed by OMS, are correlated with self-esteem; the study included 34 adults with physical disability aged between 40 and 65 years, patients of Centro de Salud Carlos Elizalde. The evaluation instruments used were: Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF); Spanish adaptation of the Rosenberg's Self-Esteem Scale; and a sociodemographic variables questionnaire. It was found that total quality of life score was significantly correlated with self-esteem with a low intensity; the overall quality of life was significantly correlated with self-esteem with a very low intensity, there being little relationship between the two variables. In the domains of quality of life only the psychological domain was significantly correlated to the self-esteem, this with a moderated intensity and positively.

Key words: quality of life, self-esteem, disabilities, medium adulthood.



ÍNDICE

Resumen	2
Abstract.....	3
Fundamentación Teórica	7
Metodología.....	14
Enfoque y tipo de investigación.....	14
Participantes	14
Instrumentos.....	16
Procedimientos.....	17
Procesamiento de datos	17
Procedimientos Éticos.....	18
Resultados.....	19
Niveles de calidad de vida en personas en la adultez media con discapacidad física	19
Niveles de autoestima en personas en la adultez media con discapacidad física.....	21
Relación entre los niveles de autoestima y los puntajes totales de calidad de vida.....	21
Relación entre los niveles de autoestima y calidad de vida general	22
Relación entre los niveles de autoestima y los niveles de los dominios de calidad de vida.	22
Conclusiones	24
Recomendaciones.....	25
Bibliografía	26
Anexos.....	29
Consentimiento informado.....	29
Instrumentos.....	30

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características sociodemográficas	15
Tabla 2: Pruebas de Normalidad.....	18
Tabla 3: Niveles de calidad de vida de los participantes	20
Tabla 4: Niveles de Autoestima	21
Tabla 5: Relación entre autoestima y puntajes totales de calidad de vida	21
Tabla 6: Relación entre autoestima y calidad de vida general	22
Tabla 7: Relación entre autoestima y los niveles de los dominios de calidad de vida	23

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Niveles de calidad de vida general	19
---	----



Cláusula de Propiedad Intelectual

Yo Luis Miguel Carpio Pazos, autor del trabajo de titulación "Autoestima y calidad de vida en la adultez media con discapacidad física", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 15 de mayo de 2018

Luis Miguel Carpio Pazos

C.I: 0703761577



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Yo Luis Miguel Carpio Pazos en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Autoestima y calidad de vida en la adultez media con discapacidad física", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 15 de mayo de 2018

Luis Miguel Carpio Pazos

C.I: 0703761577



FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La calidad de vida es un tema fundamental en el ámbito clínico y social, ya que esta medida puede reflejar las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, así como la calidad de los programas y servicios en salud (Gomez y Sabeh, 2001). Para que exista una calidad de vida alta es necesario, no solamente condiciones de vida adecuadas, sino también una valoración positiva de estas y de la propia vida por parte del individuo, por lo que poblaciones como las personas con discapacidad pueden estar en riesgo. Diversas condiciones externas e internas serán las determinantes en la calidad de vida de un individuo con discapacidad, una de estas puede ser la autoestima, que en la discapacidad física puede verse comprometida por diversas razones como la internalización del estigma social, exclusión, y la devaluación que generalmente impone la sociedad a estas personas (Hughes, Robinson, Taylor, Swedlund y Nosek, 2004). La autoestima entonces podría llegar a ser tanto un factor protector como un factor de riesgo para la calidad de vida en personas con discapacidad, por lo que determinar si existe relación entre la autoestima y la calidad de vida se vuelve de especial relevancia.

La investigación en calidad de vida ha ido cobrando importancia al ser un concepto que emerge como un principio organizador que puede ser usado en la mejora de la sociedad (Schalock, 1996). El concepto ha ido evolucionando con el tiempo y en la actualidad existen diversas concepciones y modelos sin haberse llegado a un acuerdo entre los diversos investigadores (Urzúa y Caqueo, 2012). Todo empieza con el uso extendido del concepto en los sesenta por científicos sociales que recolectaron información objetiva como estado socioeconómico, nivel educacional y tipo de vivienda, encontrando que esta información explicaba sólo una pequeña parte de la varianza de la calidad de vida, por lo que algunos psicólogos propusieron la medición de variables subjetivas como la felicidad y la satisfacción para la valoración de la calidad vida (Urzúa y Caqueo, 2012). Con esto aparece una división en la evaluación y conceptualización que podían ser desde la objetividad y desde la subjetividad.

Existen diferentes modelos teóricos de la calidad de vida, sin embargo, el modelo seleccionado para esta investigación es el de la OMS, ya que fue creado con el fin de realizar investigaciones comparativas e internacionales. Además, la OMS brinda una conceptualización clara de calidad de vida y cuenta con un instrumento fiable que está en diferentes idiomas y puede ser usado en diferentes culturas (The WHOQL Group, 1995).



Para empezar con su conceptualización la OMS investigó características generales de la calidad de vida de los que encontró: la calidad de vida es subjetiva, distingue percepciones de condiciones objetivas y condiciones subjetivas; es de naturaleza multidimensional, dividiéndose en dimensiones como física, psicológica y social; y que incluye tanto funcionamientos positivos como dimensiones negativas. Tomando en cuenta las características generales del concepto de calidad de vida se podría definir como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto cultural y al sistema de valores en las que vive y en relación con los objetivos, estándares, expectativas y preocupaciones, además, esta se encuentra estructurada en 6 grandes dominios como: físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad/creencias personales (The WHOQL Group, 1995).

En la revisión de Urzúa y Caqueo (2012) sobre el concepto de calidad de vida, explica el modelo creado por la OMS desde la fórmula: $CV = (\text{Condiciones de vida} + \text{Satisfacción con la vida}) * \text{Valores}$, donde CV es calidad de vida, la cual dependerá de descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas, las cuales a su vez dependerán de valores personales, estando relacionados bajo un proceso dinámico. A diferencia de otros posibles modelos, esta toma en cuenta aspectos como las condiciones de vida y la satisfacción con la vida que vendrían a ser aspectos objetivos y subjetivos respectivamente, pero estos son vistos desde la valoración personal, dándose una prioridad al componente subjetivo.

La calidad de vida varía de persona en persona, y como se vio en el modelo de la OMS esta dependerá de condiciones objetivas y percepciones subjetivas, por lo que pueden existir grupos de personas que sean especialmente vulnerables a una calidad de vida baja. Uno de estos grupos puede ser el de las personas con discapacidad, ya que existen investigaciones como la de Dijkers (1997) en el que mediante un meta análisis se encontró que las personas con daño a la médula espinal presentaban una menor calidad de vida que aquellas que no la presentaban. A pesar de esto, la relación entre la discapacidad y una baja calidad de vida no necesariamente es causal, ya que variables asociadas pueden ser las que estén incidiendo en la baja calidad de vida, esto se puede ver en una investigación realizada en Zagreb, Croacia, en la que se encontró que variables como el estado civil, la calidad de vivienda o el estado laboral afectaban en la calidad de vida de las personas con discapacidad física (Andjelic, Kovačević, Sarilar, Palijan, y Kovač, 2011).



La discapacidad cada vez va tomando más relevancia en el ámbito clínico, ya que la población con discapacidad cada vez es mayor. El creciente número de personas con discapacidad se debe a razones como el continuo envejecimiento de la población y al incremento a nivel global de problemas crónicos de salud asociados a la discapacidad como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales (CONADIS, 2013). Como respuesta, a esta previsión los profesionales clínicos han tenido que adaptarse y mejorar los servicios y apoyos proporcionados a las personas con discapacidad. La calidad de vida se ha convertido en un marco para el desarrollo de servicios y apoyos para las personas con discapacidad y otros colectivos con necesidades especiales (Verdugo y Schalock, 2007).

En esta investigación tomaremos en cuenta tanto la definición de discapacidad de la OMS (2011) como “un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación” (p. 7), y la del Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades que la define como “deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social” (CONADIS, 2013, p. 24). La primera por su importancia a nivel internacional y la segunda por ser el organismo regulador en el país, siendo este el que regula la calificación de la discapacidad.

El Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades define a la persona con discapacidad como:

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 el Reglamento (CONADIS, 2013, p. 22).

Las dos definiciones, la de la OMS y la del Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades, concuerdan en que la discapacidad provoca una limitación en la actividad y la participación, sin importar su origen. Ecuador reconoce 6 tipos de discapacidad entre las que están: física, visual, auditiva, del lenguaje, intelectual y psicológica. La discapacidad que compete a este estudio es la física, esta se define como la desventaja resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona (Rodríguez et al., 2011).



Entre las discapacidades físicas tenemos “la parálisis cerebral, los amputados y las lesiones de medula ósea, etc.” (Ozols, 2007, p. 1).

El desarrollo de una enfermedad físico crónica o discapacidad en la adultez generalmente es considerado sinónimo de deterioro, reducción de la competencia, aumento de las necesidades y dolor emocional, dando como resultado una pérdida de la independencia y un aumento de la dependencia en otros. Esta pérdida de la independencia puede llevar a consecuencias en la calidad de vida, en el nivel económico, en el nivel social (por el estigma social) y en el nivel político (derechos y oportunidades) (Gignac y Cott, 1998).

Como se puede observar la discapacidad física está íntimamente relacionada con la pérdida de la independencia, por lo que afectaría en el área de nivel de independencia que, como se vio antes, forma parte de los dominios de la calidad de vida, por lo que encontramos que la discapacidad física podría estar relacionada a los niveles de calidad de vida de la persona. Un estudio relacionado es el de Krause y Viemero (1998) donde las personas con discapacidad que hacían frente a las actividades de la vida diaria, encaraban dificultades y tenían responsabilidades presentaban una mejor calidad de vida independientemente de la severidad de la discapacidad. Esto puede variar de persona en persona con discapacidad física, ya que la discapacidad puede producirse por variadas enfermedades y condiciones, siendo así muy variadas las limitaciones que puede tener la persona, “La deficiencia y el origen de la discapacidad definen el grado de dependencia de una persona. Esta dependencia se manifiesta en las actividades cotidianas” (Velarde y Avila, 2002, p 351).

La población con discapacidad tiene que afrontar con diversas problemáticas que les afecta de diferentes maneras. Una de ellas es que la sociedad ha creado un estereotipo de persona normal, con el que las personas se comparan, lo que genera violencia al atentar contra la integridad emocional de la persona con discapacidad, disminuyendo su autoestima, acrecentando el temor y la inseguridad (CONADIS, 2013). La literatura apunta a que la autoestima no se ve afectada directamente por la discapacidad, sino más bien se ve afectada por el contexto en el que se desarrolló la persona y el contexto actual (Nosek, Hughes, Swedlund, Taylor y Swank, 2003). La autoestima se verá influenciada por lo aprendido en las interacciones sociales con las personas más significativas: padres, amigos, profesores y el entorno familiar, principalmente durante toda la infancia y la adolescencia (Ortega, Mínguez, y Rodes, 2001).



Cuando hablamos de autoestima en algunas ocasiones se usa autoconcepto como sinónimo, que, aunque están relacionados son diferentes en significado y dinámica (González, 1999). Estos términos necesitan ser diferenciados para poder entender cómo se relacionan. El autoconcepto es un término que se usa para describirse a uno mismo, se define como el conocimiento y las creencias que el sujeto tiene de él mismo en todas las dimensiones y aspectos que lo configuran como persona (González, 1999). Existen investigaciones en discapacidad física que agregan el autoconcepto como variable de estudio como en el caso de Ignacio y Garaigordobil (2007), donde se suma a la autoestima como variables críticas en la experiencia de la discapacidad física. El autoconcepto implica la descripción de uno mismo que puede ser objetiva y/o subjetiva que sirve para distinguir a una persona como única y diferente de todas las demás (González, 1999). Se podría decir que el autoconcepto es lo que se conoce de sí mismo, tomando en cuenta ciertos aspectos de la vida.

Una vez que se tiene la definición de autoconcepto podemos avanzar a la definición de autoestima. A breves rasgos la autoestima es la valoración que el sujeto hace de su autoconcepto, viniendo a ser un juicio de valor de aquello que se conoce de sí mismo (González, 1999). Rosenberg (1965), autor del instrumento a utilizar en esta investigación, define a la autoestima de manera similar, es decir, como una actitud positiva o negativa hacia el yo. Como se puede ver, la definición de autoestima está estrechamente ligada a un proceso valorativo sobre la misma persona pudiendo ser tanto positivo o negativo.

En medida que un sujeto piensa positivamente de sí mismo, se acepta y se siente competente para afrontar los retos de la vida, su autoestima es alta. Cuando un sujeto piensa negativamente de sí mismo, se autorrechaza y autodesprecia, se considera incapaz de resolver con éxito cualquier situación, su autoestima es baja (González, 1999).

Como se analizó anteriormente, una persona puede tener una autoestima alta o una autoestima baja dependiendo de la percepción que tenga de sí mismo. La autoestima alta implica que el individuo piense que es bueno o suficientemente bueno. La persona se siente digna de estima de los demás, se respeta por lo que es, comparte e invita a la integridad, honestidad, responsabilidad, comprensión, amor, siente que es importante, tiene confianza en su propia competencia y tiene fe en sus decisiones (Ivonne y López, 2001).

La autoestima, como se puede notar, es un recurso de gran valor para las personas en general, “Está asociada a la salud mental, ya que la persona es funcional y adaptativa. Una cantidad promedio de autoestima es ideal para el funcionamiento psicológico sano” (Ivonne y



López, 2001). La autoestima es uno de los recursos psicológicos más efectivos para adaptarse con una alta capacidad de innovación, autonomía y responsabilidad (González, 1999).

Después de todo lo dicho queda una pregunta ¿Cómo se relaciona la calidad de vida con la autoestima? La calidad de vida, como se dijo anteriormente, es multidimensional y entre sus áreas está la psicológica, donde la autoestima puede tener especial relevancia. La dimensión psicológica de la calidad de vida ha sido dividida en diferentes facetas por la OMS donde se puede encontrar algunas de especial interés como: sentimientos positivos, esta faceta examina qué tanto una persona experimenta sentimientos positivos de balance, paz, felicidad, esperanza, regocijo y el disfrute de las cosas buenas de la vida; pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración, esta faceta explora la perspectiva de la persona sobre su pensar, aprendizaje, memoria, concentración y la habilidad para tomar decisiones; imagen y apariencia, la cual es una faceta que examina la perspectiva que la persona tiene de su propio cuerpo; y sentimientos negativos, que hace referencia cuanto la persona experimenta sentimientos negativos como la dependencia, culpa, tristeza, desesperación, nerviosismo, ansiedad y falta de placer en la vida (OMS, 1998). La autoestima se relaciona a las facetas: sentimientos positivos, sentimientos negativos, e imagen y apariencia; tomando en cuenta que, como se explicó anteriormente, la autoestima está relacionada con la independencia, control emocional y una mayor adaptación (González, 1999; Ivonne y López, 2001).

La adultez media es definida cronológicamente como la edad comprendida entre los 40-65 años. Esta etapa se caracteriza comúnmente porque empiezan a producirse reducciones de las capacidades sensoriales y psicomotrices. Sin embargo, la mayoría de las personas en esta etapa goza de buena salud y no tiene limitaciones funcionales, siendo una etapa conformada por las transiciones psicológicas que implican cambios o transformaciones importantes en el significado, propósito o dirección percibidas por la persona en relación a su vida. (Papalia, Olds y Feldman, 2010)

La adultez media es una etapa de cambios, ya sean físicos, de roles, de propósito, en la que el individuo se enfrenta a nuevos retos y tiene que reorganizarse de tal manera que los supere con los recursos actuales. Uno de estos retos puede ser la discapacidad, que aparece como un factor de relevancia en la experiencia de esta etapa.

Según datos de la OMS (2011) cada vez aumenta la cantidad de personas que viven con discapacidad. En Ecuador se encontró en el 2010 que la prevalencia de la discapacidad era del 5,64%, lo que representa 816.156 personas, siendo la discapacidad Físico-Motora la más



frecuente (Ortiz, 2010). Con estos datos es imperioso para los profesionales de la salud el desarrollo y mejoramiento de los programas de salud para satisfacer las necesidades de una población en crecimiento. La discapacidad se presenta con dificultades para diferentes ámbitos de la vida que pueden llevar a comprometer la autoestima y la calidad de vida de esta población que ya es vulnerable, y se ha encontrando que estas variables se encuentran relacionadas (Duvdevany, 2010). La investigación tornó su validez en el área de la salud, tomando en cuenta que los resultados pueden ser usados como guía en la creación de talleres y programas en salud que estén orientados a las personas con discapacidad, beneficiando tanto a los profesionales en salud como a las personas con discapacidad física.

En esta investigación el objetivo fue determinar la relación entre los niveles de autoestima y los niveles de calidad de vida en personas en la adultez media con discapacidad física. Este objetivo se logró mediante la identificación de los niveles de autoestima y los niveles de calidad de vida de las personas en la adultez media con discapacidad física, con lo que, luego de analizar los datos, se consiguió determinar el nivel de correlación de estos factores. Los objetivos de la investigación están muy ligados a la pregunta de investigación, siendo esta: ¿Cuál es la relación que existe entre los niveles de autoestima y los niveles de calidad de vida en personas en la adultez media con discapacidad física?



METODOLOGÍA

Enfoque y tipo de investigación

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, al haberse llevado a cabo una recolección de datos cuantificables mediante instrumentos estandarizados que fueron analizados estadísticamente para determinar si existe o no una relación entre las variables de estudio y de esta manera responder la pregunta de investigación, además que este fue un proceso estructurado, organizado y secuencial. El diseño fue de tipo transversal debido a que la recolección de datos se dio en un tiempo específico. Se optó por un alcance correlacional, pues se buscó determinar la asociación entre las variables de estudio, que en este caso corresponden a calidad de vida y autoestima.

Participantes

Para el desarrollo de la presente investigación se contó con una población de estudio constituida por las personas que asistieron al Centro de Salud Carlos Elizalde durante los meses de septiembre del 2017 a enero del 2018, que se encontraban en la adultez media y que presentaban una discapacidad física por ello contaban con el respectivo carnet discapacidad. El muestreo empleado fue de tipo consecutivo e incluyó a 34 participantes quienes se mostraron accesibles durante el proceso de recolección de datos y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos para esta investigación.

Criterios de inclusión: Los criterios de inclusión fueron tener discapacidad física, tener entre 40 y 65 años, tener un nivel de escolaridad básico, ser paciente de Centro de salud Carlos Elizalde y haber aceptado participar en esta investigación al dar su consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Los criterios fueron el padecer alguna condición física o intelectual que impida responder a los instrumentos de investigación del estudio y además las personas que no desearon participar en la investigación.

La investigación contó con 34 participantes. De ellos 17 fueron hombres y 17 mujeres. La edad mínima fue de 40 y la máxima fue 65, con una media de 54.26 y una desviación estándar de 7.25. En cuanto al estado civil 7 eran solteros, 19 estaban casados, 2 eran viudos, 4 eran divorciados y dos estaban en unión libre. Además 3 vivían solos, 6 vivían con



conyugue, 5 vivían solo con sus hijos, 14 vivían con hijos y conyugue y 6 contestaron que vivían con otras personas.

Los 34 participantes reportaron que se identificaban como mestizos. De los participantes 24 reportaron tener ingresos inferiores a 375 dólares, 8 personas reportaron ganar 375 dólares y solo 2 personas reportaron ganar más de 1.125 dólares. Entre los participantes solo 16 tenían vivienda propia.

Solo 8 de los participantes trabajaban, los 26 restantes no lo hacían. Los porcentajes de discapacidad de los participantes variaron entre el 30% y el 87%, la mediana fue de 41% y el rango intercuantil fue de 10. Entre las edades a las que se adquirió la discapacidad se obtuvo una media de 29,24 con una desviación estándar de 20.47, siendo el valor mínimo 0 años y el máximo 59 años.

Tabla 1: Características sociodemográficas

Características sociodemográficas de los participantes

Variable	Categoría	Frecuencia	%
Estado civil	Soltero	7	20.6
	Casado	19	55.9
	Viudo	2	5.9
	Divorciado	4	11.8
	Unión Libre	2	5.9
¿Con quién vive?	Solo/a	3	8.8
	Cónyuge	6	17.6
	Hijos	5	14.7
	Hijos y cónyuge	14	41.2
	Otros	6	17.6
Ingresos económicos	Inferior a 375	24	70.6
	375 dólares	8	23.5
	Superior a 1.125 dólares	2	5.9
Propiedad de vivienda	Prestada	5	14.7
	Arrendada	9	26.5
	Propia	16	47.1
	Otras	4	11.8

Nota. Elaboración propia a partir del software estadístico SPSS.



De las 34 personas que participaron 10 reportan no tener una persona que los cuide, 23 personas reportaron si tenerlo y una persona no contesto la pregunta. Además, entre los participantes 27 personas reportaron que padecían otro problema de salud, mientras que solo 7 personas no. Muy similar es la cantidad de personas que consumen medicamentos por su condición de salud, los cuales fueron 27 personas, mientras que solo 7 no consumían medicamentos.

Instrumentos

Para evaluar la calidad de vida se empleó la versión española del Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF), creado por la Organización Mundial de la Salud, el cual evalúa las percepciones individuales en el contexto de su cultura y sistema de valores, y sus objetivos personales, estándares y preocupaciones. Este consta de 26 preguntas, 2 sobre la calidad de vida y satisfacción con el estado de salud y las demás 24 evalúan las áreas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. La escala es de tipo likert con 5 opciones, las cuales varían dependiendo de la pregunta. Este instrumento nos brinda 3 tipos de resultados entre ellos están: puntajes totales de calidad de vida, que toma en cuenta todos los ítems del instrumento; calidad de vida general, que solo toma en cuenta las dos primeras preguntas; y calidad de vida por dominios, dándonos los puntajes de calidad de vida en cada uno de los dominios que propone el instrumento. En una investigación sobre la confiabilidad del cuestionario se encontró que tiene un alfa de Cronbach de 0.88 (Espinoza, Osorio, Torrejón, Lucas-Carrasco, y Bunout, 2011), en el presente estudio tiene un nivel de confianza 0.818. En cuanto a los niveles de calidad de vida por dominios se realizó una evaluación de fiabilidad de estos, mediante el alpha de Cronbach, dándonos los valores: dominio físico 0.615, el dominio psicológico un 0.562, el dominio relaciones sociales un 0.783 y el dominio ambiental 0.732.

Para evaluar la autoestima se usó la adaptación española de la escala de Autoestima de Rosenberg [RSE]), consta de 10 ítems, de los cuales 5 están redactados positivamente y 5 negativamente. El formato es tipo likert que va desde el 1(muy en desacuerdo) al 4 (muy de acuerdo), siendo la puntuación máxima de 40 y con un alfa de cronbach de 0.87 (Vázquez, Jimenez y Vazquez, 2004). En el presente estudio la confiabilidad del instrumento fue de 0.841.



Se aplicó una ficha de datos sociodemográficos con el fin de recoger las características de los participantes. La ficha contiene 13 preguntas que nos proveen información de 4 tipos: sociodemográfica, como sexo, edad, estado civil e identificación cultural; de factores socioeconómicos, como ingresos económicos, tipo de vivienda, convivientes y presencia trabajo; de características de la discapacidad, como porcentaje de discapacidad y edad a la que apareció la discapacidad; y de dificultades relacionadas con la discapacidad, como problemas de salud, presencia de cuidador y uso de medicamentos. Estas variables nos permitirán caracterizar la muestra con la que se trabajó en el estudio. Este instrumento fue facilitado por la Magíster Sandra Lima Castro ya que el presente trabajo estuvo vinculado al proyecto de investigación “CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y VARIABLES PSICOSOCIALES ASOCIADAS”, ganador del XV Concurso Universitario de Proyectos de Investigación en la Universidad de Cuenca, que se encuentra bajo su dirección.

Procedimientos

Para la realización de la investigación en primer lugar se gestionaron los permisos necesarios para el acceso a la población en el centro de salud Carlos Elizalde, tanto con el director como con los encargados del área de calificación de discapacidad: psicólogo clínico, doctor y trabajador social. Una vez obtenido el correspondiente permiso se coordinaron acciones con el departamento de estadística para la selección de los participantes quienes cumplieran con los criterios de inclusión señalados. Posteriormente se informó a la población de estudio, sobre todo lo referente al trabajo investigativo, este proceso se desarrolló mediante un consentimiento informado; una vez confirmada la participación, se realizó la aplicación de los instrumentos, ya sea en el centro de salud o en el domicilio de los participantes, cuando así ellos lo preferían o requerían. Las dos escalas fueron autoaplicadas, siempre con la presencia del investigador para contestar las dudas de los participantes.

Procesamiento de datos

Los datos recolectados a través de los instrumentos, previamente codificados, fueron subidos a una matriz de datos en SPSS versión 24.0. Se realizó un análisis descriptivo básico, en el que revisó la consistencia interna de los instrumentos de medida mediante el cálculo del alfa de Cronbach y se reportaron medias, desviaciones típicas, máximos, mínimos y frecuencias. Posteriormente se procedió con un análisis descriptivo relacional, llevándose a



cabo pruebas de normalidad en las variables mediante Shapiro Wilk para muestras de menores a 50, esto con la intención de decidir el tipo de prueba a usar, paramétrica o no paramétrica. En la tabla 2 podemos observar que se acepta la hipótesis nula de normalidad para la mayoría de las variables, por ello se usó en estas el coeficiente de correlación de Pearson que es una prueba paramétrica, la única variable que no sigue una distribución normal es calidad de vida general, por lo que se usó en su análisis el coeficiente de correlación de Spearman.

Tabla 2: Pruebas de Normalidad

Pruebas de normalidad

Variable	Shapiro Wilk		
	Estadístico	Numero de sujetos	Significación
Autoestima	0.963	34	0.296
Calidad de vida general	0.932	34	0.035
Puntajes totales de calidad de vida.	0.979	34	0.726
Dominio físico	0.973	34	0.546
Dominio psicológico	0.983	34	0.855
Dominio relaciones sociales	0.962	34	0.282
Dominio ambiente	0.979	34	0.729

Nota. Elaboración propia a partir del software estadístico SPSS.

Procedimientos Éticos

El presente estudio se ajusta a los principios éticos planteados por el APA que incluyó la aplicación de consentimiento informado donde se incluía la responsabilidad de mantener el anonimato de los participantes y emplear la información únicamente con fines investigativos. En lo que respecta a la responsabilidad social de la investigación los resultados obtenidos, una vez aprobados, serán compartidos con la entidad Centro de Salud Carlos Elizalde facilitadora de la aplicación de este estudio.



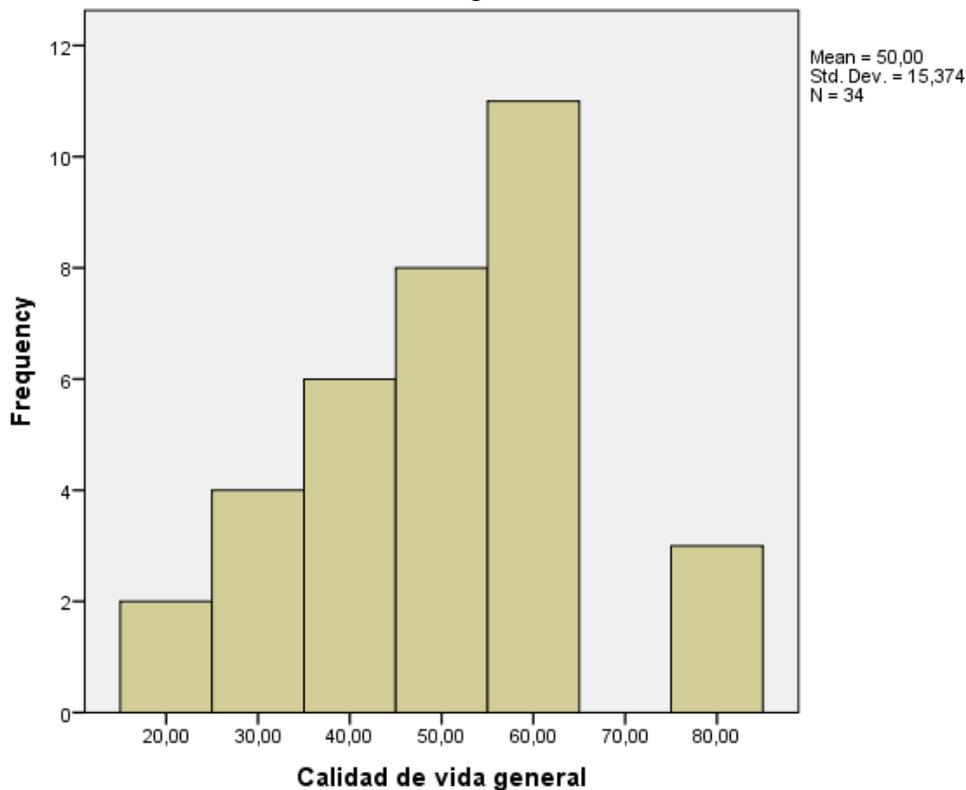
RESULTADOS

A continuación, se presentará los resultados encontrados en relación a los objetivos planteados en la investigación.

Niveles de calidad de vida en personas en la adultez media con discapacidad física

La media de los puntajes totales de calidad de vida en los participantes fue de 55.09 con una desviación estándar de 8.31, por lo que la mayoría de los participantes tuvieron puntajes totales de calidad de vida medios. En cuanto a la calidad de vida general de los participantes se obtuvo una mediana de 50 y con un rango intercuartil de 20. Esta última variable como se vio en la metodología no está distribuida normalmente, por lo que para entender mejor como se distribuyen los datos en esta variable podemos ver el gráfico 1, en el que también se visualiza que 11 de los participantes tienen un puntaje de 60, y 8 participantes un puntaje de 50, puntajes que corresponden a un nivel medio de calidad de vida general, por lo que podemos decir que la mayoría de los participantes, 19 de los 34, puntúan niveles medios de calidad de vida general.

Gráfico 1: Niveles de calidad de vida general





La mayoría de los dominios se distribuyen normalmente. El dominio físico obtiene una media de 38.02, siendo este el dominio con el valor más bajo del grupo. Este dominio hace referencia a la percepción del dolor, la energía y la calidad del descanso (OMS, 1998). El resultado en este dominio se relaciona con los resultados de la investigación de Vélez, Lucero, Escobar y Ramírez (2010) quienes encontraron que la discapacidad física estaba significativamente correlacionada con el deterioro del dominio físico de la calidad de vida.

En cuanto al dominio psicológico, este da una media de 53.3, en el dominio relaciones sociales se obtiene una media de 43.63 y finalmente el dominio ambiental una media de 43.57. Solamente en el dominio físico se reporta un nivel medio bajo, mientras que en los demás se reporta un nivel medio de calidad de vida para esos dominios, siendo el de mayor valor el dominio psicológico. En la tabla 3 podemos visualizar diferentes datos descriptivos de las variables de calidad de vida.

Tabla 3: Niveles de calidad de vida de los participantes

Niveles de los dominios de la Calidad de vida de los participantes

VARIABLES	Media	Desviación estándar	Mediana	Rango intercuartil	Mínimo	Máximo
Puntajes totales de calidad de vida	55.09	8.31	54.23	11.92	40,77	76,15
Calidad de vida general	50	15.37	50	20	20	80
Dominio físico	38.02	14.17	39.28	18.75	15.63	71.88
Dominio psicológico	53.3	13.87	54.17	17.71	8.33	83.33
Dominio relaciones sociales	43.63	20.62	41.67	25	25	83.33
Dominio Ambiental	43.57	13.59	45.31	19.53	14.29.	67.86

Nota. Elaboración propia a partir del software estadístico SPSS.

**Niveles de autoestima en personas en la adultez media con discapacidad física**

En la tabla 4 podemos ver los valores descriptivos de la autoestima, teniendo una media de 27.94, que corresponde a una calidad de vida “media”, y una desviación estándar de 5.1.

Tabla 4: Niveles de Autoestima

Niveles de autoestima de los participantes

Variable	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Autoestima	27.94	5.1	14	38

Nota. Elaboración propia a partir del software estadístico SPSS.

Relación entre los niveles de autoestima y los puntajes totales de calidad de vida.

Con el objetivo de conocer si existe una relación entre las variables se efectuó la correlación de Pearson donde se encontró una asociación lineal estadísticamente significativa, baja y directamente proporcional entre los niveles de autoestima y los puntajes totales de calidad de vida, en la tabla 5 se puede ver los valores de relación. Estos resultados difieren de los de la investigación de Duvdevany (2010) donde la calidad de vida y la autoestima estaban relacionadas significativamente, aunque con una intensidad moderada, tanto en personas con discapacidad física como en personas sin discapacidad.

Tabla 5: Relación entre autoestima y puntajes totales de calidad de vida

Relación entre autoestima y los puntajes totales de calidad de vida.

Variable		Autoestima	Puntajes totales de calidad de vida
Autoestima	Correlación de Pearson	1	0.369
	Significancia		0.032
Puntajes totales de calidad de vida.	Correlación de Pearson	0.369	1
	Significancia	0.032	

Nota. Elaboración propia a partir del software estadístico SPSS.



Relación entre los niveles de autoestima y calidad de vida general

Para determinar si existe una relación entre las variables se efectuó la correlación de Spearman, ya que la variable calidad de vida general no tiene una distribución normal, con la que se encontró que la asociación lineal no es estadísticamente significativa y es muy baja ($r_p=0.184$, $p=0.299$), entre los niveles de autoestima y los niveles de calidad de vida general.

Tabla 6: Relación entre autoestima y calidad de vida general

Relación entre autoestima y calidad de vida general

Variable		Autoestima	Calidad de vida general.
Autoestima	Correlación de Spearman	1	0.184
	Significancia		0.299
Calidad de vida general.	Correlación de spearman	0.369	1
	Significancia	0.299	

Nota. Elaboración propia a partir del software estadístico SPSS.

Relación entre los niveles de autoestima y los niveles de los dominios de calidad de vida.

Se aplicó la prueba de correlación de Pearson para determinar si existía relación entre la autoestima y cada uno de los dominios de la calidad de vida, esto con el fin de profundizar en la relación entre la calidad de vida y la autoestima. En la tabla 7 se puede ver que la autoestima tiene una asociación lineal estadísticamente significativa, moderada y directamente proporcional con el dominio psicológico ($r_p=0.761$, $p < 0.05$); mientras que con los demás dominios la relación no es estadísticamente significativa siendo los valores de significancia mayores a 0.05, además la fuerza de la correlación es baja en el dominio físico y muy baja en el dominio ambiental y el dominio relaciones sociales.



Tabla 7: Relación entre autoestima y los niveles de los dominios de calidad de vida

Relación entre autoestima y los niveles de los dominios de calidad de vida

Dominios		Físico	Psicológico	Relaciones sociales	Ambiental
Autoestima	Correlación de Pearson	0.264	0.615	0.130	0.131
	Significancia	0.131	0.00	0.464	0.461

Nota. Elaboración propia a partir del software estadístico SPSS.



CONCLUSIONES

Los participantes del estudio reportaron niveles medios en los puntajes totales de calidad de vida. Con respecto a la calidad de vida general de los participantes, evaluado por 2 ítems criterios, se encontró que la mayoría de los participantes reportaron valores cercanos a un nivel medio de calidad de vida general.

En cuanto a los dominios de calidad de vida en su mayoría los participantes califican niveles medios, siendo el dominio de menor puntuación el físico, con un valor medio bajo, y el de mayor puntuación el psicológico, con un valor medio.

En lo que respecta a la autoestima la mayoría de los participantes presentan un valor medio en el nivel de autoestima.

Los puntajes totales o globales de calidad de vida se vieron relacionados positivamente en la investigación con los niveles autoestima, dándose una relación de intensidad baja. Mientras que los niveles de calidad de vida general y los niveles de autoestima se vieron relacionados, pero con una intensidad muy baja y una dirección positiva, lo que significa que hay muy poca relación entre la calidad de vida general y los niveles de autoestima.

En lo que refiere a los niveles de autoestima y los niveles por dominios de calidad de vida se encontró que solamente el dominio psicológico estaba significativamente relacionado a la autoestima, teniendo una relación de intensidad moderada y positiva. Por lo tanto, niveles altos en el dominio psicológico de la calidad de vida se relacionan con niveles altos de autoestima.



RECOMENDACIONES

Considerando que aún existen pocas investigaciones sobre el tema es recomendable que se lleven a cabo estudios donde se abarque a un mayor número de participantes y que se tomen en cuenta diferentes variables que puedan afectar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Los resultados referentes a las correlaciones entre autoestima y los puntajes totales de calidad de vida sugieren que las personas con discapacidad física podrían beneficiarse de una intervención orientada a aumentar la autoestima, esto debido a que al existir una correlación positiva entre las dos variables es posible que al incrementarse los niveles de autoestima los niveles de calidad de vida también lo hagan.

Se recomienda a los profesionales clínicos considerar en el tratamiento las condiciones que influyen en el dolor, la fatiga y el descanso de las personas con discapacidad, ya que estas son las áreas evaluadas por el dominio físico, siendo el que se ve más afectado de entre todos los dominios de la calidad de vida. Para este propósito se podría usar tanto la terapia farmacológica como la psicoterapia.



BIBLIOGRAFÍA

- Andjelic, M., Kovačević, D., Sarilar, M., Palijan, Z., y Kovač, M. (2011). Quality of life in people with physical disabilities. *Collegium antropologicum*, 35(2), 247-253. Recuperado de <http://hrcak.srce.hr/72284>
- Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. (2013). *Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades 2013-2017*. Quito.
- Dijkers, M. (1997). Quality of life after spina injury: a meta analysis of the effects of disablement components. *Spinal Cord*, 35(12) 829-840. doi:10.1038/sj.sc.3100571
- Duvdevany, I. (2010). Self-esteem and perception of quality of life among Israeli Women with and without physical disability. *Women and health*, 50(5), 443-458. doi:10.1080/03630242.2010.506149
- Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Lucas-Carrasco, R., y Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Scielo*, 139(5), 579-586. doi: 10.4067/S0034-98872011000500003
- Gignac, M., y Cott, C. (1998). A conceptual model of independence and dependence for adults with chronic physical dependence for adults with chronic physical illness and disability. *Soc. Sci. Med.*, 47(6), 739-753. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00149-X
- Gomez, M., y Sabeh, E. (2001). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la practica. *Instituto Universitario de Integración en la comunidad*, 1-6. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38683739/CALIDAD_DE_VIDA_A.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1519787704&Signature=ruN9usIWT49so3oKUIjOCbFhRMs%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DCalidad_de_Vida._Evolucion_del_Concepto.pdf
- González, M. (1999). Algo sobre la autoestima: Qué es y cómo se expresa. *Aula*, 11, 2017-232. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10366/69351>.
- Hughes, R., Robinson, S., Taylor, H., Swedlund, N., y Nosek, M. (2004). Enhancing self-esteem in women with physical disabilities. *Rehabilitation psychology*, 49(4), 295-302. doi: 10.1037/0090-5550.49.4.295
- Ignacio, J., y Garaigordobil, M. (2007). Discapacidad Motriz: autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos. *Estudios de psicología*, 28(3), 343-357. doi: 10.1174/021093907782506434
- Ivonne, N., y López, N. (2001). *La autoestima: Medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser*. Toluca: Ciencias de la salud.
- Nosek, M., Hughes, R., Swedlund, N., Taylor, H., y Swank, P. (2003). Self-esteem and women with disabilities. *Social Science & medicine*, 56(8), 1737-1747. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00169-7



- OMS. (1998). *WHOQOL User Manual*. Geneva: Division of mental health and prevention of substance abuse, 57-69. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf
- OMS. (2006). Constitución de la organización mundial de la salud. Ginebra: *Organizacion Mundial de la Salud*, 1. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- OMS. (2011). *Resumen: Informe mundial sobre la discapacidad*. Ginebra: Organizacion Mundial de la Salud, 218, 219. Recuperado de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf?ua=1
- Ortega, P., Mínguez, R., y Rodes, M. (2001). Autoestima: un nuevo concepto y su medida. *Teoria de la educación*, (12), 45-66. Recuperado de http://campus.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/1130-3743/article/viewFile/2868/2906.
- Ortiz, J. (2013). La discapacidad en el Ecuador en cifras, año 2010. *Revista de la facultad de ciencias medicas de la universidad de cuenca*, 74-81. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20629/1/Jos%c3%a9%20Ortiz%20Segarra.pdf>
- Ozols, M. (2007). Actividad física y discapacidad. *MHSalud*, 4(2), 1-5. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=237017534001>
- Papalia, D., Olds, S., y Feldman, R. (2010). *Desarrollo humano*. Mexico D.F.: McGrawHill.
- Rodríguez, R., Lardoeyt, R., Reyes, J., Jijón, M., Lardoeyt, M., y Gámez, M. (s.f.). Caracterización clínica y etilógica de las discapacidades mayores en la republica del Ecuador. *Revista cubana genetica comunitaria*, 5(3), 106-112. Recuperado de <http://bvs.sld.cu/revistas/rcgc/v5n2-3/rcgc180111.pdf>
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos aires: Paidós.
- Taylor, H., Swedlund, N., y Nosek, M. (2004). Enhancing self-esteem in women with physical disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 49(2), 295-302. doi: 10.1037/0090-5550.49.4.295
- The WHOQL Group. (1995). The world health organization quality of life assessment(WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K
- Urzua, A., y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71. doi: 10.4067/S0718-48082012000100006
- Vázquez, A., Jimenez, R., y Vazquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clinica española. *Apuntes de psicología*, 22(2), 247-255. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/28098338_Escala_de_autoestima_de_Rosenberg_Fiabilidad_y_validez_en_poblacion_clinica_espanola.
- Viemerö, V., y Krause, C. (1998). Quality of life in individuals with physical disabilities. *Psychoterapy and Psychosomatics*, 67(6), 317-322. doi: 10.1159/000012297



- Velarde, E., y Avila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud publica Mex*, 44(4), 349-361. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000400009
- Vélez, V., Lucero, V., Escobar, C., y Ramírez, R. (2010). Relationship between health-related quality of life and disability in women with peripheral vertigo. *Acta otorrinolaringológica española*, 61(4), 255-261. doi: 10.1016/j.otorri.2010.03.001
- Verdugo, A., y Schalock, R. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 38(4) 21-36. Recuperado de http://www.plenainclusion.org/sites/default/files/224_articulos2.pdf
- Wilski, M., y Tasiemski, T. (2015). Health-related quality of life in multiple sclerosis: role of cognitive appraisals of self, illness and treatment. *Quality of life Research*, 25(7), 1-10. doi: 10.1007/s11136-015-1204-3



ANEXOS

Consentimiento informado

Título de la investigación: Autoestima y calidad de vida en la adultez media con discapacidad física.

Investigador responsable: Luis Miguel Carpio Pazos.

Email(s): luis.carpio@ucuenca.ec

Entiendo que la presente información pretende informarme respecto a mis derechos como participante en este estudio y sobre las condiciones en que se realizará, para que el hecho de decidir formar parte de éste se base en conocer de manera clara el proceso y que me permita tomar dicha decisión con libertad.

En este momento he sido informado del objetivo general de la investigación que es: determinar la relación entre los niveles de autoestima y los niveles de calidad de vida de las personas en la adultez media con discapacidad física. De forma que no causarán daños físicos ni psicológicos. Además, que tengo derecho a conocer todo lo relacionado con la investigación que implique mi participación, cuyo proceso ha sido avalado y aprobado por profesionales competentes de la institución a la que pertenecen.

Entiendo que mi identificación en este estudio será de carácter anónimo, con absoluta confidencialidad en práctica de la ética profesional y que los datos recabados en ninguna forma podrían ser relacionados con mi persona, en tal sentido estoy en conocimiento de que el presente documento se almacenará por la(s) persona(s) responsable(s) por el tiempo que se requiera.

He sido informado(a) de que mi participación en este estudio es completamente voluntaria y que consiste en responder un proceder metodológico cuantitativo, ya sea de forma individual o junto a un grupo de personas, acordado conjuntamente, con vistas a proteger mi identidad, expresiones y mi comodidad, de modo que puedo decidir, en cualquier momento si así fuera, no contestar las preguntas si me siento incómodo(a) desde cualquier punto de vista. Esta libertad de participar o de retirarme, no involucra ningún tipo de sanción, ni tener que dar explicación y, que una eventual no participación o retiro no tendrá repercusión en alguna área de mi vida u otro contexto.

Además, entiendo que no percibiré beneficio económico por mi participación, será una participación que aportará, potencialmente, a aumentar el conocimiento científico, a la academia.

Al firmar este documento, autorizo a que los investigadores autores de este estudio, así como auditores del mismo tendrán acceso a la información. La información que se derive de este estudio podrá ser utilizada en publicaciones, presentaciones en eventos científicos y en futuras investigaciones, en todos los casos será resguardada la identidad de los participantes.

Firma y fecha del
participante: _____

No. De cédula: _____

Firma y fecha del investigador:



Instrumentos

Ficha Sociodemográfica

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Desde la Universidad de Cuenca, se está realizando un estudio con el objeto de determinar la relación entre los niveles de autoestima y los niveles de calidad de vida de las personas adultas intermedias con discapacidad física. Los datos son anónimos y serán empleados únicamente con fines de investigación; solicitamos absoluta sinceridad en las respuestas. Se agradece su participación.

Marque con una cruz la respuesta correspondiente

FICHA SOCIODEMOGRAFICA

P1. Sexo

- 1. Hombre
- 2. Mujer

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

P2. ¿Cuántos años cumplidos tiene?

<input type="text"/>

Escriba su edad en el casillero

P3. Estado Civil

0.	Soltero	<input type="checkbox"/>
1.	Casado	<input type="checkbox"/>
2.	Viudo	<input type="checkbox"/>
3.	Divorciado	<input type="checkbox"/>
4.	Unión libre	<input type="checkbox"/>

P4. ¿Cómo se identifica según su cultura y costumbres?

1.	Mestizo	<input type="checkbox"/>
2.	Blanco	<input type="checkbox"/>
3.	Afroecuatoriano	<input type="checkbox"/>
4.	Indígena	<input type="checkbox"/>
5.	Otro	<input type="checkbox"/>

P5. ¿Cuáles son los ingresos económicos mensuales que recibe?

1.	Inferior a 375 dólares	<input type="checkbox"/>
2.	375 dólares	<input type="checkbox"/>
3.	668 dólares	<input type="checkbox"/>
4.	750 dólares	<input type="checkbox"/>
5.	1.125 dólares	<input type="checkbox"/>
6.	Mayor a 1125 dólares	<input type="checkbox"/>



P6. ¿Trabaja actualmente?

0. No

1. Si

P7. ¿Cuál es la enfermedad o problema que causó su discapacidad física?

.....

P8. ¿Qué porcentaje de discapacidad le asignaron?

Señale el porcentaje en el casillero si es que lo sabe.

P9. ¿A qué edad se originó su discapacidad? años.

Escriba su respuesta en la línea punteada

P10. Además de padecer de una discapacidad ¿Padece algún problema de salud?

0. No

1. Si

En caso de responder Si señale el nombre de su problema de salud en la línea punteada

.....

P11. En la actualidad ¿toma Ud. Medicamentos?

0. No

1. Si

¿Por qué?

.....

P12. ¿Tipo de vivienda?

Arrendada

Prestada

Propia

otras

P13. ¿Con quién vive?

Solo/a

Cónyuge

Hijos

Hijos y cónyuge

Otros



Cuestionario WHOQOL-BREF

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 qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas.

Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas						
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente	1	2	3	4	5



	físico a su alrededor?					
Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.						
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué 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
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas						
		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5



22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5
La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?						
		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos , tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5



ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE)
(Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4