



ESCUELA DE DOCTORADO
INTERNACIONAL DE LA USC

Sandra Eugenia
Lima Castro

Tesis doctoral

CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS DE ECUADOR CON DISCAPACIDAD Y VARIABLES ASOCIADAS

Santiago de Compostela, 2023

Programa de doctorado en Neurociencia y Psicología Clínica



TESIS DE DOCTORADO

**CALIDAD DE VIDA DE
PERSONAS DE ECUADOR CON
DISCAPACIDAD Y VARIABLES
ASOCIADAS**

Sandra Eugenia Lima Castro

ESCUELA DE DOCTORADO INTERNACIONAL DE LA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE
COMPOSTELA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN NEUROCIENCIA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA

SANTIAGO DE COMPOSTELA

AÑO 2023



Si juzgas a un pez por su habilidad para trepar árboles, pensará toda la vida que es un inútil.
Albert Einstein.

Que no sean los conceptos los que convoquen a la realidad, sino la realidad la que busque a los conceptos; que no sean las teorías las que definan los problemas de nuestra situación, sino que sean esos problemas los que reclamen y, por así decirlo, elijan su propia teorización. Se trata, en otras palabras, de cambiar nuestro tradicional idealismo metodológico en un realismo crítico
Ignacio Martín-Baró, S. J.

DEDICATORIA

A Dios porque estás conmigo en todas las situaciones de la vida, brindándome fortaleza cuando la adversidad me desafía y enseñándome que es desde el amor que surgen nuestros recursos, posibilidades y capacidades para devolvernos la esperanza, la alegría y el equilibrio.

Gracias por poner en mi camino personas que iluminan mi destino.

A mis padres, mis abuelos, mis hermanas, mis hijas y mi esposo han sido sus oraciones, luchas, lágrimas, aprendizajes y amor que me han inspirado a intentar ser una mejor persona y superarme.

AGRADECIMIENTOS

A los directores de tesis Fernando Vázquez, Ángela Torres y Vanessa Blanco, fue la grandeza de su alma y voluntad que se reflejó en su esfuerzo, generosidad y dedicación para enseñar, que me impulsó finalmente a culminar este proyecto.

A la Universidad de Cuenca por su apoyo en mi formación doctoral.

A las personas que participaron en esta investigación, espero que de alguna manera esta investigación pueda honrarlas.

A mi esposo y mis hijas que supieron comprender mis ausencias y desgaste. ¡Mi gratitud y amor inmenso!

FINANCIACIÓN Y DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Esta investigación ha sido financiada por la Universidad de Cuenca, Ecuador (Código del proyecto DIUC_XV_2017 005). La doctoranda declara no tener ningún conflicto de interés en relación con la tesis doctoral.

RESUMEN

Las personas con discapacidad física pueden ver afectadas diferentes áreas de su Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Sin embargo, las investigaciones que han analizado la CVRS y sus predictores en este grupo de la población presentan limitaciones, y son escasos los trabajos metodológicamente rigurosos que hayan analizado esta cuestión, y ninguno en Ecuador. El objetivo de este estudio fue determinar la CVRS y sus factores asociados en mujeres y hombres con discapacidad física del Cantón de Cuenca (Ecuador). Para ello, se seleccionó una muestra de 479 personas con discapacidad física (56.8% mujeres, edad media = 52.3 años) y se utilizaron diferentes instrumentos para recopilar información sobre sus características sociodemográficas, relacionadas con la discapacidad y clínicas (ansiedad, depresión, refuerzo ambiental, personalidad, resiliencia, propósito en la vida, habilidades de resolución de problemas, apoyo social, autoeficacia, empoderamiento, optimismo y autoestima). Los resultados mostraron que las puntuaciones medias de CVRS fueron de 47.7 ($DT = 18.9$) para el dominio físico, 59.0 ($DT = 19.9$) para el dominio psicológico, 56.2 ($DT = 22.1$) para el dominio de las relaciones sociales y 55.4 ($DT = 17.6$) para el dominio del ambiente. Para los cuatro dominios, mayores ingresos mensuales y trabajar se asociaron con mayores puntuaciones en la CVRS, mientras que un mayor porcentaje de discapacidad, comorbilidad y sintomatología depresiva se asociaron con puntuaciones más bajas en la CVRS. Para todos los dominios, excepto el psicológico, el mayor refuerzo ambiental y el empoderamiento predijeron una mayor CVRS. Además, se encontraron predictores específicos para cada dominio. Estos resultados destacan la necesidad de diseñar y desarrollar programas de promoción de la salud para mejorar la CVRS en este grupo poblacional.

Palabras clave: calidad de vida, CVRS, predictores, discapacidad física, WHOQOL-BREF

ABSTRACT

People with physical disabilities can be affected in different areas of their Health-related quality of life (HRQOL). However, the research that has analyzed HRQOL and its predictors in this population group have limitations, and there are few methodologically rigorous studies that have analyzed this issue, and none of them conducted in Ecuador.

Therefore, the aim of this study was to determine HRQOL and associated factors in women and men with physical disabilities in the canton of Cuenca, Ecuador. A sample of 479 people with physical disabilities (56.8% women, mean age = 52.3 years) participated. Information was collected using different instruments that assessed their socio-demographic, disability-related, and clinical characteristics, including anxiety, depression, environmental reinforcement, personality, resilience, purpose in life, problem-solving skills, social support, self-efficacy, empowerment, optimism, and self-esteem. The study found that the mean HRQOL scores were 47.7 ($SD = 18.9$) for physical health, 59.0 ($SD = 19.9$) for psychological health, 56.2 ($SD = 22.1$) for social relations, and 55.4 ($SD = 17.6$) for environment. Higher monthly income and working were associated with higher HRQOL in all four domains, while a higher percentage of disability, comorbidity, and depressive symptomatology were associated with lower HRQOL. For all domains except psychological, higher environmental reinforcement and empowerment predicted higher HRQOL. In addition, specific predictors were found for each domain. In light of these results, there is a need to design and develop health promotion programs to improve HRQOL in this population group.

Keywords: quality of life, HRQOL, predictors, physical disability, WHOQOL-BREF

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
ÍNDICE.....	7

PARTE TEÓRICA

I. INTRODUCCIÓN.....	12
1. LA DISCAPACIDAD FÍSICA.....	14
1.1. PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD	16
1.2. CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA	18
1.2.1. Perfil sociodemográfico	18
1.2.2. Perfil relacionado con la discapacidad	21
1.2.3. Perfil clínico de las personas con discapacidad.....	23
1.3. CONDICIONES DE SALUD ASOCIADAS A LA DISCAPACIDAD.....	26
1.4. CONSECUENCIAS DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA	32
1.4.1. Consecuencias para acceder al transporte y espacios.....	33
1.4.2. Consecuencias laborales económicas	33
1.4.3. Consecuencias en el ocio y el uso del tiempo.....	33
1.4.4. Consecuencias de la discapacidad física en la salud física.....	34
1.4.5. Consecuencias de la discapacidad física en la salud mental	34
2. LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA	36
2.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	36
2.2. LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: MODELOS TEÓRICOS.....	36
2.3. APROXIMACIONES A LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	39
2.4. IMPORTANCIA Y REPERCUSIONES DEL ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	40
3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS	42
3.1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	42
3.2. PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE ESTUDIOS.....	42
3.3. EXTRACCIÓN DE DATOS (SELECCIÓN Y CODIFICACIÓN).....	43
3.4. EVALUACIÓN DE RIESGO DE SESGO (CALIDAD METODOLÓGICA)	44

3.5. ESTRATEGIA PARA LA SÍNTESIS DE DATOS.....	45
3.6. ANÁLISIS DE SUBGRUPOS	45
3.7. RESULTADOS.....	46
3.7.1. Selección de los estudios	46
3.7.2. Características descriptivas de los estudios	48
3.7.3. Evaluación de calidad y riesgo de sesgo.....	50
3.7.4. Calidad de vida global relacionada con la salud.....	51
3.7.5. Resultados del análisis de subgrupos.....	53
3.7.6. Evaluación del sesgo de publicación.....	60
3.8. DISCUSIÓN	60
4. FACTORES ASOCIADOS CON LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....	65
4.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	65
4.2. VARIABLES RELACIONADAS CON LA DISCAPACIDAD	66
4.3. VARIABLES CLÍNICAS	67
5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	71
5.1. OBJETIVO GENERAL	71
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	71

PARTE EMPÍRICA

II. MÉTODO.....	72
1. ÁMBITO DE ESTUDIO.....	73
2. DISEÑO.....	73
3. PARTICIPANTES	75
4. VARIABLES DEL ESTUDIO.....	76
4.1. VARIABLES PREDICTORAS	76
4.2. VARIABLES DE RESULTADO.....	79
5. INSTRUMENTOS.....	79
5.1. VARIABLES PREDICTORAS.....	80
5.1.1. Sociodemográficas y Relacionadas con la Discapacidad	80
5.1.1.1. Cuestionario de Características de los Pacientes	80
5.1.2. Clínicas	81
5.1.2.1. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale [HAD]; Zigmond y Snaith 1983; versión española de Terol et al., 2007)	81
5.1.2.2. Escala de Observación de Recompensa desde el Entorno (Environmental Reward Observation Scale [EROS]; Armento y Hopko, 2007; versión española de Barraca y Pérez -Álvarez, 2010).....	81
5.1.2.3. Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado- Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]; Francis et al., 1992; versión española de Sandín et al., 2002)	81

5.1.2.4. Escala Breve de Resiliencia (Brief Resilience Scale [BRS]; Smith et al., 2008; versión española de Rodríguez-Rey et al., 2016).....	82
5.1.2.5. Test de Compromiso con la Vida (Life Engagement Test [LET]; Scheier et al., 2006; versión española de Lima-Castro et al., 2021)	82
5.1.2.6. Inventario de Solución de Problemas Sociales Revisado (Social Problem-Solving Inventory-Revised [SPSI-R]; D’Zurilla et al., 1999; versión española de Maydeu-Olivares et al., 2000)	82
5.1.2.7. Cuestionario de Apoyo Social Funcional (Functional Social Support questionnaire [Duke-UNC-11]; Broadhead et al., 1988; versión española de Bellón et al., 1996)	83
5.1.2.8. Escala de Autoeficacia General (General Self-Efficacy Scale [GSE]; Schwarzer y Jerusalem, 1995; versión ecuatoriana de Bueno-Pacheco et al., 2018)	83
5.1.2.9. Escala de Empoderamiento (Empowerment Scale [ESAGE]; Rogers et al., 1997; versión española de Suriá, 2014a)	83
5.1.2.10. Test de Orientación Vital Revisado [LOT-R] (Life Orientation Test [LOT-R]; Scheier et al., 1994; versión en español de Otero et al., 1998)	83
5.1.2.11. Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale [RSE]; Rosenberg, 1965; versión española de Atienza-González et al., 2000).....	84
5.1.3. Variable de resultado.....	84
5.1.3.1. Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF; World Health Organization [WHO], Division of Mental Health, 1996)	84
6. PROCEDIMIENTO	84
7. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS.....	86
7.1. ESTUDIO DESCRIPTIVO.....	86
7.2. ESTUDIO ANALÍTICO	87
III. RESULTADOS.....	88
1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	89
1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	89
1.2. CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON LA DISCAPACIDAD	89
1.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	91
2. ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA.....	99
2.1. ANÁLISIS DEL DOMINIO FÍSICO DE CALIDAD DE VIDA	104
2.1.1. Variables sociodemográficas y dominio físico de la calidad de vida: análisis bivalente	104
2.1.2. Variables sociodemográficas y dominio físico de la calidad de vida: análisis multivalente.....	106
2.1.3. Variables relacionadas con la discapacidad y dominio físico de la calidad de vida: análisis bivalente.....	107
2.1.4. Variables relacionadas con la discapacidad y dominio físico de la calidad de vida: análisis multivalente	108
2.1.5. Variables clínicas y dominio físico de la calidad de vida: análisis bivalente	109
2.1.6. Variables clínicas y dominio físico de la calidad de vida: análisis multivalente.....	111

2.2. ANÁLISIS DEL DOMINIO PSICOLÓGICO DE LA CALIDAD DE VIDA	112
2.2.1. Variables sociodemográficas y dominio psicológico de la calidad de vida: análisis bivalente	112
2.2.2. Variables sociodemográficas y dominio psicológico de la calidad de vida: análisis multivalente	114
2.2.3. Variables relacionadas con la discapacidad y dominio psicológico de la calidad de vida: análisis bivalente	115
2.2.4. Variables relacionadas con la discapacidad y dominio psicológico de la calidad de vida: análisis multivalente	117
2.2.5. Variables clínicas y dominio psicológico de la calidad de vida: análisis bivalente	117
2.2.6. Variables clínicas y dominio psicológico de la calidad de vida: análisis multivalente	119
2.3. ANÁLISIS DEL DOMINIO RELACIONES SOCIALES DE LA CALIDAD DE VIDA.....	120
2.3.1. Variables sociodemográficas y dominio relaciones sociales de la calidad de vida: análisis bivalente	120
2.3.2. Variables sociodemográficas y dominio relaciones sociales de la calidad de vida: análisis multivalente	122
2.3.3. Variables relacionadas con la discapacidad y dominio relaciones sociales de la calidad de vida: análisis bivalente	123
2.3.4. Variables relacionadas con la discapacidad y dominio relaciones sociales de la calidad de vida: análisis multivalente.....	125
2.3.5. Variables clínicas y dominio relaciones sociales de la calidad de vida: análisis bivalente	126
2.3.6. Variables clínicas y dominio relaciones sociales de la calidad de vida: análisis multivalente	127
2.4. ANÁLISIS DEL DOMINIO AMBIENTE DE LA CALIDAD DE VIDA	129
2.4.1. Variables sociodemográficas y dominio ambiente de la calidad de vida: análisis bivalente	129
2.4.2. Variables sociodemográficas y dominio ambiente de la calidad de vida: análisis multivalente	131
2.4.3. Variables relacionadas con la discapacidad y dominio ambiente de la calidad de vida: análisis bivalente	132
2.4.4. Variables relacionadas con la discapacidad y dominio ambiente de la calidad de vida: análisis multivalente	133
2.4.5. Variables clínicas y dominio ambiente de la calidad de vida: análisis bivalente	134
2.4.6. Variables clínicas y dominio ambiente de la calidad de vida: análisis multivalente	135
DISCUSIÓN.....	137
CONCLUSIONES	152
VI. REFERENCIAS	154
ÍNDICE DE TABLAS.....	191
ÍNDICE DE FIGURAS.....	193

ANEXOS.....	196
--------------------	------------

PARTE TEÓRICA

I. INTRODUCCIÓN

Las personas con discapacidad representan el 15% de los adultos de la población mundial, cifra en constante crecimiento, no sólo debido al envejecimiento poblacional, sino también al incremento de diversos problemas crónicos de salud que pueden conducir a esa situación de discapacidad (Organización Mundial de la Salud [OMS] y el Banco Mundial [BM], 2011); de las diversas tipologías de discapacidad, la física es la más común (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades [CONADIS], 2023; Iezzoni et al., 2014), y se ha asociado a consecuencias negativas para acceder al transporte y espacios públicos, laborales y económicas, sobre el ocio y el uso del tiempo, la salud física y salud mental.

Asimismo, en comparación con la población general, las personas con discapacidad experimentan un deterioro en su Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (p.ej., Barker et al., 2009). Según el Grupo de la OMS sobre la Calidad de Vida [WHOQOL Group, 1995], la CVRS hace referencia a la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto complejo, que engloba distintas esferas: la física, la psicológica, las relaciones sociales y el ambiente. Su evaluación debería ser central en la valoración global de las personas con discapacidad física para el diseño de políticas e intervenciones adecuadas dirigidas a esta población. Sin embargo, los estudios sobre la CVRS en personas con discapacidad física y sus predictores son escasos y han presentado limitaciones; y no existen datos sobre otras cuestiones en Ecuador. De todo ello se deriva la importancia de la presente investigación, cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida relacionada con la salud y sus factores asociados en mujeres y hombres con discapacidad física del Cantón de Cuenca—(Ecuador).

Este trabajo está estructurado en seis apartados: Introducción, método, resultados, discusión, conclusiones y referencias. En la sección de Introducción se delimita, en primer lugar, la conceptualización de la discapacidad física, su prevalencia, caracterización y consecuencias. Posteriormente, se conceptualiza la calidad de vida relacionada con la salud, se describen los principales modelos teóricos, se realiza una aproximación general a su evaluación y se pone de manifiesto su importancia, se desarrolla una revisión sistemática de la literatura y metanálisis de investigaciones que evaluaron la CVRS en personas con discapacidad física, y se establecen los factores asociados a los distintos dominios de la CVRS; además, también establecen los objetivos generales y específicos de la investigación.

En la sección Método se abordan cuestiones relativas al ámbito del estudio, diseño, participantes, variables del estudio, instrumentos utilizados para recoger la información sociodemográfica, relacionada con la discapacidad y clínica de los participantes, el procedimiento y la estrategia de análisis de datos.

En el apartado de Resultados se realiza una descripción detallada de las características sociodemográficas, relacionadas con la discapacidad y clínicas de los participantes. Además, se detallan las puntuaciones de los distintos dominios de la CVRS, y, se explican las diferentes variables asociadas a los distintos dominios.

En la sección de Discusión se contrastan los resultados hallados con la literatura sobre la temática investigada, se abordan las limitaciones y puntos fuertes del estudio, sus implicaciones y se proponen futuras vías de investigación.

En el quinto apartado, Conclusiones, se sintetiza la información más relevante de la presente investigación. Por último, en la sección Referencias se incluyen todas las publicaciones que han servido de apoyo para el desarrollo del presente estudio.

1. LA DISCAPACIDAD FÍSICA

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF; OMS, 2001), que es la más ampliamente aceptada, considera que salud y discapacidad no son categorías excluyentes, sino fenómenos que se presentan a lo largo del continuo de nuestra vida. De acuerdo con esta clasificación, la discapacidad es el resultado de una compleja interacción dinámica entre la condición de salud de una persona, que se refiere a una enfermedad aguda o crónica, trastorno, traumatismo o lesión que se codifican usando las sucesivas actualizaciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE); y sus factores contextuales, que incluyen variables ambientales y personales, y son un reflejo de sus circunstancias particulares de vida. El tener una discapacidad está vinculado a dificultades en tres áreas del funcionamiento: deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones en la participación (ver Figura 1).

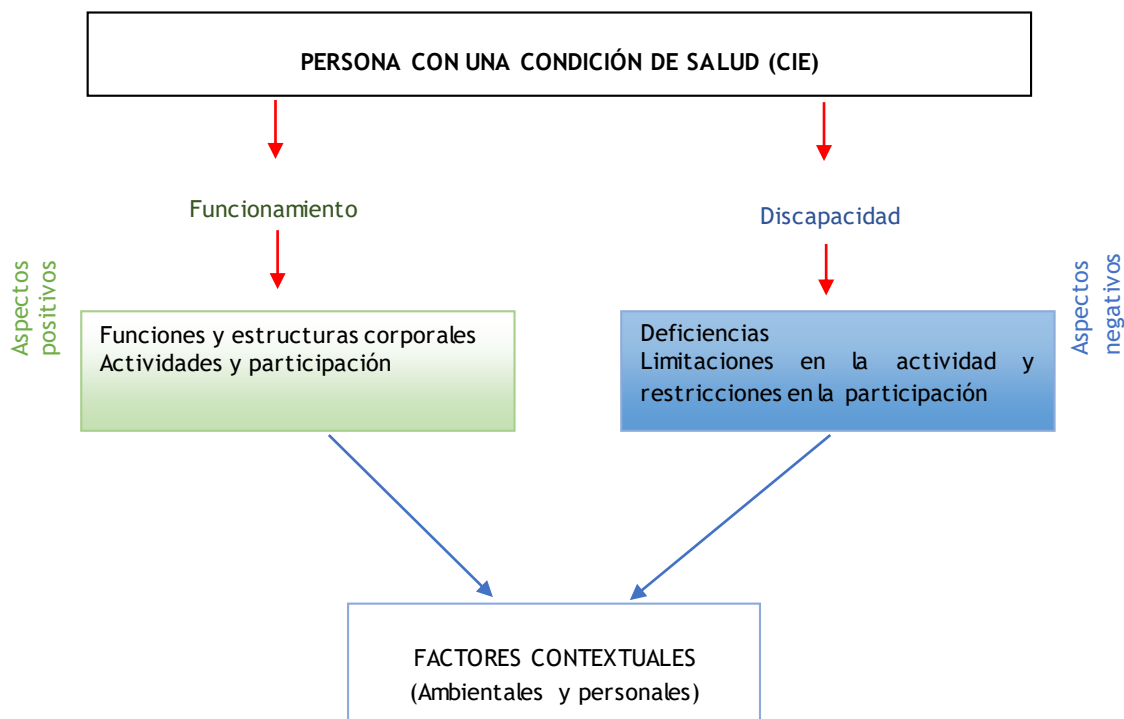


Figura 1. Modelo integral del funcionamiento, la discapacidad y la salud que sirve de fundamento a la CIF (Adaptado de la OMS, 2001).

El concepto de discapacidad es por tanto complejo, e incluye distintos elementos. Es más, como se muestra en la Tabla 1, también se plantearon las definiciones de los componentes clave asociados a un funcionamiento normal y anormal (OMS, 2001).

Tabla 1. Definiciones de los componentes del funcionamiento normal y anormal

Funcionamiento normal	Falta de un funcionamiento normal
Funciones corporales: son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas). Estructuras corporales: son las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.	Deficiencias: hacen referencia a limitaciones en las funciones o estructuras corporales que producen una desviación significativa o una pérdida en el funcionamiento esperado. Pueden ser temporales o permanentes; progresivas, regresivas o estáticas; intermitentes o continuas. A menudo, se las identifica como síntomas o señales de una condición de salud.
Actividad: es la realización de una tarea o acción por una persona.	Limitaciones de la actividad: son dificultades para ejecutar acciones o tareas diarias. Las desviaciones pueden ir de leves a graves en términos de cantidad o calidad.
Participación: se refiere al acto de involucrarse en una situación vital.	Restricciones de la participación: son problemas que una persona experimenta cuando se involucra en situaciones vitales o sociales.
Funcionamiento: el funcionamiento incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Refleja los aspectos positivos de la interacción entre un individuo y una condición de salud y sus factores contextuales.	Discapacidad: problemas referentes al funcionamiento del cuerpo ya sea una desviación o pérdida significativa.
Factores contextuales	
Factores ambientales: se refieren al ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrollan sus vidas. Son factores que pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño o realización del individuo como miembro de la sociedad, en la capacidad del individuo o en sus estructuras y funciones corporales.	
Factores personales: son características del individuo que no forman parte de una condición o estados de salud, por ejemplo, sexo, la raza, edad, estilos de enfrentarse a los problemas, educación, profesión, personalidad, aspectos psicológicos personales y otras características. Estos factores no se clasifican en la CIF, pero se consideran por su gran influencia.	

Nota. Adaptado de la OMS (2001).

Si bien en la CIF no se establece una clasificación de tipologías de discapacidad, sí lo hacen distintas iniciativas que emplean el marco de la CIF como referencia. De este modo, el Grupo de Washington (Washington Group on Disability Statistics [WG]; Madans et al., 2011), establece una clasificación que considera el grado de dificultad en seis dominios funcionales o actividades universales básicas, que son las que con mayor frecuencia limitan a un individuo y lo sitúan en riesgo de una participación social restringida (OMS y BM, 2011): ver, escuchar, física o motora, cognición (recordar o concentrarse), cuidado personal (lavarse o vestirse); y comunicación (comprender o ser comprendido). Esta clasificación tiene como resultado los seis tipos de discapacidad que se recogen en la Tabla 2.

Tabla 2. Tipos de discapacidad

- ✓Visual
- ✓Auditiva
- ✓Física o motora
- ✓Funciones cognitivas
- ✓Autocuidado
- ✓Comunicación.

Nota. Adaptado de Madans et al. (2011).

Centrándonos específicamente en la discapacidad física, no existe una definición única. La revisión de la literatura existente a nivel internacional permite establecer que hay consenso en considerar que la discapacidad física engloba alteraciones corporales que afectan al funcionamiento del sistema neuromuscular o esquelético que dificultan o limitan el movimiento y/o motricidad y restringen la actividad y participación de las personas en las actividades cotidianas. Por lo tanto, este tipo de discapacidad se refiere tanto a los problemas relacionados con las limitaciones en la ejecución de movimientos, tales como desplazamiento, equilibrio, manipulación de objetos o coordinar movimientos y también alude a los daños en órganos internos, que implican la necesidad de apoyos relacionados con barreras arquitectónicas y condiciones de accesibilidad de los espacios (Huete, 2019; Patel y Brown, 2017).

En Ecuador, la Reforma al Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidades, Decreto Ejecutivo nro. 194, define en su artículo 1 a las personas con discapacidad como:

“Aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que las hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en una proporción equivalente al treinta por ciento (30%) de discapacidad, debidamente calificada por la autoridad sanitaria nacional” (Suplemento del Registro Oficial 257, 2020, art. 1).

Específicamente, respecto a la discapacidad física, el Reglamento 0245-2018 para la calificación, recalificación y acreditación de personas con discapacidad establece que:

“Son las deficiencias permanentes e irreversibles, siendo alteraciones neuromusculoesqueléticas o de órganos internos, que se traducen en limitaciones posturales, de desplazamiento o de coordinación del movimiento, fuerza reducida, dificultad con la motricidad fina o gruesa. Implica movilidad reducida y complejidad para la realización de ciertas actividades de la vida diaria y/o autocuidado” (Reglamento 0245-2018 para la calificación, recalificación y acreditación de personas con discapacidad, 2018, art. 3).

1.1. PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD

De acuerdo con el Informe Mundial sobre la Discapacidad (OMS y BM, 2011) se estima que existen alrededor de 1000 millones de personas en el mundo que padecen algún tipo de discapacidad, lo cual representa el 15% de la población.

Al agrupar los trabajos existentes con un criterio geográfico (ver Figura 2), en Norteamérica, de acuerdo con la Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense de 2018 (Erickson et al., 2020), la prevalencia de discapacidad fue de 12.6%. Por tipo, el 2.3% informó de una discapacidad visual, el 2.6% de una relacionada con el autocuidado, el 3.6% de una auditiva, el 5.1% de una discapacidad cognitiva, el 5.6% de una discapacidad relacionada con la vida independiente¹ y el 6.8% de una discapacidad ambulatoria. ²En Canadá, según la Encuesta Canadiense sobre Discapacidad de 2017 (Morris et al., 2018), el 22% de la población

¹ *Discapacidad relacionada con la vida independiente*: discapacidad relacionada con una condición física, mental o emocional que genera que una persona tenga dificultades para responder sola a los requerimientos de la vida tales como visitar el consultorio de un médico o ir de compras.

² *Discapacidad ambulatoria*: discapacidad relacionada con dificultades para caminar o subir escaleras.

de 15 años o más informó padecer una o más discapacidades. Por tipo, el 15% informó una discapacidad relacionada con el dolor, el 10% una discapacidad relacionada con la flexibilidad, el 10% de una discapacidad relacionada con la movilidad, el 7% una relacionada con la salud mental, el 5% de la vista, el 5% de la audición, el 5% de la destreza, el 4% del aprendizaje, el 4% de la memoria, y el 1% del desarrollo.

En la Unión Europea, en la Encuesta Europea de Salud (European Health Interview Survey; European Statistics [EUROSTAT], 2022) se halló que el 37% de la población de 15 años o más presentaba limitaciones funcionales físicas y sensoriales moderadas o graves. Un 19.2% declararon experimentar dificultades para ver, un 20.8 % para oír y un 15.4 % para la movilidad. Cuando se consideraron únicamente las limitaciones físicas o para la movilidad las tasas más altas se registraron en Bulgaria (26.1%), y Turquía (25.4%); y las más bajas en Noruega (6.2%). En un segundo estudio europeo, la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, [SHARE] (Jerez-Roig et al., 2018), se estimó la prevalencia de discapacidad entre los 65 y los 84 años en aproximadamente el 14%. Por regiones, en los países de Europa del Este se encontraba una mayor prevalencia de discapacidad, con un 16.0%, seguidos de los países de Centroeuropa, con un 13.6%, y de los países del sur de Europa, con un 13.1%. Los países nórdicos, con un 9.4%, concentraban la menor proporción de discapacidad entre personas mayores.

Por su parte, en el continente asiático, específicamente en Asia Occidental, según el informe de la Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas para Asia (United Nations Economic and Social Commission for Western Asia [ESCWA], 2018), en diez de los 11 países para los cuales había datos disponibles (Bahrein, Egipto, Irak, Jordania, Mauritania, Marruecos, Omán, Palestina, Sudán, Qatar y Yemen), las discapacidades relacionadas con la movilidad o físicas fueron las más comunes. El país con la prevalencia más elevada fue Egipto, con un 43.3%, y la más baja fue para Qatar, con un 21.6%.

Por último, en América Latina y el Caribe, la población que vive con alguna discapacidad equivale a un 12.6% en América Latina y a un 6.1% en el Caribe (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2014). Según los censos del 2001-2013, los porcentajes más altos de discapacidad se encontraron en Brasil (23.9%), y los más bajos en Chile (2.2%) y Honduras (2.7%) (CEPAL, 2014). Por tipos de discapacidad, las tasas más altas correspondieron a la discapacidad auditiva y a la física; esta última afectaba al 7% de la población de Brasil, al 6.4% en Uruguay, al 3.3% en Costa Rica, al 3.0% en México, al 2.6% en Panamá y al 2.6% en Ecuador (González y Stang, 2014).

Concretamente, en Ecuador, además de la información censal, se ha implementado el Registro Nacional de Discapacidades y el Registro Continuo para la localización y caracterización de las personas con discapacidad, que para el año 2021 reportó una prevalencia de 2.6% (CONADIS, 2021).

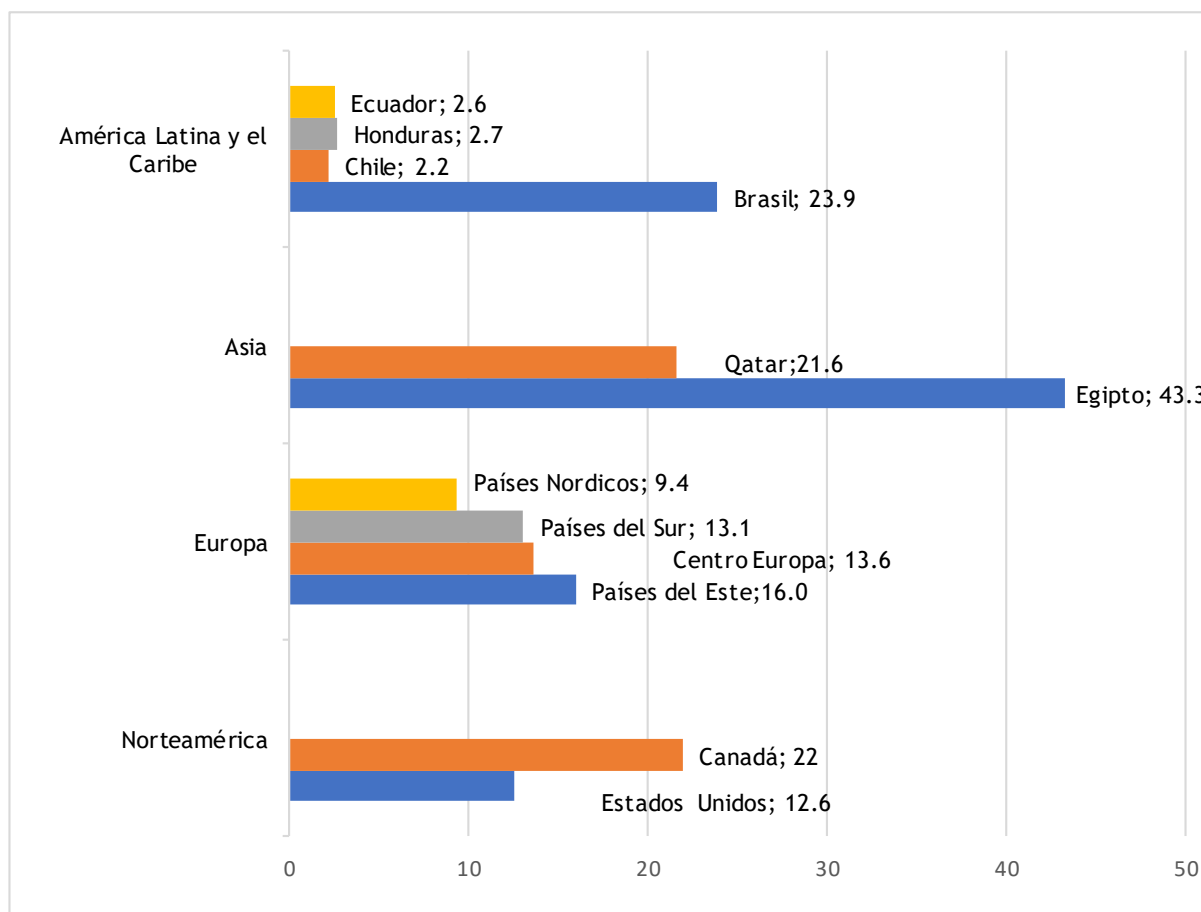


Figura 2. Prevalencia de personas con discapacidad por continentes

Nota. Para América Latina, adaptado de CEPAL (2014) y CONADIS (2021); para Asia, adaptado de ESCWA (2018) y SHARE (2018); para Norteamérica, adaptado de Erickson et al. (2020) y Morris et al. (2018).

1.2. CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA

1.2.1. Perfil sociodemográfico

Aunque las características de las personas con discapacidad física son heterogéneas, la investigación realizada hasta la fecha permite establecer un perfil predominante. En relación con el sexo, la mayoría de las personas con discapacidad física son mujeres. Este hallazgo se ha encontrado de manera consistente en datos oficiales e investigaciones procedentes de diversos países, como Estados Unidos (Disabled World, 2017), Sudáfrica (Statistics South Africa y Lehohla, 2014), India (Velayutham et al., 2016), Argentina (Instituto Nacional de Estadística y Censos, República Argentina [INDEC], 2018), Chile (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2016), o México (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020). Excepción a esto lo constituyen trabajos procedentes de Perú (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad, 2019), Colombia (Cubillos y Perea, 2020) y Ecuador (CONADIS, 2023), donde la mayoría de las personas con discapacidad son varones. El porcentaje de mujeres en la población con discapacidad física, de acuerdo con estos trabajos oscila entre el 39.6% de Perú (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad, 2019) y el 65.9% de Chile (INE, 2016) (ver Figura 3).

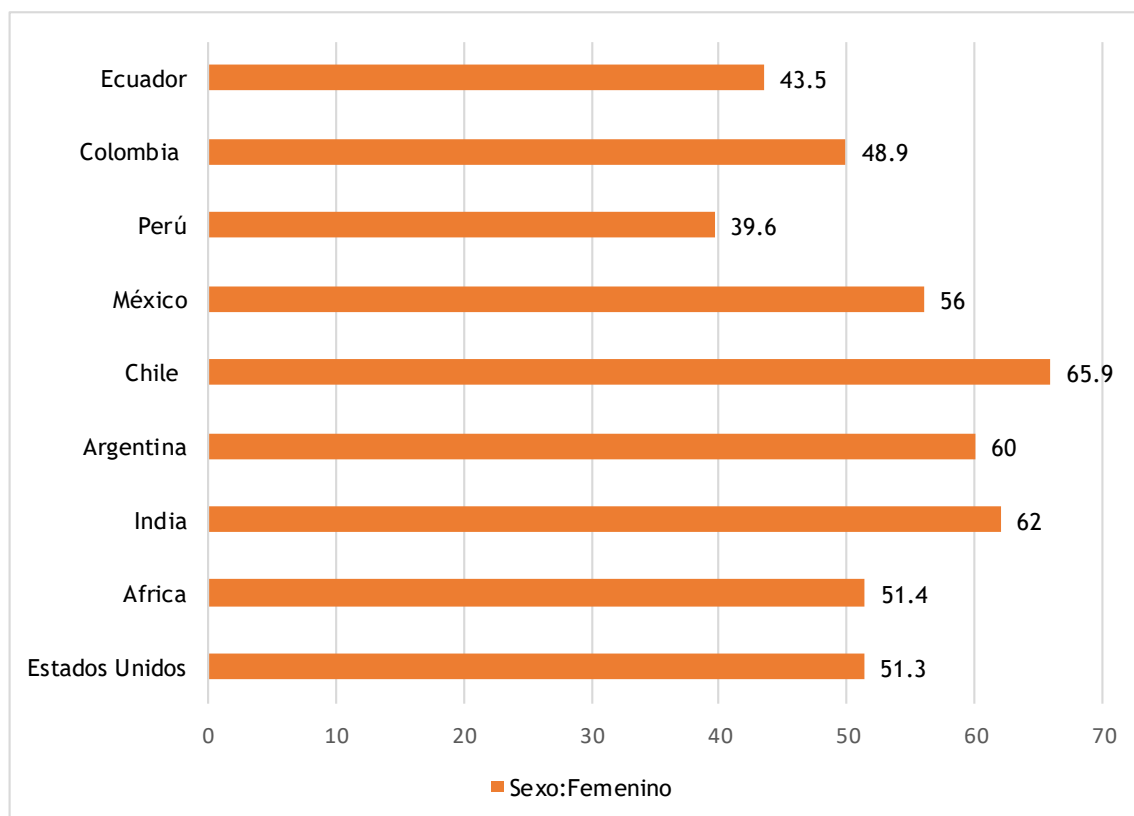


Figura 3. Porcentaje de mujeres con discapacidad física según censos o encuestas gubernamentales

En relación con la edad, predominan las personas con discapacidad física de mediana edad o en la adultez tardía. En concreto, en Estados Unidos, la media de edad se situó entre los 56.1 (Terrill et al., 2016) y 61.5 años (Hreha et al., 2019); en la región de América Latina y el Caribe, en Argentina, la edad media fue 45.8 años (Ministerio de Salud de la Nación [MSN], 2019); y en Chile, de 37.0 años (INE, 2016). Por rangos de edad (ver Figura 4), en Costa Rica, el 49.7% de los individuos con discapacidad física tenían entre 36 y 64 años, seguido por el grupo de 65 años y más, con el 32.3% (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC] y Consejo Nacional de Personas con Discapacidad [CONAPDIS], 2019). En México, el 37.1% de ellos, se concentraba en el grupo de 30 a 64 años y, la mayor parte, el 41.5%, en el grupo de 64 años o más (INEGI, 2020). En Colombia, las personas en la etapa adulta temprana e intermedia representaban el 37% de los sujetos con discapacidad física, y los adultos mayores el 39% (Cubillos y Perea, 2020). Por último, en Ecuador, el 46.5% de las personas con ese problema se hallaban en el grupo de entre los 36 a 64 años, y el 30.2% en el de 65 años en adelante (CONADIS, 2023).

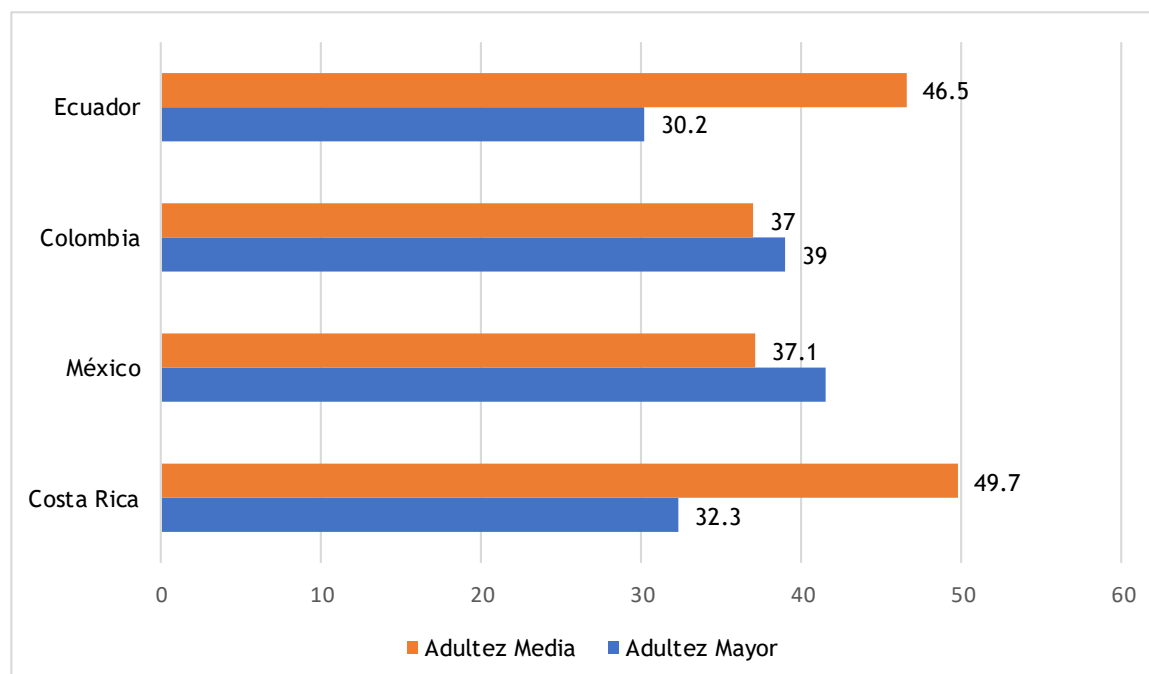


Figura 4. Edad de las personas con discapacidad física según censos o encuestas oficiales gubernamentales

En relación con el estado civil, en varios de los trabajos existentes se informa de esta variable. Por ejemplo, en Estados Unidos, Hreha et al. (2019) encontró que el 63% de estas personas tenía pareja. En India, los datos censales de 2011 revelaron que el 46.6% de la población total con discapacidad estaba casada (Government of India, Ministry of Statistics and Programme Implementation [MoSPI], 2021). En Corea, un trabajo que involucró a 2250 personas con discapacidades físicas en un rango de edad de 15 a 64 años informó que el 57.6% estaban casadas (Park y Kim, 2021). Por su parte, en Argentina, los datos censales indican que el 51% de personas con discapacidad física de 14 años o más convive en pareja (INDEC, 2018), mientras que, en Chile, los datos censales encontraron que el 49.7% de la población con discapacidad física tenía pareja (Servicio Nacional de la Discapacidad [SENADIS], 2016). En Costa Rica, un estudio señaló que el 50.8% de la población total de personas con discapacidad mantenía una relación de carácter conyugal (INEC y CONAPDIS, 2019). En Puerto Rico, un trabajo informó que el 50% de las personas con discapacidad física estaban casadas (Orellano-Colón et al., 2021). En resumen, en los estudios de personas con discapacidad física se encontró que el porcentaje de casados/as oscilaron entre el 46.6% (MoSPI, 2021) y el 63% (Hreha et al., 2019).

Respecto a la etnia, son escasos los estudios que informan en relación con esta cuestión. En Estados Unidos, el informe más reciente del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento muestra que la prevalencia de discapacidad física para adultos se estima en 20.6% para blancos no hispanos, 29.0% para afroamericanos y 25.9% para todos los hispanos (Courtney-Long et al., 2015). En Sudáfrica, según los datos del censo de 2011, la población de raza blanca tenía la mayor proporción de personas con discapacidad física leve y grave (3.3% y 1.1% respectivamente), seguida por el grupo de población indio / asiático (2.8% y 0.9% respectivamente) y el grupo de población de África negra (2.5% y 0.9% respectivamente) (Statistics South Africa y Lehohla, 2014). En Chile, la mayoría (89.7%) de personas adultas con discapacidad no pertenecía a un pueblo indígena (SENADIS, 2016). Por último, en Colombia el 3.8% de las personas con discapacidad manifestó pertenecer a un grupo étnico: en concreto,

el 72.6% de ellas era indígena, el 26.8% negro, afrodescendiente, raizal o palanquero³; y el 0.5% Rrom⁴ (Cubillos y Perea, 2020).

En lo relativo a la situación económica, en todo el mundo la situación de las personas con discapacidad se caracteriza por menos participación en la economía, y tasas de pobreza y desempleo más altas que las de las personas sin discapacidad (OMS y BM, 2011). En relación con la situación laboral, los datos son muy limitados, ya que la mayoría de los países no recopilan o publican estadísticas desglosadas por condición de discapacidad (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2019). De acuerdo con los datos disponibles, las tasas de desempleo de las personas con discapacidad son más altas que las de las personas sin discapacidad a nivel mundial (OIT, 2019; OMS y BM, 2011). Por ejemplo, en Canadá (Morris et al., 2018), entre las personas de 25 a 64 años, las personas con discapacidad tenían menos probabilidades de estar empleadas (59%) que aquellas sin discapacidad (80%). Con respecto a la severidad de la discapacidad, el 76% de las personas con discapacidad leve estaban empleadas, frente a solo el 31% de las personas con discapacidad muy severa. A nivel europeo, alrededor del 50.8 % de las personas con discapacidad estaban empleadas frente al 75.0% de las personas sin discapacidad (EUROSTAT, 2019). En Asia Occidental, según el informe de la Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas (ESCWA, 2018), que analizó datos del censo y encuestas nacionales de diez países, informó que en nueve de ellos la tasa de empleo de las personas con discapacidad no superaba el 14 % en las mujeres y 34 % en los hombres. Por último, en América Latina y el Caribe (CEPAL, 2021), uno de los principales problemas que enfrenta la población con discapacidad es su repercusión en las cifras de desempleo y la marginación laboral, situación que agudiza la situación de pobreza de esta subpoblación. Distintos estudios han encontrado tasas de empleo que oscilaron entre el 32.2% para Argentina (INDEC, 2018), y 39.3% para Chile (SENADIS, 2016).

1.2.2. Perfil relacionado con la discapacidad

Respecto al perfil de discapacidad, es preciso señalar que comúnmente los censos recopilan información muy limitada sobre el estado de salud de las personas con discapacidad. No obstante, se pueden señalar algunos datos disponibles. En relación con la causa de la discapacidad física, en Estados Unidos en un estudio que involucró a 1.574 adultos se informó que el 24% habían sufrido una lesión de la médula espinal, el 26% poliomielitis, el 19% distrofia muscular y el 31% esclerosis múltiple (Battalio, Huffman, et al., 2020). Respecto a los países latinoamericanos, Perú es el lugar donde los datos sobre las condiciones de salud relacionadas con la discapacidad física se han recogido de manera más sistemática (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad, 2019); las condiciones más frecuentes son trastornos que afectan la función músculo-esquelética (49.9%), seguido de síndromes paralíticos (19.7%) y traumatismos que afectan la función músculo-esquelética (13.8%). Por el contrario, los diagnósticos menos frecuentes fueron: malformación congénita que afecta la función músculo-esquelética (7.4%),

³ *Raizal*: población colombiana nativa de las Islas de San Andrés, Providencia y Santa Catalina descendientes de la unión entre europeos (principalmente ingleses, españoles y holandeses) y esclavos africanos; *Palanquero*: colombianos descendientes de esclavos africanos que se liberaron y se refugiaron en San Basilio de Palenque (Mahates – Bolívar), San José de Uré (Córdoba), Jacobo Pérez escobar (Magdalena) y La Libertad (Sucre).

⁴ Los *Rrom*, también conocidos como gitanos, son un grupo étnico radicado en diferentes ciudades de Colombia.

deformidades adquiridas (5.7%), secuelas de poliomielitis (2.0%) y neuropatías (1.5%) (ver Figura 5).

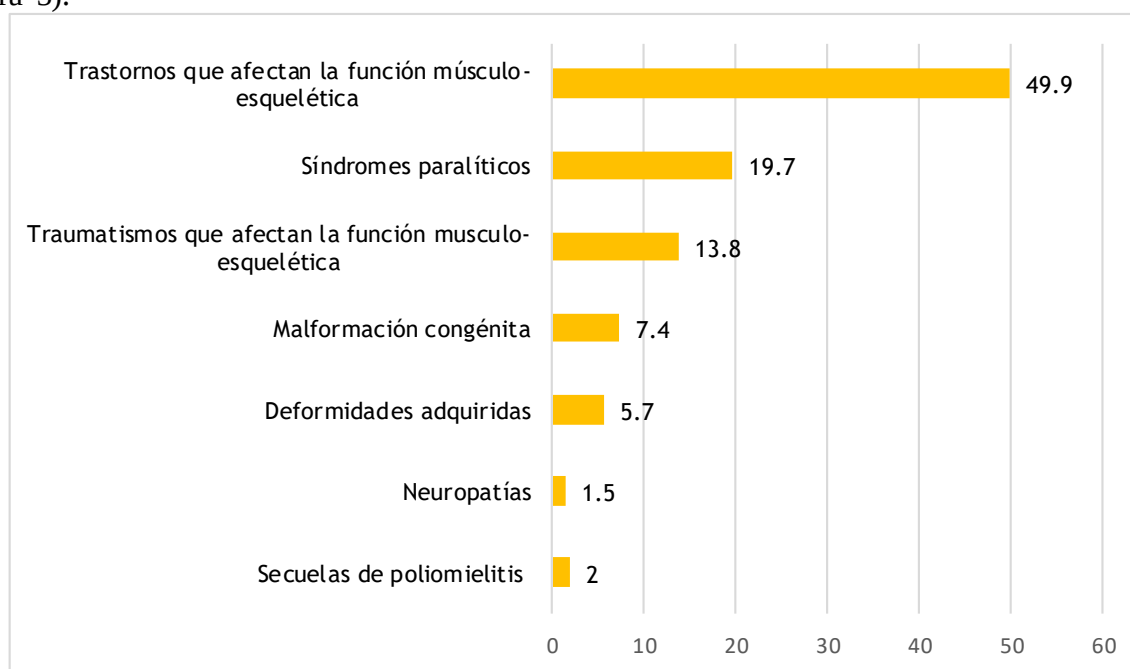


Figura 5. Condiciones de salud más frecuentes asociadas a la discapacidad física en el Perú

Respecto al grado de severidad, la gran mayoría de personas con discapacidad física sufren una discapacidad leve o moderada. Por ejemplo, en Canadá (Morris et al., 2018), el 37% informó de una discapacidad leve, el 20% moderada, el 21% grave, y el 22% muy grave. En la Unión Europea, según los datos de la encuesta EHIS (EUROSTAT, 2022), el 9.2% de la población reportó limitaciones funcionales físicas moderadas y el 6.2% severas. En Sudáfrica (Statistics South Africa y Lehohla, 2014), de conformidad con los datos del censo de 2011, aproximadamente el 2.5% de las personas informaron tener discapacidad física leve, mientras que el 1% informó padecer una discapacidad física grave. En Chile (SENADIS, 2016), el 58.5% de la población total con discapacidad, se situó en un nivel leve o moderado, y el 41.5% en un nivel grave. En Ecuador (CONADIS, 2023), el 49.2% de las personas con discapacidad física presentaban un nivel moderado, el 32.5% un nivel grave, el 12% un nivel muy grave y 6.2% un nivel severo. Por el contrario, en otros países, la mayoría de la población informó de discapacidades más severas; así, por ejemplo, en Costa Rica (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad, 2019), el 79.3% de las personas con discapacidad presentaban un nivel severo o grave, y el 20.7% de leve a moderado. Asimismo, en Perú (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad, 2019) para la población con discapacidad física se informó que el 7.4% presentaban un nivel de discapacidad leve, el 34.2% moderado y el 58.4% severo.

Otro aspecto importante que se debe considerar es la duración de la discapacidad física. Sin embargo, son sumamente escasos los estudios con muestras representativas que informan o analizan el tiempo que se ha vivido con la discapacidad. Un trabajo en Estados Unidos en personas con discapacidad física (Wong et al., 2019) informó de una media de 25.3 años.

Asimismo, los adultos con discapacidades físicas pueden tener un mayor riesgo de desarrollar condiciones de salud comórbidas crónicas. En un trabajo realizado en Estados Unidos (Smith et al., 2016), se informó que el 26.8% de las personas con discapacidad física

tenían otro problema de salud, además del que causó la discapacidad. En Corea, en un estudio en el que se utilizaron datos de la Encuesta de Panel de Empleo para Discapacitados 2016-2018 (Yi et al., 2021), se reportó que el 25.9% presentaban una enfermedad crónica distinta de la que originó la discapacidad. Por último, en Chile (INE, 2016) se encontró que el 21.7% de la población con discapacidad física presentaba adicionalmente otro problema de salud crónico.

Finalmente, respecto al uso de medicación, según la base de datos del Segundo Estudio Nacional de Discapacidad de Chile (INE, 2016), el 15.2% de la población con discapacidad física informó que en los últimos 12 meses había recibido algún medicamento para otro problema de salud crónico. Por otro lado, de acuerdo con una investigación en Colombia (Cubillos y Perea, 2020), el 39% de la población total con discapacidad se medicaba con fármacos de uso continuo.

1.2.3. Perfil clínico de las personas con discapacidad

En lo relativo al perfil clínico de las personas con discapacidad física, la prevalencia de ansiedad se ha estimado entre el 15 y 32% (Le y Dorstyn, 2016). Adicionalmente, se ha encontrado que las personas con discapacidad informaban de puntuaciones en sintomatología ansiosa más altas frente a población sin discapacidad (p.ej., da Silva et al., 2011). La presencia de ansiedad se relacionó con la severidad de la discapacidad. De este modo, se ha encontrado (Jones et al. 2014) que, entre las personas con puntuaciones bajas de discapacidad física, la mayoría (62%) no padecía ansiedad y solo el 1.5% experimentaba ansiedad severa. Sin embargo, entre las personas que tenían puntuaciones altas de discapacidad física, el 33.3% tenía niveles de ansiedad en la categoría normal y el 9.8% ansiedad severa. Por su parte, de Sousa et al. (2017) encontraron que las personas mayores con niveles más altos de discapacidad física eran más propensas a informar de síntomas de ansiedad. Mientras, Singh et al. (2021), encontraron que personas con discapacidad física y ansiedad tenían una duración más corta de la enfermedad asociada a la discapacidad, puntuaciones más elevadas de discapacidad, mayor nivel de dolor y tenían depresión con más frecuencia en comparación con los pacientes sin ansiedad.

Respecto a la prevalencia de depresión en adultos con discapacidad, se ha estimado entre el 24.9% (McDermott et al., 2005) y el 41% (Robinson-Whelen et al., 2014). Además, otros estudios (p.ej., Battalio et al., 2018; Lim et al., 2017; Pangalila et al., 2015; Shen et al., 2017; Williams y Murray, 2015) encontraron que la depresión es altamente prevalente en personas con discapacidades físicas y considerablemente más común en esta población que en la población general y a otras poblaciones clínicas. Por el contrario, otros trabajos informaron de que un alto porcentaje de personas con discapacidad física no presentaban depresión (Ochoa-Morales, et al., 2019; Suh et al., 2022) o presentaban niveles moderados (Göksel et al., 2011; Rajati et al., 2017; Tepavcevic et al., 2014). En este sentido, en el estudio longitudinal de Hoffman et al. (2011) se encontró que el 70% de personas con discapacidad física puntuaba en el rango de no depresión en los primeros cinco años de la discapacidad. Respecto al nivel de discapacidad, el estudio de Jones et al. (2014) encontró que 82.9% de las personas con puntuaciones bajas de discapacidad física no experimentaban depresión, y solo el 0.4% informaban de depresión grave; sin embargo, para aquellas con niveles elevados de discapacidad física, solo el 28.3% se encontraban en la categoría normal y el 9.4% informó depresión grave. Robinson-Whelen et al. (2007) hallaron que las mujeres que adquirieron su discapacidad física más recientemente y cuya discapacidad era más severa se encontraban en mayor riesgo de depresión. Por último, Singh et al. (2021) encontraron que personas con discapacidad y depresión habían tenido una mayor duración del trastorno, puntuaciones más

altas de discapacidad, mayor nivel de dolor y mayores probabilidades de tener ansiedad en comparación con los pacientes del grupo sin depresión.

Por otra parte, en la literatura existe información escasa o contradictoria de otras variables clínicas en personas con discapacidad física; entre ellas, el reforzamiento ambiental positivo, la personalidad, la resiliencia, el propósito en la vida, las habilidades de solución de problemas, el apoyo social percibido, la autoeficacia, el empoderamiento, el optimismo o la autoestima. En cuanto al reforzamiento ambiental positivo, definido como la percepción del valor positivo de experiencias y actividades ambientales disponibles en el entorno de la persona (Armento y Hopko, 2007), Bombardier et al. (2017) en un trabajo con personas con lesión cerebral traumática grave encontraron puntuaciones de reforzamiento ambiental positivo más bajas, en comparación con otros estudios con muestras no clínicas (p.ej., Fernández-Rodríguez et al., 2018; Wagener y Blairy, 2015).

También la investigación sobre la personalidad con personas que padecen una discapacidad física es reducida (p.ej., Chapman et al., 2007; Jang et al., 2002); en concreto, se ha encontrado que las personas con puntuaciones más altas en neuroticismo tienen más probabilidades de informar de más limitaciones de movilidad y discapacidad física que aquellas con puntuaciones más bajas.

Con respecto a la resiliencia, se ha establecido que en esta población puede servir como amortiguador contra los factores estresantes (Terrill et al., 2016). En algunos estudios en personas con discapacidad física se han hallado puntuaciones de moderadas a altas de resiliencia (Battalio et al., 2017; Bonanno et al., 2012; Gómez y Jiménez, 2018; Hayter y Dorstyn, 2014; Hoffman et al., 2011; Silverman et al., 2015; Suriá et al., 2015; Terrill et al., 2016). Sin embargo, otras investigaciones (Giovannetti et al., 2016; Suriá, 2015a) han encontrado puntuaciones bajas de resiliencia que están relacionadas con déficits en la calidad de vida en general, falta de ajuste psicológico y adaptación a la experiencia de vivir con discapacidad (Suriá, 2015a). Bonanno et al. (2012) informaron que las personas con discapacidad física que mostraban una alta resiliencia al inicio de la rehabilitación continuaban con su recuperación psicológica y lograban una mejor recuperación general con menos problemas psicosociales a largo plazo; por lo que, a pesar de los desafíos y los eventos negativos de la vida que enfrentan, pueden mantenerse en funcionamiento y afrontar la adversidad.

Otra variable clínica que se ha investigado poco en las personas con discapacidad física es el propósito de la vida, la cual se define como el grado en el que una persona está comprometida en actividades que son valiosas para ella (Scheier et al., 2006). En concreto, los datos existentes apuntan a que las personas con enfermedades físicas o con discapacidad informan de puntuaciones ligeramente inferiores en el propósito con la vida que la población general (Scheier et al., 2006; Yeung y Breheny, 2021) o los adultos mayores (Pearson et al., 2013).

Respecto a las habilidades de solución de problemas, tienen relevancia para la salud física, ya que parecen estar relacionadas con conductas de afrontamiento efectivas respecto al cuidado de la salud (Heppner et al., 2009) y la aceptación de la discapacidad (Elliott, 1999). Los pocos trabajos previos en personas con discapacidad física han utilizado diferentes versiones del Inventario de Solución de Problemas Sociales-Revisado (Social Problem Solving Inventory-Revised [SPSI-R]; D'Zurilla et al., 1999), encontrando que las puntuaciones medias fueron más altas en las subescalas funcionales de la habilidad para resolver problemas: orientación positiva a los problemas y resolución racional de problemas (Berry et al., 2007; Elliott, 1999); mientras que fueron más bajas para la subescala estilo impulsivo, orientación negativa a los problemas y estilo evitativo (Berry et al., 2007; Elliott, 1999). Al comparar las puntuaciones medias de las subescalas de habilidades de solución de problemas en adultos sin discapacidad, a diferencia de las personas con discapacidad informaron de puntuaciones medias más altas para la subescala

orientación positiva a los problemas, orientación negativa a los problemas, estilo impulsivo y estilo evitativo; en cambio, para la subescala resolución racional de problemas las puntuaciones medias fueron bastante parecidas (Wang et al., 2021). Adicionalmente, se ha encontrado que muestras con problemáticas clínicas informaron de medias más altas que las poblaciones no clínicas en las subescalas disfuncionales de la habilidad para resolver problemas: estilo impulsivo, orientación negativa a los problemas y estilo evitativo (Ghahramanlou-Holloway et al., 2012).

En lo relativo al apoyo social percibido, estudios en personas con discapacidad física han encontrado puntuaciones medias de apoyo social altas (p.ej., Alamo et al., 2002; Salvador-De La Barrera et al., 2018; Suh et al., 2022) o moderadas (Giovannetti et al., 2016; Phillips et al., 2016).

La autoeficacia, o creencia que tienen las personas acerca de sus propias habilidades para dominar una situación (Bandura y Locke, 2003), facilita el afrontamiento de las enfermedades crónicas, el dolor o la discapacidad (Luszczynska et al., 2009). En diversos estudios en personas con discapacidad física (Byra y Ćwirynkał, 2018; Robinson-Whelen et al., 2006, 2007; Srivastava y Singh, 2016; Villanueva et al., 2017; Wilski y Tasiemski, 2016) en los que se ha utilizado la Escala de Autoeficacia General (General Self-Efficacy Scale; Schwarzer y Jerusalem, 1995), se encontraron puntuaciones ligeramente superiores al rango obtenido por Scholz et al. (2002) en población general para 25 países. Otros estudios (p.ej., Peter et al., 2012; Rogowska et al., 2020) no encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones de autoeficacia entre las personas con discapacidad física y la población general. Por último, un trabajo (Carrard et al., 2021) que utilizó solo un ítem de la Escala de Autoeficacia General, señaló que individuos con discapacidad física debida a una lesión de médula espinal informaron de menor autoeficacia en comparación con la población general suiza, pero la diferencia fue pequeña a pesar de las importantes limitaciones de funcionamiento.

En relación con el empoderamiento, es un constructo complejo integrado por fortalezas del *self*, que posibilitan la ejecución de comportamientos orientados al logro de resultados y la consecución de metas (Rappaport, 1984; Zimmerman, 2000). Son muy escasos los trabajos previos en personas con discapacidad física; los pocos estudios existentes (Suriá, 2014b, 2015b) han utilizado la Escala de Empoderamiento (Empowerment Scale [ESAGE]; Rogers et al., 1997; versión española de Suriá, 2014a) e informan niveles moderadamente altos de empoderamiento en personas con discapacidad.

El optimismo es una actitud disposicional o visión del mundo que lleva a quienes la tienen a formarse expectativas positivas sobre el futuro (Scheier et al., 1994). En relación con el perfil de optimismo de las personas con discapacidad física, trabajos previos (Calandri et al., 2017; Kasser y Zia, 2020; Rostowska y Kossak, 2011) que emplearon el Test de Orientación Vital revisado [LOT-R] (Life Orientation Test [LOT-R]; Scheier et al., 1994), con un rango de 0 a 24, informaron de puntuaciones medias de la variable optimismo desde 5.4 hasta 23.2 (Rostowska y Kossak, 2011); personas con un nivel más elevado de discapacidad física informaron de puntuaciones más altas de optimismo, debido quizás a una actitud más reconciliadora con su destino y un menor rango de expectativas.

Por último, respecto a la autoestima, estudios previos en personas con discapacidad física (Bogart, 2014; Byra y Ćwirynkał, 2018; Geyh et al., 2012; Gómez y Jiménez, 2018; Harper et al., 2014; Hayter y Dorstyn, 2014; Mikula et al. 2017; Srivastava y Singh, 2016; Wilski y Tasiemski, 2016; Wilski y Tomczak, 2016; Yamada et al., 2021) que han evaluado la autoestima mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale [RSE]; Rosenberg, 1965), cuyo rango oscila de 10 a 40, encontraron medias desde 18.0 (Hayter y Dorstyn, 2014) hasta 33.9 (Harper et al., 2014). Trani et al. (2020) encontraron que las

personas con discapacidad presentaban medias ligeramente inferiores que las personas sin discapacidad; y que el 74% de personas sin discapacidad y el 76% personas con discapacidad informaban de puntuaciones medias, mientras el 29% de personas sin discapacidad y el 15% de personas con discapacidad informaban de puntuaciones elevadas. Finalmente, en un estudio en Corea del Sur que involucro 3.329 personas con diferentes tipos de discapacidad (Jung et al., 2022), se halló que el 67.9% tenían baja autoestima.

1.3. CONDICIONES DESALUD ASOCIADAS ALA DISCAPACIDAD

La discapacidad se asocia con una gran variedad de condiciones de salud (Federici et al., 2017). Para analizar su impacto, se pueden considerar las siguientes unidades de medida:

- Años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD): es una unidad de medida que se calcula al sumar los años de vida perdidos debido a mortalidad prematura (AVP) y los años de vida saludable perdidos debido a una discapacidad (AVD) (Bannick et al., 2019). Por lo tanto, es un indicador que sintetiza el impacto de las enfermedades, tanto por la discapacidad generada como por la muerte prematura asociada.
- Años de vida perdidos debido a mortalidad prematura (AVP): son una estimación de los años de vida sana perdidos a causa de muerte prematura. A nivel individual se calcula restando la edad de la muerte de la esperanza de vida estándar correspondiente a esa edad. A nivel de la población, se calcula como el número de muertes debidas a una causa determinada a cierta edad, sexo, lugar y tiempo multiplicado por la esperanza de vida estándar correspondiente a la edad de la muerte (Martinez et al., 2019).
- Años vividos con discapacidad (AVD): es una medida de estimación de la pérdida de años saludables por vivir con discapacidad (Bannick et al., 2019).

El estudio de la Carga Global de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo (Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study [GBD]), que se inició en los años noventa, constituye una aportación muy valiosa que ha utilizado las unidades de medida antes mencionadas y ha permitido un mejor conocimiento a nivel global, regional y nacional de las principales causas de mortalidad, de la incidencia, prevalencia y duración de las discapacidades más importantes, debido a que proporciona una evaluación científica sistemática de datos publicados, disponibles públicamente, brindando actualizaciones continuas de sus informes gracias a que ha contado con la cooperación de la OMS, así como de otros organismos como universidades y gobiernos (Evans-Meza, 2015). En el 2016, en el análisis de este estudio (Bannick et al., 2019), en el que se incluyeron datos relativos a 195 países, se identificaron un amplio grupo de trastornos neurológicos como la principal causa de AVAD y la segunda causa principal de muerte después de las enfermedades cardiovasculares. Este grupo de alteraciones neurológicas incluyó varias enfermedades que se muestran en la Tabla 3. Entre ellas cabe destacar el Alzheimer y otras demencias, enfermedades no transmisibles que tienen un claro impacto en el sistema nervioso, enfermedades neurológicas transmisibles y diversas lesiones, entre otras. Las cuatro principales afecciones neurológicas contribuyentes a los AVAD fueron los accidentes cerebrovasculares (42.2%), las migrañas (16.3%), el Alzheimer y otras demencias (10.4%) y la meningitis (7.9%). Específicamente, los accidentes cerebrovasculares ocuparon el primer lugar entre los trastornos neurológicos en términos de tasas de AVAD estandarizados por edad en 19 de 21 regiones del mundo.

Tabla 3. Principales enfermedades neurológicas que causaron AVAD en el 2016

✓Alzheimer y otras demencias
✓Epilepsia
✓Migraña
✓Enfermedades de las neuronas motoras
✓Esclerosis múltiple
✓Enfermedad de Parkinson
✓Cefalea tensional
✓Enfermedades no transmisibles que tienen un claro impacto en el sistema nervioso central o periférico: accidente cerebrovascular, cánceres del cerebro y del sistema nervioso
✓Enfermedades neurológicas transmisibles: encefalitis, meningitis y tétano
✓Lesiones: lesión cerebral traumática y lesión de la médula espinal

En el estudio GBD de 2017 (GBD 2017 DALYs y HALE Collaborators, 2018) se consideraron 359 enfermedades y lesiones en 195 países, y se identificaron que las cinco principales causas de AVAD fueron los trastornos neonatales, la cardiopatía isquémica, los accidentes cerebrovasculares, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Finalmente, en el estudio GBD del 2019 (Abrams et al., 2020) se estimaron la incidencia, prevalencia, mortalidad, AVP, AVD y AVAD de 369 enfermedades y lesiones, para 23 grupos de edad en 204 países que se agruparon en 21 regiones y siete super-regiones. A nivel mundial se identificaron diez principales causas de AVAD en los diferentes grupos de edad entre 1990 y 2019 (ver Tabla 4).

Tabla 4. Principales causas de AVAD en los diferentes grupos de edad entre 1990 y 2019

Causas de AVAD comunes desde la adolescencia hasta la vejez

- ✓VIH/ SIDA
- ✓Enfermedades musculoesqueléticas
- ✓Lumbalgia
- ✓Trastornos depresivos

Causas de AVAD en adultos mayores

- ✓Cardiopatía isquémica
 - ✓Diabetes
 - ✓Accidentes cerebrovasculares
 - ✓Enfermedad renal crónica
 - ✓Cáncer del pulmón
 - ✓Pérdida de audición
-

Además, en el estudio GBD del 2019 se organizaron las enfermedades y lesiones en un nivel jerarquía de causas, de más generales a más específicas. De este modo, en líneas generales, en los años 1990, 2010 y 2019, la primera causa de AVD fueron las enfermedades no transmisibles (p. ej., enfermedades cardiovasculares, musculoesqueléticas y trastornos mentales, y el cáncer); seguidas en segundo lugar por las enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales (p. ej., VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual, infecciones respiratorias y tuberculosis, infecciones entéricas, enfermedades tropicales desatendidas y paludismo, otras enfermedades infecciosas, trastornos maternos y neonatales y deficiencias nutricionales); y, en tercer lugar, estuvieron las lesiones debidas al resultado directo o indirecto

de una fuerza física, inmersión o exposición, incluida la accidental, fuerzas interpersonales o autoinfligidas, así como guerras, conflictos, violencia y desastres naturales.

Más concretamente, en los tres años indicados, la primera causa de AVD fueron los trastornos musculoesqueléticos; seguidos en segundo lugar por los trastornos mentales; y en tercer lugar por otras enfermedades no transmisibles (ver Tabla 5).

Tabla 5. Principales causas de AVD en los años 1990, 2010 y 2019

✓Trastornos musculoesqueléticos: artritis reumatoide, osteoartritis, dolor lumbar, dolor de cuello, gota o una gran categoría residual de otros trastornos musculoesqueléticos.
✓Trastornos mentales: esquizofrenia; ansiedad, bipolar, depresivo, espectro autista, déficit de atención, hiperactividad, trastornos de conducta u otros trastornos mentales (discapacidad intelectual y trastornos alimentarios).
✓Otras enfermedades no transmisibles: defectos congénitos de nacimiento, enfermedades urinarias, enfermedades ginecológicas, hemoglobinopatías y anemias hemolíticas, o trastornos endocrinos, metabólicos, sanguíneos e inmunitarios.

Específicamente en toda la región de la Américas, en 2019 (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022), se identificó que las 15 causas principales de AVAD en la población total de ambos sexos combinados en todas la edades fueron (ver Figura 6): las enfermedades no transmisibles, tales como enfermedad isquémica del corazón, la diabetes mellitus; accidente cerebrovascular; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; dolor de espalda y cuello; los trastornos mentales debidos a consumo de drogas; las enfermedades renales; los trastornos depresivos; la enfermedad de Alzheimer y otras demencias; los trastornos de ansiedad; y el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón. Seguidas por las condiciones de salud transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales; dentro de esta categoría se encuentran las condiciones neonatales e infecciones respiratorias bajas. Y, por último, causas externas como la violencia interpersonal y las lesiones en carretera.

Adicionalmente en toda la región de la Américas, en 2019 (OPS, 2022), se identificaron 15 causas principales de AVD, entre las que se destacaron las enfermedades no transmisibles, tales como: el dolor de espalda y cuello, diabetes mellitus, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos mentales debido al abuso de drogas, migraña, condiciones orales, errores de refracción no corregidos, y osteoartritis, entre otras causas. Las caídas fueron la única causa externa que se situó entre las 15 más frecuentes (ver Figura 6).

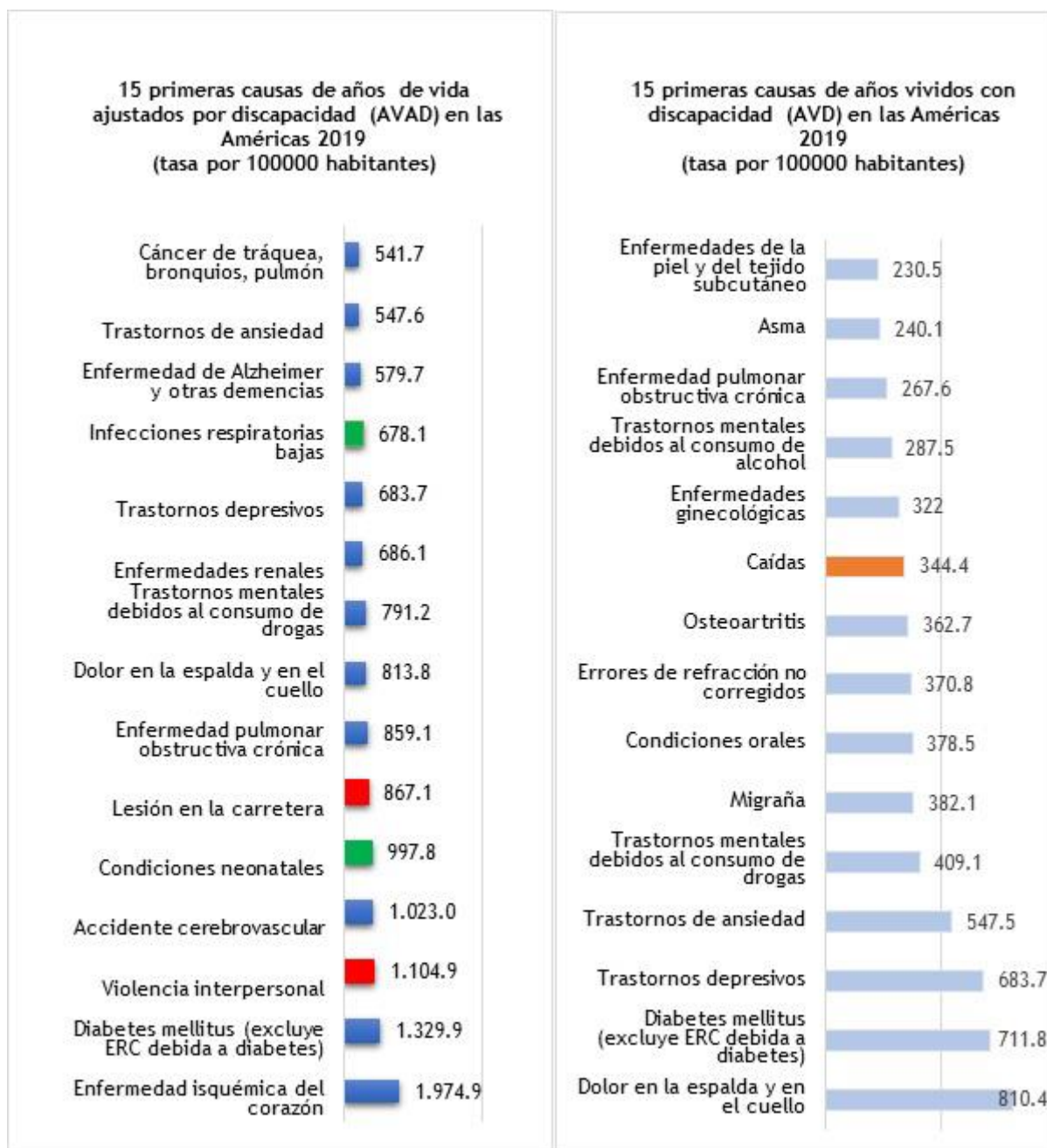


Figura 6. Causas principales de mortalidad y pérdidas en salud de nivel regional, subregional y nacional en la Región de las Américas, 2000-2019
(Adaptado de Organización Panamericana de la Salud, 2022)

Específicamente, en Ecuador en 2019, las enfermedades no transmisibles fueron las más frecuentes entre las 15 causas principales de AVAD (ver Figura 7): enfermedad isquémica del corazón, diabetes mellitus, enfermedades renales, infecciones respiratorias bajas, anomalías congénitas, accidente cerebrovascular, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, cirrosis hepática, enfermedades ginecológicas, dolor en la espalda y cuello. Le siguen aquellas clasificadas en la categoría de causa externa: lesión en la carretera, lesiones autoinfligidas y violencia interpersonal, Y, en menor frecuencia, condiciones de salud transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, tales como condiciones neonatales e infecciones respiratorias de vías bajas (OPS, 2022).

En Ecuador, en 2019, las 15 causas principales de AVD (ver Figura 7), es decir, sin tener en cuenta la mortalidad prematura, en la población total de ambos sexos combinados en todas las edades, nuevamente las enfermedades no transmisibles fueron las que más destacaron, entre ellas: trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, diabetes mellitus, enfermedades ginecológicas, dolor en la espalda y cuello, condiciones orales, errores de refracción no corregidos, migraña, enfermedades de la piel y tejido subcutáneo, osteoartritis; y, en menor frecuencia, condiciones de salud transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, tales como condiciones neonatales. Finalmente, en la categoría de causa externa, fueron las caídas (OPS, 2022).

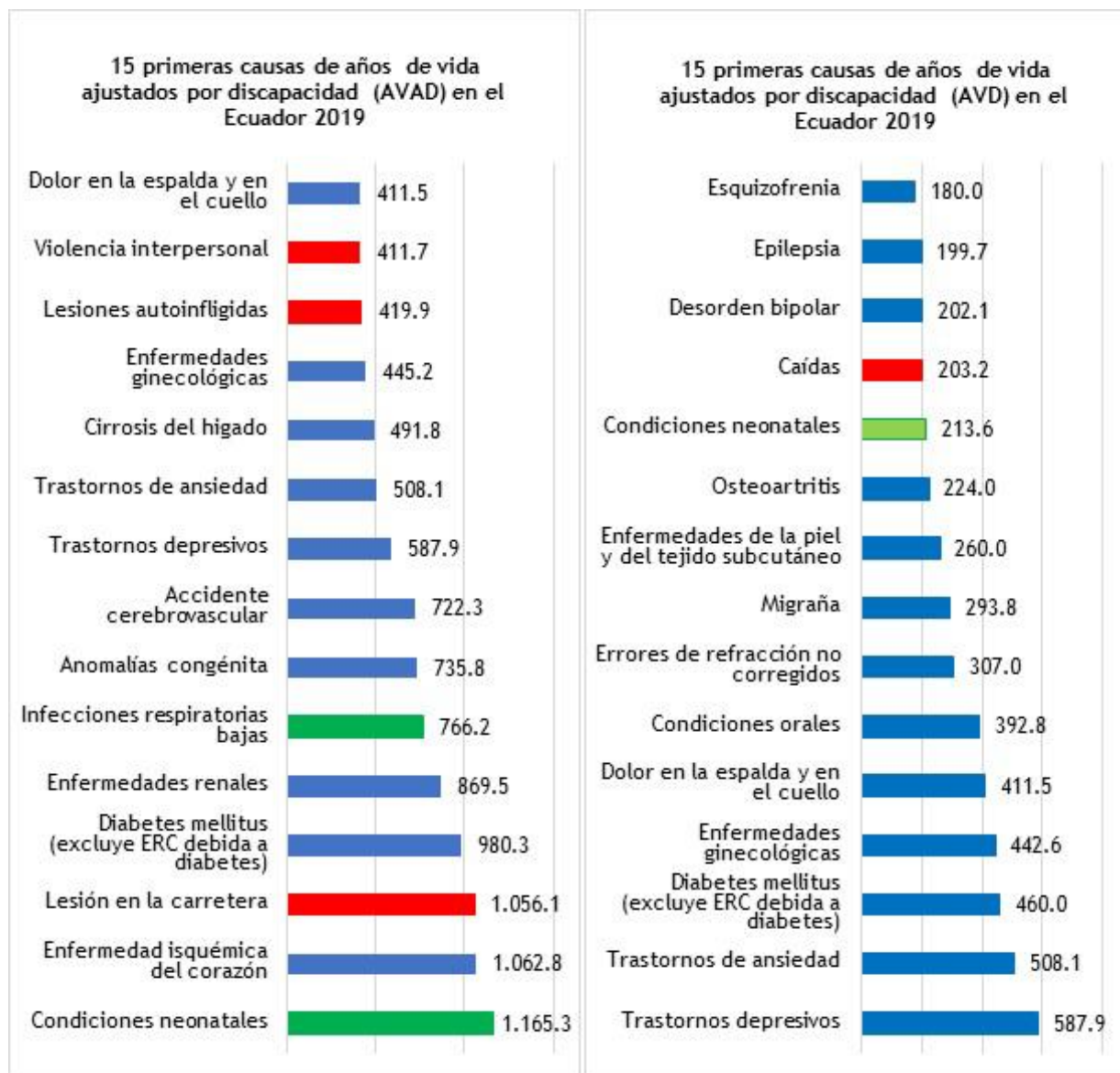


Figura 7. Causas principales de mortalidad y pérdidas en salud en Ecuador, 2000-2019 (Adaptado de Organización Panamericana de la Salud, 2022)

Considerando la revisión de la literatura científica previa, existen una serie de condiciones de salud potencialmente asociadas a sufrir una discapacidad física, que se describen en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019) y se recogen en la Tabla 6

conjuntamente con sus definiciones. Entre ellas, podemos destacar dos categorías amplias de enfermedades no transmisibles que incluyen: las enfermedades del sistema nervioso y a las enfermedades del sistema musculoesquelético o el tejido conectivo. La otra categoría amplia a considerar sería la de las condiciones de salud transmisibles, maternas y perinatales, que incluiría anomalías estructurales del desarrollo prenatal y secuelas de enfermedades infecciosas.

Tabla 6. Condiciones de salud asociadas a la discapacidad física según CIE-11

Enfermedades no transmisibles

Enfermedades del sistema nervioso

Hace referencia a un grupo de enfermedades que son propias del sistema nervioso o que guardan relación con él (p. ej., parkinsonismo (código 8A00); esclerosis múltiple (código 8A40); epilepsia debido a enfermedades o afecciones metabólicas (código 8A60); accidente cerebrovascular (código 8B20- 8B26); accidente cerebrovascular isquémico (código 8B11); distrofia muscular, sin especificación (código 8C70.Z); hemiplejia (código MB53.Z); paraplejia (código MB56); cuadriplejia (código MB50.Z).

Parkinsonismo (código 8A00)

Es una enfermedad que afecta de manera progresiva las capacidades motoras de la persona, el habla y otras funciones como el estado de ánimo y el sueño. Algunas de sus manifestaciones características son: temblor, deterioro del equilibrio que a menudo da lugar a caídas, postura encorvada, marcha en pequeños pasos, rigidez muscular, lentitud de los movimientos (bradicinesia) y problemas para hablar o tragar. Los pacientes pueden sufrir también depresión, ansiedad y problemas de memoria, y en ocasiones evolucionan hacia la demencia.

Esclerosis múltiple (código 8A40)

Es un trastorno en el que el sistema inmunitario del paciente ataca al sistema nervioso central, causa desmielinización (destrucción de la capa de mielina que envuelve el axón de las neuronas) y destruye la capacidad de los nervios para transmitir las señales. Es la enfermedad desmielinizante más frecuente y ataca específicamente las zonas del encéfalo y la médula espinal conocidas como *sustancia blanca*.

Epilepsia debido a enfermedades o afecciones metabólicas (código 8A60)

Es una enfermedad crónica del sistema nervioso caracterizada por la aparición de crisis convulsivas recurrentes, causadas por una actividad anormal del cerebro. La epilepsia puede presentarse en forma de crisis convulsivas parciales o generalizadas.

Accidente cerebrovascular (código 8B20- 8B26)

Se produce cuando hay una interrupción del flujo sanguíneo en el cerebro, ya sea debido a la obstrucción de un vaso sanguíneo (ACV isquémico) o a la ruptura de un vaso sanguíneo (ACV hemorrágico). Cuando el flujo sanguíneo se interrumpe, las células cerebrales pueden morir por falta de oxígeno y nutrientes, lo que puede generar daño cerebral permanente. Los códigos 8B20-8B26 se utiliza para clasificar los tipos específicos de ACV considerando su ubicación y otros factores.

Accidente cerebrovascular isquémico (código 8B11)

Afección causada por la disminución del flujo sanguíneo cerebral debido a una oclusión o estenosis arterial, que genera una isquemia cerebral y la pérdida rápida de la función neurológica. El término "isquemia cerebral" se refiere a la falta de oxígeno y nutrientes en el cerebro debido a la interrupción del flujo sanguíneo. Es necesario una duración mínima de los síntomas de 24 horas para considerar un ACVI y la posibilidad de muerte dentro de las primeras 24 horas.

Hemiplejia (código MB53.Z)

Es una parálisis de la mitad (izquierda o derecha) del cuerpo. Si la afección es menos grave y la mitad del cuerpo se encuentra solo debilitada, pero sin llegar a la parálisis, en ese caso se habla de hemiparesia.

Distrofia muscular, sin especificación (código 8C70.Z)

Es un grupo de enfermedades musculares hereditarias caracterizadas por debilidad progresiva de la musculatura esquelética, debida a que las células musculares degeneran y mueren de manera gradual. Hay muchos tipos de distrofia muscular. La mayoría son trastornos multiorgánicos, que afectan por ejemplo el corazón, el sistema digestivo, el sistema nervioso, las glándulas endocrinas, la piel, los ojos y otros órganos.

Lesión de la médula espinal (código MB50.Z y código MB56)

Es una de las lesiones neurológicas más incapacitantes y devastadoras. Su etiología se puede subdividir en lesiones no traumáticas y traumáticas. La no traumática ocurre cuando una enfermedad aguda o crónica, por ejemplo, un tumor o una enfermedad degenerativa, causa la lesión. La traumática se debe a un impacto físico externo fuerte (p.ej., un accidente automovilístico, caídas, situaciones de violencia o un accidente deportivo).

Los pacientes con este problema médico se pueden clasificar según el nivel de la médula espinal afectado. Una lesión alta conduce a una cuadriplejia (código MB50.Z), que hace referencia a una parálisis de las cuatro extremidades. Mientras que lesiones inferiores conducen a una paraplejia (código MB56), que es una parálisis de las dos extremidades inferiores.

Tabla 6. (Continuación)

Enfermedades del sistema musculoesquelético o tejido conectivo

Las enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo son un conjunto de trastornos que afectan estructuras como músculos, tendones, huesos, ligamentos y cartílagos. Entre estas enfermedades se incluyen la osteoartritis (códigos FA00-FA01), artropatías inflamatorias (códigos FA20; FA23), espondiloartritis inflamatoria (código FA92) y deformidades de la columna vertebral (código FA70.1).

Osteoartritis (códigos FA00-FA01)

Conjunto de enfermedades del cartilago articular, el hueso subcondral, los ligamentos, la cápsula articular y los músculos periarticulares, con causas distintas, pero tienen semejanzas biológicas, morfológicas y de evolución clínica. Es una enfermedad articular degenerativa de carácter crónico, caracterizada por la destrucción progresiva del cartilago articular. Es la enfermedad articular más frecuente y se manifiesta por dolor, rigidez y deformación de las articulaciones.

Artropatías inflamatorias (códigos FA20; FA23)**Artritis reumatoide (código FA20)**

Es una enfermedad autoinmune multisistémica crónica, principalmente de las articulaciones, comienza en las pequeñas articulaciones de las manos y los pies, se extiende posteriormente a las articulaciones más grandes. El revestimiento articular inflamado o membrana sinovial se extiende y luego erosiona el cartilago articular y el hueso, lo que causa deformidad articular y discapacidad física progresiva. Las características extraarticulares incluyen nódulos, pericarditis, fibrosis pulmonar, neuropatía periférica y amiloidosis.

Enfermedad de Still de comienzo en el adulto (código FA23)

Afección reumática rara caracterizada por una combinación de síntomas, tales como fiebre superior a los 39 °C, erupción cutánea durante los picos de fiebre, dolor muscular o articular, hipertrofia de los ganglios linfáticos, aumento de glóbulos blancos (especialmente neutrófilos polimorfonucleares) y anomalías del metabolismo del hígado.

Espondiloartritis inflamatoria (código FA92)

Afección reumática que afecta a la extremidad inferior: entesitis, dactilitis y uveítis. Las manifestaciones son las características de la artritis periférica (es decir, es asimétrica y afecta sobre todo a la extremidad inferior), ausencia de factor reumatoideo, ausencia de nódulos subcutáneos y de otras características extraarticulares de la artritis reumatoide.

Escoliosis (código FA70.1)

Consiste en una deformidad torsional tridimensional de la columna y el tronco.

Condiciones de salud transmisibles, maternas, perinatales**Anomalías estructurales del desarrollo prenatal**

Hace referencia a diversos trastornos causados porque un órgano, aparato o sistema del cuerpo no se desarrolló correctamente durante el periodo prenatal (p. ej., displasia congénita de la cadera (código LB74.0); defectos por reducción de la extremidad inferior (código LB9A.Z); deformidades congénitas de los pies (código LB98.Z)

Displasia congénita de la cadera (código LB74.0)

Afección causada por un fallo de la cadera para desarrollarse correctamente durante el periodo prenatal. Se caracteriza por deslizamiento de la cabeza femoral en el acetábulo. Puede cursar con rotación del muslo hacia fuera, limitación del movimiento en un lado del cuerpo, acortamiento de una extremidad inferior, pliegues desiguales de la piel en el muslo o las nalgas, dificultades para caminar, o redondeo hacia dentro de la parte inferior de la espalda.

Defectos por reducción de la extremidad inferior (código LB9A.Z)**Deformidades congénitas de los pies (código LB98.Z)****Secuelas de enfermedades infecciosas**

Hace referencia a un padecimiento crónico que aparece como consecuencia de un trastorno agudo, infeccioso o de otra índole, y que perdura después de que el trastorno causal se ha resuelto (p.ej., secuelas de la poliomielitis (código 1G83).

Secuelas de la poliomielitis (código 1G83)

La poliomielitis es causada por el polio virus, que generalmente afecta las neuronas motoras en la médula espinal que conduce a una parálisis especialmente en las extremidades inferiores. Existe algunas consecuencias que deja la poliomielitis ya sea trastornos o déficits crónicos. Algunos de los trastornos que pueden aparecer son la artritis degenerativa temprana avanzada, insuficiencia respiratoria entre otros.

1.4. CONSECUENCIAS DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA

Las personas con discapacidad no son un grupo homogéneo, sino que, dependiendo del tipo de discapacidad, y su severidad, entre otros muchos factores, sufren consecuencias diferentes. Sin embargo, es posible establecer una serie de repercusiones que suelen afectar a un buen número de individuos con discapacidad; entre ellas se encuentran las relacionadas con el acceso al transporte y los espacios, las laborales y económicas, en el ocio y el uso del tiempo, en la salud

física y en la salud mental (OMS y BM, 2011). A continuación, se desarrolla cada una de estas tipologías de consecuencias con más detalle.

1.4.1. Consecuencias para acceder al transporte y espacios

El acceso a lugares públicos es fundamental para lograr la inclusión. No obstante, las personas con discapacidad física se encuentran frecuentemente con entornos inaccesibles en cualquier lugar y en cualquier momento de su vida diaria. Una de las barreras en el entorno con las que más tienen que lidiar es la falta de disponibilidad de transporte accesible. Así, en un estudio que involucró una muestra representativa de 1745 personas con diversas discapacidades, siendo el 56% personas con discapacidad física (Bezyak et al., 2020), se informó de que los individuos señalaron problemas frecuentes con la disponibilidad de transporte: el 36.5% “a veces” y el 26.8% “generalmente” o “siempre”. En México, la Encuesta Nacional de Percepciones de Discapacidad en la Población Mexicana (Giraldo-Rodríguez et al., 2019), que involucró a 2041 personas mayores de 18 años con distintos tipos de discapacidad, identificó que la discapacidad física es la más comúnmente informada (62.4%), y se encontró que el 71% percibieron barreras ambientales fuera del entorno del hogar; concretamente, dificultad para trasladarse a un centro de salud o de rehabilitación, escuela o lugar de trabajo, o para participar en actividades familiares, deportivas o culturales.

1.4.2. Consecuencias laborales y económicas

El empleo promueve la salud física y psicosocial porque proporciona seguridad económica (Almalky, 2020). Sin embargo, las personas con discapacidad tienen tasas de desempleo más altas y una mayor probabilidad de ser económicamente inactivas que las personas sin discapacidad. Su desventaja para ingresar al mercado laboral se debe a una serie de obstáculos de diversa índole, como la falta de acceso a la educación y niveles de capacitación profesional más bajos. En los casos en que buscan emprender un negocio como una alternativa frente a la escasez de empleo formal les resulta sumamente difícil obtener préstamos (OMS y BM, 2011). Otras causas de exclusión del mercado laboral pueden ser los conceptos erróneos tanto de los empleadores como de las mismas personas con discapacidad acerca de las habilidades requeridas para trabajar de forma productiva; entre ellas, la falta de accesibilidad en el lugar de trabajo y al transporte para dirigirse a él, y el desconocimiento o falta de experiencia sobre la discapacidad en los lugares de trabajo que reflejan una cultura poco inclusiva. Cuando están trabajando, las personas con discapacidad tienen mayor probabilidad de tener empleos mal remunerados (CEPAL, 2021). También pueden experimentar otras barreras, tales como temor de solicitar adaptaciones, horarios de trabajo inflexibles, dificultad para administrar un gran volumen de trabajo (Nevala et al., 2014), no contar con el apoyo suficiente de los compañeros de trabajo, empleadores y supervisores (Carr y Namkung, 2021; Nevala et al., 2014), o niveles significativamente más altos de discriminación laboral percibida y desigualdad (Carr y Namkung, 2021). Adicionalmente se debe considerar que las personas con discapacidad experimentan condiciones de salud como el dolor (Honarmand et al., 2011; Shahrbanian et al., 2013) o la fatiga (Cadden y Arnett, 2015; Krause et al., 2013) que afectan a su capacidad de mantener empleo o influyen en el desempleo.

1.4.3. Consecuencias en el ocio y el uso del tiempo

Asimismo, entre las consecuencias de la movilidad reducida se encuentran las relacionadas con el ocio. La discapacidad física afecta la participación en actividades recreativas, debido a barreras como entornos físicos poco acogedores, la falta de asesoramiento sobre las oportunidades disponibles localmente y cómo acceder a dicha información (Hall, 2009). Un

trabajo de Pagán-Rodríguez (2014), en el que se comparó el uso del tiempo de personas con y sin discapacidad, a partir de una muestra representativa de individuos de 16 a 64 años, determinó que las personas con discapacidad dedicaban más tiempo al ocio pasivo (p. ej., lectura, televisión, vídeo y radio) y menos al entretenimiento social (p.ej., eventos culturales o actividades al aire libre). De igual forma, en un trabajo que involucró diferentes tipos de discapacidad (Anand y Ben-Shalom, 2014) se encontró que la mayoría de los hombres y mujeres en edad laboral con una discapacidad dedicaban, en promedio, más tiempo a actividades relacionadas con la salud en comparación con las personas sin discapacidad. En otro trabajo (Carroll et al., 2014) se halló que, en comparación con los adultos sin discapacidad, la inactividad fue más frecuente entre los adultos con alguna discapacidad (47.1 % frente a 26.1%).

1.4.4. Consecuencias de la discapacidad física en la salud física

Las personas con discapacidades físicas, independientemente de la condición de salud que generó su movilidad reducida, tienen más problemas de salud (Okoro et al., 2018), entre los que podemos señalar: enfermedades cardiovasculares (Molton et al., 2014); dolor crónico (Carter et al., 2012); obesidad (Peterson y Mahmoudi, 2015); síndrome metabólico (Jeong y Yu, 2018); debilidad, fatiga, entumecimiento, alteraciones del sueño; u otras enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes o cáncer, entre otras (Thakral et al., 2019). El impacto potencial de estas condiciones podría generar la necesidad de ayuda con las actividades de cuidado personal y un incremento de la necesidad de equipamiento especial, como un bastón, una silla de ruedas, o una cama articulada, entre otros (Martin y Schoeni, 2014). Asimismo, en el informe mundial sobre la discapacidad (OMS y BM, 2011) se señala que las personas con discapacidad suelen requerir atención sanitaria a largo plazo, incluida la rehabilitación, para optimizar su funcionamiento, el mantenimiento de la salud y la prevención de condiciones de salud secundarias; no obstante, se encuentran frente a un sistema de salud ineficiente en la mayoría de los casos. De hecho, tienen menos acceso a los servicios de salud y, por lo tanto, sus necesidades de atención médica no están satisfechas (OMS y BM, 2011). Más concretamente, reciben entre un 10 % y un 15 % de la atención preventiva recomendada (Marrocco y Krouse, 2017), debido a cuatro causas principales: (a) problemas en el entorno físico y del sistema, por ejemplo, menos del 10% de instalaciones de atención médica cumplieron con los estándares exigidos para facilitar el acceso de personas con discapacidad; (b) desafíos en el transporte; (c) actitud y conocimiento del proveedor, por ejemplo, la presencia de una actitud negativa o la falta de una adecuada preparación (Kuper y Heydt, 2019); y (d) problemas financieros derivados de la falta de ingresos para solventar los gastos de la atención (Eide et al., 2015), o los elevados costos de los mismos (Baart y Taaka, 2018; Gudlavalleti et al., 2014). Otras barreras para recibir la atención sanitaria adecuada fueron la falta de información sobre la disponibilidad de los servicios (Baart y Taaka, 2018; Gudlavalleti et al., 2014) y la carencia de tecnologías de apoyo (Kuper y Heydt, 2019).

1.4.5. Consecuencias de la discapacidad física en la salud mental

La presencia de discapacidad física también se ha asociado con diversos problemas de salud mental. El más frecuente es la depresión (Battalio et al., 2018; Shen et al., 2017), probablemente relacionado con que la discapacidad requiere adaptarse a una fuente de tensión crónica, en algunos casos con un apoyo social insuficiente. Por otra parte, las personas con movilidad reducida informan de menor satisfacción con la vida y afecto positivo, mayor afecto negativo y pesimismo en comparación con aquellos sin discapacidad (Na y Singh, 2021). Debido a las limitadas oportunidades de participación social (Bezyak et al., 2020), pueden

experimental problemas en las relaciones sociales (Holanda et al., 2015), además de haber padecido actitudes discriminatorias por parte de otros miembros de la sociedad (Villanueva-Flores et al., 2017). Asimismo, pueden sufrir soledad, bajo apoyo social percibido y aislamiento social en tasas significativamente más altas que las personas sin discapacidad (Emerson et al., 2021). Contribuyendo a agravar aún más la situación, las personas con discapacidad física con síntomas depresivos tienen menos probabilidades de participar en actividades comunitarias y sociales fuera de casa (Hreha et al., 2019; Sundar et al., 2016). Además, existe comorbilidad entre ansiedad y depresión, por lo que suelen presentar también síntomas ansiosos (Battalio, Huffman, et al., 2020).

Sin embargo, hay variaciones dentro del grupo de personas con discapacidad física. De hecho, se suele dar un fenómeno conocido como la *paradoja de la discapacidad* (Albrecht y Devlieger, 1999), por el cual muchos de estos individuos informan de que experimentan una calidad de vida buena o excelente, cuando la mayoría de los observadores consideran que no es así. De hecho, en un trabajo de Magnusson et al. (2021) se encontró que la mayoría de los participantes que presentaban movilidad reducida informaron de que su salud física y mental general era buena (72% y 60%, respectivamente).

La paradoja de la discapacidad podría deberse a que esas personas pueden adaptarse a su nueva condición, reinterpretar sus vidas y reconstituir el significado personal de sus roles sociales (Albrecht y Devlieger, 1999). También puede estar relacionada con la etapa de vida en que se adquirió la discapacidad. Así, los sujetos que desarrollaron una discapacidad entre los 18 y 39 años y a partir de los 65 años mostraban disminuciones más acusadas en la satisfacción con la vida en el tiempo transcurrido con discapacidad y tenían menos probabilidades de adaptarse en los años posteriores. Por el contrario, aquellos que experimentaban una discapacidad entre los 40 y 64 años tenían menos probabilidades de sentir una menor satisfacción con la vida, y más probabilidades de adaptarse (Infurna y Wiest, 2018). La adaptación era mayor cuando la discapacidad era menos severa, los niveles de participación social fueron más elevados (Infurna y Wiest, 2018; Kim et al., 2021) y tenían mayor apoyo social (Müller et al., 2012).

2. LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA

2.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Aunque en la práctica resulta casi imposible lograr que un concepto tenga la aceptación de toda la comunidad científica, existe consenso general acerca de que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto multidimensional que implica distintos dominios (Sivertsen et al., 2015); y, es subjetiva, y se basa en valores, lo cual significa que cada individuo evalúa su CVRS desde su propia perspectiva, que es única y se construye sobre la base de sentimientos, experiencias y prioridades personales (Gurková, 2011). Además, la CVRS es dinámica, lo que supone que la evaluación de la persona de su propia CVRS cambiará con el tiempo, dependiendo de sus prioridades, experiencias y circunstancias en un momento dado (Gurková, 2011).

2.2. LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: MODELOS TEÓRICOS

Durante las últimas décadas el interés científico en torno al término *calidad de vida* se ha incrementado notablemente en distintas áreas de conocimiento, tales como la salud, la medicina y las ciencias sociales (Haraldstad et al., 2019; Heräjärvi et al., 2020; Van Hecke et al., 2018). Así, diferentes ciencias y disciplinas han desarrollado y perfeccionado sus propios modelos teóricos y formas de medición destinados a orientar la investigación y la práctica profesional (Bakas et al., 2012; Sosnowski et al., 2017). Nos centraremos aquí en los tres más influyentes.

El primero de ellos es el modelo planteado por la OMS, pionera en brindar contribuciones significativas en el ámbito de estudio de la CVRS (Van Hecke et al., 2018). Proporciona una definición basada en estudios transculturales en países con diferentes niveles de industrialización, cobertura del sistema de salud y diversidad cultural. En concreto, la conceptualiza como “la percepción que un individuo tiene de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e intereses” (WHOQOL Group, 1995, p. 1405). Por su carácter pionero y por la diversidad de aspectos que contempla, el modelo de la OMS ha supuesto una aportación extremadamente valiosa. En efecto, esta delimitación teórica del constructo lideró un cambio desde el modelo médico hasta el paradigma biopsicosocial contemporáneo. Ello ha sido posible gracias al énfasis puesto en el carácter objetivo-subjetivo e individual-social y cultural de la CVRS, lo cual permite ampliar su aplicación a otros ámbitos además del sanitario (OMS, 2001; Schwartzmann, 2003; Skevington y Epton, 2018).

La OMS destaca la naturaleza multidimensional de la CVRS, que involucra los siguientes dominios (ver Figura 8): (a) el dominio físico, que se refiere a las percepciones de los individuos sobre restricciones en las actividades de la vida diaria, dependencia de los medicamentos, la energía y la fatiga, la movilidad, el dolor, el sueño y el trabajo; (b) el dominio psicológico, que se refiere a las percepciones de los individuos sobre la autoimagen, los sentimientos, la autoestima, la espiritualidad, el pensamiento, el aprendizaje, la memoria y la concentración; (c)

el dominio relaciones sociales, que se refiere a las interacciones personales, el apoyo social y la actividad sexual; y, por último, (d) el dominio ambiente, que hace referencia al entorno físico, la seguridad, los recursos económicos, el acceso a información, el ocio, el hogar, la atención sanitaria y el transporte (WHOQOL Group, 1998).

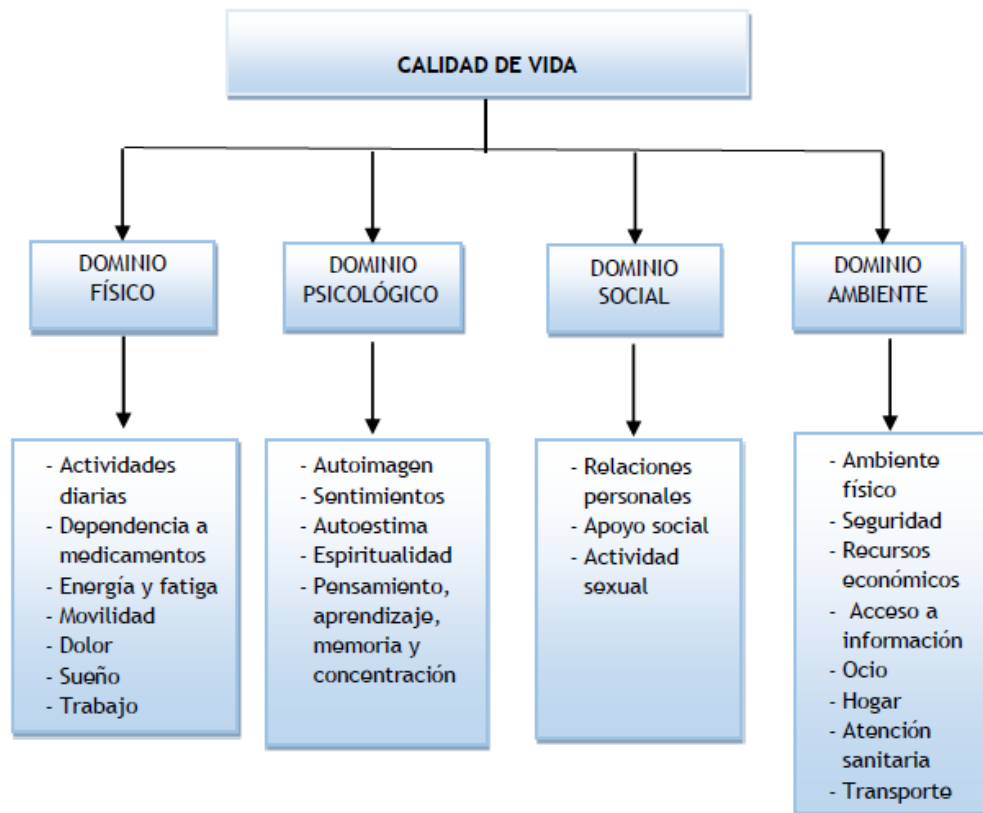


Figura 8. Modelo de calidad de vida de la OMS
(Adaptado de WHOQL Group, 1998)

Por su parte, Wilson y Cleary (1995) desarrollaron un modelo conceptual de CVRS que incluye cinco componentes (ver Figura 9): (a) variables biológicas y fisiológicas, (b) estado funcional, (c) estado de los síntomas, (d) percepción general de salud y (e) calidad de vida general. Según este modelo la calidad de vida se percibe como un sentimiento subjetivo de felicidad y satisfacción con la vida que está relacionada con características individuales; características del ambiente; factores biológicos y fisiológicos como el funcionamiento de células, órganos y sistemas de órganos; el estado de los síntomas, que hace referencia a la percepción de una alteración a nivel del estado físico, emocional o cognitivo; el funcionamiento biopsicosocial, o la capacidad de un individuo para realizar actividades en diversas áreas de la vida relacionadas con su funcionamiento físico, social y psicológico y los roles que desempeña; y la percepción general de salud, o la evaluación subjetiva de un individuo de su propio estado de salud. Una revisión sistemática demostró que este modelo cuenta con características adecuadas para evaluar la calidad de vida en personas con enfermedades crónicas (Ojelabi et al., 2017).

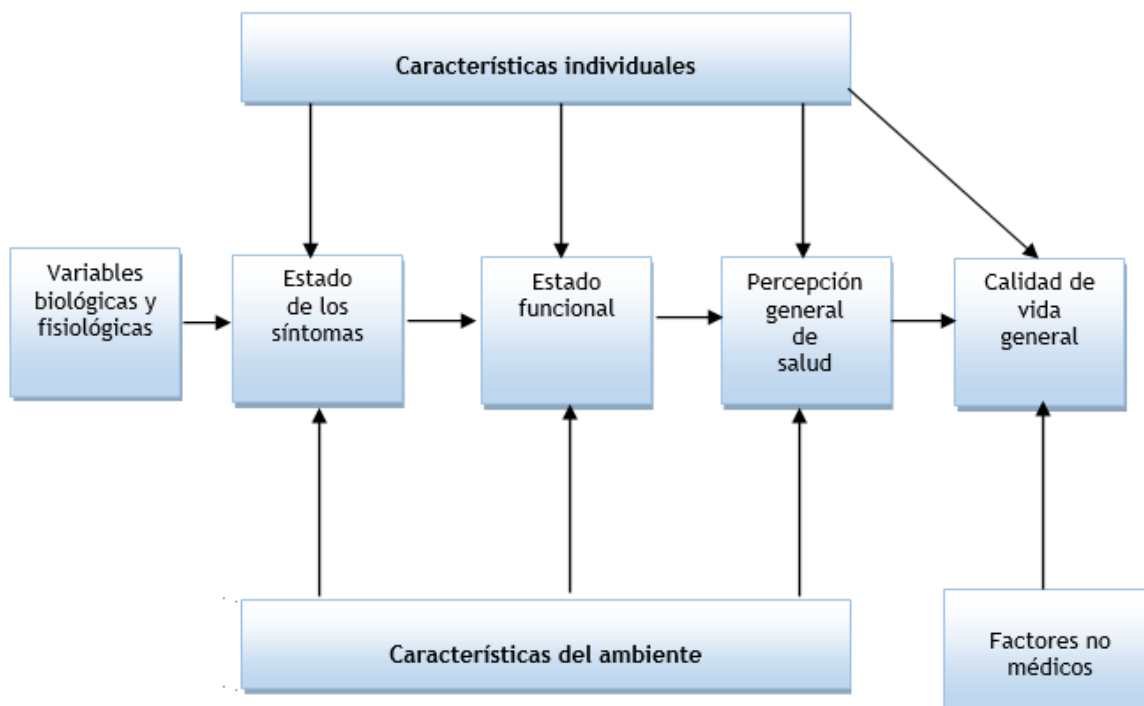


Figura 9. Modelo de calidad de vida de Wilson y Cleary
(Adaptado de Wilson y Cleary, 1995)

Por último, Ferrans et al. (2005) propusieron una versión revisada del modelo de Wilson y Cleary (1995), que conserva sus cinco componentes originales (ver Figura 10). Las modificaciones propuestas incluyen: (a) los autores consideran que existe una secuencia de asociaciones unidireccionales entre estas cinco dimensiones principales, comenzando con la función biológica (originalmente llamada variables biológicas y fisiológicas), extendiéndose a través del estado de los síntomas, el estado funcional y la percepción general de salud, hasta terminar con la calidad de vida general; (b) en esta versión se señala que las características individuales y ambientales están asociadas unidireccionalmente con los cinco dominios; y (c) se eliminan los factores que no pertenecen al ámbito médico. A partir de estas premisas, Ferrans (1990) define a la CVRS como “el sentido de bienestar de una persona que se deriva de la satisfacción o insatisfacción con las áreas de la vida que son importantes para él/ella” (p. 249). Evidencia empírica preliminar sugiere que el modelo es aplicable tanto en la investigación como en la práctica en cualquier disciplina sanitaria. No obstante, todavía se necesita un espectro más amplio de investigaciones que permitan validar convenientemente el modelo (Bakas et al., 2012; Duangchan y Matthews, 2021).

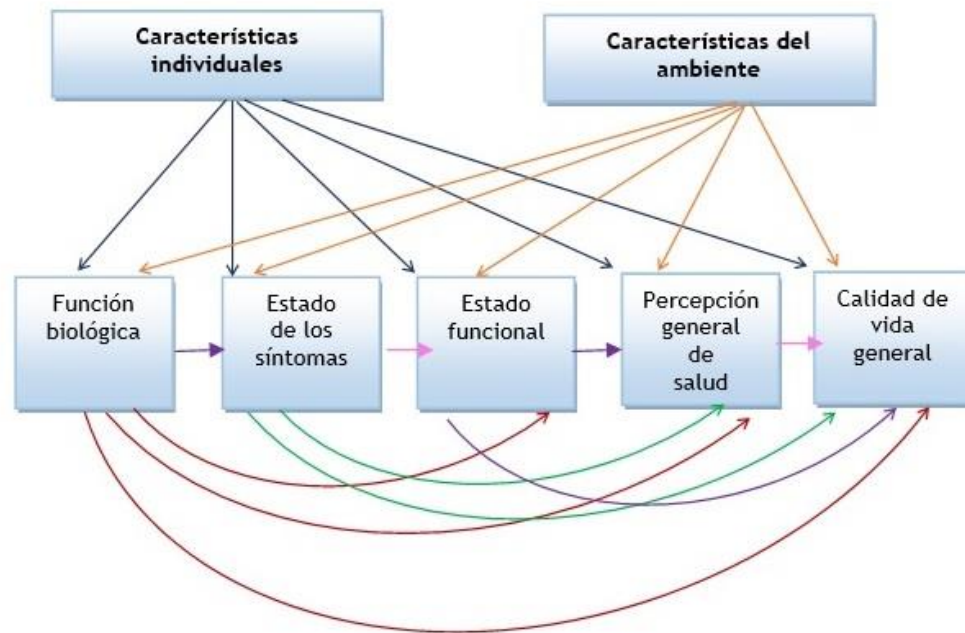


Figura 10. Modelo de calidad de vida de Ferrans y colaboradores
(Adaptado de Duangchan y Matthews, 2021)

2.3. APROXIMACIONES A LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

En la actualidad, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es considerada como un resultado importante de los servicios y la investigación en salud para personas con discapacidad física, ya que se puede utilizar para aumentar los estándares de calidad en el ámbito sanitario (Law et al., 2014; Seves et al., 2021; Sosnowski et al., 2017). Sin embargo, evaluar la CVRS supone todavía un desafío debido a la falta de consenso sobre qué métodos e instrumentos son más fiables y válidos (Haraldstad et al., 2019).

Los instrumentos disponibles para evaluar la CVRS y sus distintos dominios en personas con discapacidad física se clasifican como genéricos y específicos. Estos instrumentos deben demostrar propiedades psicométricas adecuadas, tales como consistencia interna, validez de contenido y de constructo, y efectos suelo y techo; y adicionalmente, proporcionar información sobre la fiabilidad test-retest (Tian y Cao, 2018). No existe consenso sobre si para la evaluación de una condición discapacitante determinada el instrumento elegido debe tener un enfoque genérico o específico (Boakye et al., 2012; Hill et al., 2010; Pett et al., 2021; Wilson et al., 2011).

Existen instrumentos genéricos validados en diferentes culturas y con adecuadas propiedades psicométricas para evaluar la CVRS en personas con discapacidad física. Estas herramientas de evaluación permiten comparar la CVRS entre individuos con diversas enfermedades y afecciones, y se pueden utilizar en población general y otros subgrupos de la misma para evaluar el impacto de las intervenciones en la calidad de vida (Guyatt et al., 1993). Entre ellas se encuentra la versión breve de la escala de calidad de vida desarrollada por la OMS WHOQOL BREF (World Health Organization [WHO], Division of Mental Health, 1996). Destaca sobre otros instrumentos genéricos porque posee propiedades psicométricas adecuadas

en términos de fiabilidad y validez y parte de un marco teórico sólido relevante culturalmente; ello es debido a que fue desarrollado simultáneamente en 15 culturas con el debido rigor científico, lo que permite que pueda usarse de manera más multicultural (y multilingüe) que cualquier otra herramienta de CVRS existente (Skevington y Epton, 2018; OMS, 1996). Además, se considera que este instrumento conceptualiza la salud psicológica o el dominio psicológico de una manera más comprehensiva en tanto que abarca la función cognitiva, la autoestima, la imagen corporal y los sentimientos de un individuo. En ello se diferencia de otras escalas genéricas, como, por ejemplo, la escala EuroQOL-5D (Le et al., 2018), que limitan el constructo a la evaluación de la ansiedad y la depresión. Otra de las ventajas del WHOQOL-BREF radica en que la evaluación del dominio físico incorpora otros aspectos importantes como la dependencia de medicación y ayudas médicas, energía y fatiga, movilidad, dolor y malestar, sueño y descanso, capacidad de trabajo y actividades de la vida diaria. Estas facetas múltiples no son tenidas en cuenta en otras escalas genéricas comúnmente utilizadas en la literatura para evaluar la CVRS (Gocheva et al., 2020), como el Perfil de Salud de Nottingham (Nottingham Health Profile; Hunt et al., 1981) y la Encuesta de Salud SF-36 (Short Form [SF-36]; McHorney et al., 1993).

Por su parte, los instrumentos específicos que evalúan la CVRS se utilizan para valorar aspectos concretos de enfermedades y afecciones determinadas o poblaciones delimitadas (Sprangers et al., 1993). Un desafío emergente para los investigadores y miembros de personal sanitario consiste en que no siempre se encuentran disponibles para su contexto cultural instrumentos de CVRS específicos ampliamente utilizados y que posean buenas propiedades psicométricas para cada condición de salud que causa una discapacidad física (Haraldstad et al., 2019; Mao et al., 2021; Sulaiman et al., 2019). Por otra parte, la evidencia científica sugiere que los diferentes problemas médicos crónicos pueden afectar la CVRS de diferentes maneras debido a factores específicos de cada enfermedad (Megari, 2013), por lo que los instrumentos específicos para la evaluación de la CVRS de cada condición de salud que causa discapacidad física enfatizan diferentes dimensiones de CVRS y emplean estándares distintos, lo que dificulta la comparación de resultados.

2.4. IMPORTANCIA Y REPERCUSIONES DEL ESTUDIO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

El interés en el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha aumentado rápidamente a nivel internacional por varias razones. En primer lugar, el aumento de la supervivencia, las enfermedades crónicas y la discapacidad hacen necesario proporcionar a la comunidad científica y al contexto sanitario información sobre las preferencias y prioridades de las personas con discapacidad con respecto a su salud, lo que posibilita la aplicación de intervenciones clínicas centradas en el paciente (Carr y Higginson, 2001; Megari, 2013). En segundo lugar, las medidas tradicionales de morbilidad, mortalidad infantil y esperanza de vida, y años de vida ajustados por calidad (AVAC) (medida que combina la calidad y la cantidad de vida en un resultado unidimensional) demostraron limitaciones para proporcionar a las personas con discapacidad, a los responsables del diseño y aplicación de políticas públicas una retroalimentación adecuada acerca de los efectos de la prestación de los diferentes servicios de salud y de atención social para personas con discapacidad (Chamie, 1995). En tercer lugar, estas medidas están centradas principalmente en el funcionamiento físico y mental y dejan de lado el bienestar social (Pietersma et al., 2013). Finalmente, la CVRS es un insumo relevante para realizar evaluaciones económicas que permitan identificar intervenciones rentables que conduzcan a la utilización eficiente de recursos escasos (Boele et al., 2015), lo que es sumamente valioso para los países de ingresos bajos y medios.

Estas cuestiones podrían ser especialmente cruciales para las personas con discapacidad. Este colectivo sufre restricciones para el acceso a servicios de salud y apoyo comunitario, por lo que pueden correr un riesgo particular de bajo bienestar social. La incorporación de la evaluación de CVRS constituye un elemento fundamental para comprender el efecto de la discapacidad en el bienestar físico, social y emocional del individuo (Seves et al., 2021), y enfatiza el valor de las percepciones, perfiles y necesidades individuales de las personas con discapacidad. Además, permite comprender lo que les hace falta a las personas con discapacidad física y evaluar los resultados de los servicios de rehabilitación basados en la comunidad (Hatami et al., 2015; Lemmi et al., 2016). Sin embargo, aún se requiere aumentar su análisis y reconocimiento por parte de los gobiernos y organizaciones (Brown et al., 2015).

Por todos estos motivos, es importante proporcionar evidencia sobre la CVRS de personas con discapacidad, así como los determinantes de la CVRS en esta población. Estos hallazgos son fundamentales para los formuladores de políticas de salud, ya que permitirían diseñar servicios específicos para este grupo de personas. Sin embargo, aunque la investigación sugiere que los sujetos con discapacidad ven afectada su CVRS, los trabajos de revisión y metanálisis previos dirigidos a esta población son muy escasos. En una revisión reciente de Gurková et al. (2023) con adultos jóvenes que sufrieron un accidente cerebrovascular isquémico se identificó que menores niveles de discapacidad se relacionan con una calidad de vida más alta, mientras que factores psicológicos como mayores niveles de fatiga y depresión conducen a una calidad de vida más baja. Adicionalmente, hay que considerar que la mayoría de las revisiones previas que analizaron estudios en los que se evaluó la CVRS en personas con condiciones de salud que podían causar discapacidad física (Aleena et al., 2022; Passier et al., 2013; Sakakibara et al., 2012; Sinha y Van Den Heuvel, 2011; van Leeuwen et al., 2012; Yang et al., 2016), presentan una serie de limitaciones; entre ellas, no proporcionaron información para los distintos dominios de CVRS (p.ej., Aleena et al., 2022; van Leeuwen et al., 2012); analizaron la CVRS asociada a una enfermedad, sin tener en cuenta si ocasionaba o no discapacidad física (Aleena et al., 2022; Sakakibara et al., 2012; Sinha y Van Den Heuvel, 2011; van Leeuwen et al., 2012; Yang et al., 2016); incluyeron trabajos con tamaños muestrales pequeños (Passier et al., 2013; van Leeuwen et al., 2012); o utilizaron instrumentos de evaluación de la CVRS para los que no había evidencia de propiedades psicométricas adecuadas en la población objeto de estudio (p.ej., Passier et al., 2013; Sakakibara et al., 2012).

En una revisión sistemática y metanalítica (Lima-Castro et al., 2020), en la que se proporcionaron puntuaciones de las medias agrupadas para los cuatro dominios del WHOQOL-BREF en personas con discapacidad física, considerando una evaluación rigurosa de la calidad y riesgo de sesgo de los estudios, métodos rigurosos de síntesis cuantitativa, investigación exhaustiva de fuentes de heterogeneidad, y un protocolo registrado previamente, se encontró que las medias agrupadas fueron inferiores a las puntuaciones obtenidas por personas sin discapacidad física (p.ej., Barker et al., 2009; Schrier et al., 2016), indicando una afectación en todas las áreas de la CVRS.

3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS

Se realizó una revisión sistemática y un metanálisis que tiene como objetivo analizar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en personas con discapacidad física y proporcionar puntuaciones medias agrupadas para los cuatro dominios del WHOQOL-BREF. Para ello se siguieron las directrices del grupo MOOSE para metanálisis y revisiones sistemáticas de estudios observacionales (Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology [MOOSE] group); (Page et al., 2021; Stroup et al., 2000). El protocolo desarrollado se registró en el Registro Internacional Prospectivo de Revisiones Sistemáticas (PROSPERO) (CRD42018108649).

3.1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se obtuvieron los estudios publicados hasta octubre de 2022 a través de una búsqueda sistemática de la literatura en las bases de datos Medline, PsycINFO, CINAHL y The Cochrane Library. Los términos de búsqueda fueron: (“quality of life” OR “health related quality of life” OR QOL OR HRQL) AND (“physical disability” OR disability OR “disabled persons”) AND (WHOQOL-BREF) AND (cross-sectional OR cohort). Los idiomas incluidos fueron el español y el inglés. Se incorporaron estudios adicionales mediante búsqueda manual de libros, artículos de revisión, contacto con expertos, trabajos en congresos, etc.

3.2. PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Se examinaron los estudios identificados, tras la exclusión de los duplicados, para determinar su relevancia en función de títulos, resúmenes y palabras clave. Se obtuvieron textos completos de los artículos considerados relevantes y se evaluó el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión de forma independiente por dos revisores. Se debatió cualquier desacuerdo en una reunión de consenso. Si no se obtenía consenso, un tercer revisor independiente adoptaba una decisión. Los pasos del proceso de selección de los trabajos se muestran en la Figura 11.

Los estudios seleccionados cumplieron los siguientes criterios de inclusión: (a) emplearon un diseño transversal o de cohorte (b) estuvieron dirigidos a evaluar la CVRS en personas adultas con discapacidad física; (c) habían determinado la presencia discapacidad física había sido determinada con criterios diagnósticos adecuados; (c) proporcionaron datos para los cuatro dominios del WHOQOL-BREF presentados como medias y desviaciones típicas (DT) o errores estándar (ES). Se excluyeron aquellos estudios: (a) con un tamaño muestral menor a 30 sujetos; (b) los que estaban dirigidos a adultos mayores basados en la edad, y no en la presencia de discapacidad; (c) aquellos cuyo objetivo era evaluar las propiedades psicométricas de escalas de evaluación de CVRS o discapacidad; y (d) estudios que evaluaron intervenciones dirigidas a mejorar la CVRS en personas con discapacidad.

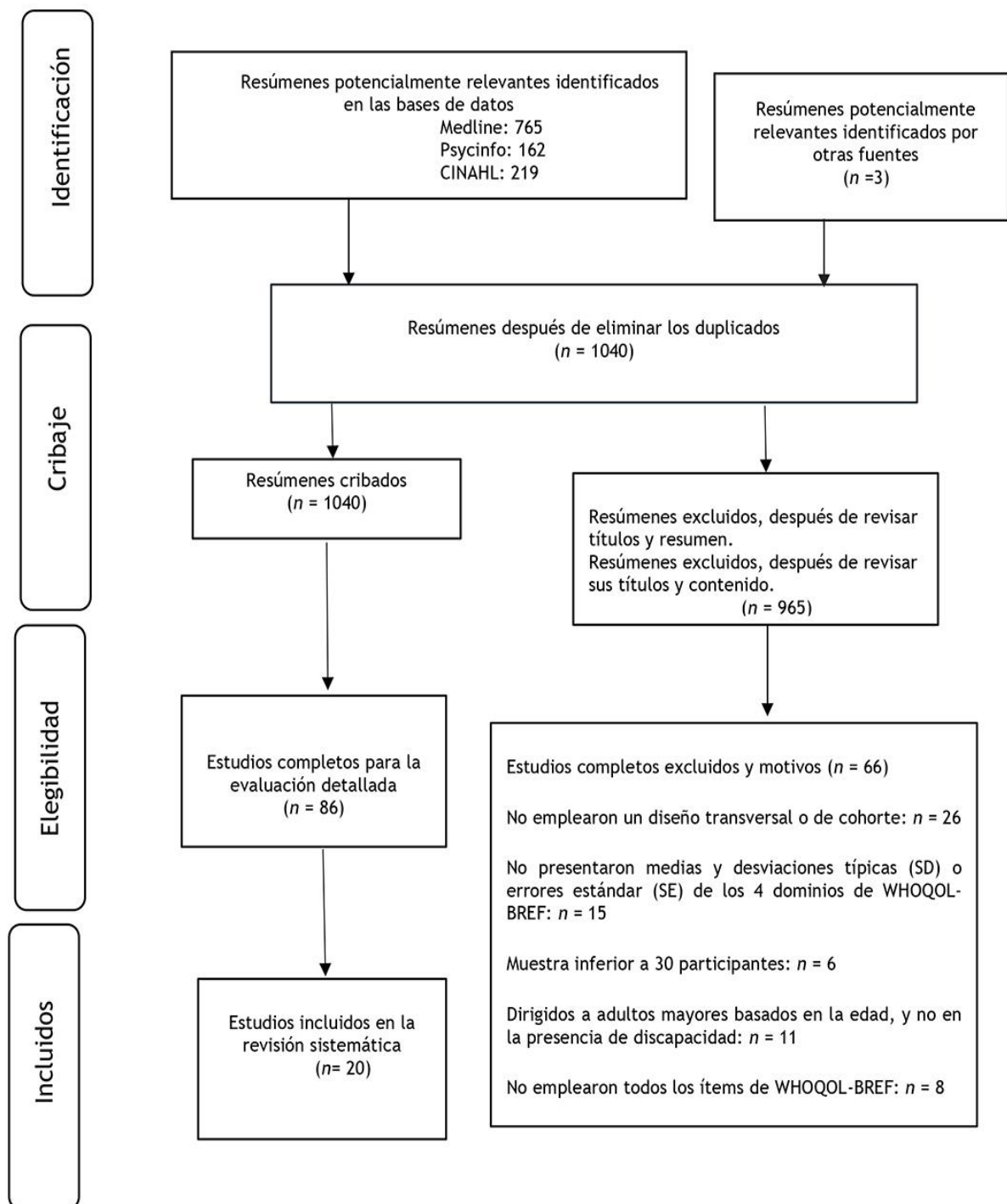


Figura 11. Diagrama de flujo PRISMA de los estudios incluidos

3.3. EXTRACCIÓN DE DATOS (SELECCIÓN Y CODIFICACIÓN)

Los datos de los artículos seleccionados fueron extraídos de forma independiente por dos evaluadores mediante un protocolo de extracción de datos estandarizado y se codificaron de acuerdo con un manual de codificación según lo sugerido por las directrices del grupo MOOSE (Page et al., 2021; Stroup et al., 2000).

La información extraída de los estudios seleccionados incluyó los siguientes datos: identificación del estudio; características de los pacientes (número, edad media, porcentaje de mujeres, región de origen [codificada como América, Europa, Asia, África], problemas de salud causantes de la discapacidad física [codificados como lesión de la medula espinal (LME), accidente cerebrovascular (ACV), esclerosis múltiple (EM), párkinson (PK), dolor lumbar crónico (DLC), capsulitis adhesiva (CA), enfermedades del sistema nervioso (ESN), enfermedades del sistema musculoesquelético y el tejido conectivo (ESMSC), polio (P), lepra (L), artritis reumatoide (AR); ámbito de reclutamiento [codificado como comunitario, hospitalario, mixto (hospital-asociación o comunitario), y académico]; características metodológicas de los estudios (diseño [codificado como transversal o de cohorte], estimación del tamaño muestral, selección aleatoria de la muestra, método de reclutamiento [codificado como mediante base de datos, directo, o mixto]; criterios de inclusión y exclusión [informados o no informados], porcentaje de personas que aceptaron participar [tasa de respuesta informada/no informada], aprobación ética [informada/no informada], consentimiento informado [informado/no informado], instrumento de evaluación de la discapacidad [informado/no informado]); el riesgo de sesgo, y las puntuaciones medias y desviaciones típicas para los cuatro dominios del WHOQOL-BREF. Cuando se detectaron datos incompletos en un estudio, se contactó a los autores para obtener datos adicionales.

En un periodo de tiempo no inferior a una semana tras la codificación inicial, cada evaluador repitió el proceso con un 50% de las investigaciones que había codificado previamente (consistencia intra-codificador), y un 50% de las que había codificado el otro evaluador (consistencia inter-codificador). La fidelidad de la codificación para las variables categóricas se evaluó mediante la Kappa verdadera ($\bar{\kappa}$), empleando la técnica de análisis de contenido categorial, y la solución estadística de Fariña et al. (2002). Si la codificación era igual entre evaluadores, o en los dos momentos, se consideraba como un acuerdo; si un evaluador, o en un momento, registraba una categoría, y el otro, o en otro momento, no la registraba, se consideraba como un desacuerdo; y si ambos evaluadores, o en ambos momentos, registraban la misma categoría, pero de modo diferente, se consideraba como dos desacuerdos.

Los resultados de concordancia verdadera mostraron una concordancia inter- e intra-evaluador exacta en todas las categorías ($\bar{\kappa} = 1$). Asimismo, uno de los evaluadores mostró un elevado grado de acuerdo (concordancia) con otros evaluadores en el análisis de categorías en un metanálisis previo (Vázquez et al., 2018), lo que puso de manifiesto una elevada consistencia inter-contextos. Estos hallazgos revelan una elevada fidelidad en la codificación (Monteiro et al., 2018).

3.4. EVALUACIÓN DE RIESGO DE SESGO (CALIDAD METODOLÓGICA)

Dos investigadores evaluaron de forma independiente el riesgo de sesgo de cada estudio con la herramienta Banco de Ítems RTI [RTI Item Bank] desarrollada por Viswanathan et al. (2013). Este instrumento proporciona una lista de 13 preguntas para evaluar factores de confusión o el riesgo de sesgo en estudios observacionales y brinda instrucciones sobre qué ítems utilizar con base a las características de los estudios a analizar. En concreto, para este trabajo se seleccionaron cuatro, dirigidos a evaluar el sesgo de ejecución (“¿La estrategia para reclutar participantes en el estudio difiere entre los grupos o individuos?”); el sesgo de información (“¿Fueron válidas y fiables las mediciones, se implementaron de manera consistente a través del estudio; se utilizaron para evaluar criterios de inclusión / exclusión, resultados de intervención / exposición, beneficios y daños a la salud del participante, y factores de confusión?”); la credibilidad global (“¿Los resultados son creíbles teniendo en cuenta las limitaciones del estudio?”); y el sesgo de selección (“¿No se tuvieron en consideración

importantes variables de confusión en el diseño y / o análisis (por ejemplo, mediante emparejamiento, estratificación, términos de interacción, análisis multivariado, u otro ajuste estadístico como variables instrumentales?”).

En función del número de ítems verificados en cada estudio, se le adjudicó al estudio una puntuación, y luego se clasificó en una de las siguientes categorías: baja calidad metodológica / alto riesgo de sesgo (0 a 0.40); calidad metodológica / riesgo de sesgo moderado (0.41 a 0.70); o alta calidad metodológica/ bajo riesgo de sesgo (0.71 a 1.0), y se multiplicaron los valores por 100 para expresarlos como porcentajes. La puntuación de corte se basó en trabajos de revisión y metanálisis previos y siguió los criterios recomendados por Deeks et al. (2003).

3.5. ESTRATEGIA PARA LA SÍNTESIS DE DATOS

Se estimaron las puntuaciones medias agrupadas para los cuatro dominios del WHOQOL-BREF con sus intervalos de confianza (IC) del 95%. En aquellos estudios que no proporcionaron las puntuaciones del WHOQOL-BREF en un formato de 0 a 100, se transformaron las puntuaciones de acuerdo con el protocolo sugerido en la misma.

En el caso de estudios donde la causa de discapacidad se atribuía a diferentes condiciones de salud y los investigadores proporcionaban las puntuaciones medias correspondientes a los cuatro dominios del WHOQOL-BREF para diferenciar estos grupos, se incluyeron dichas puntuaciones respetando este criterio para estimar las medias agrupadas por dominios. Por esta razón, a dos estudios le corresponden más de una puntuación media (Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016; Lucas-Carrasco et al., 2011). En estos estudios se informó una puntuación media para enfermedades de sistema musculoesquelético y el tejido conectivo (Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016a) y otra puntuación media para enfermedades de sistema nervioso (Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016b); también se informó una puntuación media para la enfermedad de párkinson (Lucas-Carrasco et al., 2011a) y otra puntuación media para la esclerosis múltiple (Lucas-Carrasco et al., 2011b).

Para evaluar la heterogeneidad entre los estudios, se utilizó la prueba de I^2 , empleando un modelo de efectos fijos si no hubo heterogeneidad ($I^2 < 50\%$), o un modelo de efectos aleatorios si hubo heterogeneidad ($I^2 > 50\%$).

Para investigar la presencia de sesgo de publicación se utilizó la prueba de Egger. Los valores de $p < .05$ se consideraron estadísticamente significativos. Se realizaron análisis de subgrupos cuando se detectó heterogeneidad. Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software Versión 2-Comprehensive Meta-Analysis (Borenstein et al., 2005).

Para determinar la significación estadística entre las puntuaciones medias agrupadas de los dominios del WHOQOL-BREF y los análisis de moderación, se realizó un análisis para examinar las superposiciones entre cada una de las puntuaciones y los intervalos de confianza para las medias, según el procedimiento descrito por Redondo et al. (2019).

3.6. ANÁLISIS DE SUBGRUPOS

Para determinar la varianza de las variables moderadoras en relación con los cuatro dominios del WHOQOL-BREF, se emplearon meta-ANOVAs para las variables categóricas y análisis de meta-regresión para las variables cuantitativas, utilizando el software estadístico IBM® SPSS® (Versión 28.0).

Las medias agrupadas por dominios del WHOQOL-BREF con las cuales se efectuó el análisis de varianza mantuvieron la diferenciación entre los grupos establecidos que se efectuó en la estrategia de la síntesis de los datos, por lo tanto, nuevamente se consideró más de una puntuación media para dos estudios en función de la enfermedad que causó la discapacidad (Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016; Lucas-Carrasco et al., 2011).

3.7. RESULTADOS

3.7.1. Selección de los estudios

Se identificaron 1040 artículos después de eliminar duplicados. De estos, se evaluaron los textos completos de 86 artículos para su inclusión (Figura 11). Se solicitaron datos adicionales a los autores de 15 estudios, de los cuales 2 los proporcionaron (Choi et al., 2013; Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016). Se excluyeron 66 artículos por las siguientes razones: 26 por el tipo de diseño empleado, 15 no presentaron medias y desviaciones típicas (DT) o errores estándar (ES) de los 4 dominios del WHOQOL-BREF, 11 estaban dirigidos a adultos mayores basados en la edad, y no en la presencia de discapacidad; 6 tenían un tamaño de muestra inferior a 30 participantes; y en 8 no se pasaron todos los ítems del WHOQOL-BREF. Finalmente, se incluyeron 20 estudios, cuyas principales características se presentan en la Tabla 7.

Tabla 7. Principales características de los artículos incluidos en la revisión sistemática

Referencia	Objetivo	Muestra (País, n, % mujeres)	Diseño	Problemática de salud que causa discapacidad física
Akinpelu et al. (2012)	Determinar la influencia de variables sociodemográficas, discapacidad y comorbilidad en la calidad de vida de supervivientes de accidente cerebrovascular.	Nigeria n = 75 30%	Transversal	Accidente cerebrovascular
Aminde et al. (2020)	Evaluar la CVRS y sus determinantes en pacientes con lumbalgia crónica.	Camerún n = 136 64.4%	Transversal	Lumbalgia crónica
Badenhorst et al. (2018)	Investigar la CVRS actual y factores asociados con la misma, entre personas con lesión de la médula espinal relacionada con el rugby.	Sudáfrica n = 90 0%	Transversal	Lesión de médula espinal
Chang et al. (2012)	Identificar los factores que influyen en la calidad de vida del individuo después de la lesión de la médula espinal.	Taiwán n = 341 58.0%	Transversal	Lesión de médula espinal
Chang et al. (2020)	Evaluar la calidad de vida de pacientes con lesión de la médula espinal.	China n = 247 32.8%	Transversal	Lesión de médula espinal
Choi et al. (2013)	Investigar las asociaciones de la incontinencia emocional después del accidente cerebrovascular con varios síntomas psiquiátricos y la CVRS.	Corea del Sur n = 423 41.9%	Transversal	Accidente cerebrovascular reciente
Dajpratham y Kongkasuwan (2011)	Evaluar la calidad de vida de pacientes con lesión traumática de la médula espinal e identificar los factores relacionados con buenos niveles de calidad de vida en estos pacientes.	Tailandia n = 67 26.9%	Transversal	Lesión de médula espinal
Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil (2016)	Evaluar la calidad de vida subjetiva de pacientes con discapacidades funcionales neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento. Analizar el posible efecto de la condición médica (enfermedades del sistema nervioso vs. enfermedades del sistema musculoesquelético y tejido conectivo) y su interacción con el sexo y la edad.	México n = 330 62.4 %	Transversal	Diagnóstico de discapacidades funcionales neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento

Tabla 7. (Continuación)

Referencia	Objetivo	Muestra (país, n, % mujeres)	Diseño	Problemática de salud que causa discapacidad física
Ganesh et al. (2020)	Determinar el estado físico de actividad, nivel de fatiga y calidad de vida de universitarios afectados con polio. Identificar la relación entre datos demográficos o clínicos, actividad física, fatiga, dolor y las cuatro dimensiones de la calidad de vida utilizando el cuestionario WHOQOL-BREF.	India n = 96 66.7 %	Transversal	Polio
Gnanaselvam et al. (2017)	Evaluar la calidad vida de las personas con discapacidad física en Kaniyambadi, un bloque rural en Tamil Nadu.	India n = 203 50.2 %	Transversal	No informan la condición de salud asociada a la discapacidad
Govindharaj et al. (2018)	Evaluar la calidad de vida de personas afectadas por la lepra en el distrito de Purulia, Bengala Occidental.	India n = 358 40.8 %	Transversal	Lepra
Jeong et al. (2012)	Investigar los determinantes de la calidad de vida durante la fase aguda después de un accidente cerebrovascular en una cohorte de pacientes coreanos.	Corea del Sur n = 422 42.2%	Cohorte	Accidente cerebrovascular isquémico
Lucas-Carrasco et al. (2011)	Examinar la CV en personas con trastornos neurodegenerativos.	España n = 149 50.3%	Transversal	Trastornos neurodegenerativos (esclerosis múltiple y párkinson)
Mandal et al. (2020)	Evaluar la CVRS de los pacientes con artritis reumatoide y los determinantes relacionados.	India n = 252 84.5%	Transversal	Artritis reumatoide
Moshi et al. (2021)	Describir la calidad de vida de personas con lesión medular traumática en una zona rural.	Tanzania n = 80 31.3R%	Transversal	Lesión de médula espinal
Nowakowska-Domagala, et al. (2018)	Evaluar el desempeño de las actividades básicas, la calidad de vida y el estilo de afrontamiento frente al estrés de pacientes con lesiones de la médula espinal. Identificar correlaciones entre la duración de la lesión, estilos de afrontamiento o valoración funcional y el dominio psicológico de la calidad de vida.	Polonia n = 35 34.3%	Transversal	Lesión de médula espinal
Phillips et al. (2009)	Investigar el papel de los déficits atencionales y la regulación de las emociones en la predicción de múltiples aspectos de la CVRS en pacientes con esclerosis múltiple.	Escocia n = 86 63.0%	Transversal	Esclerosis múltiple
Rassi-Fernandes (2015)	Determinar la correlación entre la discapacidad funcional y calidad de vida de pacientes con capsulitis adhesiva.	Brasil n = 43 53.5%	Cohorte	Capsulitis adhesiva
Singh et al. (2021).	Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con artritis reumatoide y su correlación con la calidad de vida.	India n = 88 86%	Transversal	Artritis reumatoide

Tabla 7. (Continuación)

Referencia	Objetivo	Muestra (país, n, % mujeres)	Diseño	Problemática de salud que causa discapacidad física
Stefane et al. (2013)	Evaluar la percepción de dolor, la discapacidad y la CVRS en pacientes con dolor lumbar crónico.	Brasil n = 97 69.1%	Transversal	Dolor lumbar crónico específico o no específico

3.7.2. Características descriptivas de los estudios

Los 20 estudios de la revisión incluyeron 3619 personas con discapacidad física, con un tamaño muestral medio de 164.5 ($DT = 124.6$) participantes por estudio, oscilando entre 36 (Nowakowska-Domagala et al., 2018) y 423 (Choi et al., 2013). La edad media de los participantes fue de 48.1 ($DT = 11.3$) años, con medias entre 22.1 (Ganesh et al., 2020) y 64.5 (Choi et al., 2013; Jeong et al., 2012). El porcentaje medio de mujeres fue de 43.2%, oscilando entre 0% (Badenhorst et al., 2018) y 86% (Singh et al., 2021).

En cuanto al lugar en el que se llevaron a cabo los estudios, el 50% se realizó en Asia (Chang et al., 2012; Chang et al., 2020; Choi et al., 2013; Dajpratham y Kongkasuwan, 2011; Ganesh et al., 2020; Gnanaselvam et al. 2017; Govindharaj et al., 2018; Jeong et al., 2012; Mandal et al., 2020; Singh et al., 2021), el 20 % en África (Akinpelu et al., 2012; Aminde et al., 2020; Badenhorst et al., 2018; Moshi et al., 2021), el 15% en América (Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016; Rassi-Fernandes, 2015; Stefane et al., 2013) y el 15% en Europa (Lucas-Carrasco et al., 2011; Nowakowska-Domagala et al., 2018; Phillips et al., 2009).

En relación con los problemas de salud causantes de la discapacidad física, en el 30% de los trabajos fue una lesión de la médula espinal (Badenhorst et al., 2018; Chang et al., 2012; Chang et al., 2020; Dajpratham y Kongkasuwan, 2011; Moshi et al., 2021; Nowakowska-Domagata et al., 2018); en el 15% un accidente cerebrovascular (Akinpelu et al. 2012; Choi et al., 2013; Jeong et al., 2012); en el 10 % dolor lumbar crónico (Aminde et al., 2020; Stefane et al., 2013); en el 10% artritis reumatoide (Mandal et al., 2020; Singh et al., 2021); en el 5% una esclerosis múltiple (Phillips et al., 2009); en el 5 % una capsulitis adhesiva (Rassi-Fernandes, 2015); en el 5% enfermedades del sistema musculoesquelético y el tejido conectivo por un lado (Estrella-Castillo y Gómez de Regil, 2016a), y del sistema nervioso, por el otro (Estrella-Castillo y Gómez de Regil, 2016b); en el 5% enfermedad de párkinson idiopática (Lucas-Carrasco et al., 2011 a) y esclerosis múltiple (Lucas-Carrasco et al., 2011b); el 5% polio (Ganesh et al., 2020); en el 5% lepra (Govindharaj et al., 2018); y en el 5% no informó el problema de salud causante de la discapacidad física (Gnanaselvam et al. 2017).

Con respecto al ámbito en que se efectuó el reclutamiento, el 70% de los estudios reclutaron a participantes a través del ámbito sanitario (Akinpelu et al., 2012; Aminde et al., 2020; Chang et al., 2020; Choi et al., 2013; Dajpratham y Kongkasuwan, 2011; Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016; Govindharaj et al., 2018; Jeong et al., 2012; Lucas-Carrasco et al., 2011; Mandal et al., 2020; Nowakowska-Domagata et al., 2018; Rassi-Fernandes, 2015; Singh et al., 2021; Stefane et al., 2013); el 15% del entorno comunitario (Badenhorst et al., 2018; Gnanaselvam et al., 2017; Phillips et al., 2009); el 10% a través de los dos ámbitos anteriores (Chang et al., 2012; Moshi et al., 2021); y el 5% a través del contexto académico (Ganesh et al., 2020).

El 90% de los estudios emplearon un diseño transversal (Akinpelu et al., 2012; Aminde et al., 2020; Badenhorst et al., 2018; Chang et al., 2012; Chang et al., 2020; Choi et al., 2013; Dajpratham y Kongkasuwan 2011; Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016; Ganesh et al., 2020; Gnanaselvam et al., 2017; Govindharaj et al., 2018; Lucas-Carrasco et al., 2011; Mandal et al., 2020; Moshi et al., 2021; Nowakowska-Domagata et al., 2018; Phillips et al., 2009; Singh

et al., 2021; Stefane et al., 2013) y el 10% de cohorte (Jeong et al., 2012; Rassi-Fernandes, 2015).

En el 10% de las investigaciones se efectuó una estimación del tamaño muestral (Aminde et al., 2020; Mandal et al., 2020); un solo trabajo seleccionó la muestra de manera aleatoria (Gnanaselvam et al., 2017). En el 65% de los casos los participantes fueron reclutados por profesionales en el ámbito sanitario (Akinpelu et al., 2012; Chang et al., 2020; Choi et al., 2013; Dajpratham y Kongkasuwan, 2011; Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016; Govindharaj et al., 2018; Jeong et al., 2012; Lucas-Carrasco et al., 2011; Mandal et al., 2020; Nowakowska-Domagata et al., 2018; Rassi-Fernandes, 2015; Singh et al., 2021; Stefane et al., 2013); en un 20% a través de bases de datos de organismos oficiales que atendían a personas con discapacidad (Aminde et al., 2020; Badenhorst et al., 2018; Gnanaselvam et al., 2017; Phillips et al., 2009); y en un 10% se contactó a potenciales participantes procedentes tanto de los registros médicos de un hospital (Chang et al., 2012; Moshi et al., 2021), a los miembros de una asociación (Chang et al., 2012) o se contactó con líderes de la comunidad (Moshi et al., 2021); el 5% de los casos fueron reclutados directamente por profesionales del contexto académico (Ganesh et al., 2020).

En relación con los criterios de inclusión, todos los trabajos establecieron criterios de inclusión claros. Por otro lado, en relación con los criterios de exclusión, se especificaron en el 80% de los trabajos (Akinpelu et al., 2012; Aminde et al., 2020; Badenhorst et al., 2018; Chang et al., 2020; Choi et al., 2013; Dajpratham y Kongkasuwan, 2011; Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016; Ganesh et al., 2020; Govindharaj et al., 2018; Jeong et al., 2012; Lucas-Carrasco et al., 2011; Mandal et al., 2020; Nowakowska-Domagata et al., 2018; Rassi-Fernandes, 2015; Singh et al., 2021; Stefane et al., 2013), mientras que en el 20% no se especificaron (Chang et al., 2012; Gnanaselvam et al., 2017; Moshi et al., 2021; Phillips et al., 2009).

El porcentaje de personas que aceptaron participar se calculó en función de los datos proporcionados en los estudios. Así, en el 50% de los estudios se pudo estimar (Aminde et al., 2020; Badenhorst et al., 2018; Chang et al., 2012; Chang et al., 2020; Choi et al., 2013; Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016; Ganesh et al., 2020; Jeong et al., 2012; Nowakowska-Domagata et al., 2018; Phillips et al., 2009), mientras que el 50% informó de los datos concretos (Akinpelu et al., 2012; Dajpratham y Kongkasuwan, 2011; Gnanaselvam et al., 2017; Govindharaj et al., 2018; Lucas-Carrasco et al., 2011; Mandal et al., 2020; Moshi et al., 2021; Rassi-Fernandes, 2015; Singh et al., 2021; Stefane et al., 2013). La tasa de respuesta varió entre el 52% en el estudio de Phillips et al. (2009) y el 95% del de Jeong et al. (2012).

En el 95% de los estudios se informó de la obtención de aprobación ética y consentimiento informado de los participantes (Akinpelu et al., 2012; Aminde et al., 2020; Badenhorst et al., 2018; Chang et al., 2012; Chang et al., 2020; Choi et al., 2013; Dajpratham y Kongkasuwan, 2011; Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil et al., 2016; Ganesh et al., 2020; Gnanaselvam et al., 2017; Govindharaj et al., 2018; Jeong et al., 2012; Lucas-Carrasco et al., 2011; Mandal et al., 2020; Moshi et al., 2021; Nowakowska-Domagata et al., 2018; Phillips et al., 2009; Rassi-Fernandes, 2015; Singh et al., 2021), mientras que en un 5% no lo informaron (Stefane et al., 2013).

Finalmente, en el 85% de los estudios se constató la presencia de discapacidad a través de instrumentos (Akinpelu et al., 2012; Aminde et al., 2020; Badenhorst et al., 2018; Chang et al., 2012; Chang et al., 2020; Choi et al., 2013; Dajpratham y Kongkasuwan, 2011; Gnanaselvam et al., 2017; Govindharaj et al., 2018; Jeong et al., 2012; Lucas-Carrasco et al., 2011; Mandal et al., 2020; Nowakowska-Domagata et al., 2018; Phillips et al., 2009; Rassi-Fernandes, 2015; Singh et al., 2021; Stefane et al., 2013), mientras que un 15% informaron que contaban con el

dictamen de un profesional u organismo competente que acreditaba la condición discapacidad previamente (Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016; Ganesh et al., 2020; Moshi et al., 2021).

3.7.3. Evaluación de calidad y riesgo de sesgo

La puntuación de los estudios en el instrumento RTI (Viswanathan et al. 2013) osciló entre 4/4 (riesgo de sesgo bajo en todos los ítems evaluados; en Badenhorst et al., 2018; Chang et al., 2020; Choi et al., 2013; Daijpratham et al., 2011; Jeong et al., 2012; Mandal et al., 2020; Stefane et al., 2013) y 3/4 (riesgo de sesgo bajo en 3 de los 4 ítems evaluados; en Akinpelu et al., 2012; Aminde et al., 2020; Chang et al., 2012; Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016; Ganesh et al., 2020; Gnanaselvam et al., 2017; Govindharaj et al., 2018; Lucas-Carrasco et al., 2011; Moshi et al., 2021; Nowakowska-Domagala et al., 2018; Phillips et al., 2009; Rassi-Fernandes, 2015; Singh et al., 2021). La evaluación del riesgo de sesgo en cada uno de los estudios se muestra de manera detallada en la Tabla 8.

Tabla 8. Calidad metodológica de los estudios incluidos

Referencia	Sesgo de ejecución	Sesgo de información	Credibilidad global	Sesgo de selección	Total	Puntuación	Decisión
Akinpelu et al. (2012)	No	No	No	Sí	3/4	75	ACM
Aminde et al. (2020)	No	No	No	Sí	3/4	75	ACM
Badenhorst et al. (2018)	No	No	No	No	4/4	100	ACM
Chang et al. (2012)	Sí	No	No	No	3/4	75	ACM
Chang et al. (2020)	No	No	No	No	4/4	100	ACM
Choi et al. (2013)	No	No	No	No	4/4	100	ACM
Daijpratham et al. (2011)	No	No	No	No	4/4	100	ACM
Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil (2016)	No	No	No	Sí	3/4	75	ACM
Ganesh et al. (2020)	No	No	No	Sí	3/4	75	ACM
Gnanaselvam et al. (2017)	No	No	No	Sí	3/4	75	ACM
Govindharaj et al. (2018)	No	No	No	Sí	3/4	75	ACM
Jeong et al. (2012)	No	No	No	No	4/4	100	ACM
Lucas-Carrasco et al. (2011)	No	No	No	Sí	3/4	75	ACM
Mandal et al. (2020)	No	No	No	No	4/4	100	ACM
Moshi et al. (2021)	No	No	No	No	3/4	75	ACM
Nowakowska-Domagala, et al. (2018)	No	No	No	Sí	3/4	75	ACM

Tabla 8. (Continuación)

Referencia	Sesgo de ejecución	Sesgo de información	Credibilidad global	Sesgo de selección	Total	Puntuación	Decisión
Phillips et al. (2009)	No	No	No	Sí	3/4	100	ACM
Rassi-Fernandes. (2015)	No	No	No	Sí	3/4	75	ACM
Singh et al. (2021)	No	No	No	Sí	3/4	75	ACM
Stefane et al. (2013)	No	No	No	No	4/4	100	ACM

Nota. ACM = Alta calidad metodológica/ bajo riesgo de sesgo.

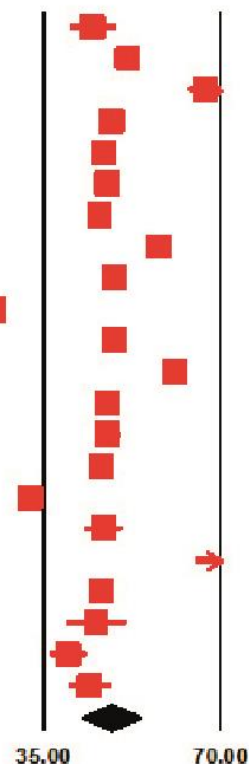
3.7.4. Calidad de vida global relacionada con la salud

En la Figura 12 se muestran las puntuaciones medias para cada estudio, las medias agrupadas para los cuatro dominios del WHOQOL-BREF, los intervalos de confianza [IC] de 95% y los resultados de la prueba I^2 para cada dominio. Las puntuaciones medias agrupadas para el dominio físico fueron de 48.2, para el psicológico de 54.1, para el de relaciones sociales de 55.3, y para el de ambiente de 51.9.

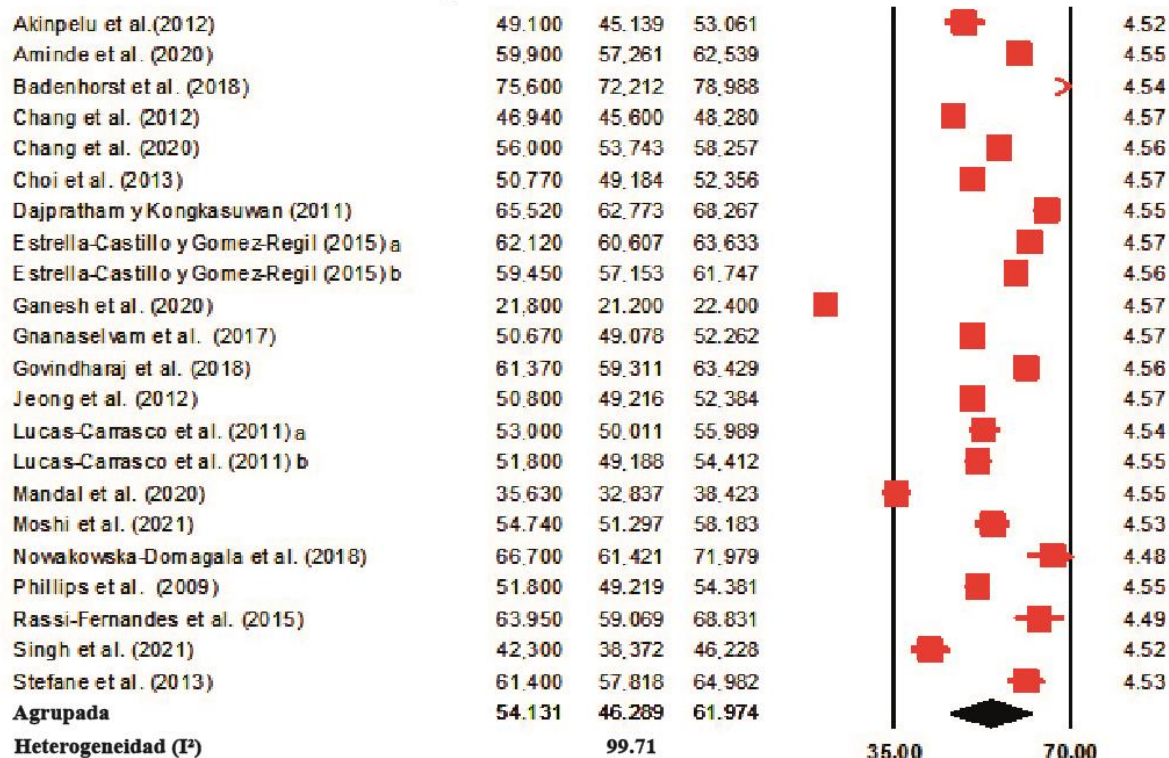
Comparativamente, se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones del dominio físico y el resto de los dominios (se solaparon los intervalos de confianza para las medias en todos los dominios, excepto en el físico).

Puntuaciones Dominio Físico

Autores del estudio	Media	Límite inferior	Límite superior	% peso
Akinpelu et al. (2012)	44.700	40.151	49.249	4.47
Aminde et al. (2020)	51.600	49.835	53.365	4.58
Badenhorst et al. (2018)	66.900	63.491	70.309	4.53
Chang et al. (2012)	48.440	47.152	49.728	4.59
Chang et al. (2020)	46.800	44.505	49.095	4.57
Choi et al. (2013)	47.461	45.941	48.981	4.59
Dajpratham y Kongkasuwan (2011)	46.040	43.791	48.289	4.57
Estrella-Castillo y Gomez-Regil (2015) a	57.780	56.657	58.903	4.59
Estrella-Castillo y Gomez-Regil (2015) b	48.970	46.630	51.310	4.57
Ganesh et al. (2020)	25.200	24.540	25.860	4.60
Gnanaselvam et al. (2017)	48.990	47.510	50.470	4.59
Govindharaj et al. (2018)	60.920	58.961	62.879	4.58
Jeong et al. (2012)	47.500	45.983	49.017	4.59
Lucas-Carrasco et al. (2011) a	47.600	45.006	50.194	4.56
Lucas-Carrasco et al. (2011) b	46.400	43.876	48.924	4.56
Mandal et al. (2020)	32.290	29.712	34.868	4.56
Moshi et al. (2021)	46.740	42.988	50.494	4.51
Nowakowska-Domagala et al. (2018)	70.030	64.741	75.319	4.43
Phillips et al. (2009)	46.400	43.905	48.895	4.56
Rassi-Fernandes et al. (2015)	45.340	39.437	51.243	4.39
Singh et al. (2021)	39.800	36.227	43.373	4.52
Stefane et al. (2013)	44.100	39.921	48.279	4.49
Agrupada	48.159	42.396	53.922	
Heterogeneidad (I^2)		99.53		



Puntuaciones Dominio Psicológico



Puntuaciones Dominio Relaciones Sociales

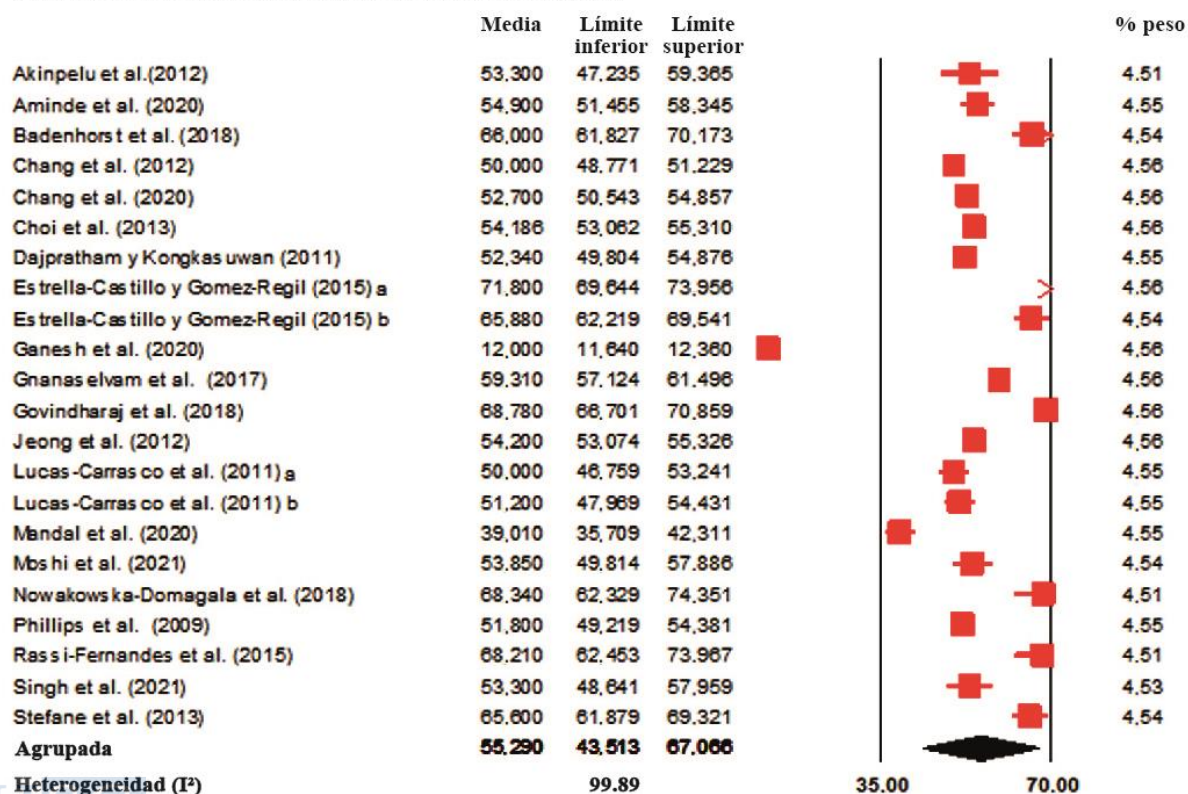


Figura 12. (Continuación)

Puntuaciones Dominio Ambiente

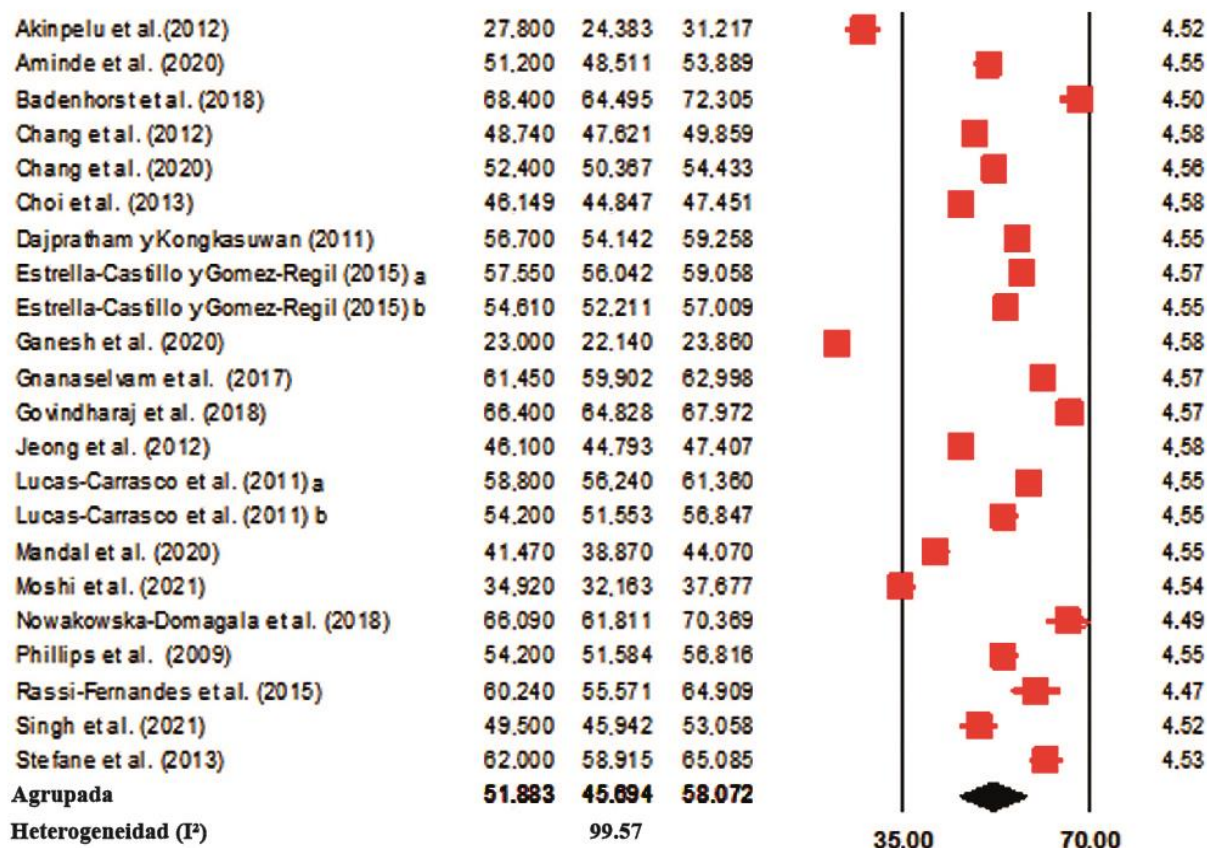


Figura 12. (Continuación)

3.7.5. Resultados del análisis de subgrupos

Al estimar la heterogeneidad de los estudios de la revisión ($I^2 > 90\%$), se exploró si las puntuaciones medias agrupadas para los cuatro dominios del WHOQOL-BREF variaban en función de potenciales variables moderadoras. En la Tabla 9 se registran los resultados del análisis de varianza para las variables moderadoras incluidas en el trabajo.

Para cada uno de los dominios de la CVRS, se encontró que actuaron como variables moderadoras la región de origen, la problemática de salud causante de la discapacidad, el ámbito de reclutamiento, el diseño del estudio, el método de reclutamiento, la información sobre los criterios de exclusión y la tasa de respuesta, haber informado o no de la aprobación ética y el consentimiento informado, y constatar la presencia de discapacidad mediante un instrumento o dictamen de un profesional u organismo competente.

En concreto, para el dominio físico, se encontraron mejores puntuaciones cuando la región de origen era África, la discapacidad se debía a la lepra, el ámbito de reclutamiento era comunitario, el diseño era transversal, se contactaba a los participantes a través de una base de datos, se informaba de los criterios de exclusión, se especificaba la tasa de respuesta, aprobación ética y consentimiento informado, y la discapacidad se constataba mediante un instrumento ($p < .05$).

Al realizar las comparaciones pertinentes, se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los estudios realizados en África y Asia y los realizados en América y Europa. Entre el estudio cuya causa de discapacidad fue la lepra y aquellos en los que la causa fueron un ictus, capsulitis adhesiva, dolor lumbar crónico, esclerosis múltiple, enfermedades del sistema nervioso, artritis y polio. También se hallaron diferencias entre los estudios en los que las causas de la discapacidad fueron capsulitis adhesiva, dolor lumbar crónico o esclerosis múltiple con aquellos en los que las causas fueron la lepra, una lesión de la médula espinal o enfermedades del sistema musculoesquelético y el tejido conectivo; también se encontraron diferencias entre los trabajos cuyo ámbito de reclutamiento fue comunitario, frente a aquellos del ámbito académico; entre aquellos trabajos cuyo diseño fue de cohortes y los de tipo transversal; entre los trabajos donde los participantes fueron reclutados a través de una base de datos y los que se alistaron directamente; entre los estudios que no especificaron los criterios de exclusión y los estudios que sí lo hicieron; entre aquellos trabajos que no informaron de la tasa de respuesta y los que sí; entre el estudio que no especificó de la obtención de aprobación ética y el consentimiento informado y los estudios que sí lo hicieron; y, por último, entre los estudios que informaron que la discapacidad se constataba a través de un instrumento y los que informaron que contaban con el dictamen de un profesional u organismo competente que acreditaba la condición discapacidad.

En relación con el dominio psicológico, las puntuaciones fueron más elevadas cuando la región de origen fue América, la problemática causante de la discapacidad fue capsulitis adhesiva, el ámbito de reclutamiento fue comunitario, el diseño del estudio fue de cohortes, se contactó a los participantes mediante una base de datos, se especificaron los criterios de exclusión, se informó de la tasa de respuesta, no se informó de la obtención de aprobación ética, si se informó de la obtención de consentimiento informado y la discapacidad se constató mediante un instrumento ($p < .05$).

Comparativamente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los estudios realizados en América y las otras ubicaciones geográficas; entre los llevados a cabo en África y los de Asia y Europa; entre el estudio cuya causa principal de discapacidad fue la polio con aquellos en los que fue capsulitis adhesiva, enfermedades del sistema musculoesquelético y el tejido conectivo, lepra, lesión de la médula espinal, dolor lumbar crónico, enfermedades del sistema nervioso, párkinson, esclerosis múltiple, ictus y artritis; entre los trabajos cuyo ámbito de alistamiento fue comunitario, frente a aquellos estudios que tuvieron lugar en el hospitalario, mixto y académico; entre los estudios cuyo diseño fue de cohortes a diferencia de aquellos de tipo transversal; entre aquellos trabajos cuyo método de reclutamiento fue a través de una base de datos y aquellos que utilizaron otros métodos; entre los trabajos que no informaron los criterios de exclusión y los que sí, entre los estudios que no informaron de la tasa de respuesta y los que sí; entre el estudio que no informó de la obtención de aprobación ética y consentimiento informado y los estudios que sí informaron; y, por último, entre los estudios en los que se informó que la discapacidad fue evaluada a través de un instrumento, frente a los que informaron que contaban con la acreditación previa de una condición de discapacidad.

En cuanto al dominio relaciones sociales, los puntajes fueron más altos cuando la región de origen fue América, la discapacidad se debía a enfermedades musculoesqueléticas, el ámbito de reclutamiento fue el sanitario, el diseño de la investigación fue de cohortes, los pacientes se reclutaron a través de una base de datos, se especificaron los criterios de exclusión, no se informó de la tasa de respuesta, no se especificó de la obtención de la aprobación ética ni del consentimiento informado, y la discapacidad se constató mediante un instrumento ($p < .05$).

Al realizar las comparaciones pertinentes, se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los estudios realizados en América y los efectuados en el resto de ubicaciones geográficas; entre el estudio cuya causa de discapacidad fue la polio con aquellos en los que fue debido a artritis, enfermedad de párkinson, esclerosis múltiple, ictus y una lesión de la médula espinal, por un lado; y entre aquellos en los que la causa de discapacidad fue, dolor lumbar crónico, enfermedades del sistema nervioso, capsulitis adhesiva, lepra, enfermedades del sistema musculoesquelético y tejido conectivo. Asimismo, se hallaron diferencias entre los trabajos donde el ámbito de reclutamiento fue comunitario, y los que fueron del ámbito hospitalario, mixto y académico; entre aquellos trabajos donde los participantes se reclutaron a través de una base de datos, por un lado, y los que se incorporaron directamente o mediante un procedimiento mixto; entre los trabajos que informaron los criterios de exclusión y los que no; entre la investigación que no informó de la obtención de aprobación ética y del consentimiento informado y aquellos trabajos que sí informaron; y, finalmente, entre los trabajos que sí informaron que la discapacidad se evaluó a través de un instrumento y los que informaron en cambio, que contaban con el dictamen de un profesional u organismo competente.

Respecto al dominio ambiente, las puntuaciones fueron superiores cuando la región de origen era América, la discapacidad física se debía a la lepra, el ámbito de reclutamiento fue comunitario, el diseño fue de cohortes, los participantes se reclutaron a través de una base de datos, se describieron los criterios de exclusión, no se informó de la tasa de respuesta, no se informó de la obtención de la aprobación ética ni el consentimiento informado, y la discapacidad se constató a través de una herramienta de evaluación ($p < .05$).

Al comparar las variables, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los estudios realizados en América y África y los efectuados en los otros continentes; entre el estudio donde la causa de discapacidad fue la polio y aquellos en los que fue debido a un ictus, artritis, esclerosis múltiple, una lesión de la médula espinal, enfermedades de sistema nervioso y, entre el estudio cuya causa principal fue la lepra y aquellos en los que fue dolor lumbar crónico, enfermedades del sistema musculoesquelético y el tejido conectivo, la enfermedad de párkinson y la capsulitis adhesiva. Igualmente, se encontraron diferencias entre los estudios del ámbito comunitario con aquellos del ámbito mixto y académico; entre los que alistaron a los participantes mediante una base de datos con aquellos que lo hicieron directamente o de una forma mixta; y entre aquellos trabajos que no informaron los criterios de exclusión y los que sí; entre la investigación que no informó sobre la obtención de la aprobación ética y consentimiento informado y las investigaciones que sí lo hicieron. Finalmente, se encontraron diferencias entre los trabajos que contaban con la acreditación previa de una condición de discapacidad, y los estudios que informaron que utilizaron un instrumento para constatar la discapacidad.

En relación con el análisis de las variables moderadoras cuantitativas (edad media, porcentaje de mujeres, y puntuación de riesgo de sesgo), los análisis de metarregresión no informaron de asociaciones significativas con ninguno de los cuatro dominios del WHOQOL-BREF.

Tabla 9. Análisis de subgrupos para los cuatro dominios del WHOQOL-BREF en función de características descriptivas y metodológicas de los estudios

Subgrupos	Dominio Físico	Dominio Psicológico	Dominio Relaciones Sociales	Dominio Ambiente
Ubicación geográfica				
(África)				
Puntuación	52.5	59.9	57.1	45.6
IC 95%	39.89-65.13	49.44-70.27	51.16-63.03	31.24-59.84
I ² %	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	4	4	4	4
n	381	381	381	381
(América)				
Puntuación	49.1	61.4	68.1	58.6
IC 95%	36.48-61.76	59.73-63.03	64.41-71.70	44.29-72.88
I ² %	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	4	4	4	4
n	470	470	470	470
(Asia)				
Puntuación	44.3	48.2	49.6	49.2
IC 95%	36.41-52.27	36.77-59.58	32.32-66.83	40.17-58.19
I ² %	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	10	10	10	10
n	2497	2497	2497	2497
(Europa)				
Puntuación	52.5	55.3	54.7	58.3
IC 95%	39.84-65.07	50.54-59.99	49.21-60.16	44.00-72.59
I ² %	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	4	4	4	4
n	271	271	271	271
Problemática de salud o condición que causa discapacidad física				
(ACV)				
Puntuación	46.6	50.2	54.0	40.2
IC 95%	40.26-53.02	41.43-59.05	49.06-58.88	31.72-48.68
I ² %	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	3	3	3	3
n	920	920	920	920
(CA)				
Puntuación	45.3	64.0	68.2	60.2
IC 95%	33.12-57.55	48.14-79.75	58.43-77.99	44.99-75.48
I ² %	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	1	1	1	1
n	43	43	43	43
(DLC)				
Puntuación	48.0	60.6	60.2	56.6
IC 95%	40.18-55.94	49.78-71.49	54.04-66.31	46.10-67.03
I ² %	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	2	2	2	2
n	233	233	233	233
(EM)				
Puntuación	46.4	51.8	51.5	54.2
95% IC	38.63-54.16	41.01-62.58	45.55-57.46	43.76-64.63
I ² %	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	2	2	2	2
n	170	170	170	170
(LME)				
Puntuación	53.7	60.7	56.3	54.3
95% IC	49.10-58.21	54.46-67.02	52.80-59.86	48.29-60.38
I ² %	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	6	6	6	6
n	861	861	861	861

Nota. I²% = heterogeneidad 12%; n = participantes; ACV = accidente cerebrovascular; CA = capsulitis adhesiva; DLC = dolor lumbar crónico; EM = esclerosis múltiple; LME = Lesión de la médula espinal. Todas las p < .05.

Tabla 9. (Continuación)

Subgrupos	Dominio Físico	Dominio Psicológico	Dominio Relaciones Sociales	Dominio Ambiente
Problemática de salud o condición que causa discapacidad física				
(ESMSC)				
Puntuación	57.8	62.1	71.8	57.6
95% IC	47.03-68.52	47.01-77.22	63.60-79.99	42.95-72.14
I ² %	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	1	1	1	1
n	229	229	229	229
(PK)				
Puntuación	47.6	53.0	50.0	58.8
95% IC	36.60-58.59	37.67-68.32	41.45-58.54	44.06-73.53
I ² %	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	1	1	1	1
n	65	65	65	65
(ESN)				
Puntuación	49.0	59.5	65.9	54.6
95% IC	38.02-59.91	44.24-74.65	51.16-74.59	39.89-69.32
I ² %	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	1	1	1	1
n	101	101	101	101
(AR)				
Puntuación	36.0	38.9	45.7	45.4
95% IC	28.08-43.82	28.01-49.80	39.40-51.92	34.93-55.92
I ² %	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	2	2	2	2
n	340	340	340	340
(NI)				
Puntuación	49.0	50.7	59.3	61.4
95% IC	38.19-59.78	35.55-65.78	51.10-67.51	46.85-76.04
I ² %	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	1	1	1	1
n	203	203	203	203
(P)				
Puntuación	25.2	21.8	12.0	23.0
95% IC	14.49-35.91	6.75-36.84	4.08-19.91	8.45-37.54
I ² %	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	1	1	1	1
n	96	96	96	96
(L)				
Puntuación	60.9	61.4	68.8	66.4
95% IC	50.05-71.78	46.19-76.54	60.60-76.95	51.80-81.00
I ² %	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	1	1	1	1
n	358	358	358	358
Ámbito de reclutamiento				
(Comunitario)				
Puntuación	54.0	59.2	58.9	61.3
95% IC	45.63-62.27	50.17-68.23	50.32-67.52	51.54-71.02
I ² %	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	3	3	3	3
n	379	379	379	379
(Hospitalario)				
Puntuación	48.6	55.6	57.6	53.1
I ² %	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	16	16	16	16
n	2723	2723	2723	2723

Nota. I²% = heterogeneidad 12%; n = participantes; ESMSC = enfermedades del sistema musculoesquelético y el tejido conectivo; PK = Párkinson; ESN = enfermedades del sistema nervioso; AR = artritis reumatoide; NI = no informa; P = polio; L = lepra. Todas las p < .05.

Tabla 9. (Continuación)

Subgrupos	Dominio Físico	Dominio Psicológico	Dominio Relaciones Sociales	Dominio Ambiente
(Mixto)				
Puntuación	47.6	50.8	51.9	41.9
95% IC	37.40-57.82	39.70-61.81	41.34-62.37	30.05-53.76
$I^2\%$	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	2	2	2	2
<i>n</i>	421	421	421	421
(Académico)				
Puntuación	25.2	21.8	12.0	23.0
95% IC	11.01-39.39	6.37-37.23	-2.58-26.58	6.34-39.65
$I^2\%$	0.0	0.0	0.1	0.0
Estudios	1	1	1	1
<i>N</i>	96	96	96	96
Diseño				
(Cohortes)				
Puntuación	46.4	57.3	61.2	53.1
IC 95%	26.59-66.29	30.60-84.04	21.22-101.11	31.47-74.70
$I^2\%$	0.0	0.0	0.003	0.0
Estudios	2	2	2	2
<i>n</i>	465	465	465	465
(Transversal)				
Puntuación	48.3	53.8	54.7	51.8
IC 95%	42.09-54.56	45.38-62.24	42.08-67.32	44.94-58.58
$I^2\%$	0.0	0.0	0.0	0.00
Estudios	20	20	20	20
<i>n</i>	3154	3154	3154	3154
Método de reclutamiento				
(Base de datos)				
Puntuación	53.4	59.5	58.0	58.8
IC 95%	39.49-67.38	40.43-78.51	30.02-85.97	43.71-73.87
$I^2\%$	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	4	4	4	4
<i>n</i>	515	515	515	515
(Directo)				
Puntuación	46.9	53.2	55.0	51.4
IC 95%	39.91-53.89	43.68-62.73	41.04-69.02	43.87-58.95
$I^2\%$	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	16	16	16	16
<i>n</i>	2683	2683	2683	2683
(Mixto)				
Puntuación	47.6	50.8	51.9	41.9
IC 95%	27.85-67.34	23.90-77.75	12.36-91.47	20.57-63.13
$I^2\%$	0.0	0.0	0.010	0.0
Estudios	2	2	2	2
<i>n</i>	421	421	421	421
Criterios de exclusión				
(No informados)				
Puntuación	47.6	51.0	53.7	49.8
IC 95%	33.83-61.46	32.07-69.98	26.13-81.34	34.89-64.78
$I^2\%$	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	4	4	4	4
<i>n</i>	710	710	710	710
(Sí informados)				
Puntuación	48.3	54.8	55.6	52.3
IC 95%	41.74-54.80	45.87-63.77	42.61-68.65	45.28-59.39
$I^2\%$	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	18	18	18	18
<i>n</i>	2909	2909	2909	2909

Nota. $I^2\%$ = heterogeneidad 12%; *n* = participantes. Todas las $p < .05$.

Tabla 9. (Continuación)

Subgrupos	Dominio Físico	Dominio Psicológico	Dominio Relaciones Sociales	Dominio Ambiente
Tasa de respuesta				
(No informada)				
Puntuación	45.7	53.6	55.9	52.1
IC 95%	37.48-53.98	42.84-64.32	40.24-71.54	43.95-60.33
$I^2\%$	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	11	11	11	11
<i>n</i>	1412	1412	1412	1412
(Sí informada)				
Puntuación	50.6	54.7	54.7	51.6
IC 95%	42.34-58.78	43.95-65.39	39.04-70.31	43.43-59.78
$I^2\%$	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	11	11	11	11
<i>n</i>	2207	2207	2207	2207
Aprobación ética				
(No informada)				
Puntuación	44.1	61.4	65.6	62.0
IC 95%	16.76-71.43	24.56-98.23	10.47-120.72	32.94-91.05
$I^2\%$	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	1	1	1	1
<i>n</i>	97	97	97	97
(Sí informada)				
Puntuación	48.4	53.8	54.8	51.4
IC 95%	42.42-54.27	45.76-61.81	42.77-66.82	45.07-57.73
$I^2\%$	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios incluidos	21	21	21	21
<i>n</i>	3522	3522	3522	3522
Consentimiento informado				
(No informado)				
Puntuación	44.1	41.1	65.6	62.0
IC 95%	16.76-71.43	16.76-71.43	10.47-120.72	32.94-91.05
$I^2\%$	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	1	1	1	1
<i>n</i>	97	97	97	97
(Sí informado)				
Puntuación	48.4	48.4	54.8	51.4
IC 95%	42.42-54.27	42.42-54.27	42.77-66.82	45.07-57.73
$I^2\%$	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	21	21	21	21
<i>n</i>	3522	3522	3522	3522
Discapacidad constatada a través de un instrumento				
(No)				
Puntuación	44.6	49.5	50.8	42.5
IC 95%	32.19-57.10	34.24-64.74	34.05-67.55	30.37-54.64
$I^2\%$	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	4	4	4	4
<i>n</i>	506	506	506	506
(Sí)				
Puntuación	48.9	55.1	56.2	54.0
IC 95%	43.04-54.83	47.94-62.36	48.34-64.16	48.22-59.70
$I^2\%$	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudios	18	18	18	18
<i>n</i>	3113	3113	3113	3113

Nota. $I^2\%$ = heterogeneidad 12%; *n* = participantes. Todas las *p* < .05.

3.7.6. Evaluación del sesgo de publicación

Para investigar la presencia de sesgo de publicación se utilizó el test de Egger. Se encontró un potencial sesgo de publicación para el dominio ambiente ($p = .01$), obteniéndose $p > .05$ para los dominios físico, psicológico y relaciones sociales.

3.8. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue determinar la CVRS en personas con discapacidad física proporcionando puntuaciones medias agrupadas para los cuatro dominios del WHOQOL-BREF. Se analizaron 20 estudios, que incluyeron una muestra total de 3619 personas con discapacidad, con una media de 164.5 por estudio. Los participantes fueron predominantemente de mediana edad, con un porcentaje de mujeres del 43.2%. La mayoría de los sujetos procedían de Asia y presentaban como causa de discapacidad física una lesión de la médula espinal, seguidos por aquellos que habían sufrido un accidente cerebrovascular, el contacto con las personas se efectuó, de manera preferente a través de un contexto sanitario.

En relación con el perfil global de las personas en situación de discapacidad, en las últimas décadas se ha producido un incremento sin precedentes de la supervivencia en Asia; en concreto, entre 1970 y 2010, la esperanza de vida ha pasado de los 36 a los 66 años Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME], 2013), aumentando paralelamente los años de vida ajustados por discapacidad. Respecto a las lesiones de la médula espinal como causa principal de discapacidad, una posible explicación radica en la mayor gravedad de las consecuencias derivadas de las mismas y su potencial para generar en grados de discapacidad más severos, convirtiéndolas en objeto de investigación centrada en la CVRS en personas con condiciones potencialmente discapacitantes (p.ej., Badenhorst et al., 2018; Barker et al., 2009; Sakakibara et al., 2012; van Leeuwen et al., 2012).

En relación con las características metodológicas de los trabajos incluidos en esta revisión, en la mayoría se empleó un diseño transversal y en dos de ellos se estimó el tamaño muestral previamente. En todos ellos se informó sobre el método de reclutamiento, predominando aquel en el que se incorporó a los participantes del ámbito hospitalario. En todos los estudios se establecieron criterios de inclusión claros, y en una mayoría amplia se explicitaron también los criterios de exclusión; en la mitad se proporcionaron datos que permitieron el cálculo de la tasa de respuesta. En la mayoría de las investigaciones se informó de que se había obtenido aprobación ética por parte de un comité, y consentimiento informado por parte de los sujetos. En muchas de las investigaciones, se informó que se constató de la presencia de discapacidad a través de instrumentos específicos, mientras que en otras (Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016; Ganesh et al., 2020; Moshi et al., 2021) se informó que contaban con el dictamen de un profesional u organismo competente que acreditaba la condición discapacidad previamente. Estos hallazgos ponen de manifiesto una calidad metodológica elevada en líneas generales, consistente con las directrices propuestas por el STROBE para informar sobre estudios observacionales (von Elm et al., 2007). Asimismo, son consistentes con los datos obtenidos para la evaluación del riesgo de sesgo utilizando la RTI (Viswanathan et al., 2013).

Por lo que respecta a los resultados del metanálisis, las medias agrupadas de la WHOQOL-BREF fueron 48.2 para el dominio físico, 54.1 para el psicológico, 55.3 para el de relaciones sociales y 51.9 para el dominio ambiente. Aunque no existen puntos de corte específicos para cada uno de las dimensiones de la CVRS del WHOQOL-BREF, las medias agrupadas de todas ellas fueron inferiores a las puntuaciones obtenidas por individuos sin discapacidad en otros trabajos que emplearon como grupos de comparación personas sin discapacidad física (p.ej., Barker et al., 2009), indicando una afectación en todas las áreas de la CVRS, de manera consistente con los hallazgos de estudios previos sobre las consecuencias de enfermedades

potencialmente causantes de una discapacidad física (p. ej., Carter et al., 2012; Craig et al., 2015; Jones et al., 2014).

Hubo una gran heterogeneidad entre los estudios incluidos en el presente metanálisis. En términos generales, los resultados fueron mejores para todos los dominios de la CVRS cuando el estudio se realizó en América, con excepción del dominio físico, en el que se obtuvieron mejores resultados para los trabajos de África. Este hallazgo podría sugerir que puntuaciones superiores en el dominio psicológico y ambiental de la CVRS pueden estar relacionadas con mejores evaluaciones del lugar de residencia, lo que coincide con un estudio previo (Gattino et al., 2013). Asimismo, que las puntuaciones del dominio relaciones sociales sean más elevadas en estudios de América podría reflejar los fuertes vínculos de parentesco e interacciones frecuentes entre los miembros de la familia extendida característicos de la cultura hispana (Wilmoth, 2001). El hallazgo de puntuaciones más altas en el dominio físico, cuando los trabajos se realizaron en África, podría explicarse por puntuaciones notablemente elevadas en dos de las investigaciones; por un lado, el estudio de Badenhorst et al. (2018), en el que la muestra estaba constituida por exjugadores de rugby, que adquirieron una discapacidad practicando deporte, siendo probable que su *identidad atlética* represente un medio para mejorar a largo plazo el ajuste a la discapacidad (Hawkins et al., 2014), manteniendo su actividad física a largo plazo (Sahlin y Lexell, 2015); por otra parte, el estudio de Aminde et al. (2020), que incluyó adultos con dolor lumbar crónico en la que el 71% trabajaba, condiciones que podrían denotar menor severidad de la discapacidad. Otros estudios han encontrado que el dominio físico de la CVRS, a diferencia de los otros tres restantes, podría ser el más fuertemente relacionado con el nivel de discapacidad (Stefane et al., 2013), por lo que una hipótesis plausible sería considerar que menores niveles de discapacidad podrían relacionarse con mejores puntuaciones en el dominio físico de la CVRS.

En relación con la causa de la discapacidad, las puntuaciones de la CVRS fueron superiores en el dominio físico y de ambiente cuando el origen de la discapacidad era la lepra, en el dominio psicológico la capsulitis adhesiva, y en el dominio relaciones sociales las enfermedades musculoesqueléticas; la puntuación más baja correspondió en todos los dominios a la polio. Esto parece indicar que distintas patologías afectan de manera diferente a distintos dominios de la calidad de vida. El hallazgo de puntuaciones superiores, en el dominio físico y ambiente cuando el diagnóstico era la lepra, podría sugerir que con un diagnóstico más precoz y un tratamiento adecuado es menos discapacitante que otras patologías (Chen et al., 2021). Adicionalmente, se debe considerar que en el estudio de Govindharaj et al. (2018) se incluyeron pacientes con lepra en su mayoría adultos jóvenes y cuya duración de la enfermedad era de cinco años, pero en otros trabajos con participantes más jóvenes se hallaron puntuaciones más altas en el dominio físico (Moshi et al., 2021). Sin embargo, las puntuaciones superiores observadas en el dominio ambiente se podrían explicar porque el estudio de Govindharaj et al. (2018), incluido en esta revisión, se llevó a cabo en un centro sanitario especializado en el que se lleva tratando a las personas afectadas por la lepra durante más de cien años; una hipótesis plausible es considerar que en este contexto los pacientes perciben que existe un alto estándar de atención en el que se brindan recursos eficaces. Por lo tanto, es más probable que informen mejores puntuaciones en dicho dominio.

En coherencia con los hallazgos sobre la polio, en un estudio previo (Gusi et al., 2022) se informó de que los sobrevivientes de esta enfermedad presentaban puntuaciones bajas en diversos dominios de la CVRS y que la gravedad de la discapacidad física experimentada podría ser el principal factor contribuyente a puntuaciones más bajas. Además, se deben considerar las variables contextuales y demográficas; así, en el estudio de Ganesh et al. (2020), en el que participaron sobrevivientes de polio más jóvenes hindúes, particularmente sensibles a la falta

de oportunidades en comparación con los de los países más desarrollados de más edad y con una mejor situación económica, habiendo sido infectados la gran mayoría de ellos antes de la vacunación generalizada disponible. Por el contrario, en los países en desarrollo, los supervivientes de la polio y los nuevos casos de poliomielitis suelen ser más jóvenes, tienen más probabilidades de provenir de comunidades rurales y de barrios marginales más pobres, tienen menor acceso a programas médicos, de rehabilitación o educación a largo plazo, y no tienen suficientes recursos para acceder a capacitación laboral, empleo y servicios de apoyo social, entre otros (Groce et al., 2014).

Los participantes reclutados del ámbito comunitario obtuvieron mejores puntuaciones en todos los dominios de la escala. Estos hallazgos coinciden con un trabajo previo (Jovanović et al., 2012), en el que se encontró en este grupo de sujetos una CVRS similar a la de la población general, y superior a la de las personas con discapacidad procedentes del contexto sanitario.

En relación con las características metodológicas, se hallaron puntuaciones mayores en la CVRS en todos los ámbitos de la escala cuando el diseño del estudio fue de cohortes, excepto para el dominio físico, donde las puntuaciones fueron superiores para los de tipo transversal; se obtuvieron puntuaciones más elevadas cuando los pacientes se reclutaron a través de una base de datos. La CVRS fue superior en todos los dominios cuando se explicitaron los criterios de exclusión; y fue mejor para el dominio físico y el psicológico cuando se proporcionaron datos sobre la tasa de respuesta, y para los dominios relaciones sociales y ambiente cuando no se informó de la misma. En términos generales, es posible afirmar que una mayor calidad metodológica del estudio de acuerdo con las directrices STROBE (von Elm et al., 2007), se relacionó con mejores resultados. Un hallazgo aparentemente contradictorio es que, en todos los dominios del WHOQOL-BREF, excepto en el físico, las puntuaciones fueron superiores cuando no se informó en el estudio sobre aprobación ética, ni consentimiento informado; esto se podría relacionar con una mayor propensión para tener en cuenta esta consideración metodológica en ámbitos sanitarios, pudiendo estar asociado el contacto médico habitual con una mayor severidad de la discapacidad física. Estos hallazgos también podrían explicarse porque el único estudio que no informó sobre aprobación ética ni consentimiento informado fue el de Stefane et al. (2013), que incluyó pacientes con dolor lumbar crónico, con una duración promedio aproximada de 6 años. Es posible que pacientes con dolor lumbar crónico puedan estabilizar su condición al estar vinculados a los servicios de atención sanitaria (Pagé et al., 2022) y, como tal, podría considerarse una patología menos discapacitante, frente a otras patologías incluidas en esta revisión, situación que disminuiría la afectación en los distintos dominios de la CVRS.

Los resultados de nuestra revisión deberían interpretarse a la luz de algunas limitaciones. Por un lado, el número de estudios incluidos fue relativamente pequeño; además, la amplia variedad de instrumentos empleados para determinar la severidad de la discapacidad física en las distintas investigaciones impidió el análisis de esta variable como potencial fuente de heterogeneidad. Por el contrario, como principal fortaleza señalar la primera revisión de literatura y metanálisis que proporciona puntuaciones de las medias agrupadas para los cuatro dominios del WHOQOL-BREF en personas con discapacidad física considerando una evaluación rigurosa de la calidad y riesgo de sesgo de los estudios y métodos rigurosos de síntesis cuantitativa, investigación exhaustiva de fuentes de heterogeneidad; y un protocolo registrado previamente.

Considerando los hallazgos mencionados, se necesita realizar más estudios con un mayor rigor metodológico, que controlen posibles sesgos de selección, que incluyan muestras grandes, y una evaluación detallada de la discapacidad y la CVRS para una mejor comprensión de las consecuencias de vivir en situación de discapacidad. Esta información sería relevante para

diseñar intervenciones eficaces dirigidas fundamentalmente a potenciar la calidad de vida en todas estas personas.

4. FACTORES ASOCIADOS CON LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

En la literatura científica se han identificado una serie de factores asociados con los distintos dominios de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en personas con discapacidad física (ver Tabla 10). Estos factores incluyen variables sociodemográficas (p.ej., sexo, edad), relacionadas con la discapacidad (p.ej., causa, presencia de comorbilidad) y clínicas (p.ej., apoyo social, sintomatología de ansiedad y depresión).

Tabla 10. Factores asociados con la CVRS en personas con discapacidad

-Sexo
-Edad
-Estado civil
-Ingresos mensuales
-Situación laboral
-Causa de la discapacidad física
-Porcentaje de discapacidad
-Tiempo que lleva con la discapacidad
-Presencia de comorbilidad
-Uso de medicación
-Sintomatología de ansiedad y depresión
-Rasgos de personalidad (neuroticismo, extraversión, psicoticismo)
-Resiliencia
-Propósito en la vida
-Habilidades de solución de problemas
-Apoyo social
-Autoeficacia
-Optimismo
-Autoestima

4.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

En lo referente a la relación entre la variable sexo y los dominios de la CVRS, en distintos trabajos se halló que los hombres obtenían puntuaciones significativamente más altas que las mujeres en los dominios físico (Akinpelu et al., 2012; Bakhsh et al., 2020; Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016; Ganesh et al., 2020), psicológico (Akinpelu et al., 2012; Bakhsh et al., 2020; Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016; Ganesh et al., 2020; Paiva et al., 2016), relaciones sociales (Bakhsh et al., 2020; Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016) y ambiente (Bakhsh et al., 2020; Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016). En un pequeño número de investigaciones (Aminde et al., 2020; Govindharaj et al., 2018; Howitt et al., 2011) no se encontraron diferencias significativas por sexos en los dominios de la CVRS. Sólo en un trabajo de China (Chang et al., 2020) encontró que las mujeres tenían mayores puntuaciones en el dominio relaciones sociales de la CVRS.

Con respecto a los hallazgos sobre la edad, en algunas investigaciones se encontró que, a mayor edad, menores puntuaciones en CVRS en los dominios físico (Grassi et al., 2020; Howitt et al., 2011; Paiva et al., 2016), psicológico (Paiva et al., 2016), relaciones sociales (Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016) y ambiente (Grassi et al., 2020). Y, en coherencia con esto,

en otros trabajos se halló que una menor edad se asociaba con mayores puntuaciones en CVRS en los dominios físico (Govindharaj et al., 2018; Moshi et al., 2021), psicológico (Govindharaj et al., 2018), relaciones sociales (Govindharaj et al., 2018; Moshi et al., 2021) y ambiente (Bakhsh et al., 2020; Govindharaj et al., 2018; Moshi et al., 2021). En cambio, en los trabajos de Aminde et al. (2020) y Chang et al. (2020) no se encontró relación de la edad con ninguno de los dominios de la CVRS. Sólo en un trabajo (Heräjärvi et al., 2020) se halló que, a mayor edad, las puntuaciones eran más elevadas en los dominios físico, psicológico y relaciones sociales.

En relación con el estado civil, la mayoría de los trabajos indicaron que las personas con discapacidad solteras presentaban menores puntuaciones que las casadas en CVRS en los dominios físico (Chuluunbaatar et al., 2016), psicológico (Baumstarck et al., 2015; Chuluunbaatar et al., 2016) relaciones sociales (Chuluunbaatar et al., 2016; Gnanaselvam et al., 2017) y ambiente (p.ej., Chuluunbaatar et al., 2016; Gnanaselvam et al., 2017; Jeong et al., 2012). Únicamente en una investigación (Chang et al., 2020) se encontró que el estado civil no fue una variable asociada a las puntuaciones obtenidas en los dominios de la CVRS.

En lo referente a los ingresos, distintas investigaciones encontraron que las personas con discapacidad con mayores ingresos obtuvieron puntuaciones más altas tanto en el dominio físico de la CVRS (Badenhorst et al., 2018; Govindharaj et al., 2018; Magnusson et al., 2019; Paiva et al., 2016) como en el psicológico (Govindharaj et al., 2018; Magnusson et al., 2019; Paiva et al., 2016), relaciones sociales (Aminde et al., 2020; Gnanaselvam et al., 2017; Govindharaj et al., 2018; Magnusson et al., 2019) y ambiente (Badenhorst et al., 2018; Gnanaselvam et al., 2017; Govindharaj et al., 2018; Magnusson et al., 2019). Mientras que únicamente en el trabajo de Howitt et al. (2011) se encontró que no existía asociación entre los ingresos y ninguno de los dominios de la CVRS.

Finalmente, respecto a la situación laboral, en un trabajo (Bakhsh et al., 2020) se halló que las personas con discapacidad desempleadas, comparadas con aquellas con trabajo, obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en los dominios físico y relaciones sociales de la CVRS. Mientras que en otro estudio (Nizeyimana et al., 2022) se encontró que estar empleado estaba asociado significativamente de forma positiva con mayores puntuaciones en los dominios físico y psicológico de la CVRS. Además, en un estudio internacional que involucró seis países (Geyh et al., 2013) se halló que el empleo remunerado era un predictor significativo de mayor CVRS global.

4.2. VARIABLES RELACIONADAS CON LA DISCAPACIDAD

Con respecto a la relación entre la causa de la discapacidad física y los dominios de la CVRS, en el estudio de Jovanović et al. (2012), que involucró a personas con discapacidad debido a diferentes condiciones de salud, se encontró que los adultos con esclerosis múltiple obtuvieron puntuaciones más bajas en el dominio físico, frente a los que tenían lesión de la médula espinal; en el dominio psicológico, aquellos con distrofia muscular y esclerosis múltiple tenían puntuaciones más bajas; en los dominios social y ambiente de la CVRS, todas estas condiciones de salud alcanzaron puntuaciones similares. Por su parte, en la investigación de Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil (2016) se compararon los dominios de la CVRS en función de dos grupos de condiciones de salud asociadas a la discapacidad, enfermedades del sistema nervioso y enfermedades musculoesqueléticas y el tejido conectivo; y hallaron que el grupo con enfermedades musculoesqueléticas tenía puntuaciones significativamente más favorables en el dominio social de la CVRS que las personas con afecciones del sistema nervioso.

Respecto al nivel de discapacidad, en diversos trabajos (Alshubaili et al., 2007; Cvijetic et al., 2014; Dymecka et al., 2021; Engel-Yeger et al., 2018; Gnanaselvam et al., 2017; Göksel et

al. 2011; Grassi et al., 2020; Heräjärvi et al., 2020; Paiva et al. 2016) se ha encontrado que mayores niveles de discapacidad se asociaban a menores puntuaciones en el dominio físico de la CVRS, mientras que menores niveles de discapacidad, se relacionaban con mayores puntuaciones en el dominio físico (Howitt et al., 2011). En otros estudios también se halló una correlación negativa alta entre el nivel de discapacidad y las puntuaciones de la CVRS en los dominios psicológico (Cvijetic et al., 2014; Göksel et al., 2011), relaciones sociales (Alshubaili et al., 2007; Chuluunbaatar et al., 2016; Cvijetic et al., 2014; Gnanaselvam et al., 2017) y ambiente (Alshubaili et al., 2007; Aminde et al., 2020; Chuluunbaatar et al., 2016; Cvijetic et al., 2014; Gnanaselvam et al., 2017; Gonvindharaj et al., 2018). Por su parte, Akinpelu et al. (2012) encontraron que los participantes con niveles moderados de discapacidad física tenían niveles altos en todos los dominios de la CVRS. Únicamente, en un trabajo (Jeong et al., 2012) el grado de discapacidad no se asoció con ninguno de los dominios de la CVRS.

En cuanto al tiempo que llevaba la persona con la discapacidad, en dos trabajos (Gnanaselvam et al., 2017; Nowakowska-Domagala et al., 2018) se encontró que no hubo una relación estadísticamente significativa entre esta variable y las puntuaciones de todos los dominios de la CVRS.

Respecto a la comorbilidad, en dos estudios (Noonan et al., 2014; Theadom et al., 2021) se halló que una mayor comorbilidad se relacionaba con peores puntuaciones en el dominio físico de la CVRS. En cuanto al dominio psicológico, en diversas investigaciones (Ellis et al., 2013; Grassi et al., 2020; Janjusevic et al., 2019; Noonan et al., 2014) la presencia de comorbilidades estaba relacionada con puntuaciones más bajas. En otro trabajo (Akinpelu et al., 2012) se encontró que aquellas personas con discapacidad física sin comorbilidad tenían puntuaciones más altas que aquellos con comorbilidad en los dominios relaciones sociales y ambiente de la CVRS. En esta línea, en un estudio en Finlandia con personas con discapacidad física severa (Heräjärvi et al., 2020) se informó que la intensidad del dolor era un predictor significativo de menores puntuaciones de los dominios físico, psicológico y relaciones sociales de la CVRS.

Por último, en relación con el uso de medicamentos, en dos trabajos (Cvijetic et al., 2014; Paiva et al., 2016) se encontró que un mayor uso de medicamentos se asociaba con puntuaciones más bajas en el dominio físico. Sin embargo, en un estudio en Corea en el que se evaluó el efecto analgésico de la medicación en pacientes con dolor neuropático asociado a lesión de la médula espinal (Han et al., 2016), se hallaron mejoras significativas a corto plazo en el dominio físico de la CVRS.

Referente al dominio psicológico, en una investigación (Cvijetic et al., 2014) se halló que pacientes con dolor lumbar crónico de origen no inflamatorio que tomaban analgésicos informaban de puntuaciones más bajas en el dominio psicológico de la CVRS. En el dominio relaciones sociales, en dos trabajos previos en personas con discapacidad física (Han et al., 2016; Park y Lavin, 2010) no hubo diferencias significativas en función del uso de medicación. En otra investigación en la que se evaluó la CVRS en pacientes con artritis reumatoide (Gudelj et al., 2020), tratados con fármacos biológicos modificadores de la enfermedad frente a aquellos con fármacos sintéticos convencionales, tampoco se encontraron diferencias significativas entre ellos en las puntuaciones de los cuatro dominios de la CVRS.

4.3. VARIABLES CLÍNICAS

Respecto a la asociación entre la sintomatología ansiosa y depresiva y los distintos dominios de la CVRS, en diversos trabajos se informó de que una mayor sintomatología de ansiedad se relacionaba con menores puntuaciones de CVRS en los dominios físico (Chang et al., 2020; Grassi et al., 2020; Howitt et al., 2011; Rajati et al., 2018; Singh et al., 2021), psicológico (Howitt et al., 2011; Jeong et al., 2012; Pangalila et al., 2015; Rajati et al., 2018; Singh et al.,

2021), relaciones sociales (Jeong et al., 2012; Singh et al., 2021) y ambiente (Chang et al., 2020; Grassi et al., 2020; Jeong et al., 2012; Singh et al., 2021) .

En lo relativo a la sintomatología depresiva, en algunos estudios se encontró que niveles más altos de depresión estaban significativamente asociados a menores puntuaciones en los dominios físico (Alshubaili et al., 2007; Chang et al., 2020; Göksel et al., 2011; Grassi et al., 2020; Howitt et al., 2011; Kargarfard et al., 2012; Ochoa-Morales et al., 2019; Singh et al., 2021), psicológico (Chang et al., 2020; Göksel et al., 2011; Howitt et al., 2011; Kargarfard et al., 2012; Ochoa-Morales et al., 2019; Rajati et al., 2018; Singh et al., 2021), relaciones sociales (Chang et al., 2020; Jeong et al., 2012; Schmitt et al., 2014; Singh et al., 2021) y ambiente (Grassi et al., 2020; Jeong et al., 2012; Singh et al., 2021). También se pueden mencionar otras investigaciones en las que la depresión fue un predictor significativo de menores puntuaciones de CVRS en los dominios físico (Yamout et al., 2013), psicológico (Engel-Yeger et al., 2018; Yamout et al., 2013) y social (Engel-Yeger et al., 2018).

En cuanto a los rasgos de personalidad y la CVRS, muy pocos estudios han analizado su asociación; se puede mencionar un trabajo (Kim et al., 2013) en el que se investigó la influencia de los rasgos de personalidad en la CVRS durante los primeros 3 meses después del accidente cerebrovascular, encontrándose una asociación negativa entre neuroticismo y todos sus dominios. Asimismo, en una revisión sistemática, en la que se analizaron los nexos entre los aspectos de la personalidad y los dominios de la CVRS en personas con diversos problemas de salud, individuos saludables y adultos mayores (Huang et al., 2017), se halló una mayor relación del neuroticismo con los aspectos psicosociales de la CVRS (dominios psicológico y social). Por su parte, Zarbo et al. (2016) encontraron que puntuaciones más altas en neuroticismo e introversión estaban relacionadas con puntuaciones más bajas en los dominios físico y psicológico de la CVRS.

Respecto a la resiliencia, en el estudio longitudinal de Battalio, Tang et al. (2020), que involucró a adultos con discapacidad física por diferentes condiciones de salud, se encontró al inicio del mismo que aquellos sujetos con puntuaciones más elevadas en resiliencia también puntuaban más en el dominio físico de la CVRS; pero este recurso psicológico no predijo cambios en dicho dominio en el seguimiento de 3 años (Silverman et al., 2015). También Suriá (2015a) encontró que un perfil con altas puntuaciones en resiliencia se relacionaba con mayores puntuaciones en este dominio. Sin embargo, en otro estudio previo de Battalio et al. (2017) no encontraron relación entre ambas variables. En lo relativo al dominio psicológico, en distintos trabajos se halló que mayores puntuaciones en resiliencia estaban asociadas significativamente con mayores puntuaciones del dominio psicológico de la CVRS (Nakazawa et al., 2018; Suriá, 2015a), encontrándose en una investigación (Silván-Ferrero et al., 2020) que la resiliencia podía reducir los efectos negativos del estigma internalizado en el dominio psicológico en las personas con discapacidad física. Asimismo, Suriá et al. (2015) informó de una relación significativa entre la resiliencia y las puntuaciones del dominio social de la CVRS.

En lo relativo al propósito en la vida, no se encontraron trabajos previos que analizaran la relación entre esta variable y los distintos dominios de la CVRS. Sin embargo, en dos estudios previos (Bello et al., 2021; Yeung y Breheny, 2021) se halló una relación entre mayor propósito en la vida y mayor CVRS general.

Respecto a la relación con las habilidades de solución de problemas, se puede mencionar el trabajo de Visser et al. (2015), en el que se investigó si los pacientes con puntuaciones altas y bajas en depresión después de un accidente cerebrovascular utilizaban diferentes estrategias de afrontamiento y habilidades de resolución de problemas y si éstas variables estaban relacionadas con la CVRS, encontrando que la orientación positiva al problema se relacionaba de forma independiente con la CVRS general.

En cuanto al apoyo social, en algunos trabajos (Costa et al., 2012; Yamout et al., 2013) se encontró que recibir más apoyo social se relacionaba con mejores puntuaciones en los dominios físico y psicológico de la CVRS. Además, Salvador-De La Barrera et al. (2018) encontraron que el apoyo social estaba moderadamente relacionado con los dominios relaciones sociales y ambiente.

Con respecto a la autoeficacia, mayores puntuaciones en esta variable se relacionaron con puntuaciones más elevadas en los dominios físico (Middleton et al., 2007; Schmitt et al., 2014; Wilski y Tasiemski, 2016), psicológico (Dymecka et al., 2021; Middleton et al., 2007; Rajati et al., 2018; Wilski y Tasiemski, 2016) y relaciones sociales (Schmitt et al., 2014).

En relación con el optimismo, un estudio en el que se analizó la relación entre optimismo y CVRS en pacientes con dos enfermedades reumáticas crónicas generadoras de discapacidad física, espondiloartritis axial y lumbalgia crónica (Kreis et al., 2015), se halló una asociación con mayores puntuaciones en el dominio psicológico de la CVRS.

Por último, respecto a la relación entre la autoestima y los dominios de la CVRS, Wilski y Tasiemski (2016) encontraron que mayores niveles de autoestima se asociaban con mejores puntuaciones en el dominio psicológico. En otro trabajo con personas con distrofia muscular (O'Dowd et al., 2021) se informó que mayores niveles de autoestima se asociaban con puntuaciones más elevadas en los dominios psicológico y relaciones sociales de la CVRS.

5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de este estudio es determinar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y sus factores asociados en mujeres y hombres con discapacidad física del Cantón de Cuenca (Ecuador).

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

De este objetivo general de la investigación, desglosamos los siguientes objetivos específicos:

- Determinar las características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, etnia, ingresos mensuales, situación laboral); relacionadas con la discapacidad física (causa, porcentaje de discapacidad asignado, tiempo que lleva con la discapacidad, comorbilidad y uso de medicación); y clínicas (síntomatología de ansiedad y depresión, reforzamiento ambiental positivo, rasgos de personalidad [neuroticismo, extraversión, psicoticismo], resiliencia, compromiso con la vida, diferentes habilidades de solución de problemas sociales [orientación positiva a los problemas, resolución racional, orientación negativa a los problemas, estilo impulsivo, estilo evitativo], apoyo social, autoeficacia, empoderamiento, optimismo y autoestima) de los participantes.
- Determinar la calidad de vida de los participantes, en sus distintos dominios (físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente).
- Identificar las variables sociodemográficas, relacionadas con la discapacidad física y clínicas asociadas con la calidad de vida relacionada con la salud en sus distintos dominios.

PARTE EMPÍRICA

IV. MÉTODO

1. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio fue realizado con personas con discapacidad física del Cantón Cuenca, perteneciente a Ecuador, un país ubicado en la región noroccidental de América del Sur, que se divide en cuatro regiones naturales: Galápagos, Costa, Sierra y Oriente. Ecuador está constituido por 24 provincias, con una superficie total de 283 561 km², y tiene una población de 16 528 730 habitantes (Instituto Nacional Estadísticas y Censos [INEC], 2010).

El cantón de Cuenca, con un área total de 3086 km², pertenece a la provincia del Azuay y está dividido en 15 parroquias urbanas y 21 rurales. Al conjunto de parroquias urbanas se le denomina Ciudad de Cuenca y es la capital de la provincia, con un área de 72.32 km² (apenas el 2.3% de su superficie cantonal total). Es el tercer cantón más poblado de Ecuador, con 505 585 habitantes, siendo 293 497 hombres y 266 088 mujeres, con una edad promedio de 29 años (INEC, 2010).

En Ecuador hay alrededor de 471 205 personas con discapacidad, de las cuales 56% son hombres (Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades [CONADIS], 2023), siendo el tipo de discapacidad más prevalente la discapacidad física, en un 45.7% de los casos. En concreto, en el Cantón de Cuenca hay 20 234 personas con discapacidad, de las cuales 9415 de ellas (46.8%) sufren una discapacidad física, siendo 4826 mujeres y 4589 hombres (CONADIS, 2023). Además, esta población con discapacidad física está dispersa en todo el Cantón de Cuenca.

2. DISEÑO

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y analítico con personas con discapacidad física que residen en el Cantón de Cuenca (Ecuador) y se encuentran inscritas en el Registro Nacional de Discapacidades de CONADIS. Los estudios transversales son útiles para describir variables y sus patrones de distribución. Además, se utilizan para analizar las asociaciones, aunque las relaciones no pueden demostrar causalidad (Hulley et al., 2013).

Como se muestra en la Figura 13, la realización del estudio implicó definir claramente la población de referencia, la población susceptible de ser incluida en la muestra, la selección y definición de las variables y los instrumentos de medida. Una vez seleccionada la muestra, se midieron las variables predictoras y de resultado en una sola ocasión, sin período de seguimiento.

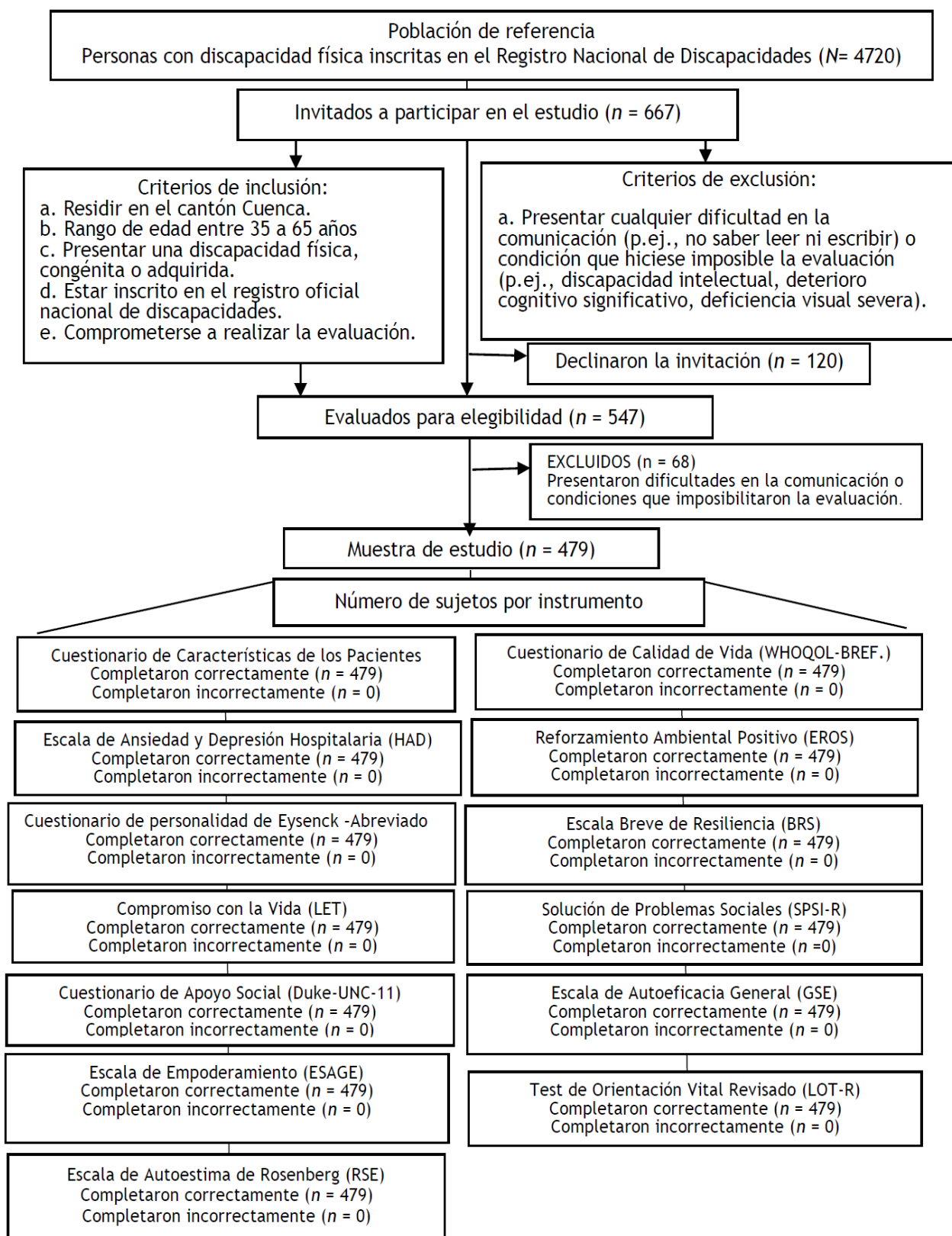


Figura 13. Diagrama de flujo de los participantes del estudio

3. PARTICIPANTES

Los participantes fueron reclutados mediante un muestreo aleatorio simple (empleando una tabla de números aleatorios) entre septiembre de 2017 y abril de 2018 de la población de 4720 personas con discapacidad física que residen en el Cantón de Cuenca inscritas en el Registro Nacional de Discapacidades de CONADIS. Entre los criterios para participar en el estudio estaban: (a) residir en el Cantón de Cuenca, (b) tener un rango de edad entre 35 y 65 años, (c) presentar una discapacidad física congénita o adquirida (d) estar inscrito en el Registro Nacional de Discapacidades, (e) comprometerse a participar en la evaluación. Se excluyeron del estudio aquellas personas que presentaban cualquier dificultad en la comunicación (p.ej., no saber leer ni escribir) o condición que hiciese imposible la evaluación (p.ej., discapacidad intelectual, deterioro cognitivo significativo, deficiencia visual severa). El diagrama de flujo de los participantes se muestra en la Figura 13. Se invitó a participar al estudio a 667 personas con discapacidad física inscritas en la base de datos del Registro Nacional de Discapacidades de CONADIS.

Para minimizar la pérdida de sujetos se siguieron las siguientes estrategias: tratar a los participantes con amabilidad y respeto, ayudándoles a comprender el objetivo de la investigación de modo que quisiesen participar en el estudio; enfatizar la importancia personal, social y científica de su participación en la investigación; programar la aplicación de instrumentos individualmente por teléfono o en caso de imposibilidad de hacerlo por este medio, realizar la evaluación en instituciones de referencia accesibles a los participantes, por ejemplo: lugares de trabajo, hospitales, asociaciones o centros especializados en la atención a personas con discapacidad; recoger información en horarios convenientes para los participantes; y utilización de los instrumentos estrictamente necesarios para la evaluación para evitar la fatiga y con ello la deserción de los participantes.

Un total de 120 personas rechazaron participar en el estudio (tasa de respuesta = 82.0%). Las razones que señalaron para no participar fue no tener tiempo para responder a las preguntas o no estar interesados en colaborar con la investigación. De los que aceptaron participar en el estudio, se excluyeron 68 personas por presentar dificultades en la comunicación o condiciones que hicieron imposible la evaluación.

El tamaño muestral fue estimado sobre la base de un tamaño total de la población de 4720 individuos, un nivel de confianza del 99%, una precisión del 3%, y una varianza conservadora (de 331), estimada en base a la varianza más amplia encontrada en el trabajo de Hawthorne et al. (2006), correspondiente al dominio relaciones sociales. Asimismo, se empleó una perspectiva conservadora en el cálculo del tamaño muestral ajustado a pérdidas, considerando una proporción estimada de pérdidas del 25%, estimándose que se requería una muestra total de 309 personas con discapacidad física. La muestra final del estudio quedó compuesta por 479 personas con discapacidad física, 43.2% hombres y 56.8 % mujeres, con un rango de edad comprendido entre los 35 y 65 años ($M = 52.3$, $DT = 8.4$). En la sección de Resultados se describen el resto de las características de la muestra.

Todos los participantes dieron su consentimiento para participar en el estudio. La participación fue voluntaria y gratuita, sin ningún incentivo económico o de otro tipo. El estudio se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki, y fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito (Código: 2017-104E) (ver Anexo 1).

4. VARIABLES DEL ESTUDIO

En las Tablas 11 y 12 se señalan las variables del estudio, sus definiciones operativas y las categorías correspondientes para cada una de ellas. Se consideraron dos tipos de variables: variables predictoras y variables de resultado.

4.1. VARIABLES PREDICTORAS

En relación con las variables predictoras, se incluyeron en el estudio las siguientes (ver Tabla 11):

- *Variables sociodemográficas:* sexo, edad, estado civil, etnia, ingresos mensuales, situación laboral.
- *Variables relacionadas con la discapacidad:* causa, porcentaje de discapacidad asignado, tiempo que lleva con la discapacidad, comorbilidad y uso de medicación.
- *Variables clínicas:* sintomatología de ansiedad y depresión, reforzamiento ambiental positivo, rasgos de personalidad (neuroticismo, extraversión, psicoticismo), resiliencia, propósito en la vida, solución de problemas sociales (orientación positiva a los problemas, resolución racional de problemas, orientación negativa a los problemas, estilo impulsivo, estilo evitativo), apoyo social, autoeficacia, empoderamiento, optimismo y autoestima.

Tabla 11. Variables predictoras

VARIABLES SOCIODEMGRÁFICAS	Variables	Definición operativa	Categorías
	Sexo	Sexo autoinformado. Variable cualitativa nominal con dos categorías (ver Anexo 2).	(0) Mujer (1) Hombre
	Edad	Edad en años cumplidos. Variable cuantitativa discreta (ver Anexo 2).	35...65 años
	Estado civil	Estado civil autoinformado. Variable cualitativa nominal con cinco categorías (ver Anexo 2).	(0) Soltero (1) Casado (2) Viudo (3) Divorciado (4) Unión libre
	Etnia	Etnia autoinformada a la que considera pertenecer. Se midió como variable cualitativa nominal con cinco categorías (ver Anexo 2).	(1) Mestizo (2) Blanco (3) Afroecuatoriano (4) Indígena (5) Otro
	Ingresos mensuales	Ingresos mensuales recibidos. Variable cualitativa ordinal con seis categorías (ver Anexo 2).	(1) < 375 dólares (2) 375-667 dólares (3) 668 -749 dólares (4) 750 -1.125 dólares (5) > 1125 dólares
	Situación laboral	Situación laboral autoinformada en el momento de la evaluación. Variable cualitativa nominal con dos categorías (ver Anexo 2).	(0) No trabaja (1) Sí trabaja

Tabla 11. (Continuación)

VARIABLES RELACIONADAS CON LA DISCAPACIDAD	Variables	Definición operativa	Categorías
	Causa de la discapacidad física	Causa de la discapacidad física autoinformada. Variable cualitativa nominal, para los análisis se agrupó en 5 categorías de enfermedades.	(1) Enfermedades del sistema nervioso: Parkinsonismo (código 8A00); Esclerosis múltiple (código 8A40); Epilepsia (código 8A60); Accidente cerebrovascular (códigos 8B11 8B20- 8B26); Accidente cerebrovascular isquémico (código); Distrofia muscular (código 8C70.Z); Hemiplejia (código MB53.Z); Paraplejia (código MB56); Cuadriplejia (código MB50.Z) (2) Enfermedades del sistema musculoesquelético y el tejido conectivo: Osteoartritis (códigos FA00-FA01); Artropatías inflamatorias (códigos FA20; FA23); Espondiloartritis inflamatoria (códigos FA92); Deformidades de la columna vertebral (códigos FA70.1); Escoliosis (códigos FA70.1). (3) Anomalías estructurales del desarrollo prenatal: Displasia congénita de la cadera (código LB74.0); Defectos por reducción de la extremidad inferior (código LB9A.Z); Deformidades congénitas de los pies (código LB98.Z). (4) Poliomieltitis (código 1G83). (5) Otras enfermedades no recogidas en otras categorías (p.ej., enfermedad renal crónica (código GB61.Z), Diabetes (código 5A14), enfermedades cardíacas (código BC4Z) y diferentes tipos de cáncer.
	Porcentaje de discapacidad asignado	Porcentaje de discapacidad asignado en el carnet de discapacidad. Variable cuantitativa discreta (ver Anexo 2).	30...100
	Tiempo que lleva con la discapacidad	Duración de la discapacidad física autoinformada. Variable cuantitativa discreta (ver Anexo 2).	1...65
	Comorbilidad	Presencia de otros problemas de salud (además del que originó la discapacidad) autoinformada. Variable cualitativa nominal con dos categorías (ver Anexo 2).	(0) No (1) Sí
	Medicación	Uso de medicación autoinformado. Variable cualitativa nominal con dos categorías (ver Anexo 2).	(0) No (1) Sí
VARIABLES CLÍNICAS	Ansiedad y depresión	Medidas como variables cuantitativas discretas a través de las puntuaciones obtenidas en las subescalas de ansiedad (HAD-A) y depresión (HAD-D) de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (ver Anexo 3). Puntuaciones más elevadas indican una mayor sintomatología de ansiedad y depresión.	

Tabla 11. (Continuación)

VARIABLES CLÍNICAS	Variables	Definición Operativa
	Reforzamiento ambiental positivo	Medida como variable cuantitativa discreta a través de la Escala de Observación de Recompensa desde el Entorno (ver Anexo 4). Puntuaciones más elevadas indican un mayor reforzamiento ambiental positivo.
	Neuroticismo	Medida como variable cuantitativa discreta a través de la subescala Neuroticismo del Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (ver Anexo 5). Se interpreta que a mayor puntuación mayor presencia del rasgo.
	Extraversión	Medida como variable cuantitativa discreta a través de la subescala Extraversión del Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (ver Anexo 5). A mayor puntuación más presencia del rasgo.
	Psicoticismo	Medida como variable cuantitativa discreta a través de la subescala Psicoticismo del Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (ver Anexo 5). Se interpreta que a mayor puntuación mayor presencia del rasgo.
	Resiliencia	Medida como variable cuantitativa discreta a través de la Escala Breve de Resiliencia (ver Anexo 6). Se interpreta que una mayor puntuación implica mayor resiliencia.
	Propósito en la vida	Medida como variable cuantitativa discreta a través de la Escala de Compromiso con la Vida (ver Anexo 7). Se interpreta que a mayor puntuación mayor presencia de propósito en la vida.
	Solución de Problemas Sociales	Medida como variable cuantitativa discreta a través del Inventario de Solución de Problemas Sociales Revisado (Derechos de autor). Proporciona una puntuación total y cinco subescalas: orientación positiva a los problemas, resolución racional de problemas, orientación negativa a los problemas, estilo impulsivo, estilo evitativo. Puntuaciones elevadas son indicativas de mayores habilidades de solución de problemas, excepto en orientación negativa hacia el problema, estilo impulsivo y estilo evitativo, donde puntuaciones altas indican déficits en estas habilidades de solución de problemas.
	Apoyo Social	Medida como variable cuantitativa discreta a través del Cuestionario de Apoyo Social Funcional (ver Anexo 8). Se interpreta que a mayor puntuación mayor apoyo social percibido.
	Autoeficacia	Medida como variable cuantitativa discreta a través de la Escala de Autoeficacia General (ver Anexo 9). Se interpreta que a mayor puntuación mayor expectativa de autoeficacia.
	Empoderamiento	Medida como variable cuantitativa discreta a través de la puntuación obtenida de la Escala de Empoderamiento (ver Anexo 10). Se interpreta que a mayor puntuación mayor nivel de empoderamiento.
	Optimismo	Medida como variable cuantitativa discreta a través del Test de Orientación Vital-Revisado (ver Anexo 11). Mayor puntuación implica mayor presencia de optimismo.
	Autoestima	Medida como variable cuantitativa discreta a través de la escala de Autoestima de Rosenberg (ver Anexo 12). Puntuaciones más elevadas indican mayor autoestima

4.2. VARIABLES DE RESULTADO

Las variables de resultado fueron los diferentes dominios de la calidad de vida relacionada con la salud: dominio físico, dominio psicológico, dominio relaciones sociales y dominio ambiente (ver Tabla 12).

Tabla 12. Variables de resultado

	Variable	Definición Operativa
VARIABLE RESULTADO	Calidad de Vida	Medida como variable cuantitativa continua mediante el Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS WHOQOL-BREF (ver Anexo 13). Permite obtener puntuaciones en cuatro dominios de calidad de vida: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Para cada dominio, puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida.

5. INSTRUMENTOS

Los participantes fueron evaluados con una serie de instrumentos para recoger información sociodemográfica, relacionada con la discapacidad física y clínica. En total se aplicaron trece instrumentos de evaluación, uno de ellos se construyó para recoger información sociodemográfica y relacionada con la discapacidad y los restantes son instrumentos usados internacionalmente para investigaciones en salud mental.

En la Tabla 13, se presenta una descripción breve de los cuestionarios aplicados, el constructo evaluado, formato de respuesta y propiedades psicométricas de cada uno:

Tabla 13. Instrumentos de evaluación utilizados

Instrumento	Constructo evaluado	Formato	Propiedades psicométricas
Instrumentos de evaluación: variables predictoras			
Cuestionario de características de los Pacientes	Características sociodemográficas y relacionadas con la discapacidad	Autoadministrado 11 ítems	
HAD	Ansiedad/Depresión	Autoadministrado 14 ítems	$\alpha = .77$ / $\alpha = .71$
EROS	Reforzamiento ambiental	Autoadministrado 10 ítems	$\alpha = .86$
EPQR-A	Rasgos de personalidad: neuroticismo, extroversión, psicoticismo.	Autoadministrado 24 ítems	Neuroticismo: $\alpha = .78$ Extraversión: $\alpha = .74$ Psicoticismo: $\alpha = .63$
BRS	Resiliencia	Autoadministrado 6 ítems	$\alpha = .83$
LET	Propósito en la vida	Autoadministrado 6 ítems	$\alpha = .81$

Tabla 13. (Continuación)

Instrumento	Constructo evaluado	Formato	Propiedades psicométricas
SPSI-R	Solución de problemas sociales	Autoadministrado 25 ítems	Orientación positiva: $\alpha = .68$ Resolución racional: $\alpha = .78$ Orientación negativa: $\alpha = .79$ Estilo impulsivo: $\alpha = .79$ Estilo evitativo: $\alpha = .83$
DUKE -UNC-11	Apoyo social	Autoadministrado 11 ítems	$\alpha = .90$
GSE	Autoeficacia general	Autoadministrado 10 ítems	$\alpha = .91$
ESAGE	Empoderamiento	Autoadministrado 28 ítems	$\alpha = .86$
LOT-R	Optimismo	Autoadministrado 10 ítems	$\alpha = .78$
RSE	Autoestima	Autoadministrado 10 ítems	$\alpha = .92$
Instrumentos de evaluación: variable resultado			
WHOQOL-BREF	Calidad de vida	Autoadministrado 26 ítems.	Dominio físico: $\alpha = .72$ Dominio psicológico: $\alpha = .74$ Dominio relaciones sociales $\alpha = .67$ Dominio ambiente $\alpha = .75$

Nota. HAD= Escala hospitalaria de ansiedad y depresión; EROS= Escala de Observación de Recompensa desde el Entorno; EPQR-A= Cuestionario de personalidad de Eysenck Revisado- Abreviado; BRS= Escala breve de resiliencia; LET= Escala de Compromiso con la Vida; SPSI-R=S= Inventario de Solución de Problemas Revisado; DUKE-UNC-11= Cuestionario de Apoyo Social Funcional; GSE= Escala de Autoeficacia General; ESAGE= Escala de Empoderamiento; LOT-R= Test de Orientación Vital Revisado; RSE= Escala de Autoestima de Rosenberg; WHOQOL-BREF= Cuestionario de Calidad de vida.

5.1. VARIABLES PREDICTORAS

5.1.1. Sociodemográficas y Relacionadas con la Discapacidad

5.1.1.1. Cuestionario de características de los Pacientes

Se elaboró un cuestionario ad hoc (ver Anexo 2) para obtener información sobre las siguientes variables:

- *Características sociodemográficas:* sexo, edad, estado civil, etnia, ingresos mensuales, situación laboral.
- *Características relacionadas con la discapacidad:* causa, porcentaje de discapacidad asignado, tiempo que lleva con la discapacidad, comorbilidad y uso de medicación

5.1.2. Clínicas

5.1.2.1 Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale [HAD]; Zigmond y Snaith, 1983; versión española de Terol et al., 2007)

Para evaluar la sintomatología de ansiedad y depresión se empleó la HAD (ver Anexo 3). Se trata de un instrumento autoadministrado de 14 ítems divididos en dos subescalas: ansiedad (ítems 1, 3, 5, 7, 9, 11 y 13) y depresión (ítems 2, 4, 6, 8, 10 y 12). El sujeto califica la ocurrencia de los síntomas experimentados en la última semana en una escala tipo Likert de cuatro puntos, de 0 a 3, por lo que el rango de cada subescala es de 0-21, donde una mayor puntuación indica mayor presencia de sintomatología de ansiedad o depresión. También se puede efectuar la corrección de la escala total como índice de distrés psicológico sumando el total de los 14 ítems (rango de 0 a 42) (Terol et al., 2007). Para ambas subescalas, se establecen los siguientes puntos de corte: puntuaciones entre 0 y 7 indican un estado normal; 8 a 10 presencia de síntomas de ansiedad o depresión; y, 11 a 21 sugiere un caso clínico de ansiedad o depresión, con sensibilidades y especificidades de alrededor de .80 (Bjelland et al., 2002; Zigmond y Snaith, 1983). En cuanto a sus propiedades psicométricas, la consistencia interna (evaluada a través del alfa de Cronbach) es de .77 para la subescala de ansiedad, y de .71 para la subescala de depresión (Terol et al., 2007).

5.1.2.2. Escala de Observación de Recompensa desde el Entorno (Environmental Reward Observation Scale [EROS]; Armento y Hopko, 2007; versión española de Barraca y Pérez-Álvarez, 2010)

Para evaluar grado de reforzamiento ambiental positivo contingente a la respuesta se utilizó la EROS (ver Anexo 4). Se trata de una escala autoadministrada de 10 ítems que proporciona información sobre el grado de refuerzo ambiental positivo contingente con la respuesta percibida por la persona en las últimas semanas. Los sujetos deben responder en una escala tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta, de 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo); en función de la adecuación de cada ítem para reflejar en qué medida es aplicable al sujeto durante los últimos meses. El rango de la escala oscila entre 10 y 40, indicando puntuaciones más elevadas un mayor grado de reforzamiento ambiental positivo. La consistencia interna de la versión española del EROS es adecuada ($\alpha = .86$).

5.1.2.3. Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado- Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]; Francis et al., 1992; versión española de Sandín et al., 2002)

Para evaluar los rasgos de personalidad de los participantes se empleó el EPQR-A (ver Anexo 5). Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 24 ítems y cuatro subescalas (neuroticismo, extraversión, psicoticismo y sinceridad), con 6 ítems por subescala. Las tres primeras subescalas miden rasgos de personalidad, mientras que la última evalúa la tendencia a mentir (o a emitir respuestas de deseabilidad social; en la versión española, al igual que ocurre con el cuestionario EPQ, se evalúa inversamente, esto es, se calcula el nivel de sinceridad). El formato de respuesta es dicotómico (No vs. Sí), con un rango de puntuaciones para cada subescala entre 0 y 6, interpretándose que a mayor puntuación en cada rasgo mayor presencia de este, y, en el caso de la escala de sinceridad, a mayor puntuación menor sinceridad por parte del sujeto (Sandín et al., 2002). Los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach), por cada escala son: neuroticismo = .78, extraversión = .74, psicoticismo = .63 y sinceridad = .54.

5.1.2.4. Escala Breve de Resiliencia (Brief Resilience Scale [BRS]; Smith et al., 2008; versión española de Rodríguez-Rey et al., 2016)

Para evaluar la resiliencia se empleó la BRS (ver Anexo 6). Se trata de un instrumento autoinformado de 6 ítems, que los sujetos deben valorar en una escala Likert de 5 puntos que va desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). La puntuación total del instrumento oscila entre 6 y 30, indicando una mayor puntuación un mayor nivel de resiliencia. En relación con sus propiedades psicométricas, la consistencia interna (evaluada a través del alfa de Cronbach) fue de .83 (Rodríguez-Rey et al., 2016).

5.1.2.5. Test de Compromiso con la Vida (Life Engagement Test [LET]; Scheier et al., 2006; versión española de Lima-Castro et al., 2021)

Para medir el propósito en la vida, referido al grado en el que un individuo está comprometido en actividades que son valiosas para él, se empleó el LET (ver Anexo 7). Se trata de un instrumento de evaluación autoaplicado de 6 ítems, evaluados en una escala tipo Likert de 5 puntos que va desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). La puntuación total oscila de 6 a 30, indicando puntuaciones más elevadas un mayor propósito en la vida. La consistencia interna de la versión española (evaluada a través del alfa de Cronbach) fue de .81 (Lima-Castro et al., 2021).

5.1.2.6. Inventario de Solución de Problemas Sociales Revisado (Social Problem-Solving Inventory-Revised [SPSI-R]; D’Zurilla et al., 1999; versión española de Maydeu-Olivares et al., 2000)

Para evaluar la capacidad y las habilidades de solución de problemas se administró el SPSI-R-S. Es un cuestionario autoadministrado de 25 ítems divididos en cinco escalas que evalúan aspectos funcionales y disfuncionales de la capacidad para resolver problemas sociales. La dimensión funcional está conformada por las escalas orientación positiva a los problemas (ítems 4, 9, 13, 15, 5) y resolución racional de problemas (ítems, 12, 16, 19, 21, 23); la dimensión disfuncional se evalúa con las escalas siguientes: orientación negativa a los problemas (ítems 1, 3, 7, 8, 11), estilo impulsivo (ítems, 2, 14, 20, 24, 25), y estilo evitativo (ítems 6, 17, 10, 22, 18) (D’Zurilla et al., 2016). El sujeto tiene que evaluar una serie de ítems que caracterizan sus comportamientos de solución ante los problemas de la vida cotidiana en una escala tipo Likert con varias opciones de respuesta, que van desde el 0 (no es cierto en absoluto) al 4 (extremadamente cierto). El rango de cada subescala va de 0 a 20, donde puntuaciones elevadas son indicativas de unas adecuadas habilidades de solución de problemas, excepto en la orientación negativa hacia el problema, y los estilos impulsivo y evitativo, donde puntuaciones altas indican déficits en estas habilidades de solución de problemas. Las puntuaciones brutas de las cinco escalas del SPSI-R pueden convertirse en puntuaciones estandarizadas para compararlas con poblaciones específicas. La puntuación de la escala global de la versión breve sólo se obtiene de forma estandarizada (D’Zurilla et al., 2016).

En cuanto a sus propiedades psicométricas, la consistencia interna de la versión corta del cuestionario (evaluada a través del alfa de Cronbach) es de .87. Los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) por cada escala son como se muestran a continuación: en concreto, .68 para la orientación positiva a los problemas, .78 para resolución racional de los problemas, .79 para orientación negativa a los problemas, .79 para el estilo impulsivo y .83 para el estilo evitativo (D’Zurilla et al., 2016).

5.1.2.7. Cuestionario de Apoyo Social Funcional (Functional Social Support questionnaire [Duke-UNC-11]; Broadhead et al., 1988; versión española de Bellón et al., 1996)

El Duke-UNC-11 es un cuestionario autoaplicado que evalúa el apoyo social percibido, y consta de 11 ítems que proporcionan una puntuación total y para dos subescalas: apoyo social confidencial, entendido como la posibilidad de contar con personas para hablar (ítems 1, 2, 6, 7, 8, 9 y 10); y apoyo social afectivo, entendido como demostraciones de amor, cariño y empatía (ítems 3, 4, 5 y 11) (ver Anexo 8). Los sujetos deben evaluar cada ítem en una escala tipo Likert de 5 puntos, que van desde 1 (mucho menos de lo que deseo) a 5 (tanto como deseo). El rango de puntuaciones va de 11 a 55 para la escala global, de 7 a 35 para la subescala de apoyo confidencial, y de 4 a 20 para la subescala de apoyo afectivo, indicando puntuaciones más elevadas un mayor nivel de apoyo social percibido. La versión española obtuvo una consistencia interna (alfa de Cronbach) de .90 (Bellón et al., 1996). Se ha establecido que puntuaciones inferiores a 32 en la escala global son indicativas de un pobre apoyo social percibido (Bellón et al., 1996; Salvador-De La Barrera et al., 2018).

5.1.2.8. Escala de Autoeficacia General (General Self-Efficacy Scale [GSE];

Schwarzer y Jerusalem, 1995; versión ecuatoriana de Bueno-Pacheco et al., 2018)

Para evaluar la autoeficacia se utilizó la GSE es un instrumento autoadministrado de 10 ítems, que se evalúan en una escala tipo Likert de 4 puntos que va de 1 (nunca) a 4 (siempre) (ver Anexo 9). El rango de puntuaciones oscila de 10 a 40 indicando puntuaciones más elevadas una mayor autoeficacia. La consistencia interna (alfa de Cronbach) para la versión ecuatoriana fue de .91 (Bueno-Pacheco et al., 2018).

5.1.2.9. Escala de Empoderamiento (Empowerment Scale [ESAGE]; Rogers et al., 1997; versión española de Suriá, 2014a)

Para evaluar el empoderamiento se empleó la ESAGE (ver Anexo 10). Se trata de un instrumento autoadministrado de 28 ítems, que el sujeto debe responder en una escala tipo Likert de 4 puntos de 0 (nada de acuerdo) a 3 (muy de acuerdo). El rango oscila de 0 a 84 puntos, indicando puntuaciones más elevadas un mayor nivel de empoderamiento. Para establecer una medida de punto de corte se dividió esta puntuación en tres rangos, esto es, nivel bajo (de 0 a 27), nivel medio (de 28 a 56) y nivel alto (de 57 a 84). En relación con sus propiedades psicométricas, se encontró una fiabilidad (evaluada a través del alfa de Cronbach), de .86 (Suriá, 2014a).

5.1.2.10. Test de Orientación Vital Revisado [LOT-R] (Life Orientation Test [LOT-R]; Scheier et al., 1994; versión en español de Otero et al., 1998)

Para evaluar el optimismo se empleó el LOT-R (ver Anexo 11), es un instrumento de evaluación autoadministrado de 10 ítems que el sujeto debe responder en una escala tipo Likert de 5 puntos, de 0 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). De ellos, 6 ítems miden la dimensión de optimismo disposicional, en tanto que los otros 4 ítems son de relleno y sirven para hacer menos evidente el contenido del test. El rango de la escala oscila de 0 a 24, indicando puntuaciones más elevadas un mayor nivel de optimismo. La versión original del test obtuvo un alfa de .78.

5.1.2.11. Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale [RSE]; Rosenberg, 1965; versión española de Atienza-González et al., 2000)

Para evaluar la autoestima se empleó la RSE (ver Anexo 12), es una herramienta de evaluación autoadministrada de 10 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos, con un rango que fluctúa desde 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). La puntuación total de la escala oscila en un rango de 10 a 40. La versión española de la escala obtuvo un alfa de Cronbach de .92 (Atienza-González et al., 2000). Se ha informado de que puntuaciones por encima de 25 reflejan una autoevaluación positiva que puede ser universal (Schmitt y Allik, 2005), y por debajo de esa cifra sugieren una baja autoestima clínicamente significativa (Anson y Ponsford, 2006).

5.1.3. Variable de resultado

5.1.3.1. Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF; World Health Organization [WHO], Division of Mental Health, 1996)

Para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se empleó el WHOQOL-BREF (ver Anexo 13). Es un instrumento autoadministrado de 26 ítems, en el que se incluye un ítem sobre la calidad de vida global y otro sobre la satisfacción con el estado de salud. Los 24 ítems restantes evalúan cuatro dominios específicos de la CVRS: físico (7 ítems: 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18), psicológico (6 ítems: 5, 6, 7, 11, 19 y 26), relaciones sociales (3 ítems: 20, 21 y 22) y ambiente (8 ítems: 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25). Cada ítem del WHOQOL-BREF se puntúa en una escala de respuesta tipo Likert del uno al cinco. Las escalas de respuesta están relacionadas con la intensidad (de nada a extremadamente; ítems 3 a 9); capacidad (de nada a totalmente; ítems 10 a 15); evaluación de estados o comportamientos (de muy insatisfecho a muy satisfecho; ítems 16 a 25); y, frecuencia (de nunca a siempre; ítem 26) (Grupo de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud [WHOQOL Group], 1998).

Los rangos de las subescalas oscilan entre 7 y 35 para el dominio físico, entre 6 y 30 para el dominio psicológico, entre 3 y 15 para el dominio social, y entre 8 y 40 para el dominio ambiente, indicando puntuaciones más elevadas una mayor calidad de vida en ese dominio. Estas puntuaciones pueden estandarizarse siguiendo un rango de 0 a 100 o de 4 a 20 (WHO, Division of Mental Health, 1996). El alfa de Cronbach para las distintas subescalas osciló entre .67 y .75 (Urzúa y Jarne, 2008).

6. PROCEDIMIENTO

Con la finalidad de estandarizar el proceso de recolección de datos se desarrolló un protocolo de evaluación por la autora de la investigación que fue revisado por expertos/as en psicología clínica, psiquiatría y psicología evolutiva y de la educación.

En el protocolo se hicieron constar los siguientes puntos:

- *Lugar de evaluación:* telefónicamente o en instituciones de referencia accesibles a los participantes, por ejemplo: lugares de trabajo, hospitales, asociaciones, centros especializados en la atención a personas con discapacidad y residencias.
- *Modo de recogida de datos:* las entrevistas podían realizarse por teléfono o presencialmente, en formato autoadministrado o heteroadministrado, individualmente o en grupo.
- *Horario de evaluación:* se buscaron horarios convenientes para los participantes, incluso en fin de semana o por las noches

- *Duración estimada de la evaluación:* el tiempo para completar los instrumentos, incluyendo el consentimiento informado, se estimó entre media hora y una hora.
- *Cantidad de evaluadores:* uno por cada veinte personas con discapacidad física en el caso de reuniones presenciales grupales.
- *Presentación de cuestionarios:* un solo cuadernillo compuesto por los trece cuestionarios empleados en el estudio. Se aplicaron en el mismo orden a todos los sujetos y sin los nombres originales de los cuestionarios, con el fin de evitar sesgos en la información recopilada.
- *Proceso de recogida de datos:* constaba de tres pasos: (a) contacto con los participantes e indicaciones generales; (b) indicaciones y orientaciones específicas; y (c) agradecimiento y despedida.

Una vez establecido el protocolo para la recogida de datos, la investigadora principal, una profesora en psicología con 10 años de experiencia en el ámbito de la evaluación psicológica (la doctoranda), entrenó al equipo de evaluadores, constituido por tres licenciados en psicología con experiencia práctica de al menos 200 horas en esta área. El entrenamiento, de 24 horas de duración, consistió en seminarios teórico-prácticos y ejercicios de *role-playing*, y en él se abordaron la temática del estudio y la aplicación del protocolo de evaluación, se explicaron los objetivos de la investigación, el diseño muestral y las características de los instrumentos que se utilizaron. Además, se explicaron las instrucciones para cada prueba y cómo darlas, la forma correcta de rellenar los cuestionarios y las dudas que podrían tener los participantes de estudio durante el proceso de evaluación y cómo resolverlas.

Se entregaron a cada evaluador las indicaciones del proceso detallado de recolección de la información de la siguiente manera:

- *Contacto con los participantes e indicaciones generales:* se contactaba a las personas inscritas en el Registro Nacional de Discapacidades por vía telefónica. En estas llamadas se brindaba una breve descripción del estudio para motivar su participación; se efectuaba una valoración del cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión del estudio; se informaba de que la participación era voluntaria, garantizando el anonimato de los participantes; y se obtenía el consentimiento para proceder con la aplicación de los instrumentos del estudio. Para aquellos participantes de una misma localidad que no podían responder a la evaluación en su domicilio o por teléfono se programaban reuniones presenciales en una fecha determinada y en instituciones de referencia accesibles a los participantes.
- *Indicaciones y orientaciones específicas:* una vez que la persona accedía a participar en la investigación y la entrevista se llevaba a cabo cara a cara o vía telefónica, el evaluador continuaba la entrevista personal planteando las preguntas de cada uno de los instrumentos y brindando indicaciones sobre la forma de responder; en este caso el evaluador era quien rellenaba los cuestionarios de forma heteroadministrada. Cada evaluador recibía de antemano el número de cuadernillos equivalente a las personas con discapacidad que tenía programado entrevistar según lo acordado con el investigador principal. Cuando la aplicación se realizaba en forma grupal, el evaluador repartía los cuadernillos boca abajo, siguiendo el orden en el que estaban ubicados los participantes del estudio y empezando por aquel que estaba más próximo a la puerta de entrada. Una vez que todos los participantes tenían los cuadernillos el evaluador iniciaba con las instrucciones de cumplimentación de cada uno de los cuestionarios. Se solicitaba responder con total

sinceridad y se indicaba que en cualquier momento se podía levantar la mano para hacer consultas al evaluador, quien se acercaría para tratarlas individualmente. Se recomendaba contestar con bolígrafo, y que al seleccionar una opción de respuesta la marcasen con un aspa; en aquellos casos en los que había que rellenar con información los espacios en blanco se recomendaba que lo hiciesen con letra de imprenta. El evaluador iba guiando pregunta a pregunta y dando el tiempo suficiente para aclaraciones y respuestas. El orden de aplicación de los instrumentos fue el siguiente: (a) Cuestionario de las Características de los Pacientes, (b) WHOQOL-BREF, (c) HAD, (d) EROS, (e) EPQR-A, (f) BRS, (g) LET, (h) SPSI-R:S, (i) DUKE UNC-11, (j) AG, (k) ESAGE, (l) LOT-R y (ll) RSE.

- *Agradecimiento y despedida*: una vez que los participantes del estudio habían terminado de cumplimentar los cuestionarios, se les agradecía su colaboración.

Previamente al inicio del reclutamiento, se ejecutó una prueba preliminar con 30 personas, que fue dirigida por la autora de la investigación, un ayudante de investigación y un observador externo. Se evaluaron las decisiones planificadas para la recolección de datos, además se ensayaron las instrucciones y explicaciones generales, recogiendo las preguntas y dudas que manifestaron los participantes del estudio en el transcurso de la evaluación.

Una vez analizada la experiencia piloto, se llevó a cabo el reclutamiento de la muestra seleccionada. El trabajo de campo fue supervisado semanalmente por la autora de la investigación.

7. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS

El tratamiento estadístico de los datos se realizó mediante el programa informático SPSS para Windows (versión 28). Para la elección de las pruebas y la determinación de la significación estadística se tuvieron en cuenta: (a) el objetivo del análisis, (b) las características de las variables implicadas, (c) las condiciones de aplicación de cada prueba, (d) el diseño del estudio, y (e) el número de grupos a utilizar.

7.1. ESTUDIO DESCRIPTIVO

Para el estudio descriptivo se siguieron los siguientes pasos:

- *Valoración de las características sociodemográficas, relacionadas con la discapacidad física, y clínicas*: se calcularon estadísticos descriptivos para las características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, etnia, ingresos mensuales y situación laboral), relacionadas con la discapacidad física (causa, porcentaje de discapacidad asignado, tiempo que lleva con la discapacidad, comorbilidad y uso de medicación) y clínicas (síntomatología de ansiedad y depresión, reforzamiento ambiental positivo, rasgos de personalidad [neuroticismo, extraversión, psicoticismo], resiliencia, propósito en la vida, solución de problemas sociales [orientación positiva a los problemas, resolución racional de problemas, orientación negativa a los problemas, estilo impulsivo, estilo evitativo], apoyo social, autoeficacia, empoderamiento, optimismo y autoestima de los participantes). Las variables cuantitativas se presentan con su valor medio y su desviación típica y las variables cualitativas con sus porcentajes.

- Para la valoración de los distintos dominios de la calidad de vida (físico, psicológico, relaciones sociales, ambiente) se utilizaron los valores medios y las desviaciones típicas correspondientes.

7.2. ESTUDIO ANALÍTICO

En función de criterios estadísticos (relacionados con la distribución) se recodificaron las siguientes variables: estado civil (con pareja/sin pareja); etnia (mestizo/otros); ingresos mensuales (inferiores o superiores al salario mínimo [375\$]). La variable porcentaje de discapacidad asignado en el carnet de discapacidad que se presentó como cuantitativa discreta se recodificó para el estudio analítico siguiendo la siguiente escala genérica de gravedad según el manual de calificación de discapacidad emitido el 2018 por el Ministerio de Salud de la República del Ecuador que es el siguiente: del 25% al 49% moderada; del 50% al 74% grave; del 75% al 95% muy grave; del 96% al 100% completa.

En cuanto a los análisis bivariados, en los que se analizó la relación entre las variables predictoras (sociodemográficas, relacionadas con la discapacidad y clínicas) con los distintos dominios de la variable resultado calidad de vida (físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente) se emplearon: (a) el test de χ^2 cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher (con valores esperados < 5) cuando las variables comparadas eran categóricas; (b) el test de la t de Student para dos muestras independientes cuando la variable comparada era cuantitativa y sólo había dos grupos (o el test de la U de Mann-Whitney si no se cumplían los supuestos); (c) el Anova de una vía (o el test de Kruskal-Wallis, y la prueba de Dunn para los análisis post-hoc, si no se cumplían los supuestos) cuando la variable comparada era cuantitativa y había más de dos grupos; y (d) el coeficiente de correlación de Pearson (o el de Spearman si la distribución no era normal) cuando las variables comparadas eran cuantitativas. Todas las pruebas de significación fueron de dos colas. Se consideraron efectos estadísticamente significativos aquellos que arrojaron valores inferiores a .05.

Posteriormente se construyeron modelos de regresión lineal múltiple utilizando un nivel de confianza del 95%. En estos análisis se determinó incluir todas las variables con una probabilidad (p) de significancia igual o inferior a .25, siguiendo las indicaciones de Grant et al. (2019). Además, cabe resaltar que para los análisis multivariados las escalas que evalúan las variables apoyo social y empoderamiento están compuestas de varias dimensiones; por lo tanto, para efectuar estos análisis se empleó sólo la puntuación de la escala global para evitar la colinealidad.

V. RESULTADOS

1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Las características sociodemográficas de los participantes se muestran en la Tabla 14. Todos los ítems relativos a las variables sociodemográficas fueron cumplimentados por el 100% de los participantes en el estudio. La primera variable recogida fue el sexo; el 56.8% eran mujeres y el 43.2% eran hombres. La media de edad fue de 52.3 años ($DT = 8.4$), en un rango que osciló entre un mínimo de 35 años y un máximo de 65.

En cuanto a la distribución según el estado civil, el 58.5% tenían pareja, mientras el 41.5% no la tenían. Con respecto a la etnia, el 94.8% eran mestizos, mientras que el 5.2% restante pertenecían a otras etnias. En relación con los ingresos mensuales, el 54.7% recibían ingresos inferiores o iguales al salario mínimo (375 \$); mientras el 45.3% superaban esa cantidad. Por último, referente a la situación laboral, el 62.0% de los participantes no trabajaban, mientras el 38.0% sí lo hacían.

Tabla 14. Características sociodemográficas ($n = 479$)

Variables	<i>n</i>	%
Sexo		
Hombre	207	43.2
Mujer	272	56.8
Edad		
M	52.3	
DT	8.4	
Rango	35-65	
Estado Civil		
Con pareja	280	58.5
Sin pareja	199	41.5
Etnia		
Mestizo	454	94.8
Otros	25	5.2
Ingresos mensuales		
Inferior o igual 375 \$	262	54.7
Superior a 375 \$	217	45.3
Situación Laboral		
No	297	62.0
Sí	182	38.0

1.2. CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON LA DISCAPACIDAD

Las características de los pacientes en relación con su discapacidad se muestran en la Figura 14. Todos los ítems relativos a las variables relacionadas con la discapacidad fueron cumplimentados por el 100% de los participantes. En concreto, el 48.4% ($n = 232$) fueron enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo; en el 20.9 % ($n = 100$) la discapacidad fue debida a otras enfermedades no recogidas en otras categorías (p.ej., enfermedad renal crónica, diabetes, enfermedades cardíacas y diferentes tipos de cáncer); en el

16.5 % ($n = 79$) debida a enfermedades del sistema nervioso; en el 7.1% ($n = 34$) causada por una poliomielitis; y en el 7.1% ($n = 34$) debida a anomalías estructurales del desarrollo prenatal.

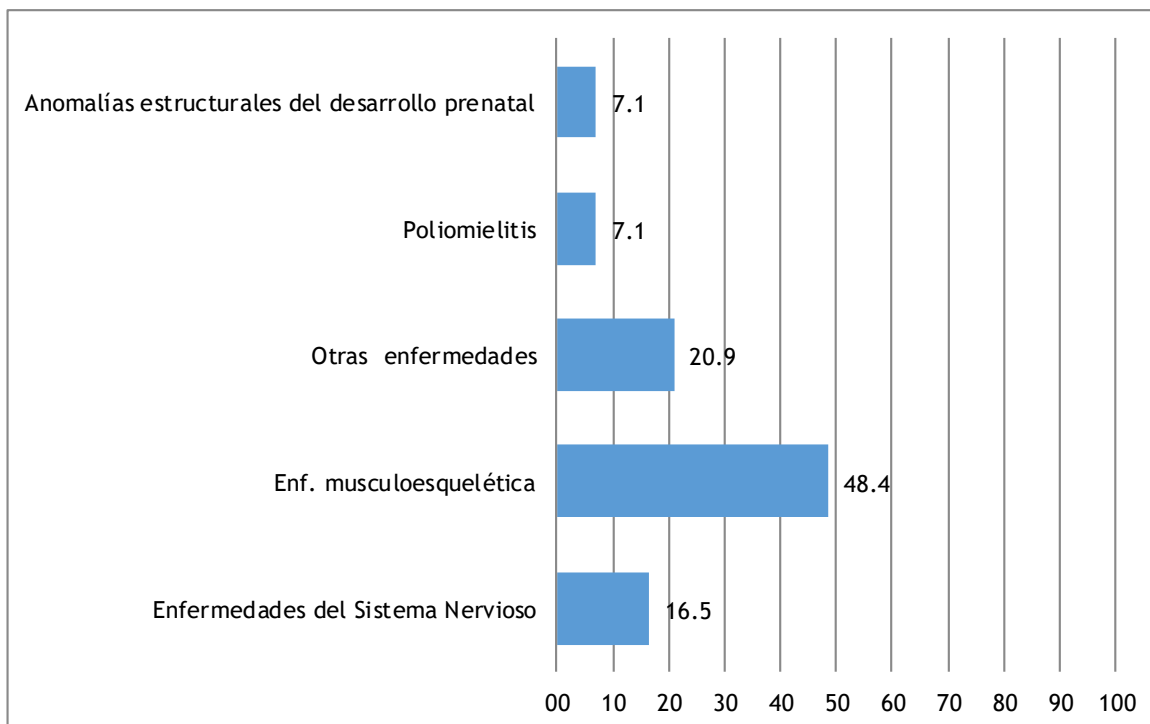


Figura 14. Porcentajes de los participantes según la causa de la discapacidad

En relación con el porcentaje de discapacidad asignado, la media fue de 55 ($DT = 16.8$), en un rango de 30 a 100. El 45.9% ($n = 220$) de los participantes se situaron en un rango de discapacidad de 30 a 49; el 35.9% ($n = 172$) en un rango de 50-74, el 18% ($n = 86$) en un rango de 75- 95, y el 0.2% ($n = 1$) en un rango de 96 a 100 (ver Figura 15).

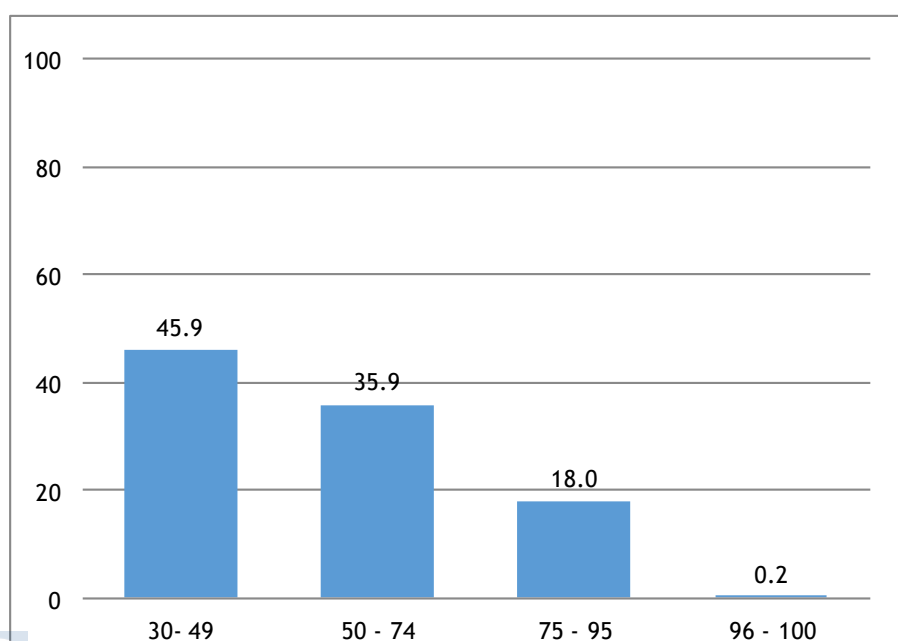


Figura 15. Porcentajes de los participantes según el grado de discapacidad

En relación con el tiempo que llevaban con la discapacidad, la duración media fue de 24.5 años ($DT = 16.9$), en un rango comprendido entre un mínimo de 1 año y un máximo de 65 años.

Con respecto a la presencia de comorbilidad, el 62.0% ($n = 297$) de los participantes informaron de que padecían otro problema de salud asociado, además del que originó la discapacidad; y el 38.0% ($n = 182$) no lo presentaban (ver Figura 16).

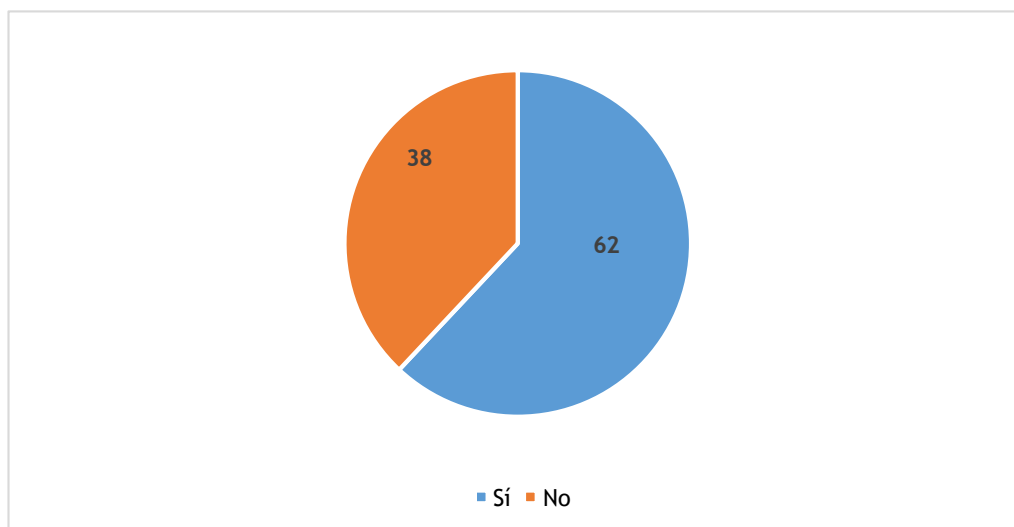


Figura 16. Porcentaje de participantes con comorbilidad

Por último, y en relación con el uso de medicación, el 74.1% ($n = 355$) de las personas con discapacidad informaron de que estaban empleando medicamentos en la actualidad, mientras el 25.9% ($n = 124$) refirieron no hacerlo (ver Figura 17).

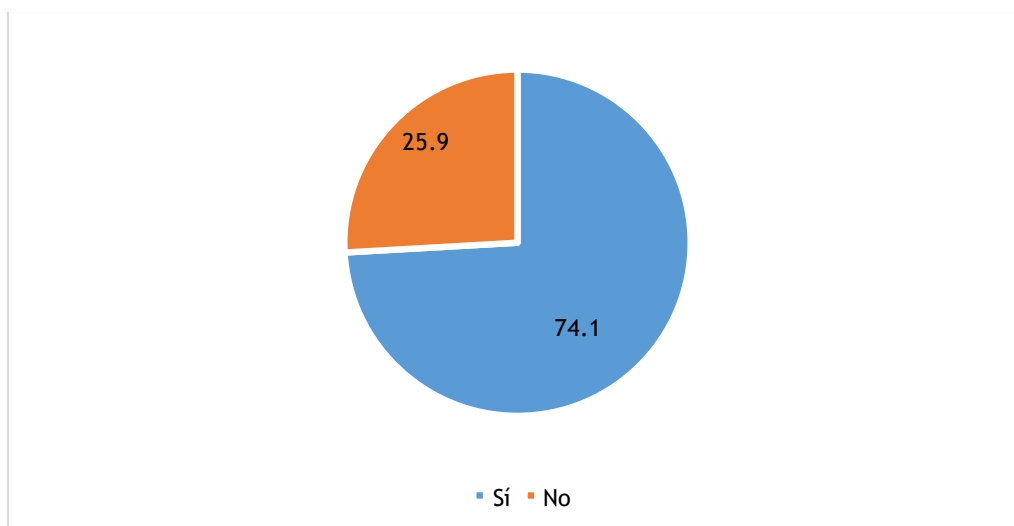


Figura 17. Porcentaje de participantes con medicación

1.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Las características clínicas de los participantes se muestran en la Tabla 15. Así, en cuanto a la sintomatología de ansiedad y depresión, la escala HAD fue cumplimentada por todos los participantes. La puntuación media para la subescala de ansiedad fue de 8.4 ($DT = 4.7$), en un

rango de 0 a 21; con respecto a la subescala de depresión, la puntuación media fue de 6.2 ($DT = 4.3$), siendo 0 la puntuación mínima en la escala y 20 la máxima.

Tabla 15. Características clínicas

Variables clínicas	
Escala HAD	
Ansiedad	
<i>M</i>	8.4
<i>DT</i>	4.7
Rango	0-21
Depresión	
<i>M</i>	6.2
<i>DT</i>	4.3
Rango	0-20
Reforzamiento	
<i>M</i>	27.5
<i>DT</i>	5.0
Rango	10-40
Personalidad	
Neuroticismo	
<i>M</i>	2.8
<i>DT</i>	2.1
Rango	0-6
Extraversión	
<i>M</i>	3.4
<i>DT</i>	2.2
Rango	0-6
Psicoticismo	
<i>M</i>	1.5
<i>DT</i>	1.0
Rango	0-4
Resiliencia	
<i>M</i>	19.3
<i>DT</i>	4.7
Rango	9-30
Propósito en la vida	
<i>M</i>	24.1
<i>DT</i>	4.0
Rango	6-30
Solución de Problemas	
Escala global	
<i>M</i>	12.6
<i>DT</i>	2.5
Rango	5-20
Orientación positiva a los problemas	
<i>M</i>	10.6
<i>DT</i>	4.1
Rango	0-20
Resolución racional de los problemas	
<i>M</i>	10.2
<i>DT</i>	4.0
Rango	0-20
Orientación negativa a los problemas	
<i>M</i>	7.4
<i>DT</i>	4.3
Rango	0-20

Tabla 15. (Continuación)

Variables clínicas	
Solución de Problemas	
Estilo impulsivo	
<i>M</i>	6.7
<i>DT</i>	3.9
Rango	0-18
Estilo evitativo	
<i>M</i>	3.7
<i>DT</i>	4.0
Rango	0-18
Apoyo Social	
Escala Global	
<i>M</i>	39.5
<i>DT</i>	10.3
Rango	11-55
Apoyo confidencial	
<i>M</i>	23.9
<i>DT</i>	7.2
Rango	7-35
Apoyo afectivo	
<i>M</i>	15.6
<i>DT</i>	3.8
Rango	4-20
Autoeficacia	
<i>M</i>	28.0
<i>DT</i>	5.9
Rango	10-40
Empoderamiento	
Escala Global	
<i>M</i>	50.4
<i>DT</i>	8.0
Rango	20-69
Optimismo	
<i>M</i>	16.5
<i>DT</i>	4.0
Rango	5-24
Autoestima	
<i>M</i>	30.0
<i>DT</i>	5.2
Rango	12-40

Considerando los puntos de corte de las subescalas, se encontró que el 47.4 % ($n = 227$) se encontraban en un estado normal, el 34% ($n = 163$) presentaron síntomas de ansiedad, mientras que el 18.6% ($n = 89$) de las personas con discapacidad eran casos clínicos probables de ansiedad (ver Figura 18). Por otro lado, el 64.1 % ($n = 307$) se encontraban en un estado normal, el 18.8% ($n = 90$) presentaron síntomas de depresión y el 17.1% ($n = 82$) eran casos clínicos probables de depresión (ver Figura 19).

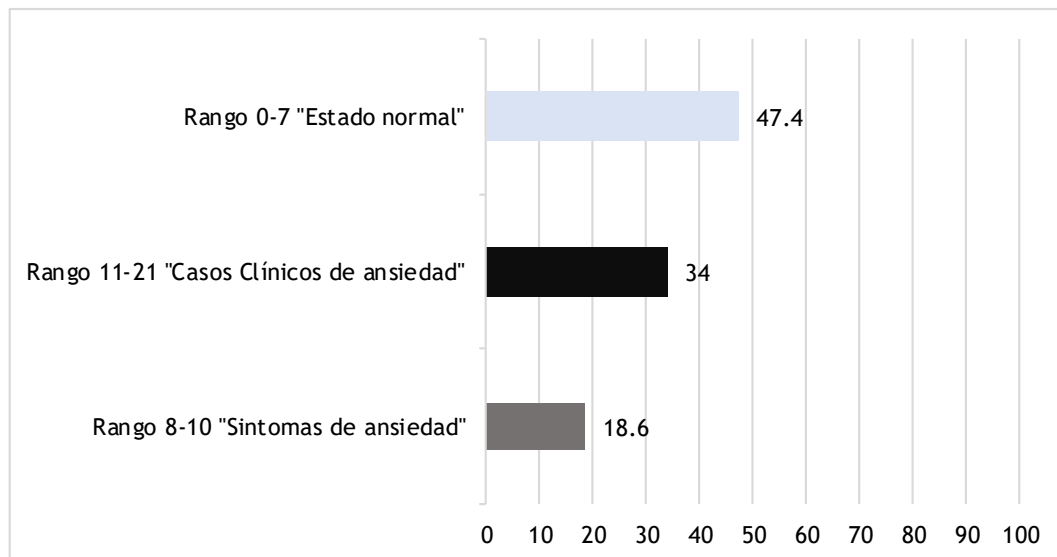


Figura 18. Síntomas y casos clínicos de ansiedad

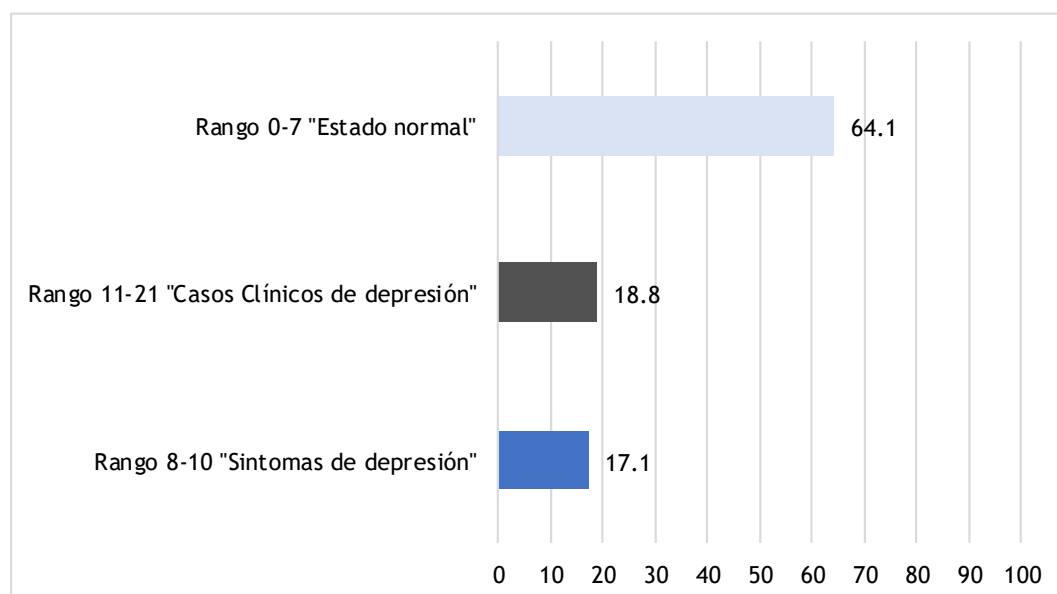


Figura 19. Síntomas y casos clínicos de depresión

Por lo que respecta al reforzamiento ambiental positivo, los ítems de esta escala fueron respondidos por todos los participantes. La puntuación media fue de 27.5 ($DT = 5.0$), oscilando el rango de puntuaciones entre 10 y 40 (ver Figura 20).

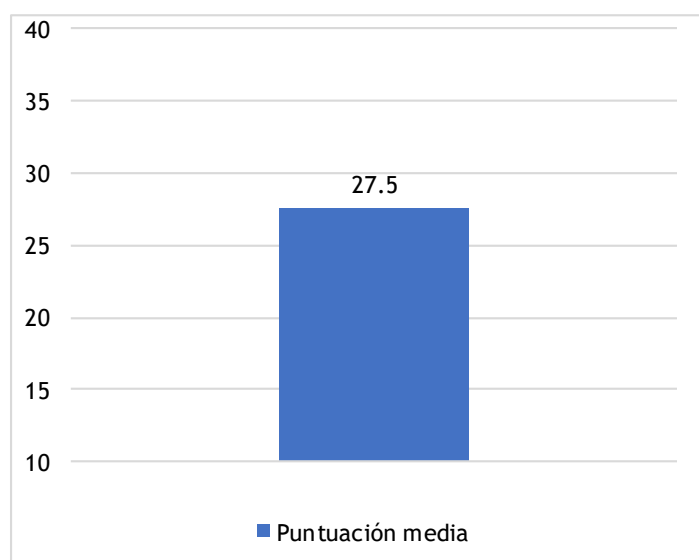


Figura 20. Puntuación media reforzamiento ambiental positivo

Respecto a los rasgos de personalidad, las subescalas de neuroticismo y extraversión fueron cumplimentadas por el 99 % de los participantes, y la subescala de psicoticismo por el 100 % de los sujetos. La puntuación media para la subescala de neuroticismo fue 2.8 ($DT = 2.1$), oscilando el rango de puntuaciones para los participantes entre 0 y 6. La puntuación media para la subescala de extraversión fue 3.4 ($DT = 2.2$), siendo la puntuación mínima 0 y la máxima 6. La puntuación media para la subescala de psicoticismo fue 1.5 ($DT = 1.0$) siendo la puntuación mínima 0 y la máxima 4 (ver Figura 21).

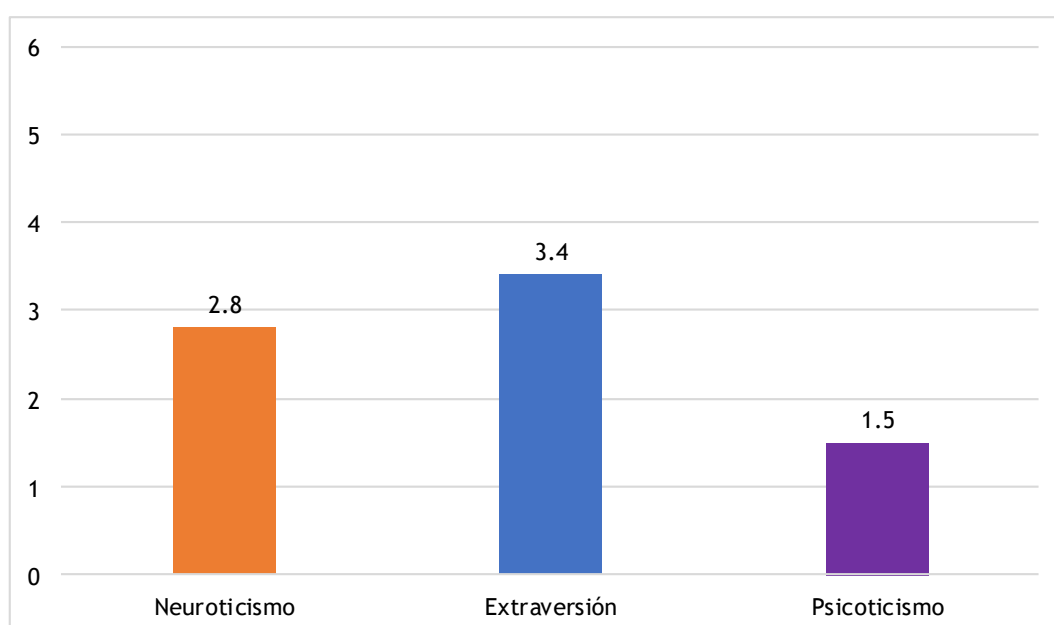


Figura 21. Puntuaciones medias de los rasgos de personalidad

Con respecto a la resiliencia, la escala BRS ha sido informada por todos los participantes. La puntuación media para la escala de resiliencia fue de 19.3 ($DT = 4.7$), siendo la puntuación mínima 9 y la máxima 30 (ver Figura 22).

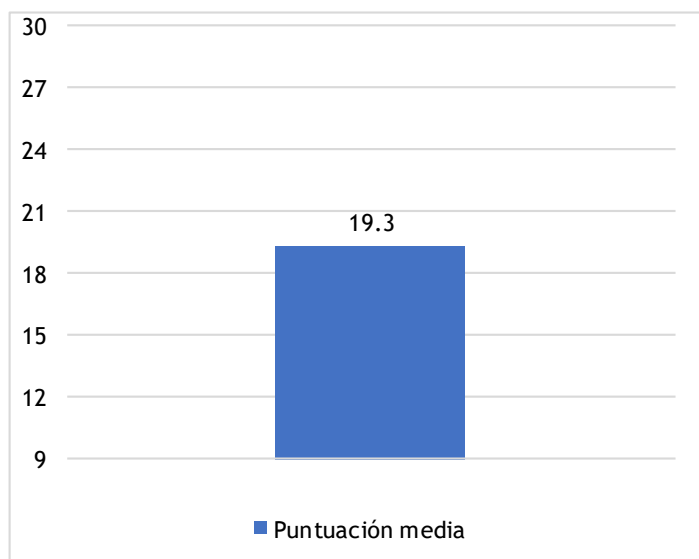


Figura 22. Puntuación media de resiliencia

La variable propósito en la vida fue informada por todos los participantes. La puntuación media fue de 24.1 ($DT = 4.0$), siendo la puntuación mínima 6 y la máxima 30 (ver Figura 23).

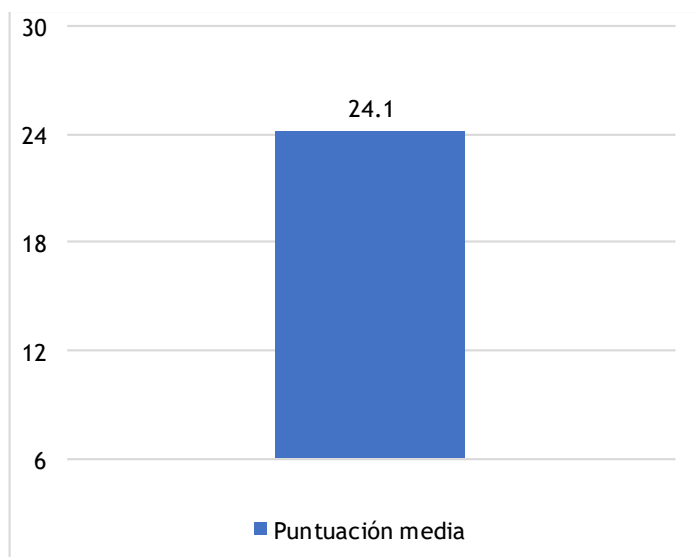


Figura 23. Puntuación media de propósito en la vida

Las habilidades de solución de problemas fueron informadas por el 100% de la muestra. La puntuación media para la escala global fue de 12.6 ($DT = 2.5$), siendo la puntuación mínima 5 y la máxima 20. La puntuación media de la subescala orientación positiva a los problemas fue de 10.6 ($DT = 4.1$), oscilando las puntuaciones entre 0 y 20; la de la subescala resolución racional de problemas fue de 10.2 ($DT = 4.0$), siendo la puntuación mínima 0 y la máxima 20; la de la subescala orientación negativa a los problemas de 7.4 ($DT = 4.3$), oscilando entre 0 y 20; la de la subescala estilo impulsivo fue de 6.7 ($DT = 3.9$), con una puntuación mínima de 0

y máxima de 18; y por último, la puntuación media de la subescala estilo evitativo fue de 3.7 ($DT = 4.0$), siendo la puntuación mínima 0 y la máxima 18 (ver Figura 24).

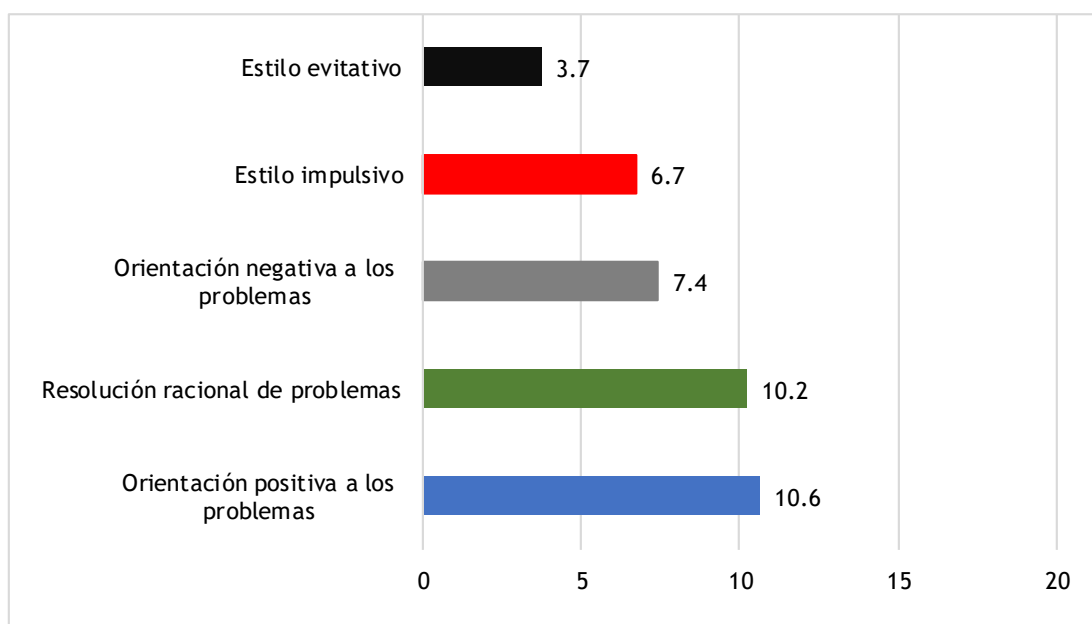


Figura 24. Puntuación media de habilidades de solución de problemas

En relación con la variable apoyo social, fue informada por todos los participantes. La puntuación media para la escala global fue de 39.5 ($DT = 10.3$), siendo la puntuación mínima 11 y la máxima 55. En relación con las puntuaciones por subescalas, la puntuación media para la subescala apoyo confidencial fue 23.9 ($DT = 7.2$), siendo 7 la puntuación mínima y 35 la máxima. La puntuación media para la subescala de apoyo afectivo fue de 15.6 ($DT = 3.8$), siendo 4 la puntuación mínima en la escala y 20 la máxima (ver Figura 25).

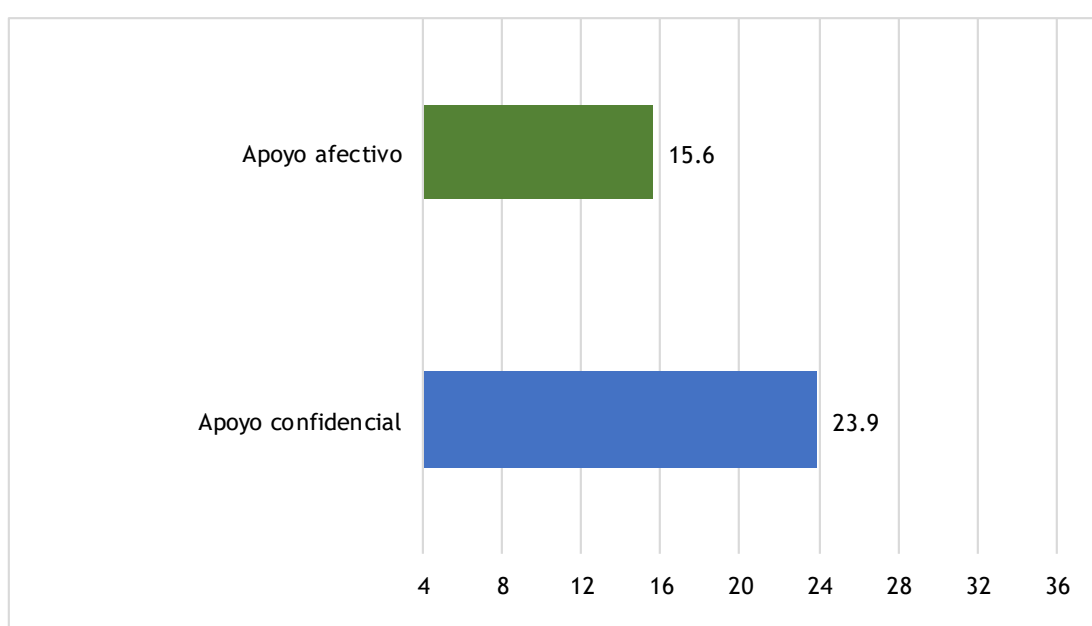


Figura 25. Puntuaciones medias para las subescalas de apoyo social

La variable autoeficacia fue informada por el 99% de los participantes. La puntuación media fue 28.0 ($DT = 5.9$), siendo 10 la puntuación mínima y 40 la máxima (ver Figura 26).

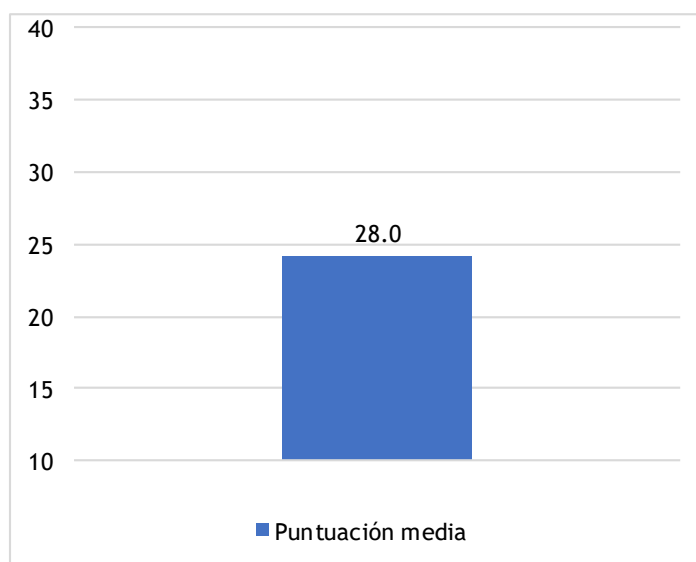


Figura 26. Puntuación media de autoeficacia

En relación con el empoderamiento, los ítems de esta escala fueron informados por el 99% de los participantes. La puntuación media para la escala global fue de 50.4 ($DT = 8.0$), siendo la puntuación mínima 20 y la máxima 69 (ver Figura 27).

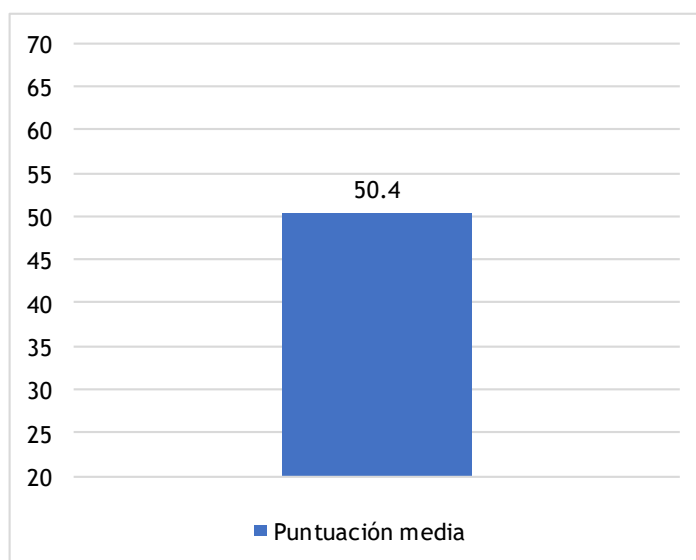


Figura 27. Puntuación media de empoderamiento

La variable optimismo ha sido informada por todos los participantes. La puntuación media fue de 16.5 ($DT = 4.0$), siendo 5 la puntuación mínima en la escala y 24 la máxima (ver Figura 28).

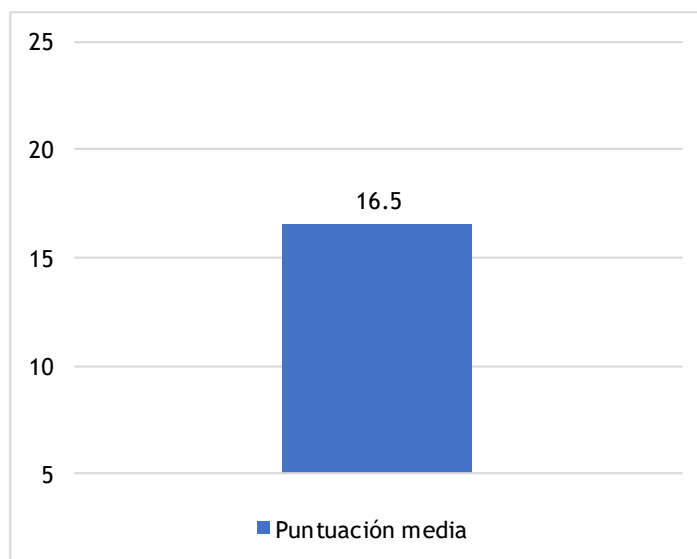


Figura 28. Puntuación media de optimismo

Por último, la variable autoestima global fue informada por el 99% de los participantes. La puntuación media fue de 30 ($DT = 5.2$), siendo 12 la puntuación mínima en la escala y 40 la máxima (ver Figura 29).

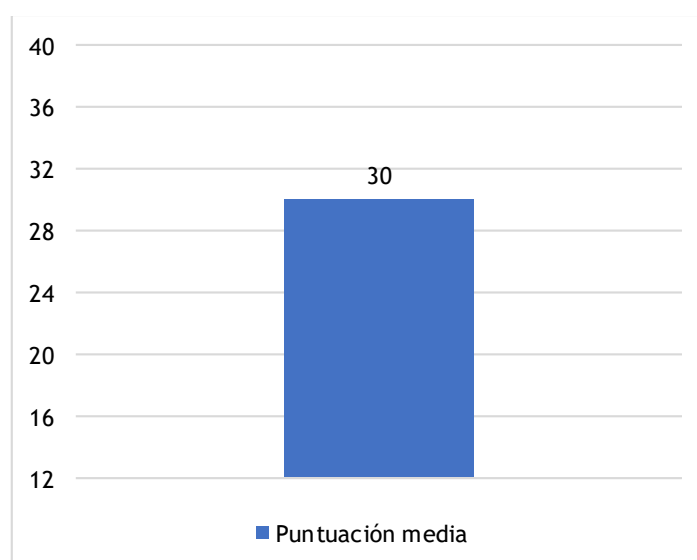


Figura 29. Puntuación media de autoestima

2. ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA

La variable calidad de vida, evaluada en sus cuatro dominios (físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente), ha sido informada por el 100% de los participantes. Como se muestra en la Tabla 16 para las puntuaciones transformadas en un rango de 0 a 100, la puntuación media del dominio físico fue 47.7 ($DT = 18.9$), del dominio psicológico de 59.0 ($DT = 19.9$), la del dominio relaciones sociales de 56.2 ($DT = 22.1$), y la del dominio ambiente de 55.4 ($DT = 17.6$).

Tabla 16. Puntuaciones en los dominios (WHOQOL-BREF)

	Mínimo	Máximo	M	DT
Dominio Físico				
Rango 4-20	4.0	18.9	11.6	3.0
Rango 0-100	0.0	92.9	47.7	18.9
Dominio Psicológico				
Rango 4-20	5.3	20.0	13.4	3.2
Rango 0-100	8.3	100.0	59.0	19.9
Dominio Relaciones Sociales				
Rango 4-20	4.0	20.0	13.0	3.5
Rango 0-100	0.0	100.0	56.2	22.1
Dominio Ambiente				
Rango 4-20	6.0	20.0	12.9	2.8
Rango 0-100	12.5	100.0	55.4	17.6

En la Tabla 17 se muestran los porcentajes de participantes que respondieron a cada ítem en función de cada categoría de respuesta del cuestionario. En concreto, respecto al ítem que evaluó la calidad de vida global “¿Cómo puntuaría a su calidad de vida?”, el 47.6% de los participantes respondieron que *lo normal*. Respecto al ítem que evaluó la satisfacción con el estado de salud, “¿Cuán satisfecho está con su salud?”, el 35.9% respondieron *lo normal*.

En cuanto a los ítems del Dominio Físico, en la subescala relacionada con la intensidad, en respuesta al ítem “¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?”, el 43.4% respondió que *un poco*; mientras que al ítem “¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en la vida diaria?”, el 33.6% contestaron que *un poco*. En cuanto a la subescala de capacidad, en respuesta al ítem “¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?”, el 36.0% contestaron que *moderado*; y, en relación con el ítem “¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?”, el 31.5% respondieron que *un poco*. En la subescala relacionada con la evaluación de estados y comportamientos, en respuesta al ítem “¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?”, el 29.9% respondió que *insatisfecho*; mientras, en cuanto al ítem “¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?”, el 34.4% contestaron que *lo normal*; y, respecto al ítem “¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?”, el 27.3 % contestaron que *lo normal*.

En cuanto a los ítems del Dominio Psicológico, en la subescala relacionada con la intensidad, en respuesta al ítem “¿Cuánto disfruta de la vida?”, el 34.9% respondieron lo normal; en cuanto al ítem “¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?”, el 35.1% contestaron que bastante; en respuesta al ítem “¿Cuál es su capacidad de concentración?”, el 33.2% respondieron lo normal. En cuanto a la subescala de capacidad, en respuesta al ítem “¿Es capaz de aceptar su apariencia física?”, el 27.2% contestaron que *bastante*. En la subescala de respuesta frecuencia, en respuesta al ítem “¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?”, el 31% respondieron *medianamente*.

En cuanto a los ítems del Dominio Relaciones Sociales, en la subescala relacionada con la evaluación de estados y comportamientos, en respuesta al ítem “¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?”, el 35.5% respondió que bastante satisfecho; en cuanto al ítem “¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?”, el 34.4% contestaron que lo normal; y, respecto al ítem “¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?”, el 29.4 % contestaron que *bastante satisfecho*.

En cuanto a los ítems del Dominio Ambiente, en la subescala relacionada con la intensidad, en respuesta al ítem “¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?”, el 38.6% respondió que lo normal; mientras que en el ítem “¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?”, el 38.9% contestaron que lo normal. En cuanto a la subescala de capacidad, en respuesta al ítem “¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?”, el 45.9% contestaron que *un poco*; respecto al ítem “¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?”, el 31.7% respondieron que *moderado*; y en relación con el ítem “¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?”, el 32.4% contestaron que *moderado*. En la subescala relacionada con la evaluación de estados y comportamientos, en respuesta al ítem “¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?”, el 33.8% respondió que *bastante satisfecho*; mientras que en el ítem “¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?”, el 38.2% contestaron que *bastante satisfecho*; respecto al ítem “¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?”, el 30.3 % contestaron que *lo normal*.

Tabla 17. Participantes que respondieron a cada categoría de respuesta de los ítems (WHOQOL-BREF)

Ítems generales	Categorías /frecuencia									
	Muy Mal		Poco		Lo normal		Bastante bien		Muy bien	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	36	7.5	114	23.8	228	47.6	68	14.2	33	6.9
2. ¿Cuán satisfecho/a está con su salud?	Muy insatisfecho/a		Insatisfecho/a		Lo normal		Bastante satisfecho/a		Muy satisfecho/a	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	57	11.9	167	34.9	172	35.9	58	12.1	25	5.2
Dominio Físico										
Ítems (Intensidad)	Nada		Un poco		Lo normal		Bastante		Extremadamente	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
3. ¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	77	16.1	208	43.4	81	17	74	15.4	39	8.1
4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	126	26.3	161	33.6	93	19.4	63	13.2	36	7.5
Ítems (Capacidad)	Nada		Un poco		Moderado		Bastante		Totalmente	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
10. ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	12	2.5	146	30.5	172	36.0	92	19.2	57	11.8
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	29	6.1	151	31.5	136	28.4	83	17.3	80	16.7

Tabla 17. (Continuación)

	Muy insatisfecho/a		Insatisfecho/a		Lo normal		Bastante satisfecho/a		Muy satisfecho/a	
Ítems (Evaluación de estados y comportamientos)	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
16. ¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?	30	6.3	143	29.9	119	24.8	129	26.9	58	12.1
17. ¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	22	5	115	24.0	165	34.4	118	24.6	59	12
18. ¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	54	11.3	129	27	131	27.3	106	22.1	59	12.3
Dominio Psicológico										
	Nada		Un poco		Lo normal		Bastante		Extremadamente	
Ítems (Intensidad)	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?	26	5.4	114	23.8	167	34.9	98	20.5	74	15.4
6. ¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	10	2	58	12.1	133	27.8	168	35.1	110	23.0
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?	16	3.3	104	21.7	159	33.2	106	22.1	94	19.7
	Nada		Un poco		Moderado		Bastante		Totalmente	
Ítems (Capacidad)	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	11	2.3	69	14.4	165	34	128	27.2	106	22.1
	Nunca		Raramente		Medianamente		Frecuentemente		Siempre	
Ítems (Frecuencia)	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	44	9	120	25	150	31	123	26	42	9

Tabla 17. (Continuación)

Dominio Relaciones Sociales										
	Muy Insatisfecho/a		Insatisfecho/a		Lo normal		Bastante satisfecho/a		Muy satisfecho/a	
Ítems (Evaluación de estados y comportamientos)	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
20. ¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	11	2.2	56	11.7	120	25.1	170	35.5	122	25.5
21. ¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	84	17.5	135	28.2	165	34.4	64	13.4	31	6.5
22. ¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	29	6.1	86	18	124	25.9	141	29.4	99	20.7
Domino Ambiente										
	Nada		Un poco		Lo normal		Bastante		Extremadamente	
Ítems (Intensidad)	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	18	3.8	95	19.8	185	38.6	118	24.6	63	13.2
9. ¿Cuán salvable es el ambiente físico de su alrededor?	13	2.7	74	15.5	186	38.9	130	27.2	75	15.7
	Nada		Un poco		Moderado		Bastante		Totalmente	
Ítems (Capacidad)	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	69	14.4	220	45.9	125	26.1	46	9.6	19	4.0
13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	18	3.8	93	19.4	152	31.7	148	30.9	68	14.2
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	44	9.2	153	31.9	155	32.4	88	18.4	38	8.1
	Muy insatisfecho/a		Insatisfecho/a		Lo normal		Bastante satisfecho/a		Muy satisfecho/a	
Ítems (Evaluación de estados y comportamientos)	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
23. ¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	6	1.3	59	12.3	126	26.3	162	33.8	126	26.3
24. ¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	13	3	51	10.6	149	31.1	183	38.2	83	17.1
25. ¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?	30	6.3	95	19.8	145	30.3	140	29.2	69	14.4

2.1. ANÁLISIS DEL DOMINIO FÍSICO DE CALIDAD DE VIDA

2.1.1. Variables sociodemográficas y dominio físico de la calidad de vida: análisis bivalente

En cuanto a la relación entre la variable sexo y el dominio físico de la calidad de vida, se halló que la puntuación media obtenida en el mismo para los hombres fue de 50.3 ($DT = 19.9$) y para las mujeres de 45.7 ($DT = 17.8$) (ver Figura 30); las diferencias entre hombres y mujeres fueron estadísticamente significativas, $t(477) = -2.68, p = .007$.

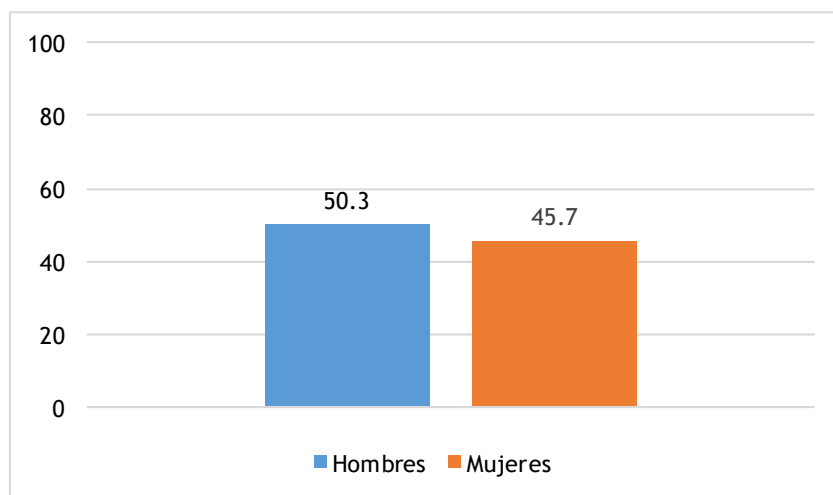


Figura 30. Puntuaciones medias en el dominio físico en función del sexo

Con respecto a la relación entre edad y el dominio físico de la calidad de vida, se encontró una correlación inversa significativa entre la edad y el dominio físico ($r = -.17, p < .001$).

En relación con el estado civil, se encontró una puntuación media en el dominio físico de la calidad de vida de 48.1 para los que tenían pareja ($DT = 18.7$), y de 47.1 ($DT = 19.2$) para los que no tenían pareja (ver Figura 31); las diferencias en este dominio entre aquellos con y sin pareja no fueron estadísticamente significativas, $t(477) = -.55, p = .582$.

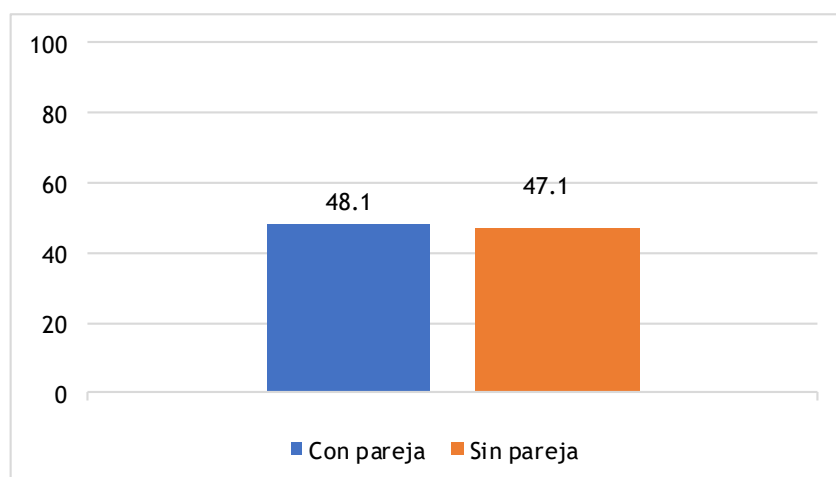


Figura 31. Puntuaciones medias en el dominio físico en función del estado civil

Con respecto a la etnia, se encontró una puntuación media en el dominio físico de 47.2 ($DT = 18.8$) para los participantes mestizos, y de 56.9 ($DT = 17.0$) para otros grupos étnicos (ver Figura 32); las diferencias entre los participantes mestizos y los de otras etnias fueron estadísticamente significativas, $t(477) = -2.51, p = .012$.

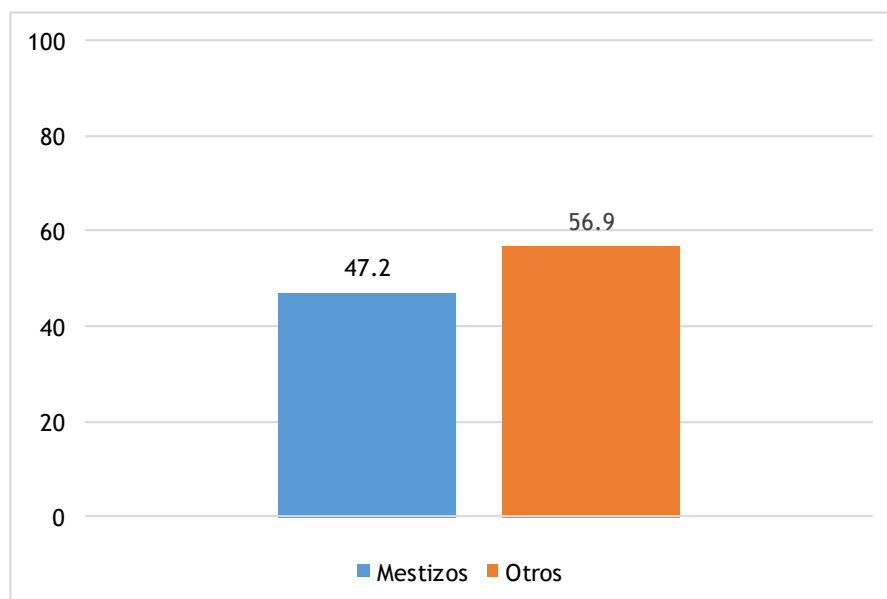


Figura 32. Puntuaciones medias en el dominio físico en función de la etnia

Con respecto a los ingresos mensuales, se halló que la puntuación media en el dominio físico fue de 42.4 ($DT = 17.1$) para aquellos que percibían ingresos inferiores o iguales a 375 \$, y de 54 ($DT = 19.0$) para aquellos con ingresos mensuales superiores a 375 \$ (ver Figura 33); las diferencias en función del nivel de ingresos fueron estadísticamente significativas, $t(477) = -7.02, p < .001$.

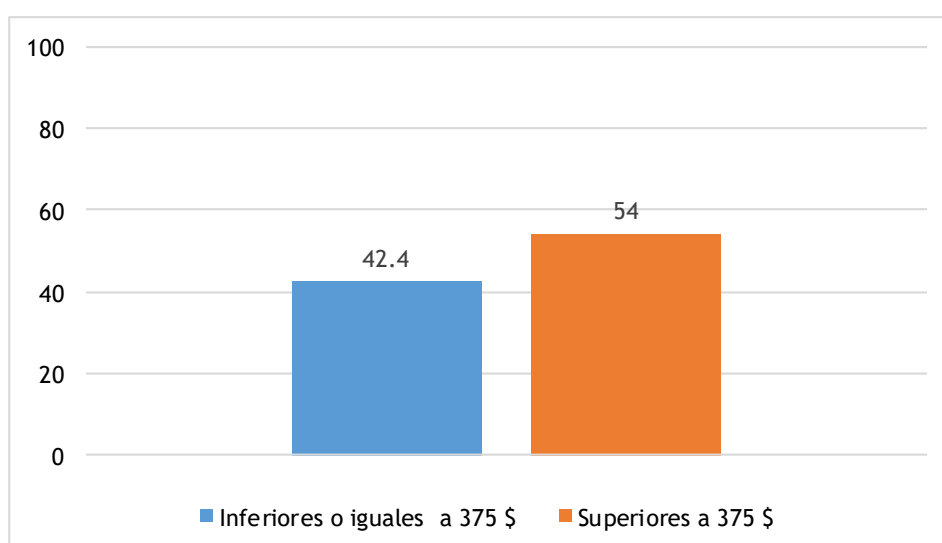


Figura 33. Puntuaciones medias en el dominio físico en función del nivel de ingresos

Por último, con respecto a la situación laboral, la puntuación media en el dominio físico de la calidad de vida fue de 41.7 ($DT = 17.5$) para los que no trabajaban, y de 57.4 ($DT = 16.9$)

para aquellos con trabajo (ver Figura 34); las diferencias entre las puntuaciones de los que no trabajaban y los que trabajaban fueron estadísticamente significativas, $t(477) = -9.60$, $p < .001$.

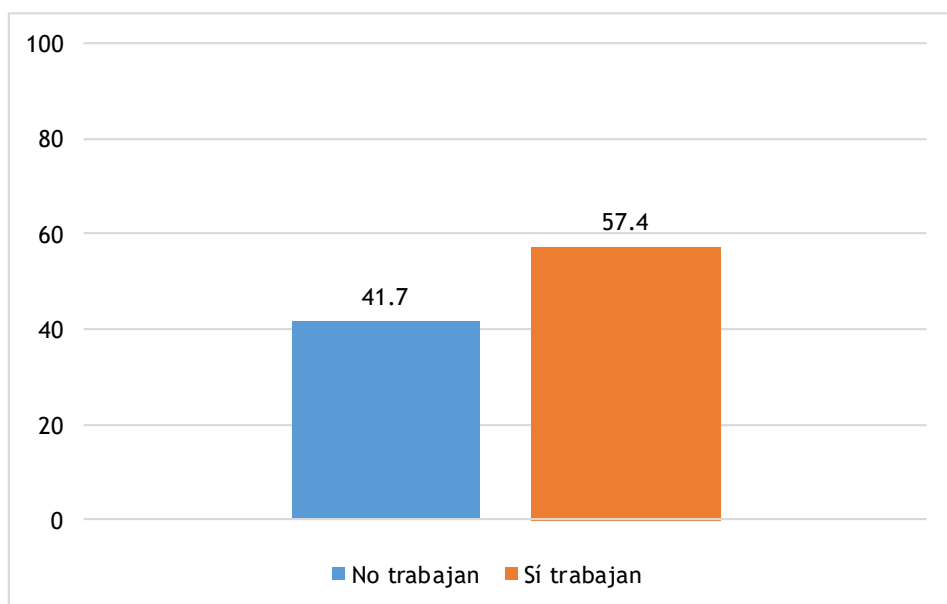


Figura 34. Puntuaciones medias en el dominio físico en la función de la situación laboral

2.1.2. Variables sociodemográficas y dominio físico de la calidad de vida: análisis multivariante

Para concluir con el análisis de la relación entre variables sociodemográficas y el dominio físico de la calidad de vida se presentan los resultados del análisis de regresión lineal, que se recogen en la Tabla 18. Se analizaron el conjunto de variables predictoras que tras los análisis bivariantes preliminares presentaron resultados estadísticamente significativos o tuvieron una $p < .25$. En concreto se introdujeron las siguientes variables: sexo, edad, etnia, ingresos mensuales y situación laboral. Como variable de resultado se incluyó el dominio físico de la calidad de vida.

Las variables etnia, ingresos mensuales y situación laboral se asociaron de manera independiente con el dominio físico de la calidad de vida (ver Tabla 18). El modelo resultante tuvo una R^2 ajustada de .19.

Respecto a la etnia, las personas de otras etnias tuvieron puntuaciones más elevadas en el dominio físico de la calidad de vida ($B = 9.69$, IC 95% [2.82, 16.55], $t = 2.77$, $p = .006$).

En cuanto a la variable ingresos mensuales, mayores ingresos mensuales se relacionaron con puntuaciones más altas en el dominio físico de la calidad de vida ($B = 6.44$, IC 95% [2.98, 9.90], $t = 3.66$, $p < .001$).

Por último, con respecto a la situación laboral, se halló que las personas que trabajan obtuvieron puntuaciones más altas en el dominio físico de la calidad de vida ($B = 11.38$, $t = 5.85$, IC 95% [7.56, 15.21], $p < .001$).

No se hallaron asociaciones significativas de las variables sexo y edad con el dominio físico de la calidad de vida relacionada con la salud.

Tabla 18. Análisis multivariante: variables sociodemográficas y dominio físico

Variables	B	B	t	P	IC (95%)	
					Límite inferior	Límite superior
Sexo	1.25	0.03	0.78	.437	-1.90	4.40
Edad	-0.17	-0.08	-1.72	.085	-0.37	0.02
Etnia	9.69	0.11	2.77	.006	2.82	16.55
Ingresos mensuales	6.44	0.17	3.66	< .001	2.98	9.90
Situación Laboral	11.38	0.29	5.85	< .001	7.56	15.21

Nota. B = coeficiente de regresión no estandarizado; B = coeficiente de regresión; IC = intervalo de confianza.

2.1.3. Variables relacionadas con la discapacidad y dominio físico de la calidad de vida: análisis bivalente

En relación con la causa de la discapacidad, se encontraron puntuaciones medias en el dominio físico de 46.7 ($DT = 19.8$) para aquellos con enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo; de 45.8 ($DT = 17.7$) para los que tenían enfermedades del sistema nervioso; de 56.2 ($DT = 16.9$) para aquellos con poliomielitis; de 52.0 ($DT = 16.5$) para los que tenían anomalías estructurales del desarrollo prenatal; y de 41.1 ($DT = 18.3$) para aquellos con otras enfermedades (ver Figura 35). El test de Kruskal-Wallis detectó diferencias entre los grupos ($p < .05$), y al aplicar la prueba de Dunn se encontraron diferencias significativas entre las siguientes causas de discapacidad: enfermedades del sistema musculoesquelético y tejido conectivo, por un lado, y poliomielitis, por el otro ($p < .048$).

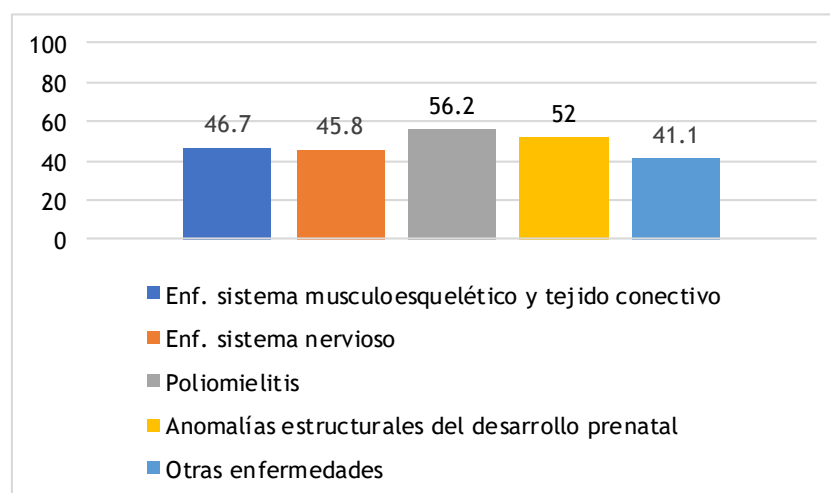


Figura 35. Puntuaciones medias en el dominio físico en función de la causa de la discapacidad

Con respecto a la relación entre el porcentaje de discapacidad asignado y la puntuación del dominio físico de la calidad de vida, se obtuvo una correlación inversa significativa entre ambas variables ($r = -.26$, $p < .001$). Mientras que se encontró una correlación directa entre el tiempo que se llevaba con la discapacidad física y la puntuación media en el dominio físico de la calidad de vida ($r = .11$, $p = .016$).

En relación con la comorbilidad, la puntuación media en el dominio físico fue de 43.7 ($DT = 17.3$) para los participantes con comorbilidad, y de 54.1 ($DT = 19.6$) para aquellos que no la presentaban; las diferencias entre ambos grupos de sujetos fueron estadísticamente significativas, $t(477) = 6.09$, $p < .001$ (ver Figura 36).

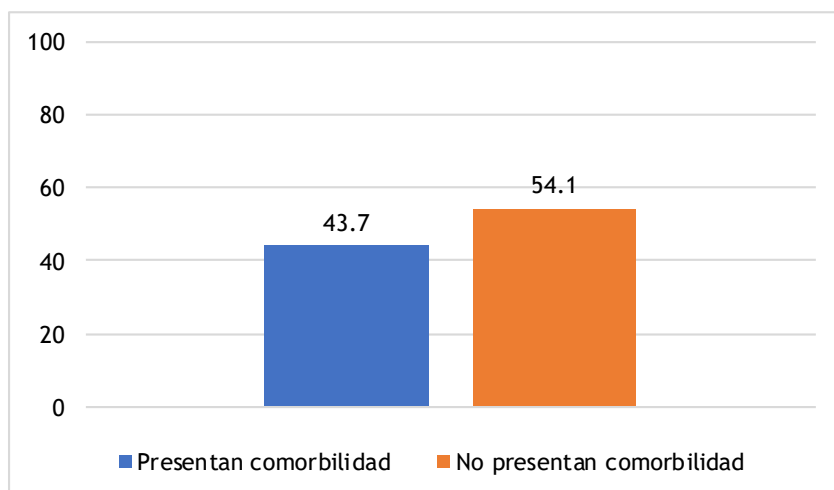


Figura 36. Puntuaciones medias en el dominio físico en función de la presencia de comorbilidad

Por último, en relación con el uso de medicación, la puntuación media en el dominio físico fue de 44.3 ($DT = 17.9$) para aquellos que empleaban medicación, y de 57.4 ($DT = 18.1$) para los que no la empleaban, hallándose diferencias estadísticamente significativas en la comparación de ambos grupos, $t(477) = 7.02$, $p < .001$ (ver Figura 37).

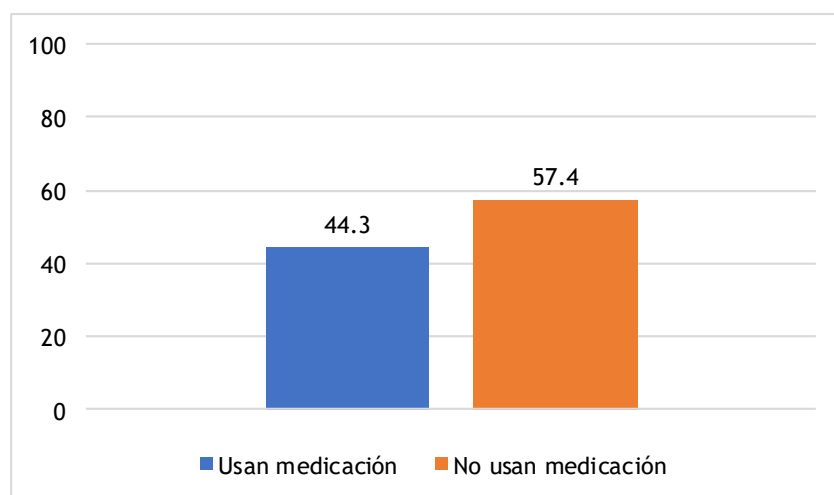


Figura 37. Puntuaciones medias en el dominio físico en función del uso de medicación

2.1.4. Variables relacionadas con la discapacidad y dominio físico de la calidad de vida: análisis multivariante

Para concluir con el análisis de la relación entre las variables relacionadas con la discapacidad y el dominio físico de la calidad de vida, se presentan los resultados del análisis de regresión lineal, que se recogen en la Tabla 19. Se analizaron el conjunto de variables independientes que tras los análisis bivariantes preliminares presentaron resultados estadísticamente significativos o tuvieron una $p < .25$. En concreto, se introdujeron las siguientes variables: causa de la discapacidad, porcentaje de discapacidad asignado, tiempo que lleva con la discapacidad, comorbilidad y uso de medicación. Como variable dependiente se incluyó el dominio físico.

Las variables causa de la discapacidad, porcentaje de discapacidad asignado, comorbilidad y uso de medicación se asociaron de manera independiente con el dominio físico de la calidad de vida. El modelo obtuvo un R^2 ajustado de .181.

Respecto a la causa de la discapacidad, las personas que informaron de que la misma eran otras enfermedades no recogidas en las demás categorías obtuvieron puntuaciones más elevadas en el dominio físico de la calidad de vida ($B = 4.55$, IC 95% [0.34, 8.77], $t = 2.12$, $p = .034$).

En cuanto al porcentaje de discapacidad asignado, grados más elevados se asociaron a puntuaciones más bajas en el dominio físico de la calidad de vida ($B = -0.30$, IC 95% [-0.40, -0.20], $t = -6.09$, $p < .001$).

Con respecto a la presencia de comorbilidad, las personas que padecían al menos otro problema de salud además del que causó la discapacidad obtuvieron puntuaciones más bajas en el dominio físico de la calidad de vida ($B = -7.22$, IC 95% [-10.69, -3.74], $t = -4.08$, $p < .001$).

Por último, en cuanto al uso de medicación, los que empleaban medicamentos obtuvieron puntuaciones más bajas en el dominio físico de la calidad de vida ($B = -8.35$, IC 95% [-12.33, -4.36], $t = -4.12$, $p < .001$).

No se hallaron asociaciones significativas entre el tiempo que la persona lleva con la discapacidad y las puntuaciones en el dominio físico de la calidad de vida.

Tabla 19. Análisis multivariante: variables relacionadas con la discapacidad y dominio físico

Variables	B	B	t	p	IC (95%)	
					Límite inferior	Límite superior
Causa de la discapacidad						
Enf. sistema nervioso	2.46	0.05	1.05	.295	-2.15	7.06
Poliomielitis	5.73	0.08	1.65	.099	-1.07	12.54
Anomalías estructurales del desarrollo prenatal	0.14	0.00	0.04	.967	-6.65	6.93
Otras enfermedades	4.55	0.10	2.12	.034	0.34	8.77
Porcentaje de discapacidad	-0.30	-0.27	-6.09	< .001	-0.40	-0.20
Tiempo que lleva con discapacidad	0.08	0.07	1.41	.159	-0.03	0.20
Comorbilidad	-7.22	-0.19	-4.08	< .001	-10.69	-3.74
Uso de medicación	-8.35	-0.19	-4.12	< .001	-12.33	-4.36

Nota. B = coeficiente de regresión no estandarizado; B = coeficiente de regresión; IC = intervalo de confianza

2.1.5. Variables clínicas y dominio físico de la calidad de vida: análisis bivalente

En relación con las variables clínicas, se analizaron las relaciones entre las subescalas de la HAD y el dominio físico de la calidad de vida. Se encontraron correlaciones inversas significativas entre ansiedad y dominio físico de la calidad de vida ($p < .001$), y entre depresión y el dominio físico de la calidad de vida ($p < .001$) (ver Tabla 20).

Tabla 20. Ansiedad y depresión y dominio físico

Subescalas de la HAD	Dominio físico de la calidad de vida		
	r	p	N
Ansiedad	-.50	< .001	479
Depresión	-.60	< .001	479

En lo referente a la relación entre reforzamiento ambiental positivo y dominio físico de calidad de vida, se observó una correlación directa significativa ($r = .60$, $p < .001$).

Con respecto a la relación entre los rasgos de personalidad y el dominio físico de la calidad de vida, se halló una correlación inversa significativa entre neuroticismo y dominio físico de la

calidad de vida ($p < .001$), y una correlación directa significativa entre extraversión y dominio físico de la calidad de vida ($p < .001$). La correlación entre psicoticismo y el dominio físico fue estadísticamente significativa. (ver Tabla 21).

Tabla 21. Variables de personalidad y dominio físico

Subescalas EPQ-R	Dominio físico de la calidad de vida		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>N</i>
Neuroticismo	-.46	< .001	478
Extraversión	.24	< .001	478
Psicoticismo	.10	.022	479

En cuanto a la relación entre la variable resiliencia y el dominio físico de calidad de vida se obtuvo una correlación directa significativa ($r = .44$, $p < .001$).

Asimismo, se encontró una correlación directa significativa ($r = .50$, $p < .001$). entre la variable propósito en la vida y el dominio físico de la calidad de vida.

Con respecto a la relación entre habilidades de solución de problemas y dominio físico de la calidad de vida, se observó una correlación directa significativa con la subescala de orientación positiva a los problemas ($p < .001$), una correlación directa significativa ($p < .001$) con la subescala de resolución racional de problemas, una correlación inversa significativa ($p < .001$) con la subescala de orientación negativa a los problemas, y una correlación directa significativa ($p < .001$) con la subescala de estilo evitativo. La correlación encontrada entre la subescala de estilo impulsivo y el dominio físico de la calidad de vida no fue estadísticamente significativa (ver Tabla 22).

Tabla 22. Habilidades de solución de problemas y dominio físico

Subescalas SPSI-R	Dominio físico de la calidad de vida		
	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>N</i>
Orientación positiva a los problemas	.41	< .001	479
Resolución racional de los problemas	.30	< .001	479
Orientación negativa hacia los problemas	-.35	< .001	479
Estilo impulsivo	.03	.419	479
Estilo evitativo	-.18	< .001	479

En lo referente a la relación entre la variable apoyo social y el dominio físico de la calidad de vida se observó una correlación directa significativa con la escala global ($p < .001$). Además, entre la subescala apoyo confidencial y dominio físico de la calidad de vida se encontró una correlación directa significativa ($p < .001$), y una correlación directa significativa ($p < .001$) con la subescala de apoyo afectivo, (ver Tabla 23).

Tabla 23. Apoyo social y dominio físico

	Dominio físico de la calidad de vida		
	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>N</i>
Escala global	.36	< .001	479
Apoyo confidencial	.36	< .001	479
Apoyo afectivo	.31	< .001	479

En cuanto a la relación entre la variable autoeficacia general y el dominio físico de la calidad de vida, se halló una correlación directa significativa ($r = .54$, $p < .001$).

Con respecto a la relación entre la variable empoderamiento y el dominio físico, se observó una correlación directa significativa entre ambas variables ($r = .57$, $p < .001$)

Asimismo, también se encontró una correlación directa significativa ($r = .45, p < .001$) entre la variable optimismo y el dominio físico de la calidad de vida.

Por último, en cuanto a la relación entre la variable autoestima y el dominio físico de la calidad de vida, se observó una correlación directa significativa ($r = .57, p < .001$).

2.1.6. Variables clínicas y dominio físico de la calidad de vida: análisis multivariante

Para concluir con los análisis de este dominio se presentan los resultados de la relación entre las variables clínicas y el dominio físico de la calidad de vida, que se recogen en la Tabla 24. Se analizaron el conjunto de variables independientes que tras los análisis bivariantes preliminares presentaron resultados estadísticamente significativos o tuvieron una $p < .25$. En concreto, se introdujeron las siguientes variables predictoras: ansiedad, depresión, reforzamiento ambiental positivo, rasgos de personalidad (neuroticismo, extraversión, psicoticismo), resiliencia, propósito en la vida, solución de problemas sociales (orientación positiva a los problemas, resolución racional de problemas, orientación negativa a los problemas y estilo evitativo), apoyo social, autoeficacia general, empoderamiento, optimismo y autoestima de los participantes. Como variable de resultado se incluyó el dominio físico de la calidad de vida.

Las variables depresión, reforzamiento ambiental positivo, extraversión, psicoticismo y empoderamiento se asociaron de manera independiente con el dominio físico de la calidad de vida (ver Tabla 24). El modelo obtuvo un R^2 ajustado de 0.46.

En cuanto a la variable depresión, un mayor nivel de sintomatología depresiva se relacionó con una menor puntuación en el dominio físico de la calidad de vida ($B = -7.85$, IC 95% [-11.55, -4.14], $t = -4.16$, $p < .001$).

En lo relativo al reforzamiento ambiental positivo, un mayor nivel de reforzamiento se asoció con puntuaciones más elevadas en el dominio físico de la calidad de vida ($B = 0.65$, IC 95% [0.17, 1.13], $t = 2.64$, $p = .009$).

Con respecto a la extraversión, puntuaciones más altas de extraversión se relacionaron con puntuaciones más bajas en el dominio físico de la calidad de vida ($B = -.098$, IC 95% [-1.65, -0.32], $t = -2.89$, $p = .004$).

Con respecto al psicoticismo, puntuaciones más altas en psicoticismo se relacionaron con puntuaciones más altas en el dominio físico de la calidad de vida ($B = 2.27$, IC 95% [1.04, 3.51], $t = 3.62$, $p < .001$).

Por último, en cuanto a la variable empoderamiento, mayores niveles de empoderamiento se asociaron a mayores puntuaciones en el dominio físico de la calidad de vida ($B = 0.32$, IC 95% [0.01, 0.62], $t = 2.01$, $p = .045$).

No se hallaron asociaciones significativas entre el dominio físico y las variables, ansiedad, neuroticismo, resiliencia, propósito en la vida, solución de problemas sociales [orientación positiva a los problemas; orientación negativa a los problemas, resolución racional de problemas y estilo evitativo, apoyo social, autoeficacia, optimismo y autoestima.

Tabla 24. Análisis multivariante: variables clínicas y dominio físico

Variables	B	B	t	p	IC (95%)	
					Límite inferior	Límite superior
Ansiedad	-2.17	-0.08	-1.30	.194	-5.44	1.11
Depresión	-7.85	-0.25	-4.16	< .001	-11.55	-4.14
Reforzamiento ambiental positivo	0.65	0.17	2.64	.009	0.17	1.13

Tabla 24. (Continuación)

Variables	B	B	t	p	IC (95%)	
					Límite inferior	Límite superior
Neuroticismo	-0.67	-0.07	-1.38	.170	-1.63	0.29
Extraversión	-0.98	-0.11	-2.89	.004	-1.65	-0.32
Psicoticismo	2.27	0.13	3.62	< .001	1.04	3.51
Resiliencia	0.17	0.04	0.92	.357	-0.20	0.54
Propósito en la vida	0.09	0.02	0.31	.754	-0.45	0.62
PPO	0.22	0.05	0.80	.422	-0.31	0.74
RPS	-0.36	-0.08	-1.51	.132	-0.84	0.11
NPO	0.29	0.07	1.21	.228	-0.18	0.75
AS	0.08	0.02	0.34	.734	-0.36	0.51
Apoyo social	0.00	0.00	-0.02	.988	-0.15	0.15
Autoeficacia	0.33	0.10	1.70	.090	-0.05	0.70
Empoderamiento	0.32	0.13	2.01	.045	0.01	0.62
Optimismo	-0.34	-0.07	-1.30	.193	-0.86	0.17
Autoestima	0.46	0.13	1.90	.059	-0.02	0.94

Nota. B = coeficiente de regresión no estandarizado; B = coeficiente de regresión; IC= Intervalo de confianza; PPO = Orientación positiva; RPS = Resolución racional; NPO = Orientación negativa; AS = Estilo evitativo.

2.2. ANÁLISIS DEL DOMINIO PSICOLÓGICO DE LA CALIDAD DE VIDA

2.2.1. Variables sociodemográficas y dominio psicológico de la calidad de vida: análisis bivalente

Con respecto a la relación entre la variable sexo y el dominio psicológico de la calidad de vida, se encontró que la media para los hombres fue 61.2 ($DT = 19.6$) y de 57.4 ($DT = 19.9$) para las mujeres (ver Figura 38), siendo las diferencias estadísticamente significativas, $t(477) = -2.05$, $p = .041$.

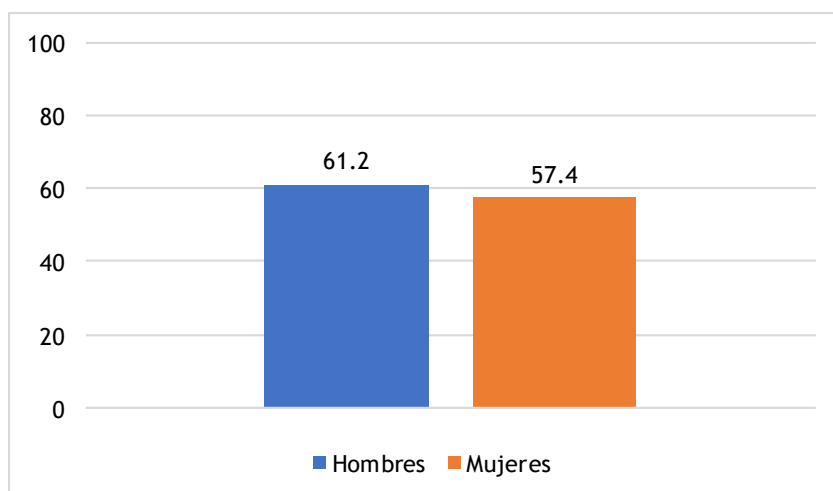


Figura 38. Puntuaciones medias en el dominio psicológico en función del sexo

En lo que respecta a la relación entre la edad y el dominio psicológico de la calidad de vida, la correlación entre ambas variables no fue estadísticamente significativa ($r = -.05$, $p = .219$).

En relación con el estado civil, se encontró una puntuación media en el dominio psicológico de la calidad de vida de 60.3 ($DT = 19.5$) para los que tenían pareja, y de 57.3 ($DT = 20.3$) para aquellos sin pareja (ver Figura 39); las diferencias en este dominio entre ambos grupos fueron estadísticamente significativas, $t(477) = -1.62$, $p = .105$.

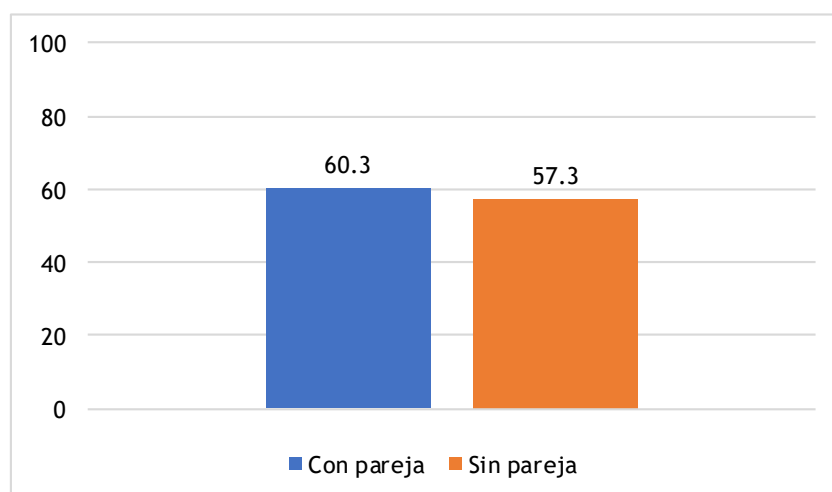


Figura 39. Puntuaciones medias en el dominio psicológico en función del estado civil

En cuanto a la etnia, se encontró una puntuación media en el dominio psicológico de 58.7 ($DT = 19.8$) para los participantes mestizos, y de 64.7 ($DT = 21.1$) para otros grupos étnicos (ver Figura 40); no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los participantes mestizos y los de otras etnias, $t(477) = -1.46$, $p = .145$.

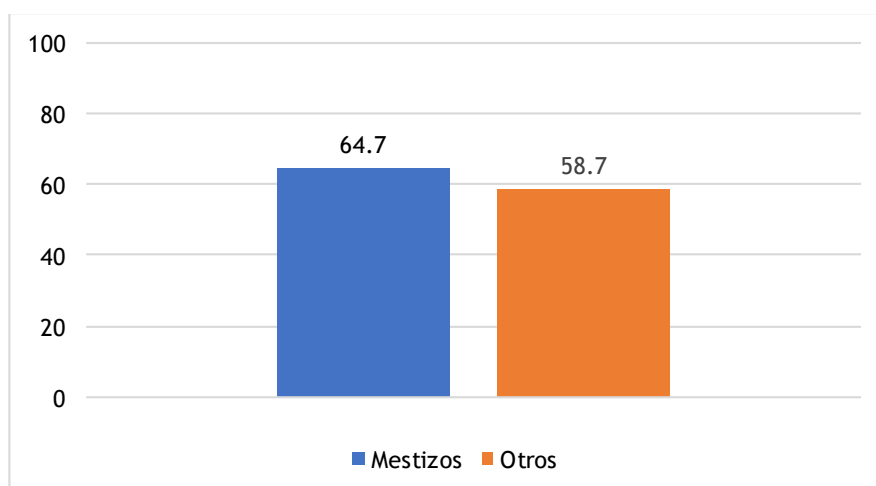


Figura 40. Puntuaciones medias en el dominio psicológico en función de la etnia

En lo relativo a la relación entre los ingresos mensuales y el dominio psicológico de la calidad de vida, la puntuación media en el dominio psicológico fue de 53.9 ($DT = 18.4$) para aquellos con ingresos mensuales inferiores o iguales a 375 \$, y de 65.2 ($DT = 19.9$) para

aquellos con ingresos superiores a 375 \$ (ver Figura 41); las diferencias en este dominio en función de esta variable fueron estadísticamente significativas, $t(477) = -6.433$, $p < .001$.

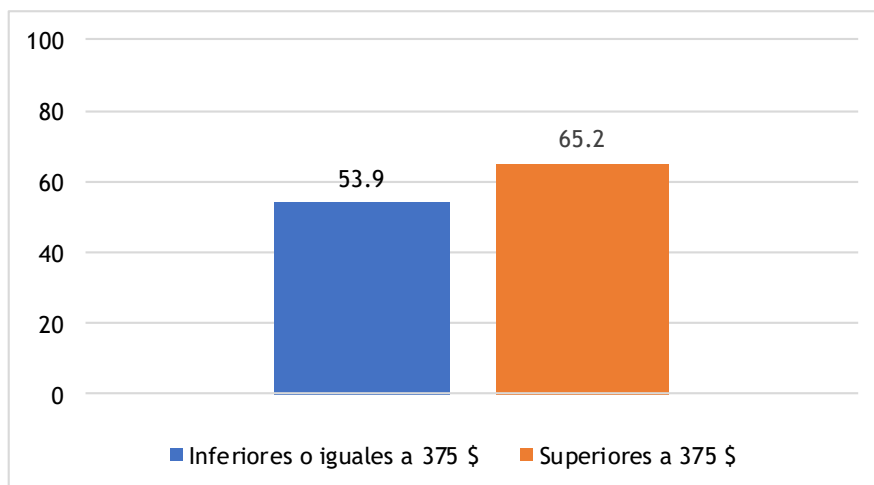


Figura 41. Puntuaciones medias en el dominio psicológico en función del nivel de ingresos

Por último, en lo relativo a la situación laboral, se encontró que la media para los participantes que no trabajaban fue de 54.1 ($DT = 19.7$), mientras que para aquellos que sí lo hacían fue de 67.1 ($DT = 17.3$) (ver Figura 42); las diferencias en este dominio en función de la situación laboral fueron estadísticamente significativas, $t(477) = -7.36$, $p < .001$.

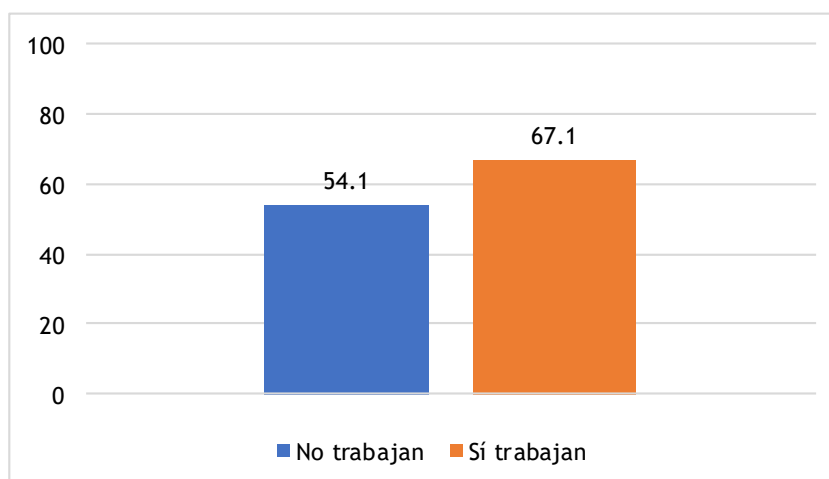


Figura 42. Puntuaciones medias en el dominio psicológico en función de la situación laboral

2.2.2. Variables sociodemográficas y dominio psicológico de la calidad de vida: análisis multivariante

Para concluir con el análisis de la relación entre las variables sociodemográficas y el dominio psicológico de la calidad de vida se presentan los resultados del análisis de regresión lineal, que se recogen en la Tabla 25. Se analizaron el conjunto de variables predictoras que tras los análisis bivariantes preliminares presentaron resultados estadísticamente significativos, así como aquellos que tuvieron una $p < .25$. En concreto, se introdujeron las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, etnia, ingresos mensuales y situación laboral. Como variable de

resultado se incluyó la puntuación en el dominio psicológico de la calidad de vida. El modelo obtuvo un R^2 ajustado de .122.

Las variables ingresos mensuales y situación laboral se asociaron de manera independiente con el dominio psicológico de la calidad de vida (ver Tabla 25).

En cuanto a la variable ingresos mensuales, se halló que mayores ingresos mensuales se relacionaron con puntuaciones más elevadas en el dominio psicológico de la calidad de vida ($B = 6.53$, IC 95% [2.68, 10.38], $t = 3.33$, $p < .001$).

Respecto a la situación laboral, las personas que trabajaban obtuvieron puntuaciones más elevadas en el dominio psicológico de la calidad de vida ($B = 10.43$, IC 95% [6.23, 14.63], $t = 4.88$, $p < .001$).

No se hallaron asociaciones significativas entre el dominio psicológico y las variables: sexo, edad, estado civil y etnia.

Tabla 25. Análisis multivariante: variables sociodemográficas y dominio psicológico

Variables	B	β	T	p	IC (95%)	
					Límite inferior	Límite superior
Sexo	0.39	0.01	0.22	.828	-3.11	3.89
Edad	0.07	0.03	0.63	.531	-0.15	0.29
Estado civil	1.18	0.03	0.66	.511	-2.34	4.70
Etnia	5.11	0.06	1.33	.185	-2.45	12.67
Ingresos mensuales	6.53	0.16	3.33	< .001	2.68	10.38
Situación laboral	10.43	0.26	4.88	< .001	6.23	14.63

Nota. B = coeficiente de regresión no estandarizado; β = coeficiente de regresión; IC = Intervalo de confianza.

2.2.3. Variables relacionadas con la discapacidad y dominio psicológico de la calidad de vida: análisis bivalente

Con respecto a la causa de la discapacidad, se encontraron puntuaciones medias en el dominio psicológico de la calidad de vida de 58.7 ($DT = 19.1$) para aquellos con enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo; de 56.0 ($DT = 20.8$) para los que tenían enfermedades del sistema nervioso; de 64.7 ($DT = 18.3$) para aquellos con poliomielitis; de 64.6 ($DT = 20.5$) para los que tenían anomalías estructurales del desarrollo prenatal; y de 58.3 ($DT = 20.7$) para aquellos con otras enfermedades (ver Figura 43); el test de Kruskal-Wallis no detectó diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = .077$).

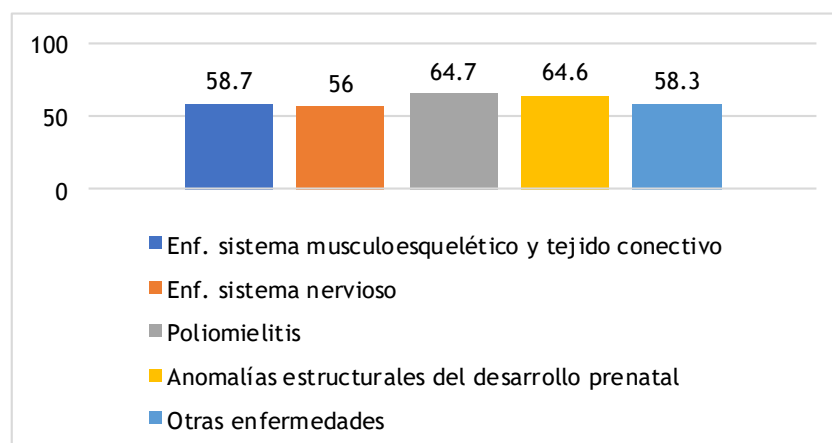


Figura 43. Puntuaciones medias en el dominio psicológico en función de la causa de la discapacidad

En cuanto a la relación entre el porcentaje de discapacidad asignado y el dominio psicológico de la calidad de vida, se observó una correlación inversa significativa ($r = -.23, p < .001$).

Por su parte, la correlación entre el tiempo que se lleva con la discapacidad y el dominio psicológico no fue estadísticamente significativa ($r = .07, p = .116$).

En lo relativo a la variable comorbilidad, la puntuación media en el dominio psicológico fue 56.2 ($DT = 20.4$) para los participantes que presentaban comorbilidad, y de 63.7 ($DT = 18.7$) para los que no tenían otro problema de salud (ver Figura 44); las diferencias entre ambos grupos fueron estadísticamente significativas, $t(477) = 4.09, p < .001$.

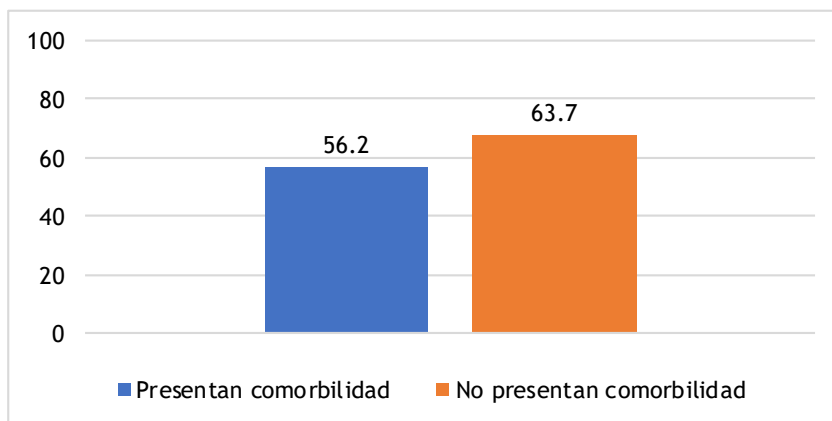


Figura 44. Puntuaciones medias en el dominio psicológico en función de la presencia de comorbilidad

Finalmente, en relación con el uso de medicamentos, la media en el dominio psicológico para los participantes que utilizaban medicamentos fue de 57.5 ($DT = 19.6$), y para los que no los empleaban fue de 63.4 ($DT = 19.9$) (ver Figura 45); las diferencias entre los que se medicaban y los que no fueron estadísticamente significativas, $t(477) = 2.90, p = .004$.

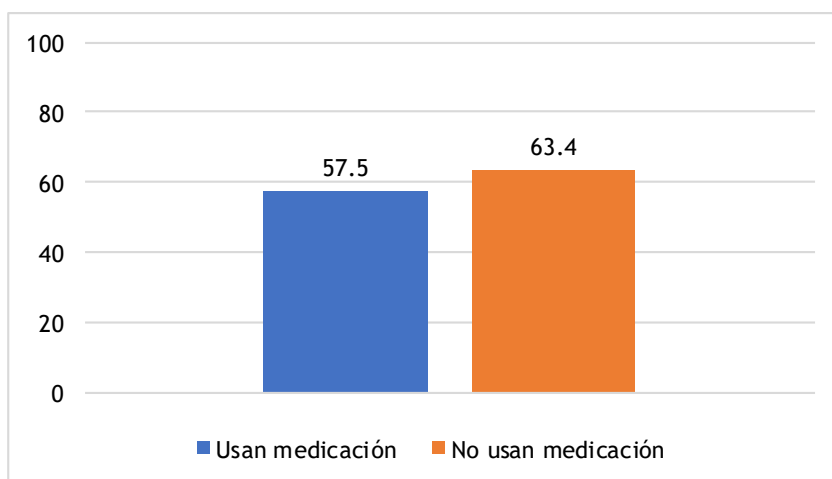


Figura 45. Puntuaciones medias en el dominio psicológico en función del uso de medicación

2.2.4. Variables relacionadas con la discapacidad y dominio psicológico de la calidad de vida: análisis multivariante

Para concluir con el análisis de la relación entre las variables relacionadas con la discapacidad y el dominio psicológico de la calidad de vida se presentan los resultados del análisis de regresión lineal, que aparecen recogidos en la Tabla 26. Se analizaron las variables predictoras que tras los análisis bivariantes preliminares presentaron resultados estadísticamente significativos, así como aquellas que tuvieron una $p < .25$.

En concreto se introdujeron las siguientes variables: causa de la discapacidad, porcentaje de discapacidad asignado, tiempo que lleva con discapacidad, comorbilidad y uso de medicación. Como variable de resultado se incluyeron las puntuaciones en el dominio psicológico.

Las variables porcentaje de discapacidad asignado y comorbilidad se relacionaron de manera independiente con el dominio psicológico de la calidad de vida (ver Tabla 26). El modelo obtuvo un R^2 ajustado de .081.

En cuanto al porcentaje de la discapacidad asignado, mayores puntuaciones se relacionaron con puntuaciones más bajas en dominio psicológico de la calidad de vida ($B = -0.27$, IC 95% [-0.38, -0.16], $t = -4.83$, $p = .001$).

En lo relativo a la presencia de comorbilidad, se encontró que las personas que padecían otro problema de salud, además del que había causado la discapacidad, obtenían puntuaciones más bajas en el dominio psicológico de la calidad de vida ($B = -6.91$, IC 95% [-10.78, -3.03], $t = -3.50$, $p = .001$).

No se hallaron asociaciones entre las variables causa de la discapacidad, tiempo que lleva con la discapacidad, uso de medicación y el dominio psicológico de la calidad de vida.

Tabla 26. Análisis multivariante: variables relacionadas con la discapacidad y dominio psicológico

Variables	B	B	t	p	IC (95%)	
					Límite inferior	Límite superior
Enf. sistema nervioso	0.24	0.00	0.09	.928	-4.90	5.38
Poliomielitis	5.13	0.07	1.33	.185	-2.47	12.72
Anomalías estructurales del desarrollo prenatal	2.86	0.04	0.74	.459	-4.72	10.43
Otras enfermedades	2.21	0.05	0.92	.356	-2.49	6.91
Porcentaje de discapacidad	-0.27	-0.23	-4.83	< .001	-0.38	-0.16
Tiempo que lleva con discapacidad	0.05	0.04	0.72	.471	-0.08	0.17
Comorbilidad	-6.91	-0.17	-3.50	.001	-10.78	-3.03
Uso de medicación	-1.23	-0.03	-0.55	.586	-5.68	3.21

Nota. B = coeficiente de regresión no estandarizado; B = coeficiente de regresión; IC = Intervalo de confianza.

2.2.5. Variables clínicas y dominio psicológico de la calidad de vida: análisis bivalente

Con respecto a las variables clínicas, se analizó la correlación entre las puntuaciones de las subescalas de la HAD y el dominio psicológico de la calidad de vida. Se encontraron correlaciones inversas significativas entre ansiedad y dominio psicológico de la calidad de vida ($p < .001$), y entre depresión y dominio psicológico de la calidad de vida ($p < .001$). (ver Tabla 27).

Tabla 27. Ansiedad y depresión y dominio psicológico

Subescalas de la HAD	Dominio psicológico		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>N</i>
Ansiedad	-.61	< .001	479
Depresión	-.72	< .001	479

En cuanto a la relación entre reforzamiento ambiental positivo y dominio psicológico, se halló una correlación directa significativa ($r = .69, p < .001$).

En lo que respecta a la relación entre los rasgos de personalidad y el dominio psicológico de la calidad de vida, se encontró una correlación inversa significativa entre neuroticismo y dominio psicológico de la calidad de vida ($p < .001$), y una correlación directa significativa entre extraversión y dominio psicológico de la calidad de vida ($p < .001$). La correlación entre psicoticismo y el dominio psicológico no fue estadísticamente significativa ($p = .464$) (ver Tabla 28).

Tabla 28. Variables de personalidad y dominio psicológico

Subescalas de EPQ-R	Dominio psicológico		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>N</i>
Neuroticismo	-.58	< .001	478
Extraversión	.40	< .001	478
Psicoticismo	.03	.464	479

Por lo que respecta a la relación entre la resiliencia y el dominio psicológico se observó una correlación directa significativa ($r = .51, p < .001$).

En cuanto a la relación entre la variable propósito en la vida y el dominio psicológico de la calidad de vida, se encontró una correlación directa estadísticamente significativa ($r = .66, p < .001$).

Con respecto a la relación entre habilidades de solución de problemas y dominio psicológico de la calidad de vida (ver Tabla 29), se halló una correlación directa significativa con las subescalas de orientación positiva a los problemas ($p < .001$) y resolución racional de problemas ($p < .001$). En cambio, hubo una correlación inversa significativa con las subescalas de orientación negativa a los problemas ($p < .001$) y el estilo evitativo ($p < .001$). La correlación encontrada con la subescala de estilo impulsivo ($r = -.03, p = .390$) no fue estadísticamente significativa ($p = .390$).

Tabla 29. Habilidades de solución de problemas y dominio psicológico

Subescalas SPSI-R	Dominio psicológico		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>N</i>
Orientación positiva a los problemas	.52	< .001	479
Resolución racional de los problemas	.44	< .001	479
Orientación negativa a los problemas	-.45	< .001	479
Estilo impulsivo	-.03	.390	479
Estilo evitativo	-.27	< .001	479

En lo relativo a la relación entre la variable apoyo social y el dominio psicológico de la calidad de vida se observó una correlación directa significativa con la escala global ($p < .001$) (ver Tabla 30). Asimismo, se encontró una correlación directa significativa con las subescalas de apoyo confidencial ($p < .001$) y de apoyo afectivo ($p < .001$) (ver Tabla 30).

Tabla 30. Apoyo social y dominio psicológico

	Dominio psicológico		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>N</i>
Escala global	.45	< .001	479
Apoyo confidencial	.43	< .001	479
Apoyo afectivo	.43	< .001	479

En cuanto a la relación entre la variable autoeficacia general y el dominio psicológico se obtuvo una correlación directa significativa ($r = -.65, p < .001$).

Con respecto a la relación entre la variable empoderamiento y el dominio psicológico se observó una correlación directa significativa con la escala global ($r = .66, p < .001$).

En relación con la variable optimismo, se observó una correlación directa significativa con el dominio psicológico ($r = .57, p < .001$).

Finalmente, en cuanto a la relación entre la variable autoestima y el dominio psicológico, se halló una correlación directa significativa ($r = .67, p < .001$).

2.2.6. Variables clínicas y dominio psicológico de la calidad de vida: análisis multivariante

Por último, dentro los análisis de este dominio se presentan los resultados de la relación entre las variables clínicas y el dominio psicológico de la calidad de vida, que se recogen en la Tabla 31. Se analizaron el conjunto de variables predictoras que tras los análisis bivariantes preliminares presentaron resultados estadísticamente significativos y también aquellas que tuvieron una $p < .25$. En concreto, se introdujeron las siguientes variables: ansiedad, depresión, reforzamiento ambiental positivo, rasgos de personalidad (neuroticismo, extraversión), resiliencia, propósito en la vida, solución de problemas sociales (orientación positiva a los problemas, resolución racional de problemas, orientación negativa a los problemas y estilo evitativo), apoyo social, autoeficacia general, empoderamiento, optimismo y autoestima de los participantes. Como variable de resultado se incluyeron las puntuaciones del dominio psicológico de la calidad de vida.

Las variables ansiedad, depresión, propósito en la vida y autoeficacia se asociaron de manera independiente con el dominio psicológico de la calidad de vida (ver Tabla 31). El modelo obtuvo un R^2 ajustado de .63.

En cuanto a la variable ansiedad, se encontró que una sintomatología de ansiedad más elevada se relacionaba con una puntuación más baja en el dominio psicológico de la calidad de vida ($B = -2.96$, IC 95% [-5.79, -0.13], $t = -2.06$, $p = .040$).

Respecto a la variable depresión, se encontró que puntuaciones más altas de sintomatología de depresión se relacionaban con puntuaciones más bajas en el dominio psicológico de la calidad de vida ($B = -8.99$, IC 95% [-12.19, -5.80], $t = -5.53$, $p < .001$).

En cuanto a la variable propósito en la vida, niveles más elevados se relacionaron con mayores puntuaciones en el dominio psicológico de la calidad de vida ($B = 0.84$, IC 95% [0.38, 1.30], $t = 3.60$, $p < .001$).

Por último, en cuanto a la variable autoeficacia, se encontró que mayor autoeficacia se asociaba con mayores puntuaciones en el dominio psicológico de la calidad de vida ($B = 0.35$, IC 95% [0.02, 0.68], $t = 2.08$, $p = .038$).

No se hallaron asociaciones significativas entre las variables reforzamiento ambiental positivo, neuroticismo, rasgos de personalidad (neuroticismo, extraversión), resiliencia, solución de problemas sociales (orientación positiva a los problemas, resolución racional de problemas, orientación negativa a los problemas, y estilo evitativo), apoyo social, empoderamiento, optimismo y autoestima y el dominio psicológico de la calidad de vida.

Tabla 31. Análisis multivariante: variables clínicas y dominio psicológico

Variables	B	B	t	p	IC (95%)	
					Límite inferior	Límite superior
Ansiedad	-2.96	-0.10	-2.06	.04	-5.79	-0.13
Depresión	-8.99	-0.28	-5.53	< .001	-12.19	-5.80
Reforzamiento ambiental positivo	0.26	0.07	1.23	.219	-0.16	0.68
Neuroticismo	-0.56	-0.06	-1.33	.183	-1.39	0.27
Extraversión	0.15	0.02	0.52	.601	-0.42	0.73
Resiliencia	0.13	0.03	0.79	.43	-0.19	0.45
Propósito en la vida	0.84	0.17	3.60	< .001	0.38	1.30
PPO	0.05	0.01	0.21	.836	-0.41	0.50
RPS	0.30	0.06	1.42	.158	-0.12	0.71
NPO	0.17	0.04	0.84	.401	-0.23	0.58
AS	-0.05	-0.01	-0.25	.802	-0.43	0.33
Apoyo social	0.01	0.01	0.19	.846	-0.12	0.15
Autoeficacia	0.35	0.10	2.08	.038	0.02	0.68
Empoderamiento	0.13	0.05	0.99	.322	-0.13	0.40
Optimismo	-0.12	-0.03	-0.53	.594	-0.57	0.33
Autoestima	0.36	0.10	1.73	.084	-0.05	0.78

Nota. B = coeficiente de regresión no estandarizado; B = coeficiente de regresión; IC= Intervalo de confianza; PPO = Orientación positiva; RPS = Resolución racional; NPO = Orientación negativa; AS = Estilo evitativo.

2.3. ANÁLISIS DEL DOMINIO RELACIONES SOCIALES DE LA CALIDAD DE VIDA

2.3.1. Variables sociodemográficas y dominio relaciones sociales de la calidad de vida: análisis bivalente

Al analizar la relación entre la variable sexo y el dominio relaciones sociales de la calidad de vida, se encontró que la media para los hombres fue de 57 ($DT = 22.5$) y para las mujeres de 55.5 ($DT = 21.8$) (ver Figura 46); las diferencias entre hombres y mujeres no fueron estadísticamente significativas, $t(477) = -.73$, $p = .466$.

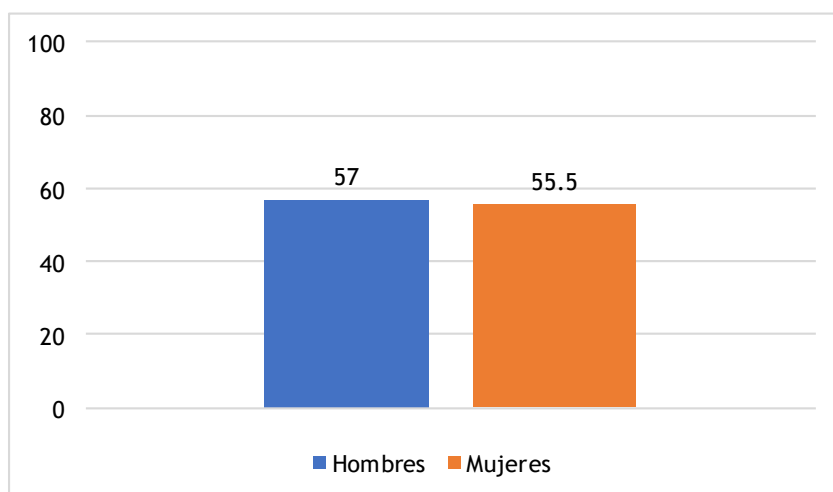


Figura 46. Puntuaciones medias en el dominio de relaciones sociales en función del sexo

En lo relativo a la relación entre la edad y el dominio relaciones sociales de la calidad de vida, se observó una correlación inversa significativa ($r = -.12$, $p = .009$).

Con respecto al estado civil, se encontró una puntuación media en el dominio relaciones sociales de 58.9 ($DT = 22.2$) para los que tenían pareja, y de 52.3 ($DT = 21.5$) para aquellos sin pareja (ver Figura 47); las diferencias en el dominio relaciones sociales en función del estado civil fueron estadísticamente significativas, $t(477) = -3.250$, $p = .001$.

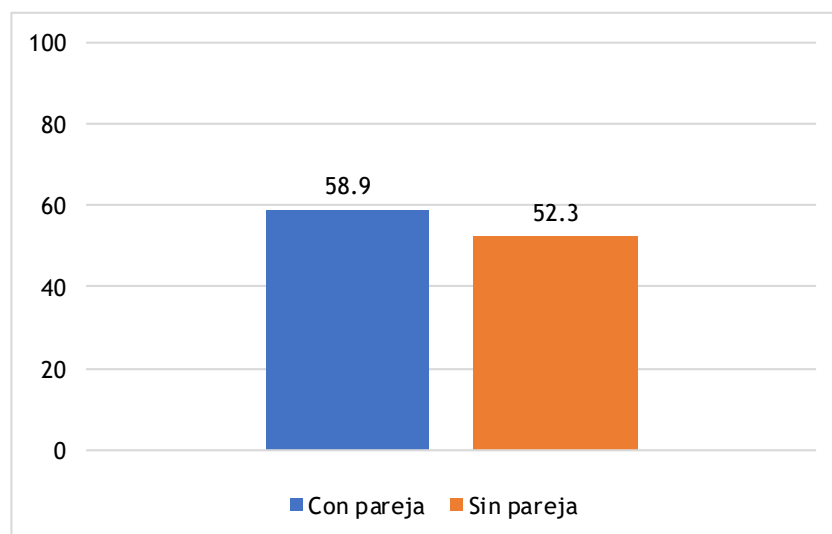


Figura 47. Puntuaciones medias en el dominio relaciones sociales en función del estado civil

En cuanto a la etnia, se encontró una puntuación media en el dominio relaciones sociales de 55.8 ($DT = 22.1$) para los participantes mestizos, y de 62.3 ($DT = 21.3$) para los que pertenecían a otras etnias (ver Figura 48); las diferencias entre los participantes mestizos y los de otras etnias no fueron estadísticamente significativas, $t(477) = -1.44$, $p = .152$.

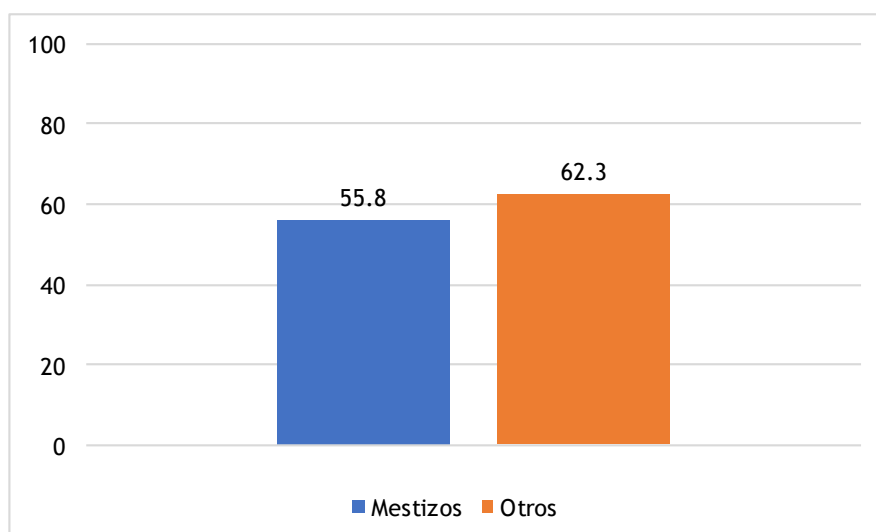


Figura 48. Puntuaciones medias en el dominio relaciones sociales en función de la etnia

En lo referido a la relación entre los ingresos mensuales y el dominio relaciones sociales de la calidad de vida, se halló que la puntuación media del dominio relaciones sociales fue de 49.3 ($DT = 21.0$) para aquellos con ingresos mensuales inferiores o iguales a 375 \$ y de 64.4 ($DT = 20.6$) para los de retribuciones superiores a 375 \$ (ver Figura 49); las diferencias en este

dominio en función del nivel de ingresos fueron estadísticamente significativas, $t(477) = -7.928$, $p < .001$.

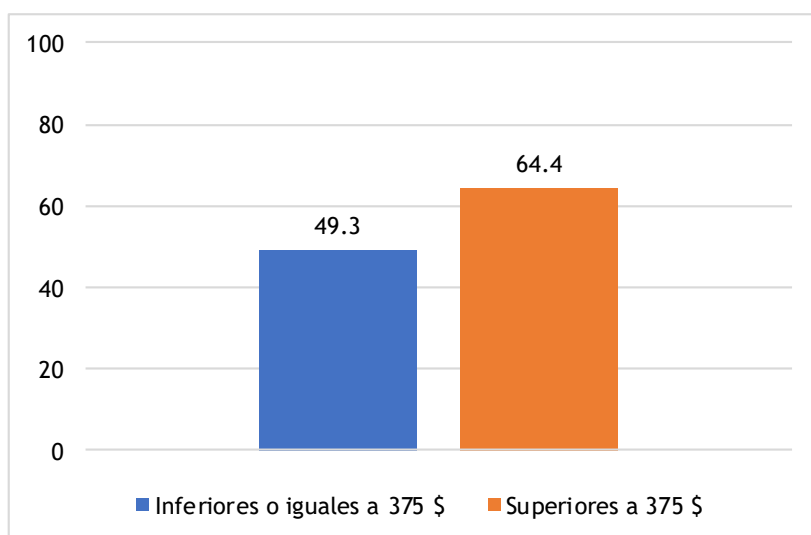


Figura 49. Puntuaciones medias en el dominio relaciones sociales en función del nivel de ingresos

Por último, con respecto a la situación laboral, la media para los participantes que no trabajaban fue 50.8 ($DT = 21.6$) y para aquellos con trabajo fue 65.0 ($DT = 20.1$) (ver Figura 50); las diferencias en este dominio en función de la situación laboral fueron estadísticamente significativas, $t(477) = -7.183$, $p < .001$.

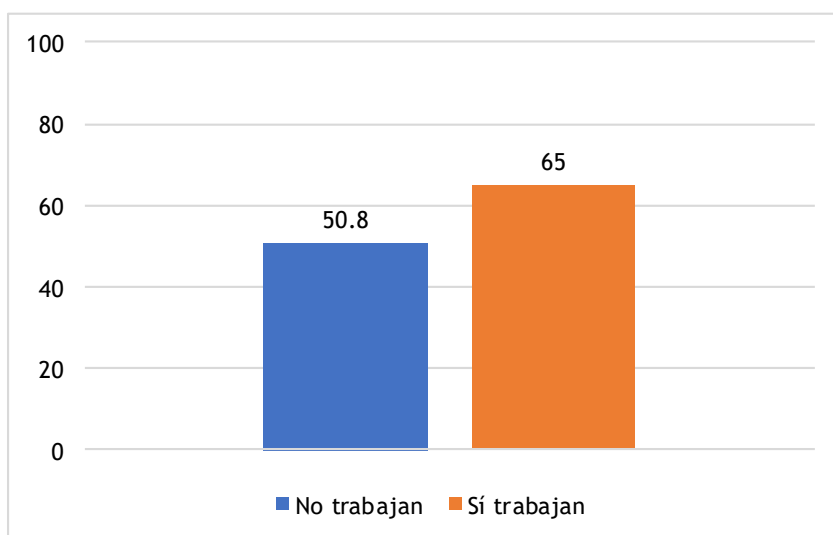


Figura 50. Puntuaciones medias en el dominio relaciones sociales vida en función de la situación laboral

2.3.2. Variables sociodemográficas y dominio relaciones sociales de la calidad de vida: análisis multivariante

Para finalizar con el análisis de la relación entre variables sociodemográficas y el dominio relaciones sociales de la calidad de vida se presentan los resultados del análisis de regresión lineal, que se recogen en la Tabla 32. Se analizaron el conjunto de variables predictoras que tras los análisis bivariantes preliminares presentaron resultados estadísticamente significativos, así

como aquellas que tuvieron una $p < .25$. En concreto, se introdujeron las siguientes variables: edad, estado civil, etnia, ingresos y situación laboral. Como variable de resultado se incluyó el dominio relaciones sociales. Las variables estado civil, ingresos mensuales y situación laboral se asociaron de manera independiente con el dominio relaciones sociales de la calidad de vida (Tabla 32). El modelo obtuvo un R^2 cuadrado ajustado de .157.

En cuanto a la variable estado civil, se halló que las personas que tenían pareja obtenían puntuaciones más altas en el dominio relaciones sociales de la calidad de vida ($B = 4.55$, IC 95% [0.76, 8.34], $t = 2.36$, $p = .019$).

En relación con los ingresos mensuales, mayores ingresos se relacionaron con mayores puntuaciones en el dominio relaciones sociales de la calidad de vida ($B = 10.77$, IC 95% [6.58, 14.97], $t = 5.05$, $p < .001$).

Por último, con respecto a la situación laboral, las personas que trabajaban obtuvieron puntuaciones más altas en el dominio relaciones sociales de la calidad de vida ($B = 8.17$, IC 95% [3.64, 12.71], $t = 3.54$, $p < .001$).

No se hallaron asociaciones significativas entre la edad, etnia y el dominio relaciones sociales de la calidad de vida.

Tabla 32. Análisis multivariante: variables sociodemográficas y dominio relaciones sociales

Variables	IC (95%)					
	B	B	T	p	Límite inferior	Límite superior
Edad	-0.18	-0.07	-1.46	.144	-0.41	0.06
Estado civil	4.55	0.10	2.36	.019	0.76	8.34
Etnia	5.69	0.06	1.36	.176	-2.56	13.94
Ingresos mensuales	10.77	0.24	5.05	< .001	6.58	14.97
Situación laboral	8.17	0.18	3.54	< .001	3.64	12.71

Nota. B = coeficiente de regresión no estandarizado; B = coeficiente de regresión; IC = Intervalo de confianza.

2.3.3. Variables relacionadas con la discapacidad y dominio relaciones sociales de la calidad de vida: análisis bivalente

En relación con la causa de la discapacidad, se encontraron puntuaciones medias en el dominio relaciones sociales de la calidad de vida de 56.1 ($DT = 21.9$) para aquellos con enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo, de 50.4 ($DT = 23.7$) para los que tenían enfermedades del sistema nervioso, de 62.0 ($DT = 17.3$) para aquellos con poliomielitis, de 63.5 ($DT = 22.8$) para los que sufrían anomalías estructurales del desarrollo prenatal y de 56.3 ($DT = 21.7$) para los que padecían otras enfermedades (ver Figura 51); en el test de Kruskal-Wallis se halló que existían diferencias entre los grupos ($p = .015$). Al aplicar la prueba de Dunn se encontraron diferencias significativas entre las siguientes causas de discapacidad: enfermedades del sistema nervioso y anomalías estructurales del desarrollo prenatal ($p = .026$).

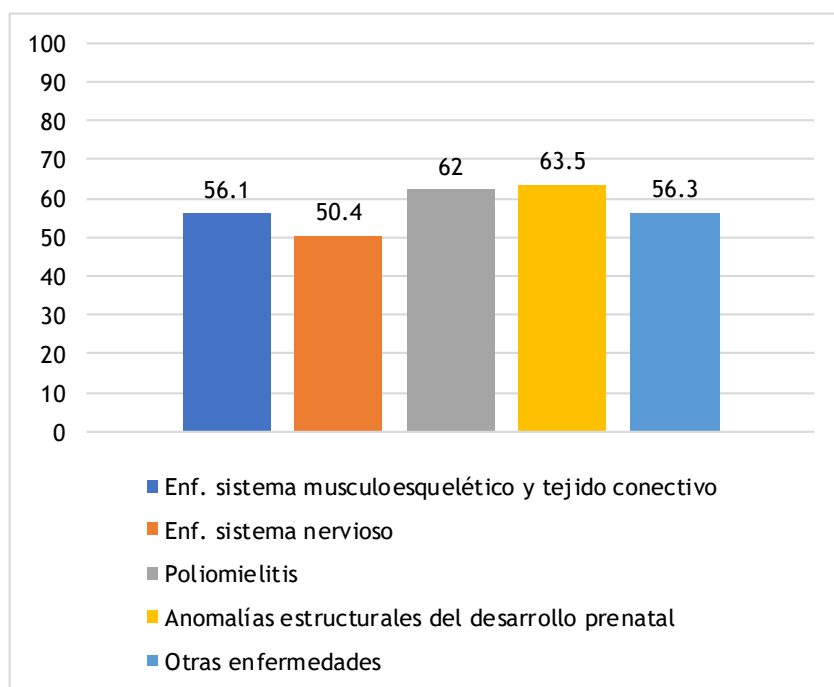


Figura 51. Puntuaciones medias en el dominio relaciones sociales en función de la causa de la discapacidad

Con respecto a la relación entre el porcentaje de discapacidad asignado y el dominio relaciones sociales de la calidad de vida, se observó una correlación inversa significativa ($r = -.22$, $p < .001$).

Por el contrario, la correlación entre el tiempo que se llevaba con la discapacidad y el dominio relaciones sociales no fue estadísticamente significativa ($r = .01$, $p = .711$).

En lo relativo a la comorbilidad, se encontró que la puntuación media en el dominio relaciones sociales para los participantes con comorbilidad fue de 53.7 ($DT = 21.9$) y para aquellos sin comorbilidad de 60.1 ($DT = 21.9$) (ver Figura 52); las diferencias entre aquellos con y sin comorbilidad no fueron estadísticamente significativas, $t(477) = 3.09$, $p = .002$.

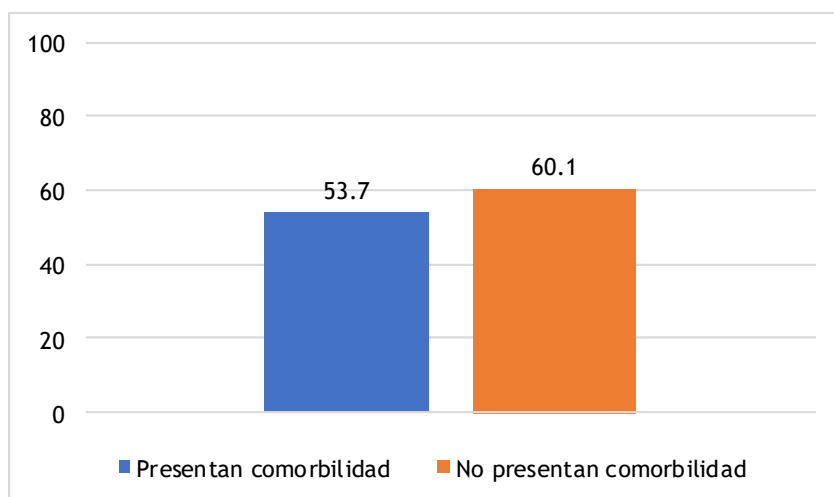


Figura 52. Puntuaciones medias en el dominio relaciones sociales en función de la presencia de comorbilidad

Finalmente, en relación con el uso de medicación, la media en el dominio relaciones sociales para los participantes que empleaban medicación fue de 54.9 ($DT = 21.3$) y para aquellos sin medicación de 59.7 ($DT = 24.0$) (ver Figura 53); las diferencias entre ambos grupos fueron estadísticamente significativas, $t(477) = 2.10$, $p = .036$.

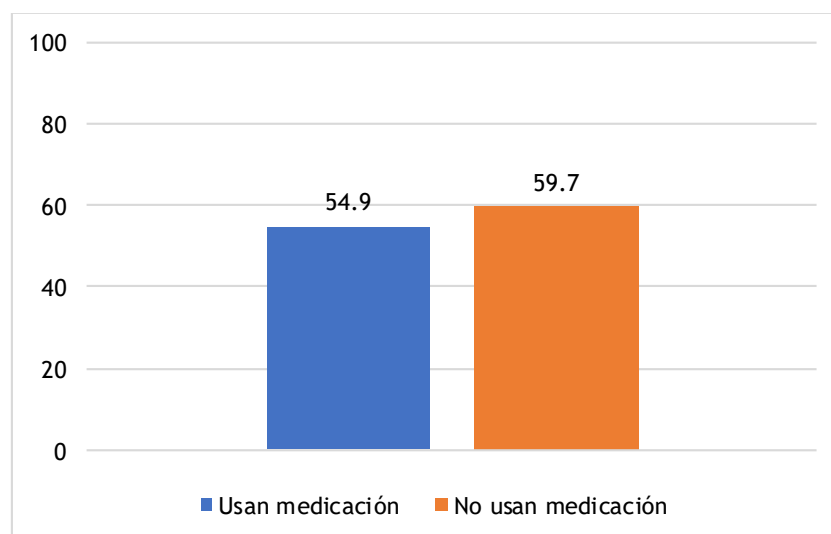


Figura 53. Puntuaciones medias en el dominio relaciones sociales en función del uso de medicación

2.3.4. Variables relacionadas con la discapacidad y dominio relaciones sociales de la calidad de vida: análisis multivariante

Para concluir con el análisis de la relación entre las variables relacionadas con la discapacidad y el dominio relaciones sociales de la calidad de vida se presentan los resultados del análisis de regresión lineal, que se recogen en la Tabla 33. Se analizaron el conjunto de variables predictoras que tras los análisis bivariantes preliminares presentaron resultados estadísticamente significativos, así como las que tuvieron una $p < .25$. En concreto, se introdujeron las siguientes variables: causa de la discapacidad, porcentaje de discapacidad asignado, comorbilidad y uso de medicación. Como variable de resultado se incluyó la puntuación en el dominio relaciones sociales de la calidad de vida.

Las variables porcentaje de discapacidad asignado y comorbilidad se asociaron de manera independiente con el dominio relaciones sociales de la calidad de vida (ver Tabla 33). El modelo obtuvo un R^2 ajustado de .067.

En cuanto al porcentaje de la discapacidad asignado, se encontró que puntuaciones más elevadas en el grado de discapacidad se asociaron con menores puntuaciones en el dominio relaciones sociales de la calidad de vida ($B = -0.26$, IC 95% [-0.38, -0.14], $t = -4.25$, $p < .001$).

En cuanto a la comorbilidad, las personas que padecían otro problema de salud además del que causó la discapacidad obtuvieron puntuaciones más bajas en el dominio relaciones sociales de la calidad de vida ($B = -6.14$, IC 95% [-10.48, -1.80] $t = -2.78$, $p = .006$).

No se hallaron asociaciones significativas entre el dominio relaciones sociales y las variables causa de discapacidad y uso de medicación.

Tabla 33. Análisis multivariante: variables relacionadas con la discapacidad y dominio relaciones sociales

Variables	B	B	t	p	IC (95%)	
					Límite inferior	Límite superior
Causa de la discapacidad						
Enf. sistema nervioso	-2.84	-0.05	-0.97	.331	-8.57	2.89
Poliomielitis	6.44	0.08	1.61	.108	-1.43	14.30
Anomalías estructurales del desarrollo prenatal	5.73	0.07	1.45	.147	-2.03	13.48
Otras enfermedades	2.43	0.05	0.93	.354	-2.71	7.57
Porcentaje de discapacidad	-0.26	-0.20	-4.25	< .001	-0.38	-0.14
Comorbilidad	-6.14	-0.14	-2.78	.006	-10.48	-1.80
Uso de medicación	-0.58	-0.01	-0.23	.817	-5.54	4.37

Nota. B = coeficiente de regresión no estandarizado; B = coeficiente de regresión; IC = Intervalo de confianza.

2.3.5. Variables clínicas y dominio relaciones sociales de la calidad de vida: análisis bivalente

Dentro de estas variables clínicas, se analizó en primer lugar la correlación de las subescalas de la HAD y el dominio relaciones sociales de la calidad de vida. Se encontraron correlaciones inversas significativas entre ansiedad y el dominio relaciones sociales de la calidad de vida ($p < .001$), y entre la depresión y dicho dominio ($p < .001$) (ver Tabla 34).

Tabla 34. Ansiedad y depresión y dominio relaciones sociales

Subescalas HAD	Dominio relaciones sociales		
	r	p	N
Ansiedad	-.46	< .001	479
Depresión	.58	< .001	479

Con respecto a la relación entre reforzamiento ambiental positivo y dominio relaciones sociales, se observó una correlación directa significativa ($r = .60$, $p < .001$).

En lo referente a la relación entre los rasgos de personalidad y el dominio relaciones sociales de la calidad de vida, se encontró una correlación inversa significativa entre neuroticismo y dominio relaciones sociales de la calidad de vida ($p < .001$), y una correlación directa significativa entre extraversión y el referido dominio ($p < .001$). La correlación entre psicoticismo y el dominio relaciones sociales no fue estadísticamente significativa ($p = .731$) (ver Tabla 35).

Tabla 35. Variables de personalidad y dominio relaciones sociales

Subescalas EPQ-R	Dominio relaciones sociales		
	r	p	N
Neuroticismo	-.50	< .001	478
Extraversión	.29	< .001	478
Psicoticismo	-.01	.731	479

En cuanto a la relación entre la variable resiliencia y el dominio relaciones sociales se encontró una correlación directa significativa ($r = .40$, $p < .001$).

Por lo que respecta a la relación entre la variable propósito en la vida y el dominio relaciones sociales, se halló también una correlación directa significativa ($r = .54$, $p < .001$).

Con respecto a la relación entre habilidades de solución de problemas y dominio relaciones sociales de la calidad de vida, se observó una correlación directa significativa con las subescalas de orientación positiva a los problemas ($p < .001$), de resolución racional de problemas ($p < .001$); y, por el contrario, una correlación inversa significativa con las subescalas de orientación

negativa a los problemas ($p < .001$) y de estilo evitativo ($p < .001$). La correlación encontrada con la subescala de estilo impulsivo no fue estadísticamente significativa ($p = .981$) (ver Tabla 36).

Tabla 36. Habilidades de solución de problemas y dominio relaciones sociales

Subescalas SPSI-R	Dominio relaciones sociales		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>N</i>
Orientación positiva a los problemas	.41	< .001	479
Resolución racional de problemas	.32	< .001	479
Orientación negativa a los problemas	-.35	< .001	479
Estilo impulsivo	-.00	.981	479
Estilo evitativo	-.22	< .001	479

En cuanto a la relación entre la variable apoyo social y el dominio relaciones sociales de la calidad de vida se observaron correlaciones directas significativas con la escala global ($p < .001$), la subescala apoyo confidencial ($p < .001$) y la subescala de apoyo afectivo ($p < .001$) (Tabla 37).

Tabla 37. Apoyo social y dominio relaciones sociales

	Dominio relaciones sociales		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>N</i>
Escala global	.55	< .001	479
Apoyo confidencial	.53	< .001	479
Apoyo afectivo	.50	< .001	479

En lo referente a la relación entre la variable autoeficacia general y el dominio relaciones sociales de la calidad de vida, se encontró una correlación directa significativa ($r = .55$, $p < .001$).

Con respecto a la relación entre la variable empoderamiento y el dominio relaciones sociales se obtuvo una correlación directa significativa con la escala global ($r = .58$, $p < .001$).

En lo relativo a la variable optimismo y el dominio relaciones sociales, se halló una correlación directa significativa ($r = .51$, $p < .001$).

Por último, en cuanto a la relación entre la variable autoestima y el dominio relaciones sociales, se encontró también una correlación directa significativa ($r = .54$, $p < .001$).

2.3.6. Variables clínicas y dominio relaciones sociales de la calidad de vida: análisis multivariante

Por último, se abordan los resultados de la relación entre las variables clínicas y el dominio relaciones sociales de la calidad de vida. Se analizaron el conjunto de variables predictoras que en los análisis bivariantes preliminares presentaron resultados estadísticamente significativos, y también aquellas que tuvieron una $p < .25$. En concreto, se introdujeron las siguientes variables: ansiedad, depresión, reforzamiento ambiental positivo, rasgos de personalidad (neuroticismo, extraversión), resiliencia, propósito en la vida, solución de problemas sociales (orientación positiva a los problemas, resolución racional de problemas, orientación negativa a los problemas y estilo evitativo), apoyo social, autoeficacia general, empoderamiento, optimismo y autoestima de los participantes. Como variable de resultado se incluyeron las puntuaciones del dominio relaciones sociales de la calidad de vida.

Las variables depresión, reforzamiento ambiental positivo, neuroticismo, apoyo social y empoderamiento se asociaron de manera independiente con el dominio relaciones sociales de la calidad de vida (ver Tabla 38). El modelo obtuvo un R^2 ajustado de .49.

En cuanto a la depresión, se encontró que una mayor presencia de sintomatología de depresión se relacionaba con puntuaciones más bajas del dominio relaciones sociales de la calidad de vida ($B = -9.59$, IC 95% [-13.81, -5.38], $t = -4.47$, $p < .001$).

Con respecto al reforzamiento ambiental positivo, se encontró que mayor reforzamiento se relacionaba con puntuaciones más elevadas en el dominio relaciones sociales de la calidad de vida ($B = 0.84$, IC 95% [0.29, 1.39], $t = 3.01$, $p = .003$).

Por otro lado, mayores niveles de neuroticismo se relacionaron con menores puntuaciones en el dominio relaciones sociales de la calidad de vida ($B = -1.29$, IC 95% [-2.38, -0.20], $t = -2.32$, $p = .021$).

En cuanto a la variable apoyo social, mayores niveles de apoyo social se asociaron con puntuaciones más altas en el dominio relaciones sociales de la calidad de vida ($B = 0.57$, IC 95% [0.40, 0.75], $t = 6.46$, $p < .001$).

Asimismo, respecto a la variable empoderamiento, puntuaciones más elevadas se relacionaron también con puntuaciones más elevadas en el dominio relaciones sociales de la calidad de vida ($B = 0.48$, IC 95% [0.13, 0.84], $t = 2.71$, $p = .007$).

No se hallaron asociaciones significativas con el dominio relaciones sociales de la calidad de vida y las variables ansiedad, extraversión, resiliencia, compromiso con la vida, solución de problemas sociales (orientación positiva a los problemas, orientación negativa a los problemas, resolución racional de problemas y estilo evitativo), autoeficacia, optimismo y autoestima.

Tabla 38. Análisis multivariante: variables clínicas y dominio relaciones sociales

Variables	B	B	t	p	IC (95%)	
					Límite inferior	Límite superior
Ansiedad	3.71	0.11	1.95	.051	-0.02	7.44
Depresión	-9.59	-0.26	-4.47	< .001	-13.81	-5.38
Reforzamiento ambiental positivo	0.84	0.19	3.01	.003	0.29	1.39
Neuroticismo	-1.29	-0.12	-2.32	.021	-2.38	-0.20
Extraversión	-0.42	-0.04	-1.09	.278	-1.18	0.34
Resiliencia	-0.18	-0.04	-0.85	.398	-0.60	0.24
Propósito en la vida	0.31	0.06	1.00	.319	-0.30	0.92
PPO	0.16	0.03	0.51	.613	-0.45	0.76
NPO	0.30	0.06	1.10	.270	-0.23	0.83
RPS	-0.32	-0.06	-1.17	.242	-0.86	0.22
AS	0.13	0.02	0.51	.612	-0.37	0.63
Apoyo social	0.57	0.27	6.46	.000	0.40	0.75
Autoeficacia	0.24	0.06	1.07	.283	-0.20	0.67
Empoderamiento	0.48	0.18	2.71	.007	0.13	0.84
Optimismo	0.44	0.08	1.48	.140	-0.15	1.03
Autoestima	-0.50	-0.12	-1.79	.074	-1.04	0.05

Nota. B = coeficiente de regresión no estandarizado; B = coeficiente de regresión; IC= Intervalo de confianza; PPO = Orientación positiva; RPS = Resolución racional; NPO = Orientación negativa; AS = Estilo evitativo.

2.4. ANÁLISIS DEL DOMINIO AMBIENTE DE LA CALIDAD DE VIDA

2.4.1. Variables sociodemográficas y dominio ambiente de la calidad de vida: análisis bivalente

En relación con la variable sexo y el dominio ambiente de la calidad de vida, se encontró que la media para los hombres fue de 56 ($DT = 17.8$) y para las mujeres de 55.1 ($DT = 17.4$) (ver Figura 54); las diferencias en el dominio ambiente en función del sexo no fueron estadísticamente significativas, $t(477) = -.56, p = .573$

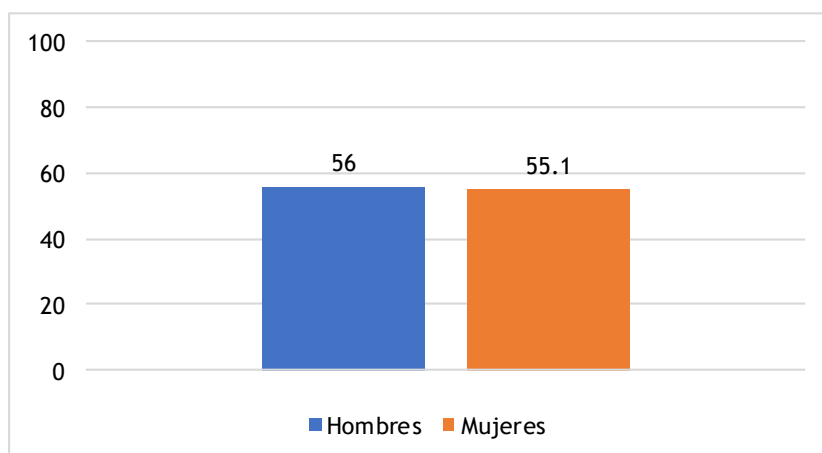


Figura 54. Puntuaciones medias en el dominio ambiente en función del sexo

En cuanto a la edad, la correlación con el dominio ambiente de la calidad de vida no fue estadísticamente significativa ($r = -.04, p = .361$).

En lo que respecta al estado civil, se encontró una puntuación media en el dominio ambiente de 57.4 ($DT = 17.6$) para los que tenían pareja, y de 52.7 ($DT = 17.1$) para aquellos sin pareja (ver Figura 55); las diferencias en el dominio ambiente entre los que tenían y los que no tenían pareja fueron estadísticamente significativas, $t(477) = -2.961, p = .003$.

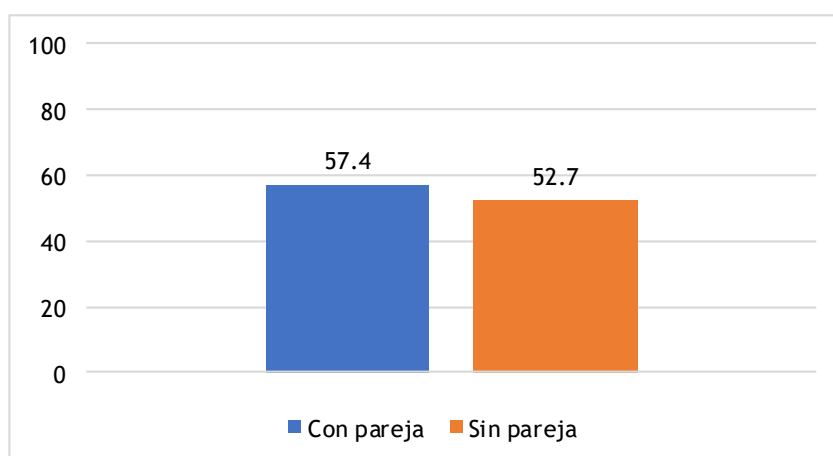


Figura 55. Puntuaciones medias en el dominio ambiente en función del estado civil

otros grupos étnicos (ver Figura 56); las diferencias entre los participantes mestizos y los de otras etnias no fueron estadísticamente significativas, $t(477) = -1.96, p = .051$.

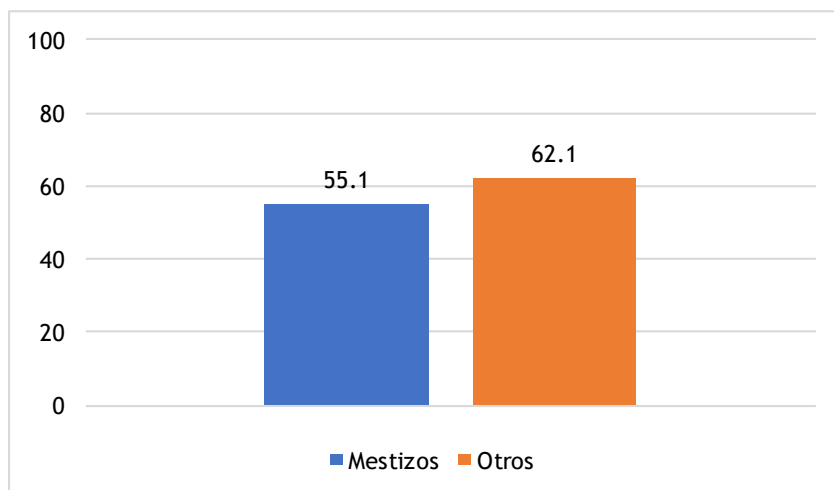


Figura 56. Puntuaciones medias en el dominio ambiente en función de la etnia

Con respecto a la relación entre el nivel de ingresos y el dominio ambiente de la calidad de vida, se halló que la puntuación media del dominio ambiente fue de 49.9 ($DT = 15.3$) para aquellos con ingresos mensuales inferiores o iguales a 375 \$, y de 62.1 ($DT = 17.9$) para los de ingresos superiores a 375 \$ (ver Figura 57); las diferencias entre ambos grupos fueron estadísticamente significativas, $t(427) = -7.93, p < .001$.

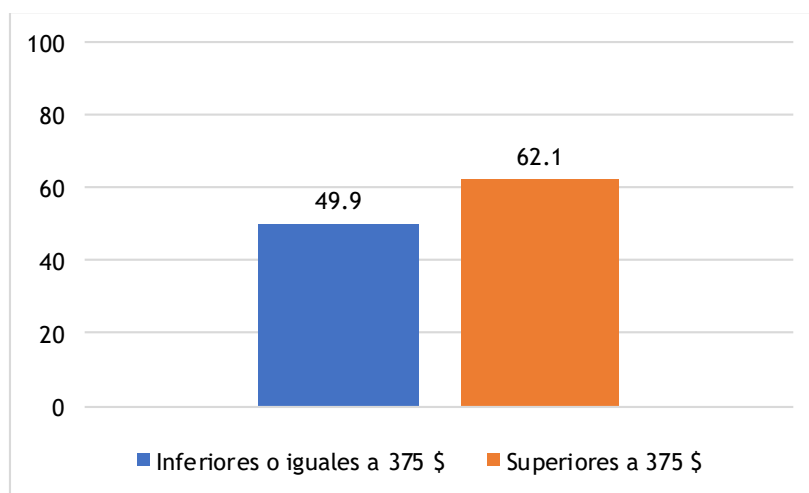


Figura 57. Puntuaciones medias en el dominio ambiente en función del nivel de ingresos

Por último, con respecto a la situación laboral, se encontró que la media para los participantes que no trabajaban fue de 52.3 ($DT = 17.2$) y para aquellos con trabajo de 60.6 ($DT = 17.0$) (ver Figura 58); las diferencias en el dominio ambiente en función de la situación laboral fueron estadísticamente significativas, $t(477) = -5.17, p < .001$.

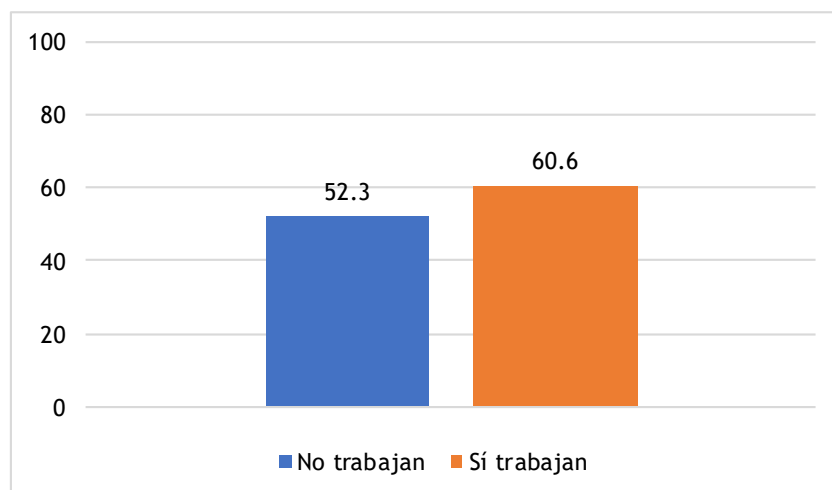


Figura 58. Puntuaciones medias en el dominio ambiente en función de la situación laboral

2.4.2. Variables sociodemográficas y dominio ambiente de la calidad de vida: análisis multivariante

Para finalizar el análisis de la relación entre las variables sociodemográficas y el dominio ambiente de la calidad de vida, se presentan los resultados del análisis de regresión lineal, que se recogen en la Tabla 39. Se analizaron el conjunto de variables predictoras que tras los análisis bivariantes preliminares presentaron resultados estadísticamente significativos, así como aquellas que tuvieron una $p < .25$. En concreto, se introdujeron las siguientes variables: estado civil, etnia, nivel de ingresos y situación laboral. Como variable de resultado se incluyó el dominio ambiente.

Las variables ingresos mensuales y situación laboral se asociaron de manera independiente con el dominio ambiente de la calidad de vida (ver Tabla 39). El modelo obtuvo un R^2 ajustado de .133.

En cuanto a la variable ingresos mensuales, mayores ingresos se asociaron con puntuaciones más altas en el dominio ambiente de la calidad de vida ($B = 10.12$, IC 95% [6.78, 13.46], $t = 5.95$, $p < .001$).

Con respecto a la situación laboral, las personas que trabajaban obtuvieron puntuaciones más elevadas en el dominio ambiente de la calidad de vida ($B = 3.73$, IC 95% [0.35, 7.10], $t = 2.17$, $p = .03$).

No se hallaron asociaciones significativas entre el estado civil, etnia y las puntuaciones en el dominio ambiente de la calidad de vida.

Tabla 39. Análisis multivariante: variables sociodemográficas y dominio ambiente

Variables	B	B	t	p	IC (95%)	
					Límite inferior	Límite superior
Estado civil	2.63	0.07	1.70	0.091	-0.42	5.68
Etnia	6.19	0.08	1.83	0.067	-0.44	12.82
Ingresos mensuales	10.12	0.29	5.95	< .001	6.78	13.46
Situación laboral	3.73	0.10	2.17	0.03	0.35	7.10

Nota. B = coeficiente de regresión no estandarizado; B = coeficiente de regresión; IC = Intervalo de confianza.

2.4.3. Variables relacionadas con la discapacidad y dominio ambiente de la calidad de vida: análisis bivariante

En relación con la causa de la discapacidad, se encontraron puntuaciones medias en el dominio ambiente de la calidad de vida de 54.8 ($DT = 17.4$) para aquellos con enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo, de 53.7 ($DT = 16.9$) para los de enfermedades del sistema nervioso, de 52.9 ($DT = 21.1$) para los de poliomielitis, de 57.7 ($DT = 16.3$) para los de anomalías estructurales del desarrollo prenatal y de 58.5 ($DT = 17.5$) para los de otras enfermedades (ver Figura 59); en el test de Kruskal-Wallis no se detectaron diferencias entre los grupos ($p = .234$).

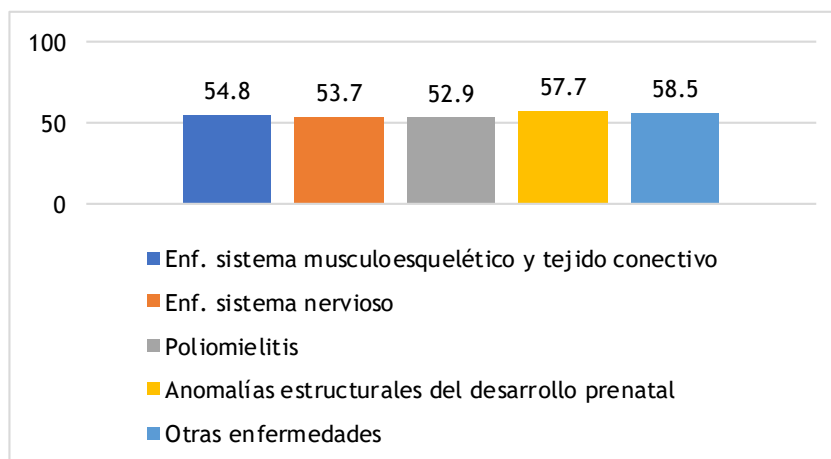


Figura 59. Puntuaciones medias en el dominio ambiente en función de la causa de la discapacidad

En cuanto a la relación entre el porcentaje de discapacidad asignado y el dominio ambiente de la calidad de vida, se observó una correlación inversa significativa ($r = -.19, p < .001$).

Sin embargo, la correlación entre el tiempo que se llevaba con la discapacidad y el dominio ambiente no fue estadísticamente significativa ($r = -.04, p = .284$).

Con respecto a la comorbilidad, se encontró que la puntuación media en el dominio ambiente para los participantes que presentaban comorbilidad fue de 53.0 ($DT = 17.6$) y de 59.4 ($DT = 16.3$) para aquellos sin morbilidad asociada (ver Figura 60); las diferencias entre los que presentaban comorbilidad y los que no fueron estadísticamente significativas, $t(477) = 3.88, p < .001$.

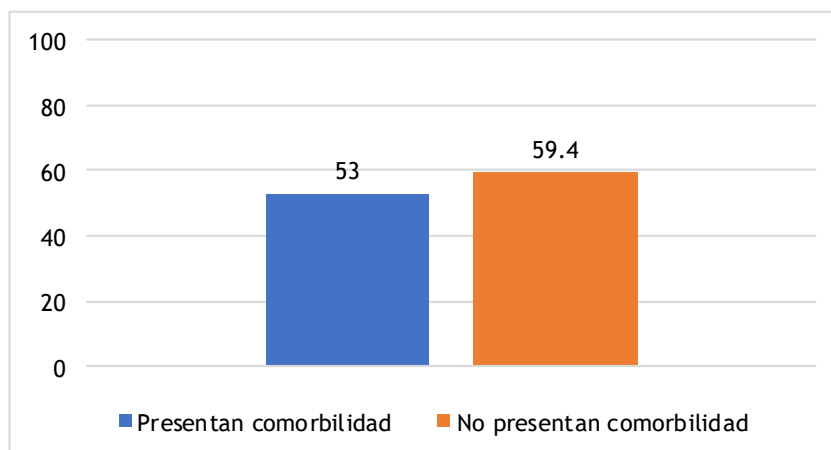


Figura 60. Puntuaciones medias en el dominio ambiente en función de la presencia de comorbilidad

Por último, dentro de estos análisis bivariados relativos a las variables relacionadas con discapacidad, en relación con el uso de medicación, la media en el dominio ambiente para los participantes que la empleaban fue de 55 ($DT = 17.6$) y para los que no la utilizaban de 56.6 ($DT = 17.7$) (ver Figura 61); las diferencias entre ambos grupos no fueron estadísticamente significativas, $t(477) = .82$, $p = .406$.

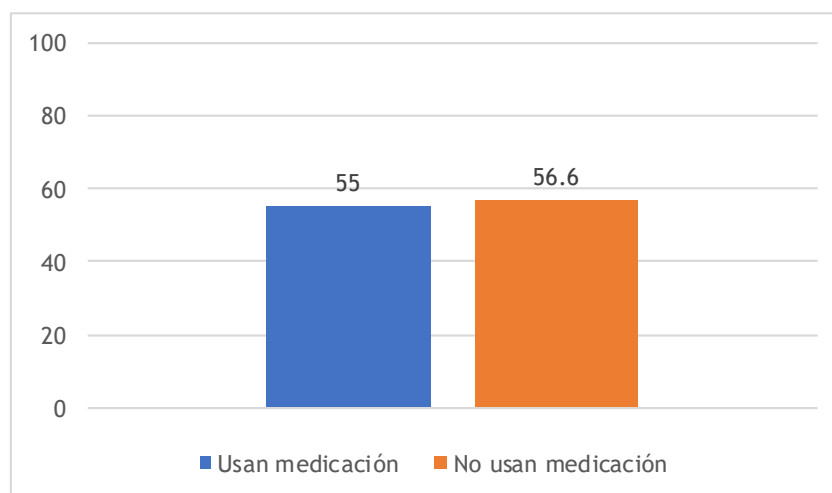


Figura 61. Puntuaciones medias en el dominio ambiente en función del uso de medicación

2.4.4. Variables relacionadas con la discapacidad y dominio ambiente de la calidad de vida: análisis multivariante

Para concluir con el análisis de la relación entre las variables relacionadas con la discapacidad y el dominio ambiente de la calidad de vida se presentan los resultados del análisis de regresión lineal, que se recogen en la Tabla 40. Se analizaron el conjunto de variables predictoras que tras los análisis bivariantes preliminares presentaron resultados estadísticamente significativos o aquellas que también tuvieron una $p < .25$. En concreto, se introdujeron las siguientes variables: causa de la discapacidad, porcentaje de discapacidad asignado y comorbilidad.

Las variables causa de discapacidad, porcentaje de discapacidad asignado y comorbilidad se asociaron de manera independiente con el dominio ambiente de la calidad de vida (ver Tabla 40). El modelo obtuvo un R^2 ajustado de .072.

Respecto a la causa de discapacidad, las personas cuya condición de salud asociada a la discapacidad fueron otras enfermedades obtuvieron mayores puntuaciones en el dominio ambiente de la calidad de vida ($B = 5.56$, IC 95% [1.51, 9.61], $t = 2.70$, $p = .007$).

Respecto al porcentaje de la discapacidad asignado, un mayor grado de discapacidad se relacionó con menores puntuaciones en el dominio ambiente de la calidad de vida ($B = -0.22$, IC 95% [-0.32, -0.12], $t = -4.52$, $p < .001$).

En cuanto a la comorbilidad, las personas que padecían otros problemas de salud, además del que causó la discapacidad, obtuvieron puntuaciones más bajas en el dominio ambiente de la calidad de vida ($B = -6.33$, IC 95% [-9.48, -3.18], $t = -3.95$, $p < .001$).

Tabla 40. Análisis multivariante: variables relacionadas con la discapacidad y dominio ambiente

Variables	B	B	t	p	IC (95 %)	
					Límite inferior	Límite superior
Causa de discapacidad						
Enf. sistema nervioso	1.24	0.03	0.54	.593	-3.31	5.78
Poliomielitis	-1.28	-0.02	-0.41	.682	-7.40	4.85
Anomalías estructurales del desarrollo prenatal	1.56	0.02	0.50	.617	-4.57	7.69
Otras enfermedades	5.56	0.13	2.70	.007	1.51	9.61
Porcentaje de discapacidad	-0.22	-0.21	-4.52	< .001	-0.32	-0.12
Comorbilidad	-6.33	-0.18	-3.95	< .001	-9.48	-3.18

Nota. B = coeficiente de regresión no estandarizado; B = coeficiente de regresión; IC = Intervalo de confianza.

2.4.5. Variables clínicas y dominio ambiente de la calidad de vida: análisis bivariante

Se analizó en primer lugar la correlación de las subescalas de HAD y el dominio ambiente de la calidad de vida. Se encontraron correlaciones inversas significativas entre ansiedad y dominio ambiente de la calidad de vida ($p < .001$), y también entre depresión y este dominio ($p < .001$) (ver Tabla 41).

Tabla 41. Ansiedad y depresión y dominio ambiente

Subescalas de la HAD	Dominio ambiente		
	r	p	N
Ansiedad	-.47	< .001	479
Depresión	-.55	< .001	479

En cuanto a la relación entre reforzamiento ambiental positivo y dominio ambiente, se halló una correlación directa significativa ($r = .60$, $p < .001$).

Con respecto a la relación entre los rasgos de personalidad y el dominio ambiente de la calidad de vida, se encontró una correlación inversa significativa entre neuroticismo y dominio ambiente de la calidad de vida ($p < .001$), y una correlación directa significativa de la extraversión con el mismo ($p < .001$). La correlación entre psicoticismo y el dominio ambiente no fue estadísticamente significativa ($p = .500$) (ver Tabla 42).

Tabla 42. Variables de personalidad y dominio ambiente

Subescalas EPQ-R	Dominio ambiente		
	r	p	N
Neuroticismo	-.51	< .001	478
Extraversión	.24	< .001	478
Psicoticismo	.03	.500	479

En lo relativo a la relación entre la resiliencia y el dominio ambiente, se encontró una correlación directa significativa ($r = .39$, $p < .001$).

Asimismo, en cuanto a la relación entre la variable propósito en la vida y el dominio ambiente se observó una correlación directa significativa ($r = .56$, $p < .001$).

En lo relativo a la relación entre habilidades de solución de problemas y dominio ambiente de la calidad de vida, se observó una correlación directa significativa con las subescalas de orientación positiva a los problemas ($p < .001$), resolución racional de problemas ($p < .001$); mientras que se obtuvo una correlación inversa significativa con las subescalas de orientación

negativa a los problemas ($p < .001$) y la del estilo evitativo ($p < .001$). La correlación encontrada con la subescala de estilo impulsivo ($p = .474$) no fue estadísticamente significativa (ver Tabla 43).

Tabla 43. Habilidades de solución de problemas y dominio ambiente

Subescalas SPSI-R	Dominio ambiente		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>N</i>
Orientación positiva a los problemas	.43	< .001	479
Resolución racional de los problemas	.42	< .001	479
Orientación negativa a los problemas	-.34	< .001	479
Estilo impulsivo	.03	.474	479
Estilo evitativo	-.22	< .001	479

En cuanto a la relación entre la variable apoyo social y el dominio ambiente de la calidad de vida, se observó una correlación directa significativa con la escala global ($p < .001$), y las subescalas de apoyo confidencial ($p < .001$) y de apoyo afectivo ($p < .001$) (ver Tabla 44).

Tabla 44. Apoyo social y dominio ambiente

	Dominio ambiente		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>N</i>
Escala global	.51	< .001	479
Apoyo confidencial	.50	< .001	479
Apoyo afectivo	.44	< .001	479

En lo referente a la relación entre la variable autoeficacia general y el dominio ambiente de la calidad de vida, se obtuvo una correlación directa significativa ($r = .54$, $p < .001$).

Con respecto a la relación entre la variable empoderamiento y el dominio ambiente se encontró una correlación directa significativa con dicha variable ($r = .61$, $p < .001$).

En cuanto a la variable optimismo, se encontró una correlación directa significativa con el dominio ambiente ($r = .50$, $p < .001$).

Para finalizar, en cuanto a la relación entre la variable autoestima y el dominio ambiente, se halló una correlación directa significativa ($r = .57$, $p < .001$).

2.4.6. Variables clínicas y dominio ambiente de la calidad de vida: análisis multivariante

Por último, se presentan los resultados de la relación entre las variables clínicas y el dominio ambiente de la calidad de vida, los cuales se muestran en la Tabla 45. Se analizaron aquellas variables predictoras que en los análisis bivariantes preliminares presentaron resultados estadísticamente significativos, así como las que tuvieron una $p < .25$. En concreto, se introdujeron las siguientes variables: ansiedad, depresión, reforzamiento ambiental positivo, rasgos de personalidad (neuroticismo, extraversión), resiliencia, propósito en la vida, solución de problemas sociales (orientación positiva a los problemas, resolución racional de problemas, orientación negativa a los problemas, y estilo evitativo), apoyo social, autoeficacia general, empoderamiento, optimismo y autoestima de los participantes. Como variable de resultado se incluyeron las puntuaciones del dominio ambiente de la calidad de vida.

Las variables depresión, reforzamiento ambiental positivo, neuroticismo, extraversión, resolución racional de problemas, apoyo social y empoderamiento se asociaron de manera independiente con el dominio ambiente de la calidad de vida (ver Tabla 45). El modelo obtuvo un R^2 ajustado de 0.48.

En cuanto a la variable depresión, mayores puntuaciones de sintomatología depresiva se asociaron con puntuaciones más bajas en el dominio ambiente de la calidad de vida ($B = -4.08$, IC 95% $[-7.44, -0.72]$, $t = -2.38$, $p = .018$).

Con respecto al reforzamiento ambiental positivo, puntuaciones más altas se relacionaron con mayores puntuaciones en el dominio ambiente de la calidad de vida ($B = 0.60$, IC 95% $[0.16, 1.04]$, $t = 2.70$, $p = .007$).

En relación con el neuroticismo, puntuaciones más elevadas se asociaron con menores puntuaciones en el dominio ambiente de la calidad de vida ($B = -1.28$, IC 95% $[-2.15, -0.41]$, $t = -2.89$, $p = .004$).

Asimismo, también puntuaciones más elevadas de extraversión se relacionaron con menores puntuaciones en el dominio ambiente de la calidad de vida ($B = -0.87$, IC 95% $[-1.48, -0.26]$, $p = .005$).

Respecto a la resolución racional de problemas, puntuaciones más altas se asociaron con mayores puntuaciones en el dominio ambiente de la calidad de vida ($B = 0.52$, IC 95% $[0.09, 0.95]$, $t = 2.37$, $p = .018$).

Del mismo modo, en cuanto al apoyo social, mayor apoyo social se relacionó con puntuaciones más altas en el dominio ambiente de la calidad de vida ($B = 0.32$, IC 95% $[0.18, 0.45]$, $t = 4.46$, $p < .001$).

Por último, respecto a la variable empoderamiento, mayor empoderamiento se asoció a puntuaciones más elevadas en el dominio ambiente de la calidad de vida ($B = 0.43$, IC 95% $[0.15, 0.71]$, $t = 3.03$, $p = .003$).

No se hallaron asociaciones significativas entre el dominio ambiente y las variables ansiedad, resiliencia, propósito en la vida, solución de problemas sociales (orientación positiva a los problemas, orientación negativa a los problemas y estilo evitativo), autoeficacia, optimismo y autoestima.

Tabla 45. Análisis multivariante: variables clínicas y dominio ambiente

Variables	B	B	t	p	IC (95%)	
					Límite inferior	Límite superior
Ansiedad	-0.01	0	-0.01	.996	-2.98	2.96
Depresión	-4.08	-0.14	-2.38	.018	-7.44	-0.72
Reforzamiento ambiental positivo	0.60	0.17	2.70	.007	0.16	1.04
Neuroticismo	-1.28	-0.15	-2.89	.004	-2.15	-0.41
Extraversión	-0.87	-0.11	-2.81	.005	-1.48	-0.26
Resiliencia	-0.27	-0.07	-1.58	.115	-0.60	0.07
Propósito en la vida	0.38	0.09	1.54	.124	-0.11	0.86
PPO	-0.22	-0.05	-0.91	.363	-0.70	0.26
RPS	0.52	0.12	2.37	.018	0.09	0.95
NPO	0.25	0.06	1.17	.242	-0.17	0.68
AS	0.01	0.00	0.07	.944	-0.39	0.41
Apoyo Social	0.32	0.19	4.46	< .001	0.18	0.45
Autoeficacia	0.05	0.02	0.3	.762	-0.29	0.40
Empoderamiento	0.43	0.20	3.03	.003	0.15	0.71
Optimismo	0.081	0.02	.34	.733	-0.39	0.55
Autoestima	0.071	0.02	.32	.747	-0.36	0.51

Nota. B = coeficiente de regresión no estandarizado; B = coeficiente de regresión; IC= Intervalo de confianza; PPO = Orientación positiva; RPS = Resolución racional; NPO = Orientación negativa; AS = Estilo evitativo.

VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN

El objetivo general de este estudio fue determinar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y sus factores asociados en mujeres y hombres con discapacidad física del Cantón de Cuenca (Ecuador). El primer objetivo específico fue determinar las características sociodemográficas, relacionadas con este tipo de discapacidad y clínicas de los participantes. En relación con el perfil demográfico, el 56.8% de los participantes en este estudio fueron mujeres. Este dato es consistente con la distribución actual por sexos de la población con discapacidad física hallada en distintos trabajos procedentes de una gran cantidad de regiones y países en todo el mundo; entre ellos, en el Cantón de Cuenca (Ecuador), donde más de la mitad (el 51.3%) de las personas con discapacidad física son mujeres (CONADIS, 2023); así como con en varios países de América Latina y el Caribe como Brasil, Costa Rica, Panamá y Uruguay (González y Stang, 2014); Argentina (INDEC, 2018); Chile (SENADIS, 2016); México (INEGI, 2020); y Puerto Rico (Orellano-Colón et al., 2021). También hubo un predominio femenino entre las personas con discapacidad en estudios realizados en la mayoría de los países miembros de la Unión Europea (EUROSTAT, 2022); África (Statistics South Africa y Lehohla, 2014); y Canadá (Morris et al., 2018). Sin embargo, este perfil sociodemográfico mayoritariamente femenino difiere un poco de lo que sucede entre las personas con discapacidad física a nivel nacional en Ecuador, donde se encuentra un porcentaje ligeramente superior de hombres (56.5%) (CONADIS, 2023).

Con respecto a la edad, en nuestro estudio, la media de edad de los sujetos fue de 52.3 años. Este dato es bastante similar al informado en una revisión sistemática y metanálisis (Lima-Castro et al., 2020), en el que se incluyeron 2048 participantes con discapacidad física y se informó de una edad media de 51.2; o a la de un estudio realizado en 22 países (Fekete et al., 2020) en el que se encontró una media de edad de 51 años. Sin embargo, en otras investigaciones se informó de edades superiores. Así, por ejemplo, en Corea, en un trabajo en el que se reclutaron adultos con discapacidad física de 16 sitios diferentes de la Asociación Coreana de Personas con Discapacidades Físicas (Kim et al., 2021) se observó una media de 54.4 años. En una investigación realizada por la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington en Estados Unidos en la que se involucró a 1862 personas con discapacidad física (Terrill et al., 2016), se informó de que los participantes eran principalmente de mediana edad o adultos mayores (mediana = 57 años). En otro estudio más reciente en Estados Unidos, en el que se incluyeron 1547 sujetos de más de 18 años con discapacidad física, se informó que la edad media de los participantes fue de 61.5 años (Hreha et al., 2019).

En relación con el estado civil, el 58.5% de personas con discapacidad física de nuestro estudio tenían pareja. Este dato es similar al encontrado por Fekete et al. (2020) en personas con lesión de la médula espinal provenientes de 22 países (59.0%), o al encontrado en una investigación en Corea en la que se incluyeron 2250 personas con discapacidades físicas, en la que se informó de que el 57.6% estaban casadas (Park y Kim, 2021). Sin embargo, el porcentaje de sujetos con pareja es inferior al de un trabajo realizado en Marruecos, en el que el 62.2% de las personas con diferentes tipos de discapacidad, entre ellas discapacidad física, estaban casadas (Hajjioui et al., 2019); y de una investigación realizada en Estados Unidos (Hreha et al., 2019), donde el 63% de las personas con discapacidad física tenían pareja. Por el contrario, el porcentaje de personas casadas de nuestro estudio fue superior al de investigaciones realizadas en Costa Rica (INEC y CONAPDIS, 2019), en las que el 50.8% de las personas con

discapacidad de diferente tipología estaban unidas o casadas; en Argentina (INDEC, 2018), donde se encontró que el 51% de personas con discapacidad física de 14 años o más convivían en pareja; en Chile (SENADIS, 2016), donde el porcentaje de personas con discapacidad con pareja fue del 49.7%; o, en la India (MoSPI, 2021), donde se reportó que el 46.6% de la población total con discapacidad estaba casada según el Censo del 2011.

En lo relativo a la etnia, el 94.8% de los evaluados en nuestro trabajo se consideraban mestizos; esta cifra es superior a la hallada en la población mestiza de la provincia del Azuay, donde el 89.6% de la población según su cultura y costumbres, se identifica como mestiza, así como a los datos informados para la población general en Ecuador, donde se establece que el 71.9% refiere ser mestizo (INEC, 2010); el porcentaje más elevado de personas mestizas en la población con discapacidad que en la población general indicaría que en esta etnia se concentran efectivamente porcentajes de discapacidad física más elevados (al menos de acuerdo con los registros oficiales). Lamentablemente, la mayoría de las investigaciones en el ámbito de la discapacidad física se han centrado en analizar diferencias en grupos raciales/étnicos en el ámbito anglosajón (asiático-americanos y nativos o indios americanos) y falta más investigación en grupos étnicos hispanoamericanos y latinoamericanos.

Con respecto a los ingresos y la situación laboral, el 54.7% de los participantes de nuestro trabajo informaron de ingresos inferiores al salario mínimo, y el 62.0% refirieron no tener un empleo. Estos datos coinciden con los hallazgos para las regiones de América Latina y el Caribe, donde informes previos (CEPAL, 2019, 2021) establecieron que las personas con discapacidad tienen tasas de desempleo más altas y, si están trabajando, tienen mayor probabilidad de tener empleos mal remunerados, informales e inestables. Asimismo, concuerdan con los resultados de una investigación (Mitra et al., 2013), en la que se utilizaron datos comparables a nivel internacional de personas con discapacidad provenientes de 15 países en vías desarrollo, hallándose en la mayoría de los países que la discapacidad estaba asociada a menores tasas de empleo. Esto acentuaría todavía más la desigualdad derivada de la situación de discapacidad.

En lo relativo al perfil de discapacidad, la mayoría de los participantes de nuestro estudio (48.4%) informaron de que la causa de su discapacidad eran enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo; estas cifras coinciden con las de investigaciones previas (IHME, 2013; Vos et al., 2017). En este sentido, en el estudio publicado en 2019 sobre carga global de enfermedad, lesiones y factores de riesgo se identificó en 204 países que la primera causa de tiempo vivido con discapacidad fueron los trastornos musculoesqueléticos en los años 1990, 2010 y 2019 (Abrams et al., 2020).

En relación con el porcentaje de discapacidad asignado, el 45.9% informaron de un grado moderado de discapacidad física, seguido del 35.9 % que informaron de un grado grave; este dato es consistente con la distribución de la severidad de la discapacidad de personas con discapacidad física a nivel del Cantón de Cuenca (Ecuador), donde un 54.4% tenían un grado moderado y un 33.1% grave; y a nivel de Ecuador, donde un 49.2% presentaban un nivel moderado, y un 32.5% grave (CONADIS, 2023). Asimismo, el predominio de personas con discapacidad física en grados moderados, seguidos por los de grados severos, coincide con un estudio en Chile (SENADIS, 2016), en el que se encontró que el 58.5% de la población total con discapacidad tenían un grado leve a moderado y el 41.5% severo. Sin embargo, difiere de otros trabajos donde predominaron otros niveles de discapacidad; así, por ejemplo, en un trabajo en Canadá (Morris et al., 2018) se informó de que el 37% de los participantes presentaban un grado leve, un 20% moderado y un 21% grave. En los datos censales en Costa Rica (INEC y CONAPDIS, 2019) el 20.7% de la población total con discapacidad tenía un grado moderado y el 79.3% grave; mientras los datos nacionales de Perú para la población con discapacidad

física (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad, 2019) pusieron de manifiesto que el 34.2% tenía un grado moderado y el 58.4% grave. Una hipótesis plausible para explicar por qué en Ecuador predominan los niveles moderados de discapacidad podría ser que la falta de acceso a servicios de salud adecuados y a una atención temprana para prevenir o tratar condiciones de salud que originan limitaciones, lo que podría generar que las personas con niveles más graves de discapacidad tengan mayores posibilidades de fallecer o sobrevivan menos tiempo y por lo tanto, esta situación se refleje en un menor predominio en los registros oficiales. Otra posible explicación a este hallazgo reside en un menor envejecimiento poblacional en Ecuador, frente a otros países; en este sentido se ha encontrado que la gravedad de la discapacidad podría aumentar con la edad a medida que los factores de riesgo se acumulan a lo largo de la vida (OMS y BM, 2011).

Con respecto al tiempo que llevaban con la discapacidad, la duración media en nuestro estudio fue de 24.5 años, este dato es levemente inferior al de un trabajo con personas con discapacidad física en los Estados Unidos (Wong et al., 2019), en el que se informó de una media de 25.3.

Por lo que concierne a la comorbilidad, en el presente trabajo el 62% de los participantes informaron de que padecían otro problema de salud asociado, además del que originó la discapacidad. Esta cifra es más del doble de la encontrada en investigaciones previas; así, por ejemplo, en un trabajo realizado en los Estados Unidos (Smith et al., 2016), se encontró que de 1594 personas con discapacidad física 427 informaban tener otro problema de salud asociado, lo que equivaldría a un 26.8%; o en Corea, en un trabajo que incluyó a 1851 personas con discapacidad física (Yi et al., 2021), se informó de que el 25.9% presentaban una enfermedad crónica distinta de la que había ocasionado la discapacidad. Una posible explicación de esta discrepancia es que es más probable que las personas con discapacidad en los países de ingresos bajos y medios no están recibiendo una gama de servicios de salud específicos necesarios y de buena calidad para mejorar su salud y funcionamiento a diferencia de países de altos ingresos (Bright et al., 2018), como es el caso de Estados Unidos y Corea.

Respecto al uso de medicación, en nuestra investigación el 74.1% informaron de que estaban empleando medicamentos. Aunque son escasos los estudios a gran escala que han analizado esta cuestión, esta cifra es consistente con un trabajo realizado en México (Ochoa-Morales et al., 2019) con pacientes de esclerosis múltiple donde un 75% utilizaban fármacos; y casi el doble de lo informado por Cubillos y Perea (2020) en Colombia, donde se encontró que el 39% de la población total con discapacidad usaban medicamentos; sin embargo, en este último trabajo se preguntó a los participantes sobre el uso de medicación de forma permanente, mientras en el nuestro se indagó sobre el uso actual, dificultando la comparabilidad de los hallazgos.

En lo relacionado con el perfil clínico, en nuestro estudio la puntuación media de la subescala de ansiedad fue 8.4 sobre un total de 21; puntuación que sugiere la presencia de síntomas significativos de ansiedad, de acuerdo con el punto de corte establecido por Bjelland et al. (2002). Este dato fue superior al encontrado en investigaciones previas en personas con discapacidad física (p.ej., da Silva et al., 2011; de Sousa et al., 2017; Gison et al., 2015; Jones et al., 2014; Povoletto et al., 2019; Rajati et al., 2017; Salvador-De La Barrera et al., 2018), en las que se hallaron cifras de entre 5.0 en adultos mayores (de Sousa et al., 2017) y 8.0 en personas con esclerosis múltiple (Jones et al., 2014). Por su parte, la puntuación media de subescala de depresión fue de 6.2 sobre un total de 21, pudiendo considerarse dentro de un rango normal. Nuestro hallazgo fue similar a lo obtenido en investigaciones previas en personas con discapacidad física (da Silva et al., 2011; de Sousa et al., 2017; Gison et al., 2015; Jones et al.,

2014; Lucas-Carrasco et al. 2011; Povolo et al., 2019; Salvador-De La Barrera et al., 2018; Zürcher et al., 2019), en las que se hallaron cifras entre 3.8 en personas con lesión traumática de la médula espinal (Salvador-De La Barrera et al., 2018) y 7.3 en aquellas con esclerosis múltiple (Jones et al., 2014).

Por lo que respecta al reforzamiento ambiental positivo, en nuestro trabajo la puntuación media fue de 27.5 sobre un total de 40; esta puntuación fue superior a la hallada en un estudio en personas con lesión cerebral traumática grave en el que se informó una media de 21.8 (Bombardier et al., 2017); y a lo encontrado en adultos japoneses diagnosticados con trastorno depresivo mayor, en el que se halló una media de 21.5 (Aoki et al., 2021). Sin embargo, dicha puntuación fue inferior a la encontrada en personas sin discapacidad física; por ejemplo, a la de un trabajo con una muestra no clínica de 466 adultos (Wagener y Blairy, 2015), que fue 28.5; y a la de un estudio con 109 pacientes que acudieron a centros de salud comunitarios, pero que no mostraron angustia emocional clínicamente relevante (Fernández-Rodríguez et al., 2018), que fue de 32.9. Nuestro hallazgo de puntuaciones de reforzamiento ambiental positivo más bajas, frente a otros estudios con muestras de personas sin discapacidad, podrían sugerir que la presencia de discapacidad junto a factores culturales conduciría a que las personas evalúen el grado de recompensa obtenido por el entorno de una manera más negativa (Vilca et al., 2022).

Respecto a los rasgos de personalidad, en nuestro estudio la puntuación para la subescala de neuroticismo, de 2.8 sobre un total de 6, fue superior a la observada en otro tipo de muestras, como la hallada por Coşkun et al. (2019) en mujeres infértiles; por Tekin (2020) en pacientes con obesidad tipo I y tipo II; y por Torres et al. (2017) en una muestra de estudiantes universitarios en Ecuador; pero inferior a lo hallado por Evren et al. (2019) en una muestra de estudiantes universitarios con probable trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y por Yildirim et al. (2020) en pacientes con psoriasis. En cuanto a la subescala de extraversión, la puntuación media fue de 3.4 sobre un total de 6, inferior a la encontrada en trabajos previos (Coşkun et al., 2019; Evren et al., 2019; Tekin, 2020; Torres, et al., 2017). Por último, respecto a la subescala de psicoticismo, la puntuación media fue de 1.5 sobre un total de 6, similar a la encontrada en un trabajo con pacientes con obesidad mórbida (Tekin, 2020); pero superior a la hallada en pacientes con psoriasis (Yildirim et al., 2020) y estudiantes universitarios (Torres, et al., 2017); e inferior a la encontrada en mujeres con infertilidad (Coşkun et al., 2019). Las bajas puntuaciones en extraversión sugieren que las personas con discapacidad física de esta muestra tienen una personalidad más retraída, reflexiva y tranquila (Eysenck, 1987), frente a muestras de mujeres infértiles, pacientes con obesidad, y estudiantes universitarios. Este rasgo podría sumarse a las barreras señaladas en apartados anteriores para acceder al transporte, los espacios públicos y las actividades recreativas (Bezyak et al., 2020; Hall, 2009; Giraldo-Rodríguez et al., 2019), que dificultarían la participación social y la inclusión.

Con respecto a la resiliencia, la puntuación media hallada en nuestra investigación fue de 19.3 sobre un total de 30, similar a la de otro trabajo (Kavak et al., 2019) en el que se participaron 1318 pacientes hospitalizados de 18 años o más, con diagnóstico avanzado de cáncer gastrointestinal; y con otros estudios previos en personas con discapacidad física (Battalio et al., 2017; Bonanno et al., 2012; Hayter y Dorstyn, 2014; Hoffman et al., 2011; Silverman et al., 2015; Suriá et al., 2015; Terrill et al., 2016).

Con respecto a la variable propósito en la vida, la puntuación media obtenida en nuestro estudio fue de 24.1 sobre un total de 30, dato similar al encontrado por Scheier et al. (2006) en ocho muestras de Estados Unidos, que osciló entre 24.1 para mujeres con un cáncer de pecho en estadio tardío y una muestra de estudiantes universitarios; y 25.3 para mujeres con un cáncer de pecho en una fase temprana. Además, nuestro hallazgo también es consistente con el estudio

de Pearson et al. (2013) en una muestra comunitaria formada por sujetos de edades comprendidas entre los 55 y 94 años; y el trabajo de Yeung y Breheny (2021) en Nueva Zelanda en el que encontraron medias de 23.7 en mayores con discapacidad y 25.6 en aquellos que no presentaban limitaciones.

Respecto a las habilidades de solución de problemas (evaluadas por el SPSI-R), en el presente trabajo se encontró una puntuación media de 10.6 (sobre un total de 20) en la subescala orientación positiva a los problemas, inferior a dos trabajos previos en Estados Unidos con veteranos de guerra (Beaudreau et al., 2022) y en distintas muestras de la población general (Ghahramanlou-Holloway et al., 2012); y superior a lo encontrado en Estados Unidos en individuos con un intento de suicidio reciente (Ghahramanlou-Holloway et al., 2012); y en el Reino Unido por Lindsay et al. (2011) en delinquentes con discapacidad intelectual. Con respecto a la subescala resolución racional de problemas, la media fue de 10.2 sobre un total de 20; inferior a lo observado en Estados Unidos para distintas muestras de la población general (Ghahramanlou-Holloway et al., 2012); y superior a lo encontrado en el mismo país en personas con un intento de suicidio reciente (Ghahramanlou-Holloway et al., 2012), y a lo hallado en el Reino Unido por Lindsay et al. (2011) en delinquentes con discapacidad intelectual. En relación con la subescala orientación negativa a los problemas la media fue de 7.4 sobre 20; más baja a la informada por Beaudreau et al. (2022); por Ghahramanlou-Holloway et al. (2012) tanto en muestras de la población general como en sujetos con un intento de suicidio reciente; y por Lindsay et al. (2011). Referente a la subescala estilo impulsivo, la puntuación media fue de 6.7 sobre un total de 20; inferior a lo encontrado por Beaudreau et al. (2022), Ghahramanlou-Holloway et al. (2012) y Lindsay et al. (2011). Por último, para la subescala estilo evitativo la puntuación media fue de 3.7 sobre un total de 20, inferior a la informada en trabajos previos (p.ej., Beaudreau et al., 2022; Ghahramanlou-Holloway et al., 2012; Lindsay et al., 2011). Estos hallazgos podrían reflejar la preferencia de las personas con discapacidad por utilizar estrategias positivas, esperanzadoras y racionales de resolución de problemas para hacer frente a sus limitaciones y encontrar significado en sus circunstancias. A diferencia de las personas con mayor deterioro psicosocial (que han cometido un intento de suicidio o han participado en un delito) que pueden ser más propensas a la rumiación, el pesimismo, la impulsividad y la evasión (Ghahramanlou-Holloway et al., 2012; Lindsay et al., 2011).

Por lo que concierne al apoyo social, la puntuación media fue de 39.5 sobre un total de 55, lo que refleja un apoyo social percibido adecuado. Estos hallazgos coinciden con otros estudios previos en pacientes con dolor crónico musculoesquelético generalizado y fibromialgia (Alamo et al., 2002); en personas con discapacidad (Salvador-De la Barrera et al., 2018); y en pacientes con cáncer colorrectal (Gonzalez-Saenz de Tejada et al., 2017).

Con respecto a la variable autoeficacia, en la presente investigación se obtuvo una puntuación media de 28 sobre un total de 40, lo que indicaría una autoeficacia baja (Haugland et al., 2016). Este dato es similar al obtenido por Raggi et al. (2009) en pacientes con miastenia gravis; y mejor a los encontrados por Byra y Ćwirynkało (2018) en una muestra de estudiantes universitarios con discapacidad física en Polonia y por Villanueva et al. (2017) en trabajadores de Bangladesh en rehabilitación por parálisis. Sin embargo, la cifra hallada en nuestro estudio es inferior a la informada en la mayoría de investigaciones previas; entre ellas, la de Wilski y Tasiemski (2016) en pacientes con discapacidad debida a esclerosis múltiple; la de Geyh et al. (2012) en pacientes con discapacidad física debido una lesión de médula espinal; la de Robinson-Whelen et al. (2006) en una muestra de mujeres de mediana edad y mayores con discapacidades físicas; y la de Srivastava y Singh (2016) en personas de la India con discapacidades físicas. Los estudios que informaron mejores puntuaciones de autoeficacia se realizaron en centros ambulatorios con un alto estándar de atención y especializados para

brindar atención a personas con discapacidad (p.ej., Geyh et al., 2012; Robinson-Whelen et al., 2006; Wilski y Tasiemski., 2016). Otros estudios con adultos mayores sugieren que la forma de brindar atención puede influir en el nivel de autoeficacia (p.ej., Whitehall et al., 2020).

En relación con el empoderamiento, la puntuación media hallada en nuestro trabajo para la escala global fue de 50.4 (de un total de 84), que corresponde a un nivel medio. Este dato es inferior a la media encontrada en las investigaciones de Suriá (2015b) en sujetos con lesión medular, y de Suriá (2014b) en personas con discapacidad (tanto para la muestra global como para el grupo con discapacidad física); y por el estudio de Yamada y Suzuki (2007) en pacientes japoneses con esquizofrenia crónica. Los participantes de los estudios que informaron mejores puntuaciones de empoderamiento pertenecían a asociaciones para personas con discapacidad (Suriá, 2014b, 2015b) o fueron reclutados en contextos sanitarios (Yamada y Suzuki, 2007), en los que promover el empoderamiento adquiere relevancia. Por lo tanto, es importante considerar su influencia para brindar apoyo y oportunidades para potenciar esta capacidad ya que en estos entornos se fomenta la autodeterminación, y se motiva a la persona con discapacidad a identificar y usar las fortalezas para superar barreras y no centrarse únicamente en sus déficits.

En cuanto al optimismo, la puntuación media que se encontró en el presente estudio fue de 16.5 sobre un total de 24. Este hallazgo es inferior a lo hallado en otros trabajos; por ejemplo, el de Kasser y Zia (2020) o el de Calandri et al. (2017) en personas con discapacidad física cuya condición de salud fue esclerosis múltiple; o el de Rostowska y Kossak (2011) en personas con tetraplejía. Estos hallazgos podrían explicarse porque los participantes de nuestro estudio presentaron sintomatología ansiosa. Otros estudios han encontrado que la presencia de este tipo de manifestaciones clínicas puede generar menor optimismo (Shanahan et al., 2021).

Finalmente, referente a la última variable clínica evaluada en nuestro trabajo, la autoestima, se obtuvo una puntuación media de 30 sobre 40, lo que refleja una percepción equilibrada y saludable de su propia valía. Este dato es similar a lo encontrado por Wilski y Tomczak (2016) y Mikula et al. (2017) en pacientes con diferentes niveles de discapacidad cuya condición de salud era la esclerosis múltiple. Por el contrario, es una puntuación menor a la encontrada por Harper et al. (2014) en pacientes con discapacidad física debido a una lesión de médula espinal en Colombia; y a la de una muestra de estudiantes universitarios sin discapacidad en Ecuador (Torres, et al., 2017). Y es una cifra superior a la mayoría de las investigaciones previas analizadas: a la de Srivastava y Singh (2016) en personas de la India con discapacidad física; a la de Byra y Ćwirynkało (2018) en una muestra de estudiantes universitarios polacos con discapacidad física; a la de Geyh et al. (2012) en pacientes alemanes con discapacidad física causada por una lesión de médula espinal; a la de Bogart (2014) en 226 participantes con discapacidades físicas congénitas y adquiridas; a la de Yamada et al. (2021) en personas con discapacidad física en Colombia; y la de Hayter y Dorstyn (2014) que involucró adultos con un diagnóstico de espina bífida. Una hipótesis tentativa para explicar los buenos niveles de autoestima es la larga duración media de la discapacidad, encontrándose en investigaciones previas (p.ej., Harper et al, 2014; Lejzerowicz y Tomczyk, 2018) que cuanto mayor es la duración de la discapacidad, más altas son las puntuaciones en autoestima. Adicionalmente, se debe considerar que puntuaciones en autoestima global más bajas pueden reflejar un enfoque más autocrítico con mayor énfasis en la comparación social presente en personas más jóvenes, como son los casos de los estudios realizados en la India por Srivastava y Singh (2016) y en Polonia por Byra y Ćwirynkało (2018). En ese sentido, en una investigación reciente se encontró que adultos jóvenes pueden tener niveles clínicamente significativos de autocrítica (Sekowski et al., 2022).

El segundo objetivo de esta investigación fue determinar la CVRS de los participantes en sus distintos dominios (físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente). En concreto, la puntuación media de nuestro estudio en el dominio físico fue 47.7, en la línea de tres investigaciones existentes (Choi et al., 2013; Jeong et al., 2012; Lucas-Carrasco et al., 2011a), en las que se informaron medias entre 47.4 (Choi et al., 2013) y 47.6 (Lucas-Carrasco et al., 2011a). Sin embargo, dicha puntuación fue inferior a la encontrada en siete trabajos previos (Aminde et al., 2020; Badenhorst et al., 2018; Chang et al., 2012; Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016; Gnanaselvam et al., 2017; Govindharaj et al., 2018; Nowakowska-Domagala et al., 2018), en los que se informaron medias entre 48.4 (Chang et al., 2012) y 70.0 (Nowakowska-Domagala, et al., 2018); y superior a la encontrada en once estudios anteriores (Akinpelu et al., 2012; Chang et al., 2020; Dajpratham y Kongkasuwan, 2011; Ganesh et al., 2020; Lucas-Carrasco et al., 2011b; Mandal et al., 2020; Moshi et al., 2021; Phillips et al., 2009; Rassi-Fernandes, 2015; Singh et al., 2021; Stefane et al., 2013), en los que se hallaron medias entre 25.2 (Ganesh et al., 2020) y 46.8 (Chang et al., 2020).

En cuanto al dominio psicológico, la puntuación media obtenida en nuestro estudio fue de 59, inferior a la encontrada en nueve trabajos previos (Aminde et al., 2020; Badenhorst et al., 2018; Dajpratham y Kongkasuwan, 2011; Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016a; Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016a; Govindharaj et al., 2018; Nowakowska-Domagala, et al., 2018; Rassi-Fernandes, 2015; Stefane et al., 2013), en los que se informaron de puntuaciones entre 59.4 (Estrella-Castillo y Gomez-Regil, 2015b) y 75.6 (Badenhorst et al., 2018); y superior a las encontradas en otras trece investigaciones (Akinpelu et al., 2012; Chang et al., 2012; Chang et al. 2020; Choi et al., 2013; Ganesh et al., 2020; Gnanaselvam et al., 2017; Jeong et al., 2012; Lucas y Carrasco et al., 2011a; Lucas y Carrasco et al., 2011b; Mandal et al., 2020; Moshi et al., 2021; Phillips et al., 2009; Singh et al., 2021), en las que se hallaron medias entre 21.8 (Ganesh et al., 2020) y 56.0 (Chang et al. 2020).

En cuanto al dominio relaciones sociales, la puntuación media del presente trabajo fue de 56.2, inferior a la de ocho estudios de la literatura (Badenhorst et al., 2018; Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016a; Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016b; Govindharaj et al., 2018; Gnanaselvam et al., 2017; Nowakowska-Domagala, et al., 2018; Rassi-Fernandes, 2015; Stefane et al., 2013), en los que se informaron de medias entre 59.3 (Gnanaselvam et al., 2017) y 71.8 (Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016a); y más elevada que las medias reportadas en catorce trabajos (Aminde et al., 2020; Akinpelu et al., 2012; Chang et al., 2012; Chang et al., 2020; Choi et al., 2013; Dajpratham y Kongkasuwan, 2011; Ganesh et al., 2020; Jeong et al., 2012; Lucas y Carrasco et al., 2011a; Lucas-Carrasco et al., 2011b; Mandal et al., 2020; Moshi et al., 2021; Phillips et al., 2009; Singh et al., 2021), en los que se informaron medias entre 12 (Ganesh et al., 2020) y 53.3 (Akinpelu et al., 2012).

Por último, la media del dominio ambiente en nuestro estudio fue de 55.4. Esta puntuación fue inferior a la de otros diez trabajos existentes (Badenhorst et al., 2018; Dajpratham y Kongkasuwan, 2011; Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016a; Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016b; Gnanaselvam et al., 2017; Govindharaj et al., 2018; Lucas y Carrasco et al., 2011a; Nowakowska-Domagala, et al., 2018; Rassi-Fernandes, 2015; Stefane et al., 2013), en los que se obtuvieron medias de entre 54.6 (Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil, 2016b) y 68.4 (Badenhorst et al., 2018); y superior a la encontrada en doce investigaciones previas (Aminde et al., 2020; Akinpelu et al., 2012; Chang et al., 2012; Chang et al., 2020; Choi et al., 2013; Ganesh et al., 2020; Jeong et al., 2012; Lucas y Carrasco et al., 2011b; Mandal et al., 2020; Moshi et al., 2021; Phillips et al., 2009; Singh et al., 2021), en las que se hallaron medias entre 23 (Ganesh et al., 2020) y 54.2 (Lucas y Carrasco et al., 2011b; Phillips et al., 2009).

En líneas generales, y como se refleja en el análisis anterior, en el presente trabajo las puntuaciones para todos los dominios en las personas con discapacidad física fueron superiores a las halladas en la mayoría de los estudios previos en personas con discapacidad física, aunque fueron inferiores a las obtenidas por los sujetos sin limitaciones físicas (p.ej., Barker et al, 2009; Heräjärvi et al., 2020).

El tercer objetivo de la presente investigación se centró en identificar las variables sociodemográficas, relacionadas con la discapacidad física y clínicas asociadas CVRS en sus distintos dominios. Así, en el análisis de la relación entre las variables sociodemográficas y el dominio físico, se encontró una asociación significativa de la etnia, los ingresos mensuales y la situación laboral con la puntuación en el dominio físico de la CVRS. Respecto a la etnia, las personas de otras etnias (no mestizos) tuvieron puntuaciones más elevadas en el dominio físico de la calidad de vida. Si bien la evidencia sobre la etnia es escasa en la literatura científica existente, estos hallazgos podrían deberse a la escasez de no mestizos en nuestra muestra. En cuanto a la situación económica, las personas con mayores ingresos mensuales obtuvieron puntuaciones más elevadas en el dominio físico de la calidad de vida. Este hallazgo coincide con los de estudios previos (p.ej., Badenhorst et al, 2018; Govindharaj et al., 2018; Magnusson et al., 2019), y podría explicarse por las mayores dificultades de los pacientes de bajos ingresos para asumir los costes del tratamiento y rehabilitación necesarios, lo que puede hacer que el inicio de la rehabilitación se retrase o no se lleve a cabo, repercutiendo en peores resultados para su salud (Horner et al., 1991). Asimismo, en el Informe Mundial sobre Discapacidad (OMS y BM, 2011) se señaló que las personas con discapacidad en países de ingresos bajos y medianos experimentaban dificultades económicas cuando intentaban acceder a los servicios de salud y rehabilitación para mejorar su salud. Los sujetos que trabajaban obtuvieron mayores puntuaciones en el dominio físico de la calidad de vida, coincidiendo con resultados de otros trabajos previos (Jeong et al., 2012; Nizeyimana et al., 2022).

En cuanto a las variables relacionadas con la discapacidad, la causa de la discapacidad, el porcentaje de discapacidad asignado, la comorbilidad y el uso de medicación se relacionaron con las puntuaciones en el dominio físico de la calidad de vida. Los participantes de nuestro estudio que obtuvieron mejores puntuaciones en el dominio físico de la calidad de vida relacionada con la salud fueron los que presentaban causas de discapacidad distintas de las enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo, del sistema nervioso, la poliomielitis y anomalías estructurales del desarrollo prenatal. En este sentido, Estrella-Castillo y Gómez-de-Regil (2016) no encontraron relación entre causa de discapacidad y la CVRS, pero compararon enfermedades neurológicas y musculoesqueléticas, mientras esta investigación incluyó causas diversas; además, la etiqueta “Enfermedades no recogidas en otras categorías” abarcó condiciones minoritarias, probablemente menos severas y con una menor afectación en la movilidad.

Con respecto al porcentaje de discapacidad asignado, niveles de discapacidad más graves se correspondieron con menores puntuaciones en el dominio físico de la calidad de vida. Este hallazgo coincide con varios estudios previos (Alshubaili et al., 2007; Cvijetic et al., 2014; Dymecka et al., 2021; Engel-Yeger et al., 2018; Gnanaselvam et al., 2017; Göksel et al. 2011; Grassi et al., 2020; Howitt et al., 2011; Heräjärvi et al., 2020; Paiva et al. 2016). Asimismo, también la presencia de comorbilidades, o problemas de salud adicionales además del que causó la discapacidad, se relacionó con menores puntuaciones en el dominio físico de la calidad de vida, hallazgo coherente con lo informado en varios trabajos de la literatura (Ellis et al., 2013; Heräjärvi et al., 2020; Noonan et al., 2014; Rivers et al., 2018; Theadom et al., 2021; Zemed et al., 2021). Por último, las personas que tomaban medicamentos obtuvieron puntuaciones más

bajas en el dominio físico de la calidad de vida. Estos hallazgos coinciden con los de otros estudios anteriores (Cvijetic et al., 2014; Paiva et al., 2016), pero difieren del de Howitt et al. (2011). Una hipótesis tentativa es que tanto en la presente investigación como en la de Paiva et al. (2016) incluyeron sujetos con distintos tipos de discapacidades, donde un mayor uso de medicación podría reflejar una mayor severidad, comorbilidades, o reacciones adversas; mientras Howitt et al. (2011) reclutaron una muestra homogénea, donde un mayor consumo de medicamentos podría implicar mejor autocuidado. De este modo, los resultados relacionados con el uso de fármacos podrían deberse a características particulares del estado de salud de las personas con discapacidad física de la muestra de nuestro estudio como, por ejemplo, el alto porcentaje de comorbilidades, lo que podría requerir una mayor asistencia farmacéutica; situación que se ha observado en otros trabajos previos (Castro et al., 2010), y que podría redundar en peores resultados específicamente para este dominio físico.

Las variables clínicas que se asociaron con las puntuaciones del dominio físico de la calidad de vida fueron la depresión, el reforzamiento ambiental positivo, la extraversión, el psicoticismo y el empoderamiento. Precisamente, las personas con más sintomatología depresiva tuvieron puntuaciones más bajas en el dominio físico de la calidad de vida. Este hallazgo coincide con varios otros trabajos (Alshubaili et al., 2007; Chang et al., 2020; Göksel et al., 2011; Kargarfard et al., 2012; Ochoa et al., 2019), y refuerza el dato conocido de que la depresión genera un mayor riesgo de deterioro en el estado de salud física de las personas con discapacidad (Blöchl et al., 2019; Luo et al., 2019; van Houwelingen et al., 2013).

En cuanto al reforzamiento ambiental positivo, niveles más elevados se relacionaron con puntuaciones más altas en el dominio físico de la calidad de vida. No hay estudios previos de la relación de estas variables con el dominio físico. Sin embargo, un nivel de recompensa ambiental inadecuada reduce los comportamientos saludables (Carvalho et al., 2011; Hopko et al., 2003), por lo que parece razonable que pueda afectar a las percepciones de los participantes sobre las restricciones que experimentan en las actividades de la vida diaria, generar una mayor dependencia de los medicamentos, reducir su nivel de energía e incrementar la fatiga, afectar a la movilidad, incrementar el dolor, deteriorar el sueño y comprometer el desempeño laboral.

Además, los participantes con mayor extraversión mostraron puntuaciones inferiores en el dominio físico de la calidad de vida. Aunque no existen trabajos en la literatura que hayan estudiado esta relación, una hipótesis tentativa es que los extravertidos buscarían activación externa (Eysenck, 1987), por lo que ante una discapacidad física tendrían mayor probabilidad de informar de más limitaciones en las actividades de la vida diaria (Hajek y König, 2021) y energía. Asimismo, se ha encontrado que los sujetos extravertidos tienen más probabilidades de informar síntomas de dolor (Harkins et al., 1989; Oron y Reichenberg, 2003; Wade et al., 1992). Por otro lado, las personas con mayor psicoticismo mostraron puntuaciones más elevadas en el dominio físico de la calidad de vida. Este hallazgo es concordante con un estudio en el que se encontró que los pacientes con tumor cerebral, con altos niveles de psicoticismo, tenían mejores puntuaciones en el dominio físico de la calidad de vida y movilidad después del tratamiento con radioterapia, debido a que posiblemente muestran poca sensibilidad a los estímulos externos; por lo tanto, tienen menor riesgo de sobreestimulación y tensión mental, lo que se refleja en menor fatiga y mejor funcionamiento físico (Pieczyńska et al., 2022).

En lo que respecta al empoderamiento, puntuaciones más elevadas se correspondieron con mayores puntuaciones en el dominio físico de la calidad de vida. No hay investigaciones previas de la relación entre estas dos variables; sin embargo, puede explicarse porque el empoderamiento ayuda a las personas a manejar factores que afectan a su salud física (Fawcett et al., 1994; Mitroi et al., 2016).

Por lo que respecta al dominio psicológico de la CVRS, en cuanto a las variables sociodemográficas relacionadas con el mismo, éstas incluyeron los ingresos mensuales y la situación laboral. Los participantes con ingresos mensuales más elevados presentaron puntuaciones más altas en el dominio psicológico de la calidad de vida. Estos hallazgos coinciden con los de algunos estudios previos (p. ej., Govindharaj et al., 2018; Magnusson et al., 2019; Paiva et al., 2016), pudiendo desempeñar un nivel de ingresos adecuados un papel protector contra el estrés generado por la discapacidad física (Magnusson et al., 2019; McGiffin et al., 2019). Asimismo, los participantes que tenían trabajo obtuvieron puntuaciones más elevadas en el dominio psicológico de la calidad de vida. Estos resultados coinciden con los de otra investigación (Nizeyimana et al., 2022); y pueden explicarse por el efecto del desempleo en variables como la autoimagen y la autoestima (Trani et al., 2020).

En lo referente a las variables relacionadas con la discapacidad asociadas al dominio psicológico de la calidad de vida, éstas incluyeron el porcentaje de discapacidad asignado y la comorbilidad. Con respecto a la primera, un grado de discapacidad más grave se relacionó con menores puntuaciones en el dominio psicológico de la calidad de vida, en coherencia con los hallazgos de trabajos previos (Akinpelu et al., 2012; Cvijetic et al., 2014; Göksel et al., 2011). En cuanto a la comorbilidad, las personas que padecían otro problema de salud, además del que causó la discapacidad, obtuvieron menores puntuaciones en el dominio psicológico de la calidad de vida. También estos resultados coinciden con los resultados de otros estudios (Ellis et al., 2013; Grassi et al., 2020; Janjusevic et al., 2019; Heräjärvi et al., 2020; Noonan et al., 2014).

En cuanto a las variables clínicas relacionadas con el dominio psicológico de la calidad de vida, éstas incluyeron la ansiedad, la depresión, el propósito en la vida y la autoeficacia. Una mayor sintomatología de ansiedad se relacionó con menores puntuaciones en el dominio psicológico de la calidad de vida. Estos hallazgos coinciden con los de otros estudios de la literatura en personas con discapacidad física (p.ej., Howitt et al., 2011; Jeong et al., 2012; Pangalila et al., 2015; Rajati et al., 2018; Singh et al., 2021). Asimismo, una mayor sintomatología depresiva se relacionó con menores puntuaciones en el dominio psicológico de la calidad de vida, dato similar al obtenido en investigaciones previas (Chang et al., 2020; Engel-Yeger et al., 2018; Göksel et al., 2011; Kargarfard et al., 2012; Ochoa-Morales et al., 2019; Rajati et al., 2018; Singh et al., 2021; Yamout et al., 2013). Por el contrario, un mayor propósito en la vida se relacionó con puntuaciones más elevadas en el dominio psicológico de la calidad de vida. Aunque no existen trabajos previos en los que se haya estudiado este nexo entre ambas variables, nuestro hallazgo es concordante con el de otras investigaciones que han hecho énfasis en un posible efecto amortiguador del propósito en la vida sobre la respuesta fisiopatológica a los estresores psicosociales y la discapacidad (Cohen et al., 2016; Hill et al., 2018; Psarra y Kleftaras, 2013). Asimismo, un estudio sobre la CVRS general (que no analizó esta variable en función de sus distintos dominios) encontró que tener un propósito en la vida se asocia con una mejor CVRS general. Específicamente, tener un propósito en la vida está relacionado con niveles más altos de bienestar, mejor salud física y niveles más bajos de depresión y ansiedad. Además, tener un propósito en la vida puede ayudar a las personas mayores a mantener sus capacidades cognitivas e independencia (Yeung y Breheny, 2021).

Por último, una mayor autoeficacia se relacionó con puntuaciones más altas en el dominio psicológico de la calidad de vida. También estos hallazgos van en línea de lo hallado en trabajos previos (Dymecka et al., 2021; Middleton y Craig, 2007; Rajati et al., 2018; Schmitt et al. 2014; Wilski y Tasiemski, 2016).

Con respecto al dominio relaciones sociales de la calidad de vida, las variables sociodemográficas relacionadas fueron el estado civil, los ingresos mensuales y la situación

laboral. Las personas que tenían pareja obtuvieron puntuaciones más elevadas en el dominio relaciones sociales de la calidad de vida, coincidiendo con estudios previos en los que se encontraron peores puntuaciones en los solteros (Chuluunbaatar et al., 2016; Gnanaselvam et al., 2017), y que contar con un compañero sentimental se vinculaba positivamente con el bienestar, la participación social y comunitaria (p.ej., Barclay et al., 2016; Gillespie et al., 2015). En este sentido se puede mencionar un trabajo (Nguyen et al., 2016), en el que se concluyó que las personas con discapacidad física con una pareja con una buena actitud y que les brindase apoyo podían sentir satisfacción en la relación conyugal y sexual.

Por otro lado, mayores ingresos mensuales se relacionaron con puntuaciones más elevadas en el dominio relaciones sociales. Nuestros resultados concuerdan con los hallados en varios estudios previos (Aminde et al., 2020; Gnanaselvam et al., 2017; Govindharaj et al., 2018; Magnusson et al., 2019). Distintas hipótesis podrían explicar la relación entre ingresos y dominio relaciones sociales de la calidad de vida; así, por ejemplo, Weyers et al. (2008) encontraron que las personas con condiciones socioeconómicas desfavorables tenían más probabilidades de tener malas relaciones sociales en comparación con quienes estaban en mejor situación económica; y Zürcher et al. (2019) determinaron que experimentar estados financieros problemáticos estaba fuertemente relacionada con insatisfacción con el apoyo social general, las relaciones familiares, los contactos con amigos y la relación de pareja.

Por último, las personas que trabajaban obtuvieron mayores puntuaciones en el dominio relaciones sociales. Estos hallazgos coinciden con los de la investigación de Bakhsh et al. (2020), e irían en la línea de resultados de otros estudios que encontraron que las personas empleadas estaban significativamente menos solas que los que no trabajaban (Guilcher et al., 2021). Por lo tanto, trabajar podría actuar como un facilitador de la participación en actividades fuera del hogar que actuaría reforzando los contactos sociales y reduciendo los sentimientos de aislamiento y soledad de las personas con discapacidad.

En cuanto a las variables relacionadas con la discapacidad, un mayor porcentaje de discapacidad asignado y la presencia de comorbilidad se relacionaron con puntuaciones más bajas en el dominio relaciones sociales de la calidad de vida. Con respecto al grado de discapacidad, los resultados de la presente investigación coinciden con los de otros estudios de la literatura (Alshubaili et al., 2007; Chuluunbaatar et al., 2016; Cvijetic et al., 2014; Gnanaselvam et al., 2017). En relación con la comorbilidad, también estos resultados concuerdan con otros trabajos existentes en personas con discapacidad física (Akinpelu et al., 2012; Heräjärvi et al., 2020), y van en la línea de estudios que sugieren que la presencia de comorbilidades afecta negativamente a la participación social que implica interacción social (Hreha et al., 2019; Piatt et al., 2016).

Las variables clínicas relacionadas con el dominio relaciones sociales de la calidad de vida fueron la depresión, el reforzamiento ambiental positivo, el neuroticismo, el apoyo social y el empoderamiento. En cuanto a la depresión, una mayor sintomatología depresiva se relacionó con menores puntuaciones en el dominio relaciones sociales de la calidad de vida, coincidiendo con los hallazgos de algunos trabajos previos (Chang et al., 2020; Schmitt et al., 2014). En este sentido, Sundar et al. (2016) encontraron que las personas con discapacidad física que experimentaban síntomas depresivos tenían menos probabilidades de participar en actividades comunitarias y sociales fuera de casa, y Zhang et al. (2017) hallaron que la depresión podía predecir una participación social restringida.

Por el contrario, un mayor reforzamiento ambiental positivo se relacionó con mayores puntuaciones en el dominio relaciones sociales. No hay estudios previos sobre la relación de estas variables. Una potencial hipótesis que considerar sería que un aumento en el reforzamiento ambiental positivo podría estar asociado con una reducción de comportamientos de evitación y

pasividad (Carvalho y Hopko, 2011; Lewinsohn, 1974; Schmidt et al., 2013), favoreciendo que las personas con discapacidad se involucrasen en actividades sociales.

En lo relativo al neuroticismo, mayores niveles de éste se relacionaron con menores puntuaciones en el dominio relaciones sociales de la calidad de vida. Estos hallazgos van en línea de lo informado en estudios previos (Huang et al., 2017; Kim et al., 2013), y podrían explicarse porque las personas con elevado neuroticismo podrían tener peor percepción o desempeño en sus relaciones. Por su parte, un mayor apoyo social se relacionó con mejores puntuaciones en el dominio relaciones sociales de la calidad de vida. Este hallazgo coincide con el trabajo de Salvador-De La Barrera et al. (2018). Además, es similar a lo observado en otros estudios (p.ej., Bello et al., 2021; Elfström et al., 2005; Suh et al., 2022; Wilski y Tasiemski, 2016; Yamout et al., 2013), en los que se encontró que un mayor apoyo social se relacionaba con una mejor CVRS general.

Finalmente, mayores niveles de empoderamiento se relacionaron con puntuaciones más elevadas en el dominio relaciones sociales de la calidad de vida. No hay estudios previos sobre esta cuestión; sin embargo, los hallazgos de nuestra investigación coinciden con el de un estudio con personas con trastornos mentales (Hansson y Björkman, 2005), que encontró una relación directa del empoderamiento con la disponibilidad y adecuación de las relaciones sociales. Adicionalmente, se debe considerar que el empoderamiento es desarrollado y ejercitado en y a través de las relaciones sociales (Christens et al., 2012), y es una fortaleza psicológica que podría permitir que a pesar de las condiciones desfavorables que experimentan las personas con discapacidad, pudiesen apoyarse en relaciones sociales positivas (Suriá, 2014b).

En relación con el último dominio, el ambiente, las variables sociodemográficas relacionadas con las puntuaciones en éste fueron los ingresos mensuales y la situación laboral. Mayores ingresos mensuales se relacionaron con mejores puntuaciones en el dominio ambiente. Estos hallazgos coinciden con los de otros trabajos (Badenhorst et al., 2018; Gnanaselvam et al., 2017; Govindharaj et al., 2018; Magnusson et al., 2019); y van en la línea de una investigación previa en personas con discapacidad física (Zziwa et al., 2019), en la que se encontró que un mejor nivel socioeconómico conllevaba una mayor utilización de servicios de atención sanitaria.

Respecto a la situación laboral, las personas que trabajaban obtuvieron puntuaciones más elevadas en el dominio ambiente de la calidad de vida. En ningún trabajo previo se analizó esta relación entre ambas variables en personas con discapacidad física. Sin embargo, se puede mencionar un estudio (Geyh et al., 2013) en el que se encontró que el empleo remunerado era un predictor significativo de la CVRS global. Estos resultados reflejan la importancia del empleo como proveedor de recursos económicos, ya que facilita el acceso a la atención sanitaria o social y a las actividades de ocio, a diferencia del desempleo que limita la capacidad para acceder a un estilo de vida saludable y restringe las opciones de atención sanitaria asociadas con mejores resultados de salud (Jeon et al., 2009).

En relación con las variables relacionadas con la discapacidad, las personas que obtuvieron mejores puntuaciones en el dominio ambiente de la calidad de vida relacionada con la salud presentaban causas de discapacidad distintas de las enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo, del sistema nervioso, la poliomielitis y anomalías estructurales del desarrollo prenatal. No hay estudios previos sobre esta cuestión, pero nuestro hallazgo sugiere que en esta categoría podrían encontrarse condiciones de salud menos severas que tuvieron mayor posibilidad de acceso a la atención sanitaria, servicios de información, seguridad, ocio y transporte.

En cambio, tanto mayor porcentaje de discapacidad asignado como la presencia de comorbilidad se asociaron con puntuaciones más bajas en el dominio ambiente de la calidad de

vida. El hallazgo de que grados más altos de discapacidad predijeron puntuaciones bajas en el dominio ambiente coincide con lo encontrado en algunos trabajos previos (Alshubaili et al., 2007; Aminde et al., 2020; Chuluunbaatar et al., 2016; Cvijetic et al., 2014; Gnanaselvam et al., 2017; Govindharaj et al., 2018). En cuanto a la comorbilidad, nuestros resultados van en línea con los de otra investigación (Akinpelu et al., 2012), en la que se encontró que aquellas personas con discapacidad física sin comorbilidad tenían puntuaciones más altas para el dominio ambiente de la CVRS.

Por último, en relación con las variables clínicas, la depresión, el reforzamiento ambiental positivo, el neuroticismo, la extraversión, la resolución racional de problemas, el apoyo social y el empoderamiento, se relacionan de manera independiente con el dominio ambiente de la calidad de vida. En cuanto a la depresión, una mayor sintomatología depresiva se relacionó con menores puntuaciones en el dominio ambiente de la calidad de vida, en coherencia con lo informado en trabajos previos (Grassi et al., 2020; Howitt et al., 2011; Jeong et al., 2012; Jung et al., 2012; Singh et al., 2021).

Por el contrario, un mayor reforzamiento ambiental positivo se relacionó con puntuaciones más elevadas en el dominio ambiente de la calidad de vida. No existen estudios previos al respecto, pero una posible explicación de este hallazgo es que las personas con discapacidad física que tienen una mayor participación pueden percibir el dominio ambiente de la CVRS de una forma más positiva.

Con respecto a los rasgos de personalidad, mayor neuroticismo se relacionó con puntuaciones más bajas en el dominio ambiente de la calidad de vida. Este hallazgo va en línea con el de otro trabajo en Nueva Zelanda (Lee y Sibley, 2017), en el que se encontró que bajas puntuaciones de neuroticismo estaban asociadas a una mayor satisfacción con el acceso a la atención sanitaria. Además, nuestros resultados se pueden explicar porque los individuos con altos grados de neuroticismo tienden a centrarse en los aspectos negativos de la vida, y percibir las situaciones como más estresantes o amenazantes (Magnus et al., 1993; Watson y Pennebaker, 1989). Asimismo, mayor extraversión también se relacionó con menores puntuaciones en el dominio ambiente de la calidad de vida. Aunque no existen trabajos previos en torno a esta cuestión, este hallazgo podría explicarse porque las personas con discapacidad física más extravertidas podrían necesitar mayor activación externa y, por lo tanto, ser más sensibles a la falta o disminución de oportunidades para acceder a servicios sanitarios, de transporte y actividades de ocio, y con todo ello tener una percepción más negativa del dominio ambiente de la CVRS.

Por el contrario, puntuaciones más elevadas en resolución racional de problemas se relacionaron con puntuaciones más altas en el dominio ambiente de la calidad de vida. Este hallazgo va en línea del de un estudio en ancianos deprimidos con deterioro cognitivo y discapacidad (Kiosses et al., 2011), en el que se informó que disponer de buenas habilidades de resolución de problemas les permitía decidir sobre cómo modificar el entorno del hogar y las actividades dentro del mismo para que coincidiesen con su nivel funcional. Por lo tanto, este resultado podría explicarse porque personas con discapacidad física que tienen buenas habilidades de resolución de problemas podrían encontrar soluciones adecuadas cuando encuentran barreras en su entorno, logrando acceder a la información, el transporte, a las actividades de ocio y a la atención sanitaria.

Del mismo modo, un mayor apoyo social se relacionó con mejores puntuaciones en el dominio ambiente de la calidad de vida. Este hallazgo coincide con el de un trabajo previo (Salvador-De La Barrera et al., 2018), y va en línea con el de otras investigaciones (Elfström et al., 2005; Suh et al., 2022; Wilski y Tasiemski, 2016; Yamout et al. (2013), en las que se encontró que un mayor apoyo social se asoció con mejores puntuaciones en la CVRS general.

Respecto al empoderamiento, un nivel más elevado en esta variable se relacionó con mejores puntuaciones en el dominio ambiente de la calidad de vida. No hay estudios en la literatura sobre la relación entre estas variables; sin embargo, este hallazgo podría explicarse porque las personas empoderadas adquieren una sensación de control con respecto a su condición, por lo que pueden ser más proactivos para encontrar opciones y oportunidades para obtener recursos y servicios del entorno (Rohatinsky, et al., 2017).

En otro orden de cosas, hay que señalar que el presente trabajo presenta varias fortalezas. En primer lugar, se debe considerar que la mayoría de los estudios existentes sobre la CVRS en adultos con discapacidad física provienen de entornos clínicos o de rehabilitación, y son muy escasas las investigaciones metodológicamente rigurosas sobre la CVRS de adultos con discapacidad de la comunidad. Por lo tanto, es una contribución importante a la literatura científica sobre la CVRS y sus predictores. Se empleó una muestra seleccionada al azar y de un tamaño adecuado, se explicitaron los criterios de elegibilidad y se recogió información de un amplio número de variables sociodemográficas, relacionadas con la discapacidad y clínicas, algunas de las cuales no se habían estudiado en estudios previos; además, se utilizaron instrumentos validados administrados por clínicos con experiencia y entrenados. Asimismo, se midieron distintas dimensiones de la CVRS en los participantes del estudio. Y, previamente a la investigación, se desarrolló pormenorizadamente el protocolo de evaluación y se realizó un estudio piloto.

No obstante, los hallazgos del estudio se deben interpretar con precaución, dadas algunas limitaciones. En primer lugar, aunque la tasa de respuesta en esta investigación fue satisfactoria, desconocemos si el perfil de los que no contestaron es similar al de los que sí contestaron. En segundo lugar, la muestra procedía de un único cantón de Ecuador, lo que podría limitar la generalización de los resultados. Sin embargo, el perfil sociodemográfico coincide parcialmente con el de las personas con discapacidad de Ecuador (CONADIS, 2023) y del resto de países del mundo en los que se hicieron este tipo de estudios (OMS y BM, 2011); lo que sugiere que los resultados del presente trabajo pueden ser extrapolables a una población amplia de personas con discapacidad física, especialmente a poblaciones con grados moderados de discapacidad y presencia de comorbilidades. En tercer lugar, los no mestizos representaron sólo un 5.2% de la muestra, por lo que las conclusiones sobre la etnia son limitadas. Adicionalmente, se debe considerar que nuestro estudio ha utilizado una metodología transversal, lo que impide establecer la dirección de la causalidad entre las variables.

Finalmente, hay que mencionar que los hallazgos de nuestro estudio tienen importantes implicaciones para las políticas públicas, la práctica clínica y la investigación. Sugieren la importancia de trabajar y tener los recursos económicos adecuados para amortiguar las dificultades financieras de las personas con discapacidad física. También hay una necesidad de diseñar intervenciones para mejorar la CVRS en esta población, que deberían dirigirse a aquellos con bajas puntuaciones en calidad de vida, incluir procedimientos para monitorizar y reducir sus problemas de salud mental, particularmente la sintomatología ansiosa y puntuaciones elevadas de neuroticismo. Igualmente, también es fundamental promover en estas personas recursos psicológicos como el reforzamiento, el empoderamiento, propósitos de vida, la autoeficacia, el apoyo social y las habilidades de solución de problemas. Futuras investigaciones deberían evaluar la eficacia de las intervenciones dirigidas a este grupo de la población empleando diseños metodológicamente rigurosos (ensayos controlados aleatorizados), con el fin de proveer a las personas con discapacidad física los apoyos psicológicos necesarios para ayudarles a superar la carga desproporcionada de factores estresantes y tensiones crónicas que involucra vivir con una discapacidad.

CONCLUSIONES

Considerando los resultados hallados en este estudio, se establecen las siguientes conclusiones:

1. Perfil sociodemográfico, de la discapacidad y clínico de la muestra

- En relación con el perfil sociodemográfico, las personas con discapacidad física que participaron en la presente investigación fueron en un mayor porcentaje mujeres, con una media de edad superior a los 52 años, casadas, mestizas, con ingresos mensuales inferiores al salario mínimo y desempleadas.
- Respecto al perfil de discapacidad de los participantes, la mayoría informaron de que la causa de su discapacidad eran enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo; el grado de discapacidad física era moderado; la duración media de la discapacidad de aproximadamente 25 años; padecían otro problema de salud, además del que originó la discapacidad; y empleaban medicación.
- Respecto al perfil clínico, las personas con discapacidad presentan sintomatología de ansiedad alta, pero no depresiva; reforzamiento ambiental positivo bajo; bajas puntuaciones en extraversión; resiliencia moderada; propósito en la vida medio; puntuaciones más altas en habilidades de solución de problemas positivas (orientación positiva a los problemas y resolución racional de problemas); una percepción positiva de apoyo social; autoeficacia baja; un nivel intermedio de empoderamiento; optimismo moderado; y una buena autoestima.

2. Calidad de vida de los participantes

- Las puntuaciones medias del dominio físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) estuvieron dentro del rango de puntuaciones de los trabajos previos en personas con discapacidad física, y fueron superiores a las informadas en la mayoría de ellos.

3. Variables sociodemográficas, de discapacidad y clínicas asociadas con la CVRS en sus distintos dominios

- En el dominio físico, en relación con las variables sociodemográficas, se determinó que el no ser mestizo, tener mayores ingresos mensuales y trabajar fueron factores asociados a puntuaciones más altas en este dominio. En cuanto a las variables relacionadas con la discapacidad, informar de causas de discapacidad distintas de las enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo se asoció a puntuaciones más altas en el dominio físico de la calidad de vida; mientras que mayor porcentaje de discapacidad, presencia de problemas de salud adicionales y el empleo de medicamentos se asociaron a puntuaciones más bajas. Respecto a las variables clínicas, mayor sintomatología depresiva, y mayor extraversión se relacionaron con puntuaciones más bajas; en cambio, mayor psicoticismo, reforzamiento ambiental positivo y empoderamiento se asociaron a puntuaciones más elevadas.

- En el dominio psicológico, en relación con las variables sociodemográficas, se halló que ingresos mensuales más elevados y trabajar fueron factores asociados a puntuaciones más altas en este dominio. En cuanto a las variables relacionadas con la discapacidad, un mayor porcentaje de discapacidad asignado y la presencia de comorbilidad se asociaron a puntuaciones más bajas. Respecto a las variables clínicas, mayor sintomatología ansiosa y depresiva se asociaron a puntuaciones más bajas para este dominio. Por el contrario, un mayor propósito en la vida y una mayor autoeficacia se asociaron a puntuaciones más altas.
- En el dominio de relaciones sociales, referente a las variables sociodemográficas, se encontró que tener pareja, ingresos mensuales más elevados y trabajar fueron factores asociados a puntuaciones más altas en este dominio. En cuanto a las variables relacionadas con la discapacidad, un mayor porcentaje de discapacidad asignado y la presencia de comorbilidad se asociaron a puntuaciones más bajas en este dominio. Respecto a las variables clínicas, mayor sintomatología depresiva y neuroticismo se asociaron a puntuaciones más bajas para este dominio. Por el contrario, mayor reforzamiento ambiental positivo, apoyo social y empoderamiento se asociaron a puntuaciones más altas.
- Por último, en el dominio ambiente, tener ingresos mensuales más elevados y trabajar fueron factores asociados a puntuaciones más altas para este dominio. En cuanto a las variables relacionadas con la discapacidad, causas de discapacidad distintas de las enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo, del sistema nervioso, la poliomielitis y anomalías estructurales del desarrollo prenatal se asociaron a puntuaciones más altas para este dominio. En cambio, mayores porcentajes de discapacidad asignados y la presencia de comorbilidad fueron factores asociados a puntuaciones más bajas para este dominio. Por último, en relación con las variables clínicas, mayor sintomatología depresiva, neuroticismo y extraversión, se asociaron a puntuaciones más bajas. Por el contrario, mayor reforzamiento ambiental positivo, resolución racional de problemas, apoyo social y empoderamiento se asociaron a puntuaciones más altas.

Implicaciones prácticas y directrices futuras

- Los resultados de este estudio enfatizan la importancia de abordar la vulnerabilidad socioeconómica de las personas con discapacidad física; y la necesidad de desarrollar intervenciones psicológicas para mejorar la CVRS en este grupo de la población, dirigidas a reducir la sintomatología ansiosa y el neuroticismo, y a promover recursos psicológicos positivos.
- Futuras investigaciones deberían evaluar la eficacia de esas intervenciones para mejorar la CVRS en personas con discapacidad física a través de ensayos controlados aleatorizados.

VI. REFERENCIAS

- Abrams, E. M., Akombi, B., Alam, S., Alcalde-Rabanal, J. E., Allebeck, P., Amini-Rarani, M., Atnafu, D. D., Ausloos, M., Ayanore, M. A., Azari, S., Azene, Z. N., Babae, E., Bante, A. B., Bisanzio, D., Bohluli, M., Breitborde, N. J. K., Briant, P. S., Castelpietra, G., Cunningham, M., . . . Yip, P. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204-1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
- Akinpelu, A. O., Gbiri, C. A. y Maruf, F. A. (2012). Quality of life, disablement, comorbidity, and socio-demographics of stroke survivors in south-western Nigeria. *Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy*, 6(3), 14-18.
- Alamo, M. M., Moral, R. R. y Pérula, L. A. (2002). Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronicpain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient education and counseling*, 48(1), 23-31. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00095-2](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00095-2)
- Albrecht, G. L. y Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: High quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, 48(8), 977-988. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00411-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00411-0)
- Aleena, A. T., Eslavath, R., Romate, J. y Allen, J. G. (2022). Determinants of quality of life in individuals with chronic low back pain: a systematic review. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 10(1), 124-144. <https://doi.org/10.1080/21642850.2021.2022487>
- Almalky, H. A. (2020). Employment outcomes for individuals with intellectual and developmental disabilities: A literature review. *Children and Youth Services Review*, 109, Artículo 104656. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104656>
- Alshubaili, A. F., Awadalla, A. W., Ohaeri, J. U. y Mabrouk, A. A. (2007). Relationship of depression, disability and family caregiver attitudes to the quality of life of Kuwaiti persons with multiple sclerosis: A controlled study. *BMC Neurology*, 7(1), 31. <https://doi.org/10.1186/1471-2377-7-31>
- Aminde, J. A., Aminde, L. N., Bija, M. D., Lekpa, F. K., Kwedi, F. M., Yenshu, E. V. y Chichom, A. M. (2020). Health-related quality of life and its determinants in patients with chronic low back pain at a tertiary hospital in Cameroon: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 10(10), Artículo e035445. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035445>
- Anand, P. y Ben-Shalom, Y. (2014). How do working-age people with disabilities spend their time? New evidence from the American Time Use Survey. *Demography*, 51(6), 1977-1998. <https://doi.org/10.1007/s13524-014-0336-3>
- Anson, K. y Ponsford, J. (2006). Coping and emotional adjustment following traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 21(3), 248-259. <https://doi.org/10.1097/00001199-200605000-00005>

- Aoki, S., Doi, S., Horiuchi, S., Takagaki, K., Kawamura, A., Umeno, R., Fujita, M., Kitagawa, N. y Sakano, Y. (2021). Differences in the association between avoidance and environmental rewards by three symptoms of depression. *Current Psychology*, 42, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02127-2>
- Armento, M. E. A. y Hopko, D. R. (2007). The Environmental Reward Observation Scale (EROS): Development, validity, and reliability. *Behavior Therapy*, 38(2), 107-119. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.05.003>
- Atienza-González, F. L., Moreno-Sigüenza, Y. y Balaguer-Solá, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología: Universitas Tarraconensis*, 22(1-2), 29-42.
- Baart, J. y Taaka, F. (2018). Barriers to healthcare services for people with disabilities in developing countries: A literature review. *Disability CBR and Inclusive Development*, 28(4), 26-40. <https://doi.org/10.5463/dcid.v28i4.656>
- Badenhorst, M., Brown, J. C., Lambert, M. I., Mechelen, W. V. y Verhagen, E. (2018). Quality of life among individuals with rugby-related spinal cord injuries in South Africa: A descriptive crosssectional study. *British Medical Journal Open*, 8(6), 1–12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020890>
- Bakas, T., McLennon, S. M., Carpenter, J. S., Buelow, J. M., Otte, J. L., Hanna, K. M., Ellett, M. L., Hadler, K. A. y Welch, J. L. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-134>
- Bakhsh, M., M, Farukh, M., Shareef, A., Somroo, N., Jabeen, N. y Imran, M. (2020). Retrospective analysis of quality of life for patients received prosthetic limbs to overcome their physical disability. *International Journal of Endorsing Health Science Research*, 8(2), 67-74. <https://doi.org/10.29052/JEHSR.v8.i2.2020.67-74>
- Bandura, A. y Locke, E. A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87-99. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.1.87>
- Bannick, M. S., Beghi, E., Blake, N., Ellenbogen, R. G., Afarideh, M., Ahmadi, A., Aichour, A. N., Aichour, M. T. E., Akseer, N., Alene, K. A., Altirkawi, K., Ärnlov, J., Asayesh, H., Atalay, H. T., Béjot, Y., Beuran, M., Brayne, C., Catalá-López, F., Cerin, E., . . . Murray, C. J. L. (2019). Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurology*, 18(5), 459-480. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30499-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30499-X)
- Barclay, L., McDonald, R., Lentin, P. y Bourke-Taylor, H. (2016). Facilitators and barriers to social and community participation following spinal cord injury. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63(1), 19-28. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12241>

- Barker, R., Kendal, M. D., Amsters, D., Pershouse, P., Haines, T. P. y Kuipers, P. (2009). The relationship between quality of life and disability across the lifespan for people with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 47(2), 149-155. <https://doi.org/10.1038/sc.2008.82>
- Barraca, J., y Pérez-Álvarez, M. (2010). Adaptación española del Environmental Reward Observation Scale (EROS). *Ansiedad y Estrés*, 16(1), 95-107.
- Battalio, S. L., Glette, M., Alschuler, K. N. y Jensen, M. P. (2018). Anxiety, depression, and function in individuals with chronic physical conditions: A longitudinal analysis. *Rehabilitation Psychology*, 63(4), 532-541. <https://doi.org/10.1037/rep0000231>
- Battalio, S. L., Huffman, S. E. y Jensen, M. P. (2020). Longitudinal associations between physical activity, anxiety, and depression in adults with long-term physical disabilities. *Health Psychology*, 39(6), 529-538. <https://doi.org/10.1037/hea0000848>
- Battalio, S. L., Silverman, A. M., Ehde, D. M., Amtmann, D., Edwards, K. A. y Jensen, M. P. (2017). Resilience and function in adults with physical disabilities: An observational study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(6), 1158-1164. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.11.012>
- Battalio, S. L., Tang, C. L. y Jensen, M. P. (2020). Resilience and function in adults with chronic physical disabilities: A cross-lagged panel design. *Annals of Behavioral Medicine*, 54(5), 297-307. <https://doi.org/10.1093/abm/kaz048>
- Baumstarck, K., Pelletier, J., Boucekine, M. y Auquier, P. (2015). Predictors of quality of life in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis: A 2-year longitudinal study. *Revue Neurologique*, 171(2), 173-180. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2014.09.005>
- Beaudreau, S. A., Karel, M. J., Funderburk, J. S., Nezu, A. M., Nezu, C. M., Aspnes, A. y Wetherell, J. L. (2022). Problem-solving training for Veterans in home based primary care: An evaluation of intervention effectiveness. *International Psychogeriatrics*, 34(2), 165-176. <https://doi.org/10.1017/S104161022000397X>
- Bello, U. M., Chutiyami, M., Salihu, D., Abdu, S. I., Tafida, B. A., Jabbo, A. A., Gamawa, A., Umar, L., Lawan, A., Miller, T. y Winsor, S. J. (2021). Quality of life of stroke survivors in Africa: A systematic review and meta-analysis. *Quality of Life Research*, 30(1), 1–19. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02591-6>
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna del Castillo, J. D. y Laderli, P. (1996). Validez y fiabilidad del Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18(4), 153-163.
- Berry, J. W., Elliott, T. R. y Rivera, P. (2007). Resilient, undercontrolled, and overcontrolled personality prototypes among persons with spinal cord injury. *Journal of Personality Assessment*, 89(3), 292-302. <https://doi.org/10.1080/00223890701629813>
- Bezyak, J. L., Sabella, S., Hammel, J., McDonald, K., Jones, R. A. y Barton, D. (2020). Community participation and public transportation barriers experienced by people with

disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 42(23), 3275-3283.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1590469>

- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., y Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3)
- Blöchl, M., Meissner, S. y Nestler, S. (2019). Does depression after stroke negatively influence physical disability? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 247(15), 45-56.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.082>
- Boakye, M., Leigh, B. C. y Skelly, A. C. (2012). Quality of life in persons with spinal cord injury: Comparisons with other populations. *Journal of Neurosurgery*, 17(1), 29-37.
<https://doi.org/10.3171/2012.6.AOSpine1252>
- Boele, F. W., Douw, L., Reijneveld, J. C., Robben, R., Taphoorn, M. J. B., Aaronson, N. K., Heimans, J. J. y Klein, M. (2015). Health-related quality of life in stable, long-term survivors of low-grade glioma. *Journal of Clinical Oncology*, 33(9), 1023-1029.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2014.56.9079>
- Bogart, K. R. (2014). The role of disability self-concept in adaptation to congenital or acquired disability. *Rehabilitation Psychology*, 59(1), 107-115.
<https://doi.org/10.1037/a0035800>
- Bombardier, C. H., Fann, J. R., Ludman, E. J., Vannoy, S. D., Dyer, J. R., Barber, J. K. y Temkin, N. R. (2017). The relations of cognitive, behavioral, and physical activity variables to depression severity in traumatic brain injury: Reanalysis of data from a randomized controlled trial. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 32(5), 343-353.
<https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000288>
- Bonanno, G. A., Kennedy, P., Galatzer-Levy, I. R., Lude, P. y Elfström, M. L. (2012). Trajectories of resilience, depression, and anxiety following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 57(3), 236-247. <https://doi.org/10.1037/a0029256>
- Borenstein, M., Hedges, L., Higgins, J. y Rothstein, H. (2005). *Comprehensive Meta-Analysis* (version 2.0) [Computer software]. Biostat. <https://www.meta-analysis.com/>
- Bright, T., Wallace, S. y Kuper, H. (2018). A systematic review of access to rehabilitation for people with disabilities in low- and middle-income countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2165. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102165>
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., de Gruy, F. V. y Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26(7), 709-723. <https://doi.org/10.1097/00005650-198807000-00006>

- Brown, R. I., Cobigo, V. y Taylor, W. D. (2015). Quality of life and social inclusion across the lifespan: Challenges and recommendations. *International Journal of Developmental Disabilities*, 61(2), 93-100. <https://doi.org/10.1179/2047386914Z.00000000092>
- Bueno-Pacheco, A., Lima-Castro, S., Peña-Contreras, E., Cedillo-Quizhpe, C. y Aguilar-Sizer, M. (2018). Adaptación al español de la Escala de Autoeficacia General para su uso en el contexto ecuatoriano. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 48(3), 5-17. <https://doi.org/10.21865/RIDEP48.3.01>
- Byra, S. y Ćwirynkało, K. (2018). Coping strategies in students with physical disabilities – predictive role of self-esteem, general self-efficacy and basic hope. *Hrvatska Revija Za Rehabilitacijska Istraživanja*, 54(2), 1-11. <https://doi.org/10.31299/hrri.54.2.1>
- Cadden, M. y Arnett, P. (2015). Factors associated with employment status in individuals with multiple sclerosis. *International Journal of MS Care*, 17(6), 284-291. <https://doi.org/10.7224/1537-2073.2014-057>
- Calandri, E., Graziano, F., Borghi, M. y Bonino, S. (2017). Improving the quality of life and psychological well-being of recently diagnosed multiple sclerosis patients: Preliminary evaluation of a group-based cognitive behavioral intervention. *Disability and Rehabilitation*, 39(15), 1474-1481. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1198430>
- Carr, A. J. y Higginson, I. J. (2001). Are quality of life measures patient centred? *BMJ*, 322 (7298), 1357-1360. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7298.1357>
- Carr, D. y Namkung, E. H. (2021). Physical disability at work: How functional limitation affects perceived discrimination and interpersonal relationships in the workplace. *Journal of Health and Social Behavior*, 62(4), 545-561. <https://doi.org/10.1177/00221465211023424>
- Carrard, V., Kunz, S. y Peter, C. (2021). Mental health, quality of life, self-efficacy, and social support of individuals living with spinal cord injury in Switzerland compared to that of the general population. *Spinal Cord*, 59(4), 398-409. <https://doi.org/10.1038/s41393-020-00582-5>
- Carroll, D. D., Courtney-Long, E. A., Stevens, A. C., Sloan, M. L., Lullo, C., Visser, S. N., Fox, M. H., Armour, B. S., Campbell, V. A., Brown, D. R. y Dorn, J. M. (2014). Vital signs: disability and physical activity - United States, 2009-2012. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(18), 407-413. <https://doi.org/www.jstor.org/stable/24855151>
- Carter, G. T., Miró, J., Abresch, R. T., El-Abassi, R. y Jensen, M. P. (2012). Disease burden in neuromuscular disease: the role of chronic pain. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 23(3), 719-729. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2012.06.004>
- Carvalho, J. P. y Hopko, D. R. (2011). Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of Behavior Therapy*

and *Experimental Psychiatry*, 42(2), 154-162.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.10.001>.

- Carvalho, J., Trent, L. R. y Hopko, D. R. (2011). The impact of decreased environmental reward in predicting depression severity: Support for behavioral theories of depression. *Psychopathology*, 44(4), 242-252. <https://doi.org/10.1159/000322799>
- Castro, S. S., Pelicioni, A. F., Cesar, C. L., Carandina, L., Azevedo, M. B., Alves, M. C. y Goldbaum, M. (2010). Use of medicines by persons with disabilities in São Paulo state areas, Southeastern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 44(4), 601-610. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102010000400003>
- Chamie, M. (1995). What does morbidity have to do with disability? *Disability and Rehabilitation*, 17(7), 323-337. <https://doi.org/10.3109/09638289509166718>
- Chang, F., Wang, Y., Jang, Y. y Wang, C. (2012). Factors associated with quality of life among people with spinal cord injury: Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health Model. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(12), 2264-2270. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.06.008>
- Chang, F., Xie, H., Zhang, Q., Sun, M., Yang, Y., Chen, G., Wang, H., Li, C. y Lu, J. (2020). Quality of life of adults with chronic spinal cord injury in mainland China: A cross-sectional study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 52(5), Artículo jrm00058. <https://doi.org/10.2340/16501977-2689>
- Chapman, B., Duberstein, P. y Lyness, J. M. (2007). Personality traits, education, and health-related quality of life among older adult primary care patients. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(6), 343-352. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.6.P343>
- Chen, X., Liu, H., Shui, T. y Zha, S. (2021). Risk factors for physical disability in patients with leprosy disease in Yunnan, China: Evidence from a retrospective observational study. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 15(11), Artículo e0009923. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009923>
- Choi, D., Jeong, B., Kang, H., Kim, S., Kim, J., Shin, I., Kim, J., Park, M., Cho, K. y Yoon, J. (2013). Psychiatric comorbidity and quality of life in patients with post-stroke emotional incontinence. *Psychiatry Investigation*, 10(4), 382-387. <https://doi.org/10.4306/pi.2013.10.4.382>
- Christens, B., Christens, B., Peterson, N. y Peterson, N. (2012). The role of empowerment in youth development: A study of sociopolitical control as mediator of ecological systems' influence on developmental outcomes. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(5), 623-635. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9724-9>
- Chuluunbaatar, E., Chou, Y. y Pu, C. (2016). Quality of life of stroke survivors and their informal caregivers: A prospective study. *Disability and Health Journal*, 9(2), 306-312. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.10.007>

- Cohen, R., Bavishi, C. y Rozanski, A. (2016). Purpose in life and its relationship to all-cause mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78(2), 122-133. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000274>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2014). *Informe regional sobre la medición de la discapacidad. Una mirada a los procedimientos de medición de la discapacidad en América Latina y el Caribe. Grupo de tareas sobre medición de la discapacidad Conferencia Estadística de las Américas (CEA)*. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/36906>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2019). *Panorama Social de América Latina 2018*. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/44395>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2021). *Personas con discapacidad y sus derechos frente a la pandemia de COVID-19: que nadie se quede atrás*. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46600>
- Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. (2021). *Estadísticas de Discapacidad: Prevalencia de la discapacidad*. Recuperado el 26 de febrero del 2023 de <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
- Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades. (2023). *Estadísticas de Discapacidad: Personas con discapacidad registradas*. Recuperado el 26 de febrero del 2023 de <https://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadisticas-de-discapacidad/>
- Coşkuner, D., Onat, G. y Doğan, Y. (2019). An evaluation of the relationship between violence exposure status and personality characteristics among infertile women. *Health Care for Women International*, 40(11), 1135-1148. <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1622704>
- Costa, D., Sá, M. J. y Calheiros, J. (2012). The effect of social support on the quality of life of patients with multiple sclerosis. *Arquivos De Neuro-Psiquiatria*, 70(2), 108-113. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2012000200007>
- Courtney-Long, E. A., Carroll, D. D., Zhang, Q. C., Stevens, A. C., Griffin-Blake, S., Armour, B. S. y Campbell, V. A. (2015). Prevalence of disability and disability type among adults — United States, 2013. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 64(29), 777-783. <https://doi.org/10.15585/mmwr.MM6429a2>
- Craig, A., Nicholson, K., Guest, R., Tran, Y., Dezarnaulds, A., Hales, A., Ephraums, C. y Middleton, J. (2015). Prospective study of the occurrence of psychological disorders and comorbidities after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(8), 1426-1434. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.02.027>
- Cubillos, J. C. y Perea, S. A. (2020). *Boletines poblacionales: Personas con Discapacidad -PCD. Diciembre 2020*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-personas-discapacidades-2020.pdf>

- Cvijetic, S., Bobic, J., Grazio, S., Uremovic, M., Nemcic, T. y Krapac, L. (2014). Quality of life, personality and use of pain medication in patients with chronic back pain. *Applied Research in Quality of Life*, 9(2), 401-411. <https://doi.org/10.1007/s11482-013-9219-9>
- D’Zurilla, T. J., Nezu, A. M. y Maydeu-Olivares, A. (1999). *Manual for the Social Problem-Solving Inventory-Revised*. Multi-Health Systems.
- D’Zurilla, T., Nezu, A. y Maydeu-Olivares, A. (2016). *SPSI-R Social Problem-Solving Inventory - Revised technical manual*. Multi-Health Systems.
- da Silva, A. M., Vilhena, E., Lopes, A., Santos, E., Gonçalves, M. A., Pinto, C., Moreira, I., Mendonça, D. y Cavaco, S. (2011). Depression and anxiety in a Portuguese MS population: Associations with physical disability and severity of disease. *Journal of the Neurological Sciences*, 306(1), 66-70. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2011.03.042>
- Dajpratham, P. y Kongkasuwan, R. (2011). Quality of life among the traumatic spinal cord injured patients. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 94(10), 1252-1257.
- de Sousa, R. D., Rodrigues, A. M., Gregório, M. J., Branco, J. D. C., Gouveia, M. J., Canhão, H. y Dias, S. S. (2017). Anxiety and depression in the portuguese older adults: Prevalence and associated factors. *Frontiers in Medicine*, 4(196), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fmed.2017.00196>
- Deeks, J. J., Dinnes, J., D’Amico, R., Sowden, A. J., Sakarovich, C., Song, F., Petticrew, M. y Altman, D. G. (2003). Evaluating non-randomised intervention studies. *Health Technology Assessment*, 7(27), 1-173. <https://doi.org/10.3310/hta7270>
- Disabled World. (2 de junio de 2017). *U.S. Disability Statistics by Type and Age. Disabled World*. Recuperado el 24 de abril de 2022 de www.disabledworld.com/disability/statistics/age-type.php
- Duangchan, C. y Matthews, A. K. (2021). Application of Ferrans et al.'s conceptual model of health-related quality of life: A systematic review. *Research in Nursing & Health*, 44(3), 490-512. <https://doi.org/10.1002/nur.22120>
- Dymecka, J., Gerymski, R., Tataruch, R. y Bidzan, M. (2021). Fatigue, physical disability and self-efficacy as predictors of the acceptance of illness and health-related quality of life in patients with multiple sclerosis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), Artículo 13237. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413237>
- Eide, A. H., Mannan, H., Khogali, M., van Rooy, G., Swartz, L., Munthali, A., Hem, K., MacLachlan, M. y Dyrstad, K. (2015). Perceived barriers for accessing health services among individuals with disability in four African countries. *PLoS ONE*, 10(5), Artículo e0125915. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125915>
- Elfström, M. L., Kreuter, M., Ryden, A., Sullivan, M. y Taft, C. (2005). Relations between coping strategies and health-related quality of life in patients with spinal cord lesion. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37(1), 9-16. <https://doi.org/10.1080/16501970410034414>

- Elliott, T. R. (1999). Social problem-solving abilities and adjustment to recent-onset spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 44(4), 315-332. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.44.4.315>
- Ellis, C., Grubaugh, A. L. y Egede, L. E. (2013). Factors associated with SF-12 physical and mental health quality of life scores in adults with stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 22(4), 309-317. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2011.09.007>
- Emerson, E., Fortune, N., Llewellyn, G. y Stancliffe, R. (2021). Loneliness, social support, social isolation and wellbeing among working age adults with and without disability: Cross-sectional study. *Disability and Health Journal*, 14(1), Artículo 100965. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100965>
- Engel-Yeger, B., Keren, A., Berkovich, Y., Sarfaty, E. y Merom, L. (2018). The role of physical status versus mental status in predicting the quality of life of patients with lumbar disk herniation. *Disability and Rehabilitation*, 40(3), 302-308. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1253114>
- Erickson, W., Lee, C. y von Schrader, S. (2020). *2018 Disability Status Report: United States*. Cornell University YangTan Institute on Employment and Disability (YTI). https://www.disabilitystatistics.org/StatusReports/2018-PDF/2018-StatusReport_US.pdf
- Estrella-Castillo, D. F. y Gómez-de-Regil, L. (2016). Quality of life in Mexican patients with primary neurological or musculoskeletal disabilities. *Disability and Health Journal*, 9(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.05.003>
- European Statistics. (2019). *Survey of Income and Living Conditions (SILC): Disability statistics - poverty and income inequalities*. Recuperado el 16 de mayo de 2023 de https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Disability_statistics_-_poverty_and_income_inequalities#Being_at-risk-of-poverty_or_social_exclusion.28AROE.29: higher prevalence among the population with activity limitation
- European Statistics. (2022). *European health interview survey (EHIS): Physical and sensory functional limitations by sex, age and educational attainment level*. Recuperado el 16 de mayo de 2023 de https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Functional_and_activity_limitations_statistics#Functional_and_activity_limitations
- Evans-Meza, R. (2015). Carga Global de la Enfermedad: breve revisión de los aspectos más importantes. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 1(2), 107-116. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaia?codigo=5279936>
- Evren, B., Evren, C., Dalbudak, E., Topcu, M. y Kutlu, N. (2019). Neuroticism and introversion mediate the relationship between probable ADHD and symptoms of Internet gaming

disorder: results of an online survey. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(1), 90-96. <https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1490095>

Eysenck, H. J. (1987). Arousal and personality. En J. Strelau, y H. J. Eysenck (Eds.), *Personality dimensions and arousal. Perspectives on individual differences* (pp. 1-3). Springer.

Fariña, F., Arce, R. y Novo, M. (2002). Heurístico de anclaje en las decisiones judiciales. *Psicothema*, 14, 39-46.

Fawcett, S. B., White, G. W., Balcazar, F. E., Suarez-Balcazar, Y., Mathews, R. M., Paine-Andrews, A., Seekins, T. y Smith, J. F. (1994). A contextual-behavioral model of empowerment: Case studies involving people with physical disabilities. *American Journal of Community Psychology*, 22(4), 471-496. <https://doi.org/10.1007/BF02506890>

Federici, S., Bracalenti, M., Meloni, F. y Luciano, J. V. (2017). World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 39(23), 2347-2380. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1223177>

Fekete, C., Arora, M., Reinhardt, J. D., Gross-Hemmi, M., Kyriakides, A., Fort, M. L., Engkasan, J. P. y Tough, H. (2020). Partnership status and living situation in persons experiencing physical disability in 22 Countries: Are there patterns according to individual and country-level characteristics?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197002>

Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, D., González-Fernández, S. y Pérez-Álvarez, M. (2018). Activation vs. experiential avoidance as a transdiagnostic condition of emotional distress: An empirical study. *Frontiers in Psychology*, (9), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01618>

Ferrans, C. E. (1990). Quality of life: Conceptual issues. *Seminars in Oncology Nursing*, 6(4), 248-254. [https://doi.org/10.1016/0749-2081\(90\)90026-2](https://doi.org/10.1016/0749-2081(90)90026-2)

Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E. y Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00058.x>

Francis, L. J., Brown, L. B. y Philipchalk, R. (1992). The development of an abbreviated form of the revised Eysenck personality questionnaire (EPQR-A): Its use among students in England, Canada, the U.S.A. and Australia. *Personality and Individual Differences*, 13(4), 443-449. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(92\)90073-x](https://doi.org/10.1016/0191-8869(92)90073-x)

Ganesh, G. S., Marwah, D., Punyal, S. y Gupta, S. (2020). Physical activity and quality of life predictors among university students with polio in India: A cross-sectional study. *Journal of Clinical and Translational Research*, 6(3), 71-80. <https://doi.org/10.18053/jctres.06.202003.001>

- Gattino, S., De Piccoli, N., Fassio, O. y Rollero, C. (2013). Quality of life and sense of community. A study on health and place of residence. *Journal of Community Psychology*, 41(7), 811-826. <https://doi.org/10.1002/jcop.21575>
- GBD 2017 DALYs. y HALE Collaborators. (2018). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1859-1922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32335-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32335-3)
- Geyh, S., Ballert, C., Sinnott, A., Charlifue, S., Catz, A., D'Andrea Greve, J. M. y Post, M. W. M. (2013). Quality of life after spinal cord injury: A comparison across six countries. *Spinal Cord*, 51(4), 322-326. <https://doi.org/10.1038/sc.2012.128>
- Geyh, S., Nick, E., Stirnimann, D., Ehrat, S., Michel, F., Peter, C. y Lude, P. (2012). Self-efficacy and self-esteem as predictors of participation in spinal cord injury-an ICF-based study. *Spinal Cord*, 50(9), 699–706. <https://doi.org/10.1038/sc.2012.18>
- Ghahramanlou-Holloway, M., Bhar, S. S., Brown, G. K., Olsen, C. y Beck, A. T. (2012). Changes in problem-solving appraisal after cognitive therapy for the prevention of suicide. *Psychological Medicine*, 42(6), 1185-1193. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002169>
- Gillespie, B. J., Lever, J., Frederick, D. y Royce, T. (2015). Close adult friendships, gender, and the life cycle. *Journal of Social and Personal Relationships*, 32(6), 709-736. <https://doi.org/10.1177/0265407514546977>
- Giovannetti, A., Schiavolin, S., Raggi, A., Quintas, R., Cerniauskaite, M., Confalonieri, P., Mantegazza, R., Torri, V., Antozzi, C., Brenna, G. y Leonardi, M. (2016). Psychosocial difficulties of individuals with multiple sclerosis: the PARADISE-24 questionnaire. *International Journal of Rehabilitation Research*, 39(4), 339-345. <https://doi.org/10.1097/MRR.0000000000000194>
- Giraldo-Rodríguez, L., Mino-León, D., Murillo-González, J. C. y Agudelo-Botero, M. (2019). Factors associated with environmental barriers of people with disabilities in Mexico. *Revista de Saúde Pública*, 53, 27. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000556>
- Gison, A., Rizza, F., Bonassi, S., Donati, V. y Giaquinto, S. (2015). Effects of dispositional optimism on quality of life, emotional distress and disability in Parkinson's disease outpatients under rehabilitation. *Functional Neurology*, 30(2), 105-111. <https://doi.org/10.11138/FNeur/2015.30.2.105>
- Gnanaselvam, N., Vinoth, S. y Abraham, V. (2017). Quality of life of people with physical disabilities in a rural block of Tamil Nadu, India. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 4(2), 171-177. <https://doi.org/10.1007/s40737-017-0095-8>

- Gocheva, V., Hafner, P., Orsini, A., Schmidt, S., Schaedelin, S., Rueedi, N., Rubino-Nacht, D., Weber, P. y Fischer, D. (2020). Health-related quality of life, self-reported impairments and activities of daily living in relation to muscle function in post-polio syndrome. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 4(1), 2-10. <https://doi.org/10.1186/s41687-020-00226-5>
- Göksel, A., Kaya, T., Günaydn, R., Demirhan, A., Çe, P. y Gedizlioğlu, M. (2011). Quality of life in patients with multiple sclerosis: the impact of depression, fatigue, and disability. *International Journal of Rehabilitation Research*, 34(4), 290-298. <https://doi.org/10.1097/MRR.0b013e32834ad479>
- Gómez, M. y Jiménez, M. (2018). Inteligencia emocional, resiliencia y autoestima en personas con discapacidad física y sin discapacidad. *Enfermería global*, 17(2), 263-283. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.291381>
- González, D. y Stang, F. (2014). Las personas con discapacidad en América Latina a 20 años de los consensos de El Cairo: la necesidad de información para políticas y programas. *Notas de Población*, 41(4), 67-106. <https://doi.org/10.18356/6856caf0-es>
- Gonzalez-Saenz de Tejada, M., Bilbao, A., Baré, M., Briones, E., Sarasqueta, C., Quintana, J. M., y Escobar, A. (2017). Association between social support, functional status, and change in health-related quality of life and changes in anxiety and depression in colorectal cancer patients. *Psycho-Oncology*, 26(9), 1263-1269. <https://doi.org/10.1002/pon.4303>
- Government of India, Ministry of Statistics and Programme Implementation. (2021). *Person with disabilities in India –A statistical profile: 2021*. <http://www.mospi.gov.in>
- Govindharaj, P., Srinivasan, S. y Darlong, J. (2018). Quality of life of persons affected by leprosy in an endemic district, West Bengal, India. *Indian Journal of Dermatology*, 63(6), 459-464. https://doi.org/10.4103/ijid.IJD_324_18
- Grant, S. W., Hickey, G. L. y Head, S. J. (2019). Statistical primer: multivariable regression considerations and pitfalls. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 55, 179-185. <https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy403>
- Grassi, L., Caruso, R., Da Ronch, C., Härter, M., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., Wegscheider, K., Ausín, B., Canuto, A., Muñoz, M., Crawford, M. J., HersHKovitz, Y., Quirk, A., Rotenstein, O., Santos-Olmo, A. B., Shalev, A., . . . Nanni, M. G. (2020). Quality of life, level of functioning, and its relationship with mental and physical disorders in the elderly: results from the MentDis_ICF65+ study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01310-6>
- Groce, N. E., Banks, L. M. y Stein, M. A. (2014). Surviving polio in a post-polio world. *Social Science & Medicine*, 107, 171-178. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.024>
- Gudelj, A., Matić, A., Mikula, T., Dobša, J., Žagar, I., Mužinić, L. y Morović-Vergles, J. (2020). Influence of biological therapeutics on patient-reported quality-of-life outcomes

- (WHOQOL-BREF), functional scores and disease activity among croatian patients with rheumatoid arthritis: Our experience. *Psychiatria Danubina*, 32(4), 547-552.
- Gudlavalleti, M. V. S., John, N., Allagh, K., Sagar, J., Kamalakannan, S. y Ramachandra, S. S. (2014). Access to health care and employment status of people with disabilities in South India, the SIDE (South India Disability Evidence) study. *BMC Public Health*, 14(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1125>
- Guilcher, S. J. T., Craven, B. C., Bassett-Gunter, R. L., Cimino, S. R. y Hitzig, S. L. (2021). An examination of objective social disconnectedness and perceived social isolation among persons with spinal cord injury/dysfunction: A descriptive cross-sectional study. *Disability and Rehabilitation*, 43(1), 69-75. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1616328>
- Gurková, E. (2011). Issues in the definitions of HRQoL. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation*, 3(4), 190-197.
- Gurková, E., Štureková, L., Mandysová, P. y Šaňák, D. (2023). Factors affecting the quality of life after ischemic stroke in young adults: a scoping review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 21(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12955-023-02090-5>
- Gusi, N., Madruga, M., González-González, M. Á., Pérez-Gómez, J. y Prieto-Prieto, J. (2022). Health-related quality of life and multidimensional fitness profile in polio survivors. *Disability and Rehabilitation*, 44(8), 1374-1379. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1804629>
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H. y Patrick, D. L. (1993). Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*, 118(8), 622-629. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-118-8-199304150-00009>
- Hajek, A. y König, H. (2021). Personality and functional impairment. Evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Psychogeriatrics*, 21(6), 861-868. <https://doi.org/10.1111/psyg.12751>
- Hajjioui, A., Abda, N., Guenouni, R., Nejari, C. y Fourtassi, M. (2019). Prevalence of disability in Morocco: Results from a large-scale national survey. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 51(10), 805-812. <https://doi.org/10.2340/16501977-2611>
- Hall, S. A. (2009). The social inclusion of people with disabilities: A qualitative meta-analysis. *Journal of Ethnographic and Qualitative Research*, 3(3), 162-173. <https://eric.ed.gov/ERICWebPortal/detail?accno=EJ906594>
- Han, Z., Song, D. H., Oh, H. y Chung, M. E. (2016). Botulinum toxin type A for neuropathic pain in patients with spinal cord injury. *Annals of Neurology*, 79(4), 569-578. <https://doi.org/10.1002/ana.24605>

- Hansson, L. y Björkman, T. (2005). Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(1), 32-38. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00310.x>
- Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J., Andersen, M., Beisland, E., Borge, C., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V., Larsen, M., Løvereide, L., Løyland, B., Kvarme, L., Moons, P., . . . Helseth, S. (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research*, 28(10), 2641-2650. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>
- Harkins, S. W., Price, D. D. y Braith, J. (1989). Effects of extraversion and neuroticism on experimental pain, clinical pain, and illness behavior. *Pain*, 36(2), 209-218. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(89\)90025-0](https://doi.org/10.1016/0304-3959(89)90025-0)
- Harper, L. A., Coleman, J. A., Perrin, P. B., Olivera, S. L., Perdomo, J. L., Arango, J. A. y Arango-Lasprilla, J. C. (2014). Comparison of mental health between individuals with spinal cord injury and able-bodied controls in Neiva, Colombia. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 51(1), 127-136. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2013.04.0086>
- Hatami, R., Rassafiani, M., Pishyareh, E., Karami, S. y Hashemi, O. (2015). The effect of community-based rehabilitation program on quality of life of people with physical disability in Bostanabad, Tabriz, Iran. *Jentashapir Journal of Health Research*, 6(3), 2-6. <https://doi.org/10.5812/jjhr.27198v2>
- Haugland, T., Wahl, A. K., Hofoss, D. y DeVon, H. A. (2016). Association between general self-efficacy, social support, cancer-related stress and physical health-related quality of life: A path model study in patients with neuroendocrine tumors. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(11), 2-7. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0413-y>
- Hawkins, C., Coffee, P. y Soundy, A. (2014). Considering how athletic identity assists adjustment to spinal cord injury: A qualitative study. *Physiotherapy*, 100(3), 268-274.
- Hawthorne, G., Herrman, H. y Murphy, B. (2006). Interpreting the WHOQOL-Bref: Preliminary population norms and effect sizes. *Social Indicators Research*, 77(1), 37-59. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-5552-1>
- Hayter, M. R. y Dorstyn, D. S. (2014). Resilience, self-esteem and self-compassion in adults with spina bifida. *Spinal Cord*, 52(2), 167-171. <https://doi.org/10.1038/sc.2013.152>
- Heppner, P. P., Lee, D. y Tian, L. (2009). Problem-Solving appraisal and psychological adjustment. En S. J. Lopez y C. R. Snyder (Eds.), *The Oxford Handbook of Positive Psychology* (2ª ed., pp. 345-356). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhob/9780195187243.013.0032>
- Heräjärvi, N., Leskinen, M., Pirttimaa, R. y Jokinen, K. (2020). Subjective quality of life among youth with severe physical disabilities during the transition to adulthood in Finland.

Disability and Rehabilitation, 42(7), 918-926.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1511756>

- Hill, M. R., Noonan, V. K., Sakakibara, B. M. y Miller, W. C. (2010). Quality of life instruments and definitions in individuals with spinal cord injury: A systematic review. *Spinal Cord*, 48(6), 438-450. <https://doi.org/10.1038/sc.2009.164>
- Hill, P., Sin, N. L., Turiano, N. A., Burrow, A. L. y Almeida, D. M. (2018). Sense of purpose moderates the associations between daily stressors and daily well-being. *Annals of Behavioral Medicine*, 52(8), 724-729. <https://doi.org/10.1093/abm/ka x039>
- Hoffman, J. M., Bombardier, C. H., Graves, D. E., Kalpakjian, C. Z. y Krause, J. S. (2011). A longitudinal study of depression from 1 to 5 years after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(3), 411-418. <https://doi.org/dc j58f>
- Holanda, C. M., Andrade, F. L., Bezerra, M. A., Nascimento, J. P., Neves, Rda. F., Alves, S. B. y Ribeiro, K. S. (2015). Support networks and people with physical disabilities: social inclusion and access to health services. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 175-184. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.19012013>
- Honarmand, K., Honarmand, K., Akbar, N., Akbar, N., Kou, N., Kou, N., Feinstein, A. y Feinstein, A. (2011). Predicting employment status in multiple sclerosis patients: the utility of the MS functional composite. *Journal of Neurology*, 258(2), 244-249. <https://doi.org/10.1007/s00415-010-5736-8>
- Hopko, D. R., Armento, M. E. A., Cantu, M. S., Chambers, L. L. y Lejuez, C. W. (2003). The use of daily diaries to assess the relations among mood state, overt behavior, and reward value of activities. *Behaviour Research and Therapy*, 41(10), 1137-1148. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00017-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00017-2)
- Horner, R. D., Matchar, D. B., Divine, G. W. y Feussner, J. R. (1991). Racial variations in ischemic stroke-related physical and functional impairments. *Stroke*, 22(12), 1497-1501. <https://doi.org/10.1161/01.STR.22.12.1497>
- Howitt, S. C., Jones, M. P., Jusabani, A., Gray, W. K., Aris, E., Mugusi, F., Swai, M. y Walker, R. W. (2011). A cross-sectional study of quality of life in incident stroke survivors in rural northern Tanzania. *Journal of Neurology*, 258(8), 1422-1430. <https://doi.org/10.1007/s00415-011-5948-6>
- Hreha, K. P., Smith, A. E., Wong, J. L., Mroz, T. M., Fogelberg, D. J. y Molton, I. (2019). Impact of secondary health conditions on social role participation for a long-term physical disability cohort. *Psychology, Health & Medicine*, 24(10), 1159-1170. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1595684>
- Huang, I., Lee, J. L., Ketheeswaran, P., Jones, C. M., Revicki, D. A. y Wu, A. W. (2017). Does personality affect health-related quality of life? A systematic review. *PLoS ONE*, 12(3), Artículo e0173806. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173806>

- Huete, A. (2019). *Autonomía e inclusión de las personas con discapacidad en el ámbito de protección social*. BID Resumen de políticas No. 305. <https://publications.iadb.org/es/autonomia-e-inclusion-de-las-personas-con-discapacidad-en-el-ambito-de-proteccion-social>
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G. y Newman, T. B. (2013). *Designing clinical research* (4.^a ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Hunt, S. M., McKenna, S. P., McEwen, J., Williams, J. y Papp, E. (1981). The Nottingham health profile: Subjective health status and medical consultations. *Social Science and Medicine. Part A, Medical Sociology*, 15(3), 221-229. [https://doi.org/10.1016/0271-7123\(81\)90005-5](https://doi.org/10.1016/0271-7123(81)90005-5)
- Iezzoni, L. I., Kurtz, S. G. y Rao, S. R. (2014). Trends in U.S. adult chronic disability rates over time. *Disability and Health Journal*, 7(4), 402-412. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.05.007>
- Infurna, F. J. y Wiest, M. (2018). The effect of disability onset across the adult life span. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 73(5), 755-766. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw055>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2013). *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*. IHME.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos, República Argentina. (2018). *Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad. Resultados definitivos 2018*. <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-21-143>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Salud y Seguridad Social/ Discapacidad*. <https://www.inegi.org.mx/temas/discapacidad/#Tabulado>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2016). Base de datos Principal [Conjunto de datos]. Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC II) (SPSS). https://www.senadis.gob.cl/pag/356/1625/base_de_datos
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y Consejo Nacional de Personas con Discapacidad. (2019). *Primera Encuesta Nacional sobre Discapacidad 2018 (ENADIS)*. Costa Rica. <https://www.inec.cr/social/poblacion-con-discapacidad>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *Resultado del Censo de Población y Vivienda*. Recuperado el 16 de mayo de 2023 de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>
- Jang, Y., Mortimer, J. A., Haley, W. E. y Graves, A. B. (2002). The role of neuroticism in the measures of mobility. *Journal of Aging and Health*, 14(4), 495-508. <https://doi.org/cdnjhs>

- Janjusevic, A., Cirkovic, I., Lukic, I., Janjusevic, V., Jevtic, K., y Grgurevic, A. (2019). Predictors of health-related quality of life among elderly with disabilities. *Psychogeriatrics*, 19(2), 141-149. <https://doi.org/10.1111/psyg.12376>
- Jeon, Y., Essue, B., Jan, S., Wells, R., y Whitworth, J. A. (2009). Economic hardship associated with managing chronic illness: a qualitative inquiry. *BMC Health Services Research*, 9(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-182>
- Jeong, B., Kang, H., Bae, K., Kim, S., Kim, J., Shin, I., Kim, J., Park, M., Cho, K. y Yoon, J. (2012). Determinants of quality of life in the acute stage following stroke. *Psychiatry Investigation*, 9(2), 127-133. <https://doi.org/10.4306/pi.2012.9.2.127>
- Jeong, J. y Yu, J. (2018). Prevalence and influencing factors of metabolic syndrome among persons with physical disabilities. *Asian Nursing Research*, 12(1), 50-55. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.02.001>
- Jerez-Roig, J., Bosque-Prous, M., Giné-Garriga, M., Bagur-Calafat, C., Bezerra de Souza, Dyego L, Teixidó-Compañó, E. y Espelt, A. (2018). Regional differences in the profile of disabled community-dwelling older adults: A European population-based cross-sectional study. *PLoS ONE*, 13(12), Artículo e0208946. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208946>
- Jones, K. H., Jones, P. A., Middleton, R. M., Ford, D. V., Tuite-Dalton, K., Lockhart-Jones, H., Peng, J., Lyons, R. A., John, A. y Noble, J. G. (2014). Physical disability, anxiety and depression in people with MS: An internet-based survey via the UK MS Register. *PLoS ONE*, 9(8), Artículo e104604. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0104604>
- Jovanović, M., Lakićević, M., Stevanović, D., Milić-Rasić, V. y Slavnić, S. (2012). Community-based study of health-related quality of life in spinal cord injury, muscular dystrophy, multiple sclerosis, and cerebral palsy. *Disability & Rehabilitation*, 34(15), 1284-1290.
- Jung, Y., Kang, S. H., Park, E. y Jang, S. (2022). Impact of the acceptance of disability on self-esteem among adults with disabilities: A four-year follow-up study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), Artículo 3874. <https://doi.org/10.3390/ijerph19073874>
- Kargarfard, M., Eetemadifar, M., Mehrabi, M., Maghzi, A. H. y Hayatbakhsh, M. R. (2012). Fatigue, depression, and health-related quality of life in patients with multiple sclerosis in Isfahan, Iran. *European Journal of Neurology*, 19(3), 431-437. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2011.03535.x>
- Kasser, S. L. y Zia, A. (2020). Mediating role of resilience on quality of life in individuals with multiple sclerosis: A structural equation modeling approach. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(7), 1152-1161. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.02.010>
- Kavak, F., Özdemir, A. y Dural, G. (2019). The relation between spiritual wellbeing and psychological resilience among patients diagnosed with advanced gastrointestinal

cancer. *Current Psychology*, 40(4), 1788-1794. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0116-0>

Kim, J., Kim, J., Kim, Y., Han, A. y Nguyen, M. C. (2021). The contribution of physical and social activity participation to social support and happiness among people with physical disabilities. *Disability and Health Journal*, 14(1), Artículo 100974. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100974>

Kim, S., Kim, J., Stewart, R., Kang, H., Kim, S., Shin, I., Park, M., Cho, K. y Yoon, J. (2013). Influences of personality traits on quality of life after stroke. *European Neurology*, 69(3), 185-192. <https://doi.org/10.1159/000345699>

Kiosses, D. N., Teri, L., Velligan, D. I. y Alexopoulos, G. S. (2011). A home-delivered intervention for depressed, cognitively impaired, disabled elders. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(3), 256-262. <https://doi.org/10.1002/gps.2521>

Krause, I., Kern, S., Horntrich, A. y Ziemssen, T. (2013). Employment status in multiple sclerosis: impact of disease-specific and non-disease-specific factors. *Multiple Sclerosis*, 19(13), 1792-1799. <https://doi.org/10.1177/1352458513485655>

Kreis, S., Molto, A., Bailly, F., Dadoun, S., Fabre, S., Rein, C., Hudry, C., Zenasni, F., Rozenberg, S., Pertuiset, E., Fautrel, B. y Gossec, L. (2015). Relationship between optimism and quality of life in patients with two chronic rheumatic diseases: axial spondyloarthritis and chronic low back pain: a cross sectional study of 288 patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 78. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0268-7>

Kuper, H. y Heydt, P. (2019). *The missing billion: access to health services for 1 billion people with disabilities*. London School of Hygiene and Tropical Medicine. <https://www.lshtm.ac.uk/media/38726>

Law, M., Hanna, S., Anaby, D., Kertoy, M., King, G. y Xu, L. (2014). Health-related quality of life of children with physical disabilities: a longitudinal study. *BMC Pediatrics*, 14(1), 2-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-26>

Le, J. y Dorstyn, D. (2016). Anxiety prevalence following spinal cord injury: a meta-analysis. *Spinal Cord*, 54(8), 626. <https://doi.org/10.1038/sc.2016.69>

Le, J., Dorstyn, D. S., Mpofu, E., Prior, E. y Tully, P. J. (2018). Health-related quality of life in coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis mapped against the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Quality of Life Research*, 27(10), 2491-2503. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1885-5>

Lee, C. H. J. y Sibley, C. G. (2017). Demographic and psychological correlates of satisfaction with healthcare access in New Zealand. *New Zealand Medical Journal*, 130(1459), 11-24.

- Lejzerowicz, M. y Tomczyk, D. (2018). Acquired disability: self-esteem and identity integration. *Polish Psychological Bulletin*, 49(2), 262–271. <https://doi.org/10.24425/119494>
- Lemmi, V., Blanchet, K., Gibson, L. J., Kumar, K. S., Rath, S., Hartley, S., Murthy, G. V. S., Patel, V., Weber, J. y Kuper, H. (2016). Community-based rehabilitation for people with physical and mental disabilities in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Development Effectiveness*, 8(3), 368-387. <https://doi.org/10.1080/19439342.2016.1157623>
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. En R. J. Friedman y M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. (pp. 150-180). John Wiley & Sons.
- Lim, S., Shiue, Y., Ho, C., Yu, S., Kao, P., Wang, J. y Kuo, J. (2017). Anxiety and depression in patients with traumatic spinal cord injury: A nationwide population-based cohort study. *PLoS ONE*, 12(1), Artículo e0169623. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169623>
- Lima-Castro, S., Arias-Medina, P., Blanco, V. y Vázquez, F. L. (2021). Propiedades psicométricas de la versión en español del Test de Compromiso con la Vida en personas con discapacidad física. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 60(3), 15-26. <https://doi.org/10.21865/RIDEP60.3.02>
- Lima-Castro, S., Blanco, V., Otero, P., López, L. y Vázquez, F. L. (2020). Health-related quality of life among persons with physical disabilities: a systematic review and meta-analysis. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 11(2), 82-102. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2020.02.037>
- Lindsay, W. R., Hamilton, C., Moulton, S., Scott, S., Doyle, M. y McMurran, M. (2011). Assessment and treatment of social problem solving in offenders with intellectual disability. *Psychology, Crime & Law*, 17(2), 181-197. <https://doi.org/10.1080/10683160903392756>
- Lucas-Carrasco, R., Pascual-Sedano, B., Galán, I., Kulisevsky, J., Sastre-Garriga, J. y Gómez-Benito, J. (2011). Using the WHOQOL-DIS to measure quality of life in persons with physical disabilities caused by neurodegenerative disorders. *Neuro-Degenerative Diseases*, 8(4), 178-186. <https://doi.org/10.1159/000321582>
- Luo, M. S., Chui, E. W. T. y Li, L. W. (2019). The longitudinal associations between physical health and mental health among older adults. *Aging & Mental Health*, 24(12), 1-9. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1655706>
- Luszczynska, A., Benight, C. C. y Cieslak, R. (2009). Self-Efficacy and health-related outcomes of collective trauma. *European Psychologist*, 14(1), 51-62. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.14.1.51>

- Madans, J. H., Loeb, M. E. y Altman, B. M. (2011). Measuring disability and monitoring the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: the work of the Washington Group on Disability Statistics. *BMC Public Health*, 11(4), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S4-S4>
- Magnus, K., Diener, E., Fujita, F. y Pavot, W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (5), 1046-1053. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.5.1046>
- Magnusson, L., Finye, C. y Enstedt, C. (2021). Access to basic needs and health care for Malawian prosthetic and orthotic users with lower limb physical disabilities: A cross-sectional study. *Disability and Rehabilitation*, 43(26), 3764-3771. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1752316>
- Magnusson, L., Ghosh, R., Jensen, K. R., Göbel, K., Wågberg, J., Wallén, S., Svensson, A., Stavenheim, R. y Ahlström, G. (2019). Quality of life of prosthetic and orthotic users in South India: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1116-y>
- Mandal, M., Dasgupta, A., Dutt, D., Taraphdar, P., Ghosh, P. y Paul, B. (2020). Quantification of health-related quality of life among patients with rheumatoid arthritis: An institution-based study in Kolkata, West Bengal. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(8), 3970-3976. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_53_20
- Mao, Z., Ahmed, S., Graham, C., Kind, P., Sun, Y. y Yu, C. (2021). Similarities and differences in health-related quality-of-life concepts between the east and the west: A qualitative analysis of the content of health-related quality-of-life measures. *Value in Health Regional Issues*, (24), 96-106. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2020.11.007>
- Marrocco, A. y Krouse, H. J. (2017). Obstacles to preventive care for individuals with disability: Implications for nurse practitioners. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29(5), 282-293. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12449>
- Martin, L. G. y Schoeni, R. F. (2014). Trends in disability and related chronic conditions among the forty-and-over population: 1997–2010. *Disability and Health Journal*, 7(1), S4-S14. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2013.06.007>
- Martinez, R., Soliz, P., Caixeta, R. y Ordunez, P. (2019). Reflection on modern methods: years of life lost due to premature mortality—a versatile and comprehensive measure for monitoring non-communicable disease mortality. *International Journal of Epidemiology*, 48(4), 1367-1376. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy254>
- Maydeu-Olivares, A., Rodríguez-Fornells, A., Gómez-Benito, J. y D'Zurilla, T. J. (2000). Psychometric properties of the Spanish adaptation of the Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R). *Personality and Individual Differences*, 29(4), 699-708. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00226-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00226-3)

- McDermott, S., Moran, R., Platt, T., Issac, T., Wood, H. y Dasari, S. (2005). Depression in adults with disabilities, in primary care. *Disability and Rehabilitation*, 27(3), 117-123. <https://doi.org/10.1080/09638280400007380>
- McGiffin, J. N., Galatzer-Levy, I. R. y Bonanno, G. A. (2019). Socioeconomic resources predict trajectories of depression and resilience following disability. *Rehabilitation Psychology*, 64(1), 98–103. <https://doi.org/10.1037/rep0000254>
- McHorney, C. A., Ware, J. E. y Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31(3), 247-263. <https://doi.org/10.1097/00005650-199303000-00006>
- Megari, K. (2013). Quality of Life in chronic disease patients. *Health Psychology Research*, 1(3), 141-148. <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e27>
- Middleton, J., Tran, Y. y Craig, A. (2007). Relationship between quality of life and self-efficacy in persons with spinal cord injuries. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(12), 1643-1648. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.09.001>
- Mikula, P., Nagyova, I., Krokavcova, M., Vitkova, M., Rosenberger, J., Szilasiova, J., Gdovinova, Z., Stewart, R. E., Groothoff, J. W. y van Dijk, J. P. (2017). Self-esteem, social participation, and quality of life in patients with multiple sclerosis. *Journal of Health Psychology*, 22(8), 984-992. <https://doi.org/10.1177/1359105315621778>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad. (2019). *Anuario Estadístico 2019 del Registro Nacional de la Persona con Discapacidad*. Lima - Perú: <https://www.conadisperu.gob.pe/observatorio/estadisticas/anuario-estadistico-2019-del-registro-nacional-de-la-persona-con-discapacidad/>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2019). *Registro de personas con discapacidad certificada. Informe del Segundo Semestre del 2019*. <https://www.argentina.gob.ar/jefatura/gestion-y-empleo-publico/registropersonascondiscapacidad>
- Mitra, S., Posarac, A. y Vick, B. (2013). Disability and poverty in developing countries: A multidimensional study. *World Development*, 41, 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2012.05.024>
- Mitroi, L. R., Sahak, M., Sherzai, A. Z. y Sherzai, D. (2016). The women's health care empowerment model as a catalyst for change in developing countries. *Health Care for Women International*, 37(3), 275-289. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.926903>
- Molton, I., Terrill, A. L., Smith, A. E., Yorkston, K. M., Alschuler, K. N., Ehde, D. M. y Jensen, M. P. (2014). Modeling secondary health conditions in adults aging with physical disability. *Journal of Aging and Health*, 26(3), 335-359. <https://doi.org/10.1177/0898264313516166>

- Monteiro, A., Vázquez, M. J., Seijo, D. y Arce, R. (2018). ¿Son los criterios de realidad válidos para clasificar y discernir entre memorias de hechos auto-experimentados y de eventos vistos en vídeo? *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 9(2), 149-160. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2018.02.020>
- Morris, S., Fawcett, G., Brisebois, L. y Hughes, J (2018). *A demographic, employment and income profile of Canadians with disabilities aged 15 years and over, 2017*. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-654-x/89-654-x2018002-eng.pdf>
- Moshi, H., Sundelin, G., Sahlen, K. y Sörlin, A. (2021). Quality of life of persons with traumatic spinal cord injury in rural Kilimanjaro, Tanzania: a community survey. *Disability and Rehabilitation*, 43(20), 2838-2845. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1718780>
- Müller, R., Peter, C., Cieza, A. y Geyh, S. (2012). The role of social support and social skills in people with spinal cord injury-a systematic review of the literature. *Spinal Cord*, 50(2), 94-106. <https://doi.org/10.1038/sc.2011.116>
- Na, L. y Singh, S. (2021). Disparities in mental health, social support and coping among individuals with mobility impairment. *Disability and Health Journal*, 14(2), Artículo 101047. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.101047>
- Nakazawa, K., Noda, T., Ichikura, K., Okamoto, T., Takahashi, Y., Yamamura, T. y Nakagome, K. (2018). Resilience and depression/anxiety symptoms in multiple sclerosis and neuromyelitis optica spectrum disorder. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 25, 309-315. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2018.08.023>
- Nevala, N., Pehkonen, I., Koskela, I., Ruusuvuori, J. y Anttila, H. (2014). Workplace accommodation among persons with disabilities: A systematic review of its effectiveness and barriers or facilitators. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(2), 432-448. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9548-z>
- Nguyen, T. T. A., Liangputtong, P. y Monfries, M. (2016). Reproductive and sexual health of people with physical disabilities: A metasynthesis. *Sexuality and Disability*, 34(1), 3-26. <https://doi.org/10.1007/s11195-015-9425-5>
- Nizeyimana, E., Joseph, C. y Phillips, J. (2022). Quality of life after traumatic spinal cord injury in a developing context: the influence of contextual factors and injury characteristics. *Disability and Rehabilitation*, 44(10), 2020-2026. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1827051>
- Noonan, V. K., Fallah, N., Park, S. E., Dumont, F. S., Leblond, J., Cobb, J. y Noreau, L. (2014). Health care utilization in persons with traumatic spinal cord injury: the importance of multimorbidity and the impact on patient outcomes. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 20(4), 289-301. <https://doi.org/10.1310/sci2004-289>
- Nowakowska-Domagala, K., Pietras, T., Jabłowska-Górecka, K. y Stecz, P. (2018). Duration of disability, functional independence, coping styles and the quality of life in patients

- with spinal cord injury – Pilot study. *The European Journal of Psychiatry*, 32(1), 36-43. <https://doi.org/10.1016/j.eipsy.2017.09.004>
- Ochoa-Morales, A., Hernández-Mojica, T., Paz-Rodríguez, F., Jara-Prado, A., Trujillo-De Los Santos, Z., Sánchez-Guzmán, M. A., Guerrero-Camacho, J. L., Corona-Vázquez, T., Flores, J., Camacho-Molina, A., Rivas-Alonso, V. y Dávila-Ortiz de Montellano, D. J. (2019). Quality of life in patients with multiple sclerosis and its association with depressive symptoms and physical disability. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, (36), Artículo 101386. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2019.101386>
- O'Dowd, D. N., Bostock, E. L., Smith, D., Morse, C. I., Orme, P. y Payton, C. J. (2021). Psychological parameters impact health-related quality of life in mental and physical domains in adults with muscular dystrophy. *Neuromuscular Disorder*, 31(4), 328-335. <https://doi.org/10.1016/j.nmd.2021.01.007>
- Ojelabi, A. O., Graham, Y., Haighton, C. y Ling, J. (2017). A systematic review of the application of Wilson and Cleary health-related quality of life model in chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0818-2>
- Okoro, C. A., Hollis, N. D., Cyrus, A. C. y Griffin-Blake, S. (2018). Prevalence of disabilities and health care access by disability status and type among adults - United States, 2016. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(32), 882-887. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6732a3>
- Orellano-Colón, E. M., Suárez-Pérez, E. L., Rivero-Méndez, M., Boneu-Meléndez, C. X., Varas-Díaz, N., Lizama-Troncoso, M., Jiménez-Velázquez, I. Z., León-Astor, A. y Jutai, J. W. (2021). Sex disparities in the prevalence of physical function disabilities: A population-based study in a low-income community. *BMC Geriatrics*, 21(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02362-z>
- Organización Internacional del Trabajo. (3 de diciembre de 2019). *¿Cómo se desenvuelven las personas con discapacidad en el mercado laboral?*. <https://ilostat.ilo.org/es/how-do-people-with-disabilities-fare-in-the-labour-market/>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión abreviada*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42419/9243545426.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados* (11.^a ed.). <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial. (2011). *World report on disability*. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Causas principales de mortalidad y pérdidas en salud de nivel regional, subregional y nacional en la Región de las Américas, 2000-2019*. <https://www.paho.org/es/enlace/causas-principales-mortalidad-discapacidad>

- Oron, Y. y Reichenberg, A. (2003). Personality traits predict self-referral of young male adults with musculoskeletal complaints to a general practitioner. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(5), 453-456. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00451-8](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00451-8)
- Otero, J. M., Luengo, A., Romero, E. Gómez, J. A. y Castro, C. (1998). *Psicología de personalidad. Manual de prácticas*. Ariel Practicum.
- Pagán-Rodríguez, R. (2014). How do disabled individuals spend their leisure time? *Disability and Health Journal*, 7(2), 196-205. <https://10.1016/j.dhjo.2014.01.001>
- Pagé, M. G., Tousignant-Laflamme, Y., Dorais, M., Beaudry, H. y Fernet, M. (2022). Characteristics of persons seeking care for moderate to severe pain due to chronic low back pain and osteoarthritis: A cross-sectional study. *Journal of Pain Research*, 15, 1125-1139. <https://doi.org/10.2147/JPR.S360314>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, Artículo 71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Paiva, M. H., Pegorari, M. S., Nascimento, J. S. y Santos, Á d. S. (2016). Factors associated with quality of life among the elderly in the community of the southern triangle macro-region, Minas Gerais, Brazil. *Ciência & Saude Coletiva*, 21(11), 3347-3356. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.14822015>
- Pangalila, R. F., van den Bos, G. A., Bartels, B., Bergen, M., Stam, H. J. y Roebroek, M. E. (2015). Prevalence of fatigue, pain, and affective disorders in adults with Duchenne muscular dystrophy and their associations with quality of life. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(7), 1242-1247. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.02.012>
- Park, E. y Kim, J. (2021). Interaction of socio-demographic characteristics on acceptance of disability among individuals with physical disabilities. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Artículo 597817. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.597817>
- Park, J. y Lavin, R. (2010). Risk factors associated with opioid medication misuse in community-dwelling older adults with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 26(8), 647-655. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e3181e94240>
- Passier, P., Visser-Meily, J., Rinkel, G., Lindeman, E. y Post, M. (2013). Determinants of health-related quality of life after aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a systematic review. *Quality of Life Research*, 22(5), 1027–1043. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0236-1>

- Patel, D. y Brown, K. (2017). An overview of the conceptual framework and definitions of disability. *International Journal of Child Health and Human Development*, 10(3), 247-252.
- Pearson, E. L., Windsor, T. D., Crisp, D. A., Butterworth, P., Pilkington, P. D. y Anstey, K. J. (2013). Normative data and longitudinal invariance of the Life Engagement Test (LET) in a community sample of older adults. *Quality of Life Research*, 22(2), 327-331. <http://10.1007/s11136-012-0146-2>
- Peter, C., Müller, R., Cieza, A. y Geyh, S. (2012). Psychological resources in spinal cord injury: A systematic literature review. *Spinal Cord*, 50(3), 188-201. <https://doi.org/10.1038/sc.2011.125>
- Peterson, M. D. y Mahmoudi, E. (2015). Healthcare utilization associated with obesity and physical disabilities. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(4), 426-435. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.11.007>
- Pett, M. A., Guo, J., Cardell, B., Johnson, E. P., Guerra, N. y Clark, L. (2021). Psychometric properties of a brief self-reported health-related quality of life measure (HRQoL-IDD) for persons with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34(3), 877-890. <https://doi.org/10.1111/jar.12831>
- Phillips, B. N., Smedema, S. M., Fleming, A. R., Sung, C. y Allen, M. G. (2016). Mediators of disability and hope for people with spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, 38(17), 1672-1683. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1107639>
- Phillips, L. H., Saldias, A., McCarrey, A., Henry, J. D., Scott, C., Summers, F. y Whyte, M. (2009). Attentional lapses, emotional regulation and quality of life in multiple sclerosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 48(1), 101-106. <https://10.1348/014466508X379566>
- Piatt, J. A., Nagata, S., Zahl, M., Li, J. y Rosenbluth, J. P. (2016). Problematic secondary health conditions among adults with spinal cord injury and its impact on social participation and daily life. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 39(6), 693-698. <https://doi.org/10.1080/10790268.2015.1123845>
- Pieczynska, A., Pilarska, A., Adamska, K., Zasadzka, E. y Hojan, K. (2022). Psychological characteristics associated with post-treatment physical status and quality of life in patients with brain tumor undergoing radiotherapy. *Journal of Personalized Medicine*, 12(11), 1880. <https://doi.org/10.3390/jpm12111880>
- Pietersma, S., van den Akker-van, M. Elske. y de Vries, M. (2013). Generic quality of life utility measures in health-care research: Conceptual issues highlighted for the most commonly used utility measures. *International Journal of Wellbeing*, 3(2), 173-181.
- Povolo, C. A., Blair, M., Mehta, S., Rosehart, H. y Morrow, S. A. (2019). Predictors of vocational status among persons with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, (36), Artículo 101411. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2019.101411>

- Psarra, E. y Kleftharas, G. (2013). Adaptation to physical disabilities: The role of meaning in life and depression. *European Journal of Counselling Psychology*, 2(1), 79-99. <https://doi.org/10.5964/ejcop.v2i1.7>
- Raggi, A., Leonardi, M., Mantegazza, R., Casale, S. y Fioravanti, G. (2009). Social support and self-efficacy in patients with Myasthenia Gravis: A common pathway towards positive health outcomes. *Neurological Sciences*, 31(2), 231-235. <https://doi.org/10.1007/s10072-009-0194-8>
- Rajati, F., Ashtarian, H., Salari, N., Ghanbari, M., Naghibifar, Z. y Hosseini, S. Y. (2018). Quality of life predictors in physically disabled people. *Journal of Education and Health Promotion*, 7(1), 1-8. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_115_17
- Rajati, F., Ghanbari, M., Hasandokht, T., Hosseini, S. Y., Akbarzadeh, R. y Ashtarian, H. (2017). Persian version of the Moorong Self-Efficacy Scale: Psychometric study among subjects with physical disability. *Disability and Rehabilitation*, 39(23), 2436-2445. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1226404>
- Rappaport, J. (1984). Studies in Empowerment: Introduction. *Prevention in Human Services*, 3, 1-7.
- Rassi-Fernandes, M. (2015). Correlation between functional disability and quality of life in patients with adhesive capsulitis. *Acta Ortopédica Brasileira*, 23(2), 81-84. <https://doi.org/10.1590/1413-7852201523020079>
- Redondo, L., Fariña, F., Seijo, D., Novo, M. y Arce, R. (2019). A meta-analytical review of the responses in the MMPI-2/MMPI-2-RF clinical and restructured scales of parents in child custody dispute. *Anales de Psicología*, 35(1), 156-165. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.1.338381>
- Reglamento 0245-2018 para la calificación, recalificación y acreditación de personas con discapacidad o con deficiencia o condición discapacitante. (20 de julio de 2018). Artículo 3. Registro Oficial Edición Especial 533. https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2018-10/Documento_Reglamento-calificaci%C3%B3n-recalificaci%C3%B3n-acreditaci%C3%B3n-personas-discapacidad-deficiencia-condici%C3%B3n-discapacitante.pdf
- Rivers, C. S., Fallah, N., Noonan, V. K., Whitehurst, D. G., Schwartz, C. E., Finkelstein, J. A., Craven, B. C., Ethans, K., O'Connell, C., Truchon, B. C., Ho, C., Linassi, A. G., Short, C., Tsai, E., Drew, B., Ahn, H., Dvorak, M. F., Paquet, J., Fehlings, M. G., ... Noreau, L. (2018). Health conditions: Effect on function, health-related quality of life, and life satisfaction after traumatic spinal cord injury. A prospective observational registry cohort study. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 99(3), 443-451. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.06.012>
- Robinson-Whelen, S., Hughes, R. B., Taylor, H. B., Colvard, M., Mastel-Smith, B. y Nosek, M. A. (2006). Improving the health and health behaviors of women aging with physical

- disabilities: A peer-led health promotion program. *Women's Health Issues*, 16(6), 334-345. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2006.05.002>
- Robinson-Whelen, S., Hughes, R. B., Taylor, H. B., Hall, J. W. y Rehm, L. P. (2007). Depression self-management program for rural women with physical disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 52(3), 254-262. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.52.3.254>
- Robinson-Whelen, S., Taylor, H. B., Hughes, R. B., Wenzel, L. y Nosek, M. A. (2014). Depression and depression treatment in women with spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 20(1), 23-31. <https://doi.org/10.1310/sci2001-23>
- Rodríguez-Rey, R., Alonso-Tapia, J. y Hernansaiz-Garrido, H. (2016). Reliability and validity of the Brief Resilience Scale (BRS) Spanish Version. *Psychological Assessment*, 28(5), 101-110. <https://doi.org/10.1037/pas0000191>
- Rogers, E. S., Chamberlin, J., Ellison, M. L. y Crean, T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48(8), 1042-1047.
- Rogowska, A. M., Zmaczyńska-Witek, B., Mazurkiewicz, M. y Kardasz, Z. (2020). The mediating effect of self-efficacy on the relationship between health locus of control and life satisfaction: A moderator role of movement disability. *Disability and Health Journal*, 13(4), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100923>
- Rohatinsky, N., Goodridge, D., Rogers, M. R., Nickel, D. y Linassi, G. (2017). Shifting the balance: Conceptualising empowerment in individuals with spinal cord injury. *Health & Social Care in the Community*, 25(2), 769-779. <https://doi.org/10.1111/hsc.12370>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Rostowska, T. y Kossak, D. (2011). Strategies for coping with stress in patients with tetraplegia and paraplegia. *Acta Neuropsychologica*, 9(1), 31-48.
- Sahlin, K. B. y Lexell, J. (2015). Impact of organized sports on activity, participation, and quality of life in people with neurologic disabilities. *Journal of Injury, Function, and Rehabilitation*, 7(10), 1081-1088.
- Sakakibara, B. M., Hitzig, S. L., Miller, W. C. y SCIRE Research Team. (2012). An evidence-based review on the influence of aging with a spinal cord injury on subjective quality of life. *Spinal Cord*, 50(8), 570-578.
- Salvador-De La Barrera, S., Mora-Boga, R., Ferreiro-Velasco, M. E., Seoane-Pillado, T., Montoto-Marqués, A., Rodríguez-Sotillo, A. y Pertega, S. (2018). A validity study of the Spanish-World Health Organization Quality of Life short version instrument in persons with traumatic spinal cord injury. *Spinal Cord*, 56(10), 971-979. <https://doi.org/10.1038/s41393-018-0139-2>

- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Montes, M. O. y Germán, M. A. S. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A) (I): Análisis exploratorio de la estructura factorial. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(3), 195-205. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.7.num.3.2002.3933>
- Scheier, M. F., Carver, C. S. y Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.6.1063>
- Scheier, M. F., Wrosch, C., Baum, A., Cohen, S., Martire, L. M., Matthews, K. A., Schulz, R. y Zdaniuk, B. (2006). The Life Engagement Test: Assessing purpose in life. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(3), 291-298. <https://doi.org/10.1007/s10865-005-9044-1>
- Schmidt, J. D., Luiselli, J. K., Rue, H. y Whalley, K. (2013). Graduated Exposure and Positive Reinforcement to Overcome Setting and Activity Avoidance in an Adolescent with Autism. *Behavior Modification*, 37(1), 128-142. <https://doi.org/10.1177/0145445512456547>
- Schmitt, D. P. y Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 623-642. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.4.623>
- Schmitt, M. M., Goverover, Y., DeLuca, J. y Chiaravalloti, N. (2014). Self-efficacy as a predictor of self-reported physical, cognitive, and social functioning in multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 59(1), 27-34. <https://doi.org/10.1037/a0035288>
- Scholz, U., Doña, B., Sud, S. y Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), 242-251. <https://doi.org/10.1027//1015-5759.18.3.242>
- Schrier, E., Schrier, I., Geertzen, J. H. y Dijkstra, P. U. (2016). Quality of life in rehabilitation outpatients: normal values and a comparison with the general Dutch population and psychiatric patients. *Quality of Life Research*, 25(1), 135-142.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
- Schwarzer, R. y Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. En J. Weinman, S. Wright y M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Nfer-Nelson.
- Sekowski, M., Lengiewicz, I. y Lester, D. (2022). The complex relationships between dependency and self-criticism and suicidal behavior and ideation in early adulthood. *Personality and Individual Differences*, 198. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111806>

- Servicio Nacional de la Discapacidad. (2016). *II Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile*. SENADIS.
- Seves, B. L., Hoekstra, F., Hettinga, F. J., Dekker, R., van der Woude, L. H. V. y Hoekstra, T. (2021). Trajectories of health-related quality of life among people with a physical disability and/or chronic disease during and after rehabilitation: a longitudinal cohort study. *Quality of Life Research*, 30(1), 67-80. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02647-7>
- Shahrbanian, S., Auais, M., Duquette, P., Andersen, K., Anderson, K. y Mayo, N. E. (2013). Does pain in individuals with multiple sclerosis affect employment? A systematic review and meta-analysis. *Pain Research & Management*, 18(5), Artículo e94-e100. <https://doi.org/10.1155/2013/829464>
- Shanahan, M. L., Fischer, I. C., Hirsh, A. T., Stewart, J. C. y Rand, K. L. (2021). Hope, optimism, and clinical pain: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 55(9), 815-832. <https://doi.org/10.1093/abm/kaab001>
- Shen, S., Huang, K., Kung, P., Chiu, L. y Tsai, W. (2017). Incidence, risk, and associated factors of depression in adults with physical and sensory disabilities: A nationwide population-based study. *PLoS ONE*, 12(3), Artículo e0175141. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175141>
- Silván-Ferrero, P., Recio, P., Molero, F. y Nouvilas-Pallejà, E. (2020). Psychological quality of life in people with physical disability: The effect of internalized stigma, collective action and resilience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 2-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051802>
- Silverman, A. M., Molton, I. R., Alschuler, K. N., Ehde, D. M. y Jensen, M. P. (2015). Resilience predicts functional outcomes in people aging with disability: A longitudinal investigation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(7), 1262-1268. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.02.023>
- Singh, G., Mahajan, N., Abrol, S. y Raina, A. (2021). Anxiety and depression are common in rheumatoid arthritis and correlate with poor quality of life in Indian patients. *Rheumatology*, 59(6), 386-393. <https://doi.org/10.5114/reum.2021.112351>
- Sinha, R. y Van Den Heuvel, W. J. (2011). A systematic literature review of quality of life in lower limb amputees. *Disability and Rehabilitation*, 33(11), 883-899.
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G. y Helvik, A. (2015). Depression and quality of life in older persons: A review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 40(5-6), 311-339. <https://doi.org/10.1159/000437299>
- Skevington, S. M. y Epton, T. (2018). How will the sustainable development goals deliver changes in well-being? A systematic review and meta-analysis to investigate whether WHOQOL-BREF scores respond to change. *BMJ Global Health*, 3(1), 1-13. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000609>

- Smith, A., Molton, I. R. y Jensen, M. P. (2016). Self-reported incidence and age of onset of chronic comorbid medical conditions in adults aging with long-term physical disability. *Disability and Health Journal*, 9 (3), 533-538. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.02.002>
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. y Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194-200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
- Sosnowski, R., Kulpa, M., Ziętaiewicz, U., Wolski, J. K., Nowakowski, R., Bakula, R. y Demkow, T. (2017). Basic issues concerning health-related quality of life. *Central European Journal of Urology*, 70(2), 206-211. <https://doi.org/10.5173/ceju.2017.923>
- Sprangers, M. A., Cull, A., Bjordal, K., Groenvold, M. y Aaronson, N. K. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer. Approach to quality of life assessment: guidelines for developing questionnaire modules. EORTC Study Group on Quality of Life. *Quality of Life Research*, 2(4), 287-295. <https://doi.org/10.1007/BF00434800>
- Srivastava, S. y Singh, P. (2016). The mediating role of self-efficacy between perceived stigma and self-esteem. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 42(1), 124-132.
- Statistics South Africa y Lehigh, P. (2014). *Census 2011: Profile of persons with disabilities in South Africa* (Report No. 03-01-59). Statistics South Africa. <https://www.statssa.gov.za/publications/Report-03-01-59/Report-03-01-592011.pdf>
- Stefane, T., Munari dos Santos, A., Marinovic, A. y Hortense, P. (2013). Chronic low back pain: pain intensity, disability and quality of life. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(1), 14-20.
- Stroup, D. F., Berlin, J. A., Morton, S. C., Olkin, I., Williamson, G. D., Rennie, D., Moher, D., Becker, B. J., Sipe, T. A. y Thacker, S. B. (2000). Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. *Journal of the American Medical Association*, 283(15), 2008-2012. <https://doi.org/10.1001/jama.283.15.2008>
- Suh, C., Lee, K., Kim, J. y Boo, S. (2022). Factors affecting quality of life in patients with rheumatoid arthritis in South Korea: a cross-sectional study. *Clinical Rheumatology*, 41(2), 367-375. <https://doi.org/10.1007/s10067-021-05944-9>
- Sulaiman, S., Aldersey, H., Fayed, N., Kaka, B. y Okyere, C. (2019). Quality of life assessment scales in polio survivors: A scoping review. *Quality of Life Research*, 28(9), 2341-2357. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02185-x>
- Sundar, V., Brucker, D., Pollack, M. A. y Chang, H. (2016). Community and social participation among adults with mobility impairments: A mixed methods study. *Disability and Health Journal*, 9(4), 682-691. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.05.006>

- Suplemento del Registro Oficial 257. (30 de julio de 2020). *Artículo 1. Reforma al Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidades* [Decreto No. 194]. Ecuador. https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2020-12/Documento_Reglamento-a-la-Ley-Org%C3%A1nica-de-Discapacidades.pdf
- Suriá, R. (2014a). Análisis del empoderamiento en padres y madres de hijos con discapacidad. *Boletín de Psicología*, (110), 83-97.
- Suriá, R. (2014b). Discapacidad y empoderamiento: análisis de esta potencialidad en función de la tipología y etapa en la que se adquiere la discapacidad. *Anuario de Psicología*, 43(3), 297-311.
- Suriá, R. (2015a). Perfiles resilientes y calidad de vida en personas con discapacidad sobrevenida por accidentes de tráfico. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 55-59. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.01.016>
- Suriá, R. (2015b). Factores asociados al empoderamiento en personas con lesión medular tras un accidente de tráfico. *Gaceta Sanitaria*, 29, 49-54. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.11.011>
- Suriá, R., García-Fernández, J. M. y Ortigosa, J. M. (2015). Perfiles resilientes y su relación con las habilidades sociales en personas con discapacidad motora. *Psicología Conductual*, 23, 1, 35-49.
- Tekin, E. (2020). The relationship between personality traits and BMI categories. *Northern Clinics of Istanbul*, 7(4), 372-377. <https://doi.org/10.14744/nci.2020.80008>
- Tepavcevic, D. K., Pekmezovic, T., Stojavljevic, N., Kostic, J., Basuroski, I. D., Mesaros, S. y Drulovic, J. (2014). Change in quality of life and predictors of change among patients with multiple sclerosis: A prospective cohort study. *Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 23(3), 1027-1037. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0535-1>
- Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Pastor, M. A. y Reig, M. T. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Estrés (HAD) en población española. *Ansiedad y Estrés*, 13(23), 163-176.
- Terrill, A. L., Molton, I. R., Ehde, D. M., Amtmann, D., Bombardier, C. H., Smith, A. E. y Jensen, M. P. (2016). Resilience, age, and perceived symptoms in persons with long-term physical disabilities. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 640-649. <https://doi.org/10.1177/1359105314532973>
- Thakral, M., Lacroix, A. Z. y Molton, I. R. (2019). Sex/gender disparities in health outcomes of individuals with long-term disabling conditions. *Rehabilitation Psychology*, 64(2), 221-228. <https://doi.org/10.1037/rep0000248>
- Theadom, A., Rodrigues, M., Ranta, A., Poke, G., Love, D., Jones, K., Ao, B. T., Hammond-Tooke, G., Parmar, P., O'Grady, G. y Roxburgh, R. (2021). Impact and predictors of

quality of life in adults diagnosed with a genetic muscle disorder: a nationwide population-based study. *Quality of Life Research*, 31(6), 1657-1666. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-03046-2>

Tian, L. y Cao, X. (2018). Systematic review of the psychometric properties of disease-specific, quality-of-life questionnaires for patients with hepatobiliary or pancreatic cancers. *Japan Journal of Nursing Science*, 15(2), 99-112. <https://doi.org/10.1111/jjns.12188>

Torres, C., Otero, P., Bustamante, B., Blanco, V., Díaz, O. y Vázquez, F. L. (2017). Mental health problems and related factors in ecuadorian college students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(5), 530. <https://doi.org/10.3390/ijerph14050530>

Trani, J., Moodley, J., Anand, P., Graham, L. y Thu, M. T. (2020). Stigma of persons with disabilities in South Africa: Uncovering pathways from discrimination to depression and low self-esteem. *Social Science & Medicine* (1982), 265, Artículo 113449. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113449>

United Nations Economic and Social Commission for Western Asia. (2018). *Disability in the Arab Region*. Beirut. <https://digitallibrary.un.org/record/3797363>

Urzúa, A. y Jarne, A. (2008). Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Revista Interamericana de Psicología*, 42(1), 151-160.

Van Hecke, N., Claes, C., Vanderplasschen, W., De Maeyer, J., De Witte, N. y Vandeveld, S. (2018). Conceptualisation and measurement of quality of life based on Schalock and Verdugo's Model: A cross-disciplinary review of the literature. *Social Indicators Research*, 137(1), 335-351. <https://doi.org/10.1007/s11205-017-1596-2>

van Houwelingen, A. H., Cameron, I. D., Gussekloo, J., Putter, H., Kurrle, S., de Craen, A. J. M., Maier, A. B., den Elzen, W. P. J. y Blom, J. W. (2013). Disability transitions in the oldest old in the general population. The Leiden 85-plus study. *Age*, 36(1), 483-493. <https://doi.org/10.1007/s11357-013-9574-3>

van Leeuwen, C. M. C., Kraaijeveld, S., Lindeman, E. y Post, M. W. M. (2012). Associations between psychological factors and quality of life ratings in persons with spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*, 50(3), 174-187. <https://doi.org/10.1038/sc.2011.120>

Vázquez, F. L., Otero, P., García-Casal, J. A., Blanco, V., Torres, Á. J. y Arrojo, M. (2018). Efficacy of video game-based interventions for active aging. A systematic literature review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 13(12), Artículo e0208192. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208192>

Velayutham, B., Kangusamy, B., Joshua, V. y Mehendale, S. (2016). The prevalence of disability in elderly in India - Analysis of 2011 Census data. *Disability and Health Journal*, 9(4), 584-592. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.04.003>

- Vilca, L., Chambi-Mamani, E., Quispe-Kana, E., Hernández-López, M. y Caycho-Rodríguez, T. (2022). Functioning of the EROS-R Scale in a clinical sample of psychiatric patients: New psychometric evidence from the classical test theory and the item response theory. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 10062. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610062>
- Villanueva, G., Fitch, T., Quadir, M. M., Raju, H. K. y Alamgir, H. (2017). Self-efficacy, disability level and physical strength in the injured workers: findings from a major factory disaster in Bangladesh. *Disability and Rehabilitation*, 39(7), 677-683. <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1161085>
- Villanueva-Flores, M., Valle, R. y Bornay-Barrachina, M. (2017). Perceptions of discrimination and distributive injustice among people with physical disabilities: in jobs, compensation and career development. *Personnel Review*, 46(3), 680-698. <https://doi.org/10.1108/PR-04-2015-0098>
- Visser, M. M., Heijenbrok-Kal, M. H., Spijker, A. v., Oostra, K. M., Busschbach, J. J. y Ribbers, G. M. (2015). Coping, problem solving, depression, and health-related quality of life in patients receiving outpatient stroke rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(8), 1492-1498. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.04.007>
- Viswanathan, M., Berkman, N. D., Dryden, D. M. y Hartling, L. (2013). *Assessing Risk of Bias and Confounding in Observational Studies of Interventions or Exposures: Further Development of the RTI Item Bank*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C. y Vandenbroucke, J. P. (2007). The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 45(4), 247-251.
- Vos, T., Abajobir, A. A., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abate, K. H., Abd-Allah, F., Abdulle, A. M., Abebo, T. A., Ärnlov, J., y Murray, C. J. L. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1211-1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)
- Wade, J. B., Dougherty, L. M., Hart, R. P., Rafii, A. y Price, D. D. (1992). A canonical correlation analysis of the influence of neuroticism and extraversion on chronic pain, suffering, and pain behavior. *Pain*, 51(1), 67-73. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(92\)90010-9](https://doi.org/10.1016/0304-3959(92)90010-9)
- Wagener, A. y Blairy, S. (2015). Validation and psychometric properties of the french versions of the Environmental Reward Observation Scale and of the Reward Probability Index. *Psychologica Belgica*, 55(2), 71-86. <https://doi.org/10.5334/pb.bg>
- Wang, C., Huang, Y. y Xiao, Y. (2021). The mediating effect of social problem-solving between perfectionism and subjective well-being. *Frontiers in Psychology*, 12, Artículo 764976. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.764976>

- Watson, D. y Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96(2), 234-254. <https://doi.org/10.1037//0033-295X.96.2.234>
- Weyers, S., Dragano, N., Möbus, S., Beck, E., Stang, A., Möhlenkamp, S., Jöckel, K. H., Erbel, R. y Siegrist, J. (2008). Low socio-economic position is associated with poor social networks and social support: results from the Heinz Nixdorf Recall Study. *International Journal for Equity in Health*, 7(1), 13. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-7-13>
- Whitehall, L., Rush, R., Górski, S. y Forsyth, K. (2020). The general self-efficacy of older adults receiving care: A systematic review and meta-analysis. *The Gerontologist*, 61(6), 302-317. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa036>
- Williams, R. y Murray, A. (2015). Prevalence of depression after spinal cord injury: A meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(1), 133-140. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.08.016>
- Wilmoth, J. M. (2001). Living arrangements among older immigrants in the United States. *Gerontologist*, 41(2), 228-238.
- Wilski, M. y Tasiemski, T. (2016). Health-related quality of life in multiple sclerosis: Role of cognitive appraisals of self, illness and treatment. *Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 25(7), 1761-1770. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1204-3>
- Wilski, M. y Tomczak, M. (2016). Comparison of personal resources in patients who differently estimate the impact of multiple sclerosis. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(2), 179-188. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9841-5>
- Wilson, I. B. y Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 273(1), 59-65. <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03520250075037>
- Wilson, J. R., Hashimoto, R. E., Dettori, J. R. y Fehlings, M. G. (2011). Spinal cord injury and quality of life: a systematic review of outcome measures. *Evidence-Based Spine-Care Journal*, 2(1), 37-44. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1267085>
- Wong, J. L., Alschuler, K. N., Mroz, T. M., Hreha, K. P. y Molton, I. R. (2019). Identification of targets for improving access to care in persons with long term physical disabilities. *Disability and Health Journal*, 12 (3), 366-374. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.01.002>
- World Health Organization. Division of Mental Health. (1996). WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996 (No. WHOQOL-BREF). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>
- World Health Organization Quality of Life Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health

- Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- World Health Organization Quality of life Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- Yamada, S. y Suzuki, K. (2007). Application of Empowerment Scale to patients with schizophrenia: Japanese experience. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(6), 594–601. <https://doi.org/doi-org/10.1111/j.1440-1819.2007.01723.x>
- Yamada, T., Sakisaka, K., Bermúdez, L. N. y Yamaoka, K. (2021). Self-Esteem, socioeconomic status and social participation of persons with disabilities living in areas affected by armed conflict in Colombia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), Artículo 4328. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084328>
- Yamout, B., Issa, Z., Herlopian, A., El Bejjani, M., Khalifa, A., Ghadieh, A. S. y Habib, R. H. (2013). Predictors of quality of life among multiple sclerosis patients: a comprehensive analysis. *European Journal of Neurology*, 20(5), 756-764. <https://doi.org/10.1111/ene.12046>
- Yang, X., Fan, D., Xia, Q., Wang, M., Zhang, X., Li, X., Cai, G., Wang, L., Xin, L., Xu, S. y Pan, F. (2016). The health-related quality of life of ankylosing spondylitis patients assessed by SF-36: a systematic review and meta-analysis. *Quality of Life Research*, 25(11), 2711-2723. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1345-z>
- Yeung, P. y Breheny, M. (2021). Quality of life among older people with a disability: the role of purpose in life and capabilities. *Disability and Rehabilitation*, 43(2), 181-191. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1620875>
- Yi, S. J., Jeong, Y. M. y Kim, J.-H. (2021). Relationship between sleep duration trajectories and self-rated depressive symptoms in south koreans with physical disabilities. *Healthcare*, 9(3), 1-4. <https://doi.org/10.3390/healthcare9030361>
- Yildirim, F., Seremet, S., Afsar, F. S., Yildiz, I. y Iyidogan, E. (2020). Evaluation of social anxiety levels and related factors in psoriasis patients: A controlled, cross-sectional study. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 57(2), 148-153. <https://doi.org/10.29399/npa.24854>
- Zarbo, I. R., Minacapelli, E., Falautano, M., Demontis, S., Carpentras, G. y Pugliatti, M. (2016). Personality traits predict perceived health-related quality of life in persons with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 22(4), 551-558. <https://doi.org/10.1177/1352458515594045>
- Zemed, A., Nigussie, K., Azeze, G. y Yalew, A. (2021). Health-related quality of life and associated factors among patients with stroke at tertiary level hospitals in Ethiopia. *PLoS ONE*, 16(3), Artículo e0248481. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248481>

- Zhang, L., Sui, M., Yan, T., You, L., Li, K. y Gao, Y. (2017). A study in persons later after stroke of the relationships between social participation, environmental factors and depression. *Clinical Rehabilitation*, 31(3), 394-402. <https://doi.org/10.1177/0269215516641300>
- Zigmond, A. S. y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Zimmerman, M. (2000). Empowerment theory. En E. J. Seidman (Ed.), *Handbook of community psychology* (pp. 43-63). Kluwer Academic Publishers. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-4193-6_2
- Zürcher, C., Tough, H. y Fekete, C. (2019). Mental health in individuals with spinal cord injury: The role of socioeconomic conditions and social relationships. *PloS One*, 14(2), Artículo e0206069. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206069>
- Zziwa, S., Babikako, H., Kwesiga, D., Kobusingye, O., Bentley, J. A., Oporia, F., Nuwematsiko, R., Bachani, A., Atuyambe, L. M. y Paichadze, N. (2019). Prevalence and factors associated with utilization of rehabilitation services among people with physical disabilities in Kampala, Uganda. A descriptive cross sectional study. *BMC Public Health*, 19(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8076-3>

ÍNDICE DE TABLAS

PARTE TEÓRICA

I. INTRODUCCIÓN

Tabla 1. Definiciones de los componentes del funcionamiento normal y anormal	15
Tabla 2. Tipos de discapacidad	15
Tabla 3. Principales enfermedades neurológicas que causaron AVAD en el 2016	27
Tabla 4. Principales causas de AVAD en los diferentes grupos de edad entre 1990 y 2019	27
Tabla 5. Principales causas de AVD en los años 1990, 2010 y 2019	28
Tabla 6. Condiciones de salud asociadas a la discapacidad física según CIE-11.....	31
Tabla 7. Principales características de los artículos incluidos en la revisión sistemática..	46
Tabla 8. Calidad metodológica de los estudios incluidos	50
Tabla 9. Análisis de subgrupos para los cuatro dominios del WHOQOL-BREF en función de características descriptivas y metodológicas de los estudios	56
Tabla 10. Factores asociados con la CVRS en personas con discapacidad	65

PARTE EMPÍRICA

II. MÉTODO

Tabla 11. Variables predictoras.....	76
Tabla 12. Variables de resultado	79
Tabla 13. Instrumentos de evaluación utilizados.....	79

III. RESULTADOS

Tabla 14. Características sociodemográficas ($n = 479$)	89
Tabla 15. Características clínicas	92
Tabla 16. Puntuaciones en los dominios (WHOQOL-BREF)	100
Tabla 17. Participantes que respondieron a cada categoría de respuesta de los ítems (WHOQOL-BREF).....	101
Tabla 18. Análisis multivariante: variables sociodemográficas y dominio físico	107
Tabla 19. Análisis multivariante: variables relacionadas con la discapacidad y dominio físico	109
Tabla 20. Ansiedad y depresión y dominio físico.....	109
Tabla 21. Variables de personalidad y dominio físico	110
Tabla 22. Habilidades de solución de problemas y dominio físico	110
Tabla 23. Apoyo social y dominio físico	110
Tabla 24. Análisis multivariante: variables clínicas y dominio físico	111
Tabla 25. Análisis multivariante: variables sociodemográficas y dominio psicológico .	115
Tabla 26. Análisis multivariante: variables relacionadas con la discapacidad y dominio psicológico	117
Tabla 27. Ansiedad y depresión y dominio psicológico	118
Tabla 28. Variables de personalidad y dominio psicológico	118
Tabla 29. Habilidades de solución de problemas y dominio psicológico	118

Tabla 30. Apoyo social y dominio psicológico.....	119
Tabla 31. Análisis multivariante: variables clínicas y dominio psicológico.....	120
Tabla 32. Análisis multivariante: variables sociodemográficas y dominio relaciones sociales	123
Tabla 33. Análisis multivariante: variables relacionadas con la discapacidad y dominio relaciones sociales	126
Tabla 34. Ansiedad y depresión y dominio relaciones sociales.....	126
Tabla 35. Variables de personalidad y dominio relaciones sociales	126
Tabla 36. Habilidades de solución de problemas y dominio relaciones sociales	127
Tabla 37. Apoyo social y dominio relaciones sociales	127
Tabla 38. Análisis multivariante: variables clínicas y dominio relaciones sociales	128
Tabla 39. Análisis multivariante: variables sociodemográficas y dominio ambiente.....	131
Tabla 40. Análisis multivariante: variables relacionadas con la discapacidad y dominio ambiente	134
Tabla 41. Ansiedad y depresión y dominio ambiente	134
Tabla 42. Variables de personalidad y dominio ambiente	134
Tabla 43. Habilidades de solución de problemas y dominio ambiente	135
Tabla 44. Apoyo social y dominio ambiente	135
Tabla 45. Análisis multivariante: variables clínicas y dominio ambiente	136

ÍNDICE DE FIGURAS

PARTE TEÓRICA

I. INTRODUCCIÓN

Figura 1. Modelo integral del funcionamiento, la discapacidad y la salud que sirve de fundamento a la CIF	14
Figura 2. Prevalencia de personas con discapacidad por continentes	18
Figura 3. Porcentaje de mujeres con discapacidad física según censos o encuestas gubernamentales	19
Figura 4. Edad de las personas con discapacidad física según censos o encuestas oficiales gubernamentales	20
Figura 5. Condiciones de salud más frecuentes asociadas a la discapacidad física en el Perú	22
Figura 6. Causas principales de mortalidad y pérdidas en salud de nivel regional, subregional y nacional en la Región de las Américas, 2000-2019.....	29
Figura 7. Causas principales de mortalidad y pérdidas en salud en Ecuador, 2000-2019	30
Figura 8. Modelo de calidad de vida de la OMS	37
Figura 9. Modelo de calidad de vida de Wilson y Cleary	38
Figura 10. Modelo de calidad de vida de Ferrans y colaboradores	39
Figura 11. Diagrama de flujo PRISMA de los estudios incluidos	43
Figura 12. Puntuaciones de las medias combinadas para los cuatro dominios del WHOQOL- BREF	51
Figura 13. Diagrama de flujo de los participantes del estudio.....	74

PARTE EMPÍRICA

II. MÉTODO

Figura 14. Porcentajes de los participantes según la causa de la discapacidad	90
Figura 15. Porcentajes de los participantes según el grado de discapacidad.....	90
Figura 16. Porcentaje de participantes con comorbilidad.....	91
Figura 17. Porcentaje de participantes con medicación	91
Figura 18. Síntomas y casos clínicos de ansiedad	94
Figura 19. Síntomas y casos clínicos de depresión.....	94
Figura 20. Puntuación media reforzamiento ambiental positivo.....	95
Figura 21. Puntuaciones medias de los rasgos de personalidad	95
Figura 22. Puntuación media de resiliencia	96
Figura 23. Puntuación media de propósito en la vida	96
Figura 24. Puntuación media de habilidades de solución de problemas	97
Figura 25. Puntuaciones medias para las subescalas de apoyo social	97
Figura 26. Puntuación media de autoeficacia.....	98
Figura 27. Puntuación media de empoderamiento.....	98
Figura 28. Puntuación media de optimismo	99
Figura 29. Puntuación media de autoestima	99
Figura 30. Puntuaciones medias en el dominio físico en función del sexo.....	104
Figura 31. Puntuaciones medias en el dominio físico en función del estado civil	104

Figura 32. Puntuaciones medias en el dominio físico en función de la etnia	105
Figura 33. Puntuaciones medias en el dominio físico en función del nivel de ingresos ..	105
Figura 34. Puntuaciones medias en el dominio físico en la función de la situación laboral	106
Figura 35. Puntuaciones medias en el dominio físico en función de la causa de la discapacidad.....	107
Figura 36. Puntuaciones medias en el dominio físico en función de la presencia de comorbilidad	108
Figura 37. Puntuaciones medias en el dominio físico en función del uso de medicación	108
Figura 38. Puntuaciones medias en el dominio psicológico en función del sexo	112
Figura 39. Puntuaciones medias en el dominio psicológico en función del estado civil ..	113
Figura 40. Puntuaciones medias en el dominio psicológico en función de la etnia	113
Figura 41. Puntuaciones medias en el dominio psicológico en función del nivel de ingresos	114
Figura 42. Puntuaciones medias en el dominio psicológico en función de la situación laboral.....	114
Figura 43. Puntuaciones medias en el dominio psicológico en función de la causa de la discapacidad.....	115
Figura 44. Puntuaciones medias en el dominio psicológico en función de la presencia de comorbilidad	116
Figura 45. Puntuaciones medias en el dominio psicológico en función del uso de medicación.....	116
Figura 46. Puntuaciones medias en el dominio de relaciones sociales en función del sexo	120
Figura 47. Puntuaciones medias en el dominio relaciones sociales en función del estado civil	121
Figura 48. Puntuaciones medias en el dominio relaciones sociales en función de la etnia	121
Figura 49. Puntuaciones medias en el dominio relaciones sociales en función del nivel de ingresos.....	122
Figura 50. Puntuaciones medias en el dominio relaciones sociales vida en función de la situación laboral	122
Figura 51. Puntuaciones medias en el dominio relaciones sociales en función de la causa de la discapacidad.....	124
Figura 52. Puntuaciones medias en el dominio relaciones sociales en función de la presencia de comorbilidad.....	124
Figura 53. Puntuaciones medias en el dominio relaciones sociales en función del uso de medicación.....	125
Figura 54. Puntuaciones medias en el dominio ambiente en función del sexo	129
Figura 55. Puntuaciones medias en el dominio ambiente en función del estado civil	129
Figura 56. Puntuaciones medias en el dominio ambiente en función de la etnia	130
Figura 57. Puntuaciones medias en el dominio ambiente en función del nivel de ingresos	130
Figura 58. Puntuaciones medias en el dominio ambiente en función de la situación laboral	131
Figura 59. Puntuaciones medias en el dominio ambiente en función de la causa de la discapacidad.....	132

Figura 60. Puntuaciones medias en el dominio ambiente en función de la presencia de comorbilidad	132
Figura 61. Puntuaciones medias en el dominio ambiente en función del uso de medicación	133

VII. ANEXOS

ANEXO 1
CERTIFICADO DE LA APROBACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN
POR PARTE DEL COMITÉ DE ÉTICA



**Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito**

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ

The Institutional Review Board of the USFQ

Aprobación MSP, Oficio No. MSP-VGVS-2016-0244-O, 26 de Abril de 2016

Quito, 31 de agosto de 2017

Señorita

Sandra Lima Castro

Investigadora Principal

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA/ UNIVERSIDAD DE CUENCA

Ciudad

De mi mejor consideración:

Por medio de la presente, el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito se complace en informarle que su solicitud de revisión y aprobación del estudio de investigación **"CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS DE ECUADOR CON DISCAPACIDAD Y VARIABLES ASOCIADAS: UN ESTUDIO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO"**, ha sido aprobada el día de hoy como un estudio *expedito*, debido a que la investigación va a tomar datos personales pero el investigador asegura que serán codificados para el análisis y presentación de los resultados y una vez concluido el estudio cualquier dato que pudiese identificar al participante será borrado.

El CEISH - USFQ aprueba el estudio ya que cumple con los siguientes parámetros:

- El proyecto de investigación muestra metas y/o objetivos de significancia científica con una justificación y referencias.
- El protocolo de investigación cuenta con los procedimientos para minimizar sus riesgos de sus participantes y/o los riesgos son razonables en relación a los beneficios anticipados del estudio.
- Los participantes del estudio tienen el derecho a retirarse del estudio y su participación su conseguida a través de un proceso de consentimiento informado
- El protocolo cuenta con provisiones para proteger la privacidad y confidencialidad de los participantes del estudio en sus procesos de recolección, manejo y almacenamiento de datos
- El protocolo detalla las responsabilidades del investigador

Además, el investigador principal de este estudio ha dado contestación a todas las dudas y realizado todas las modificaciones que este Comité ha solicitado en varias revisiones. Los documentos que se aprueban y que sustentan este estudio es la versión # 2 de julio 22, 2017 que incluyen:

- Solicitud de revisión y aprobación de estudio de investigación, 12 páginas;
- Solicitud de aplicación al consentimiento informado por escrito, 3 páginas;
- Anexos (CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS DE ECUADOR CON DISCAPACIDAD FÍSICA Y VARIABLES ASOCIADAS: UN ESTUDIO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO), 14 páginas;
- Hoja de vida del Investigadora Principal, 4 páginas;



Casilla Postal 17-12-841, Quito, Ecuador
comitebioetica@usfq.edu.ec
PBX (593-2) 297-1700 ext 1149

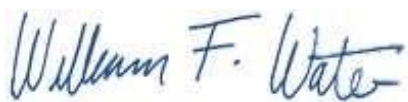
Esta aprobación tiene una duración de **un año (365 días)** transcurrido el cual se deberá solicitar una extensión si fuere necesario. En toda correspondencia con el Comité de Bioética favor referirse al siguiente código de aprobación: **2017-104E**. El Comité estará dispuesto a lo largo de la implementación del estudio a responder cualquier inquietud que pudiese surgir tanto de los participantes como de los investigadores.

Favor tomar nota de los siguientes puntos relacionados con las responsabilidades del investigador para este Comité:

1. El Comité no se responsabiliza por los datos que hayan sido recolectados antes de la fecha de esta carta; los datos recolectados antes de la fecha de esta carta no podrán ser publicados o incluidos en los resultados.
2. El Comité ha otorgado la presente aprobación en base a la información entregada por los solicitantes, quienes al presentarla asumen la veracidad, corrección y autoría de los documentos entregados.
3. De igual forma, los solicitantes de la aprobación son los responsables por la ejecución correcta y ética de la investigación, respetando los documentos y condiciones aprobadas por el Comité, así como la legislación vigente aplicable y los estándares nacionales e internacionales en la materia.

Deseándole los mejores éxitos en su investigación, se solicita a los investigadores que notifiquen al Comité la fecha de terminación del estudio.

Atentamente,



William F. Waters, PhD



Presidente Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos USFQ cc.
Archivo general, Archivo protocolo

ANEXO 2
CUESTIONARIO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS
PACIENTES

Marque con una cruz la respuesta correspondiente.

P1. Sexo

Mujer

☐
☐

Hombre

P2. ¿Cuántos años cumplidos tiene?

Escriba su edad en el casillero

P3. Estado Civil

0.	Soltero	☐
1.	Casado	☐
2.	Viudo	☐
3.	Divorciado	☐
4.	Unión libre	☐

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

1.	Mestizo	☐
2.	Blanco	☐
3.	Afroecuatoriano	☐
4.	Indígena	☐
5.	Otro	☐

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

1.	Inferior a 375 dólares	☐
2.	375- 667 dólares	☐
3.	668 -749 dólares	☐
4.	750 -1.125 dólares	☐
5.	Mayor a 1.125 dólares	☐

P6. ¿Trabaja actualmente?

0. No ☐

1. Sí ☐

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

.....

Escriba su respuesta en la línea punteada

P8.

¿Qué porcentaje de discapacidad le asignaron?

Señale el porcentaje en el casillero

P9. ¿Cuál es la duración de 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. Sí ☐

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. Sí ☐

ANEXO 3

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HAD)

Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale [HAD]; Zigmond y Snaith 1983; versión española de Terol et al., 2007)

A continuación, le voy a leer unas frases que pueden describir cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Escuche cada frase y cada una de las respuestas y dígame qué respuesta coincide mejor con CÓMO SE HA SENTIDO USTED EN LA ÚLTIMA SEMANA. No hay respuestas buenas ni malas. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta.

1. Me siento tensa/o o nerviosa/o

Casi todo el día

Gran parte del día

De vez en cuando

Nunca

2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre

Igual que antes

No tanto como antes

Solamente un poco

Ya no disfruto con nada

3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder

Sí y, muy intenso

Sí, pero no muy intenso

Sí, pero no me preocupa

No siento nada de eso

4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas

Igual que siempre

Actualmente algo menos

Actualmente mucho menos

Actualmente en absoluto

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones

Casi todo el día

Gran parte del día

De vez en cuando

Nunca

6. Me siento alegre

Nunca

Muy pocas veces

En algunas ocasiones

Gran parte del día

7. Soy capaz de permanecer sentada/o tranquila y relajadamente

Siempre

A menudo

Raras veces

Nunca

8. Me siento lenta/o y torpe:

Gran parte del día

A menudo

A veces

Nunca

9. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos en el estómago”

Nunca

Sólo en algunas ocasiones

A menudo

Muy a menudo

10. He perdido el interés por mi aspecto personal

Completamente

No me cuido como debiera hacerlo

Es posible que no me cuide como debiera

Me cuido como siempre lo he hecho

11. Me siento inquieta/o como si no pudiera parar de moverme

Realmente mucho

Bastante

No mucho

En absoluto

12. Tengo ilusión por las cosas

Como siempre

Algo menos que antes

Mucho menos que antes

En absoluto

13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor

Muy a menudo

Con cierta frecuencia

Raramente

Nunca

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o un buen programa de radio o de televisión:

A menudo

Algunas veces

Pocas veces

Casi nunca

ANEXO 4

ESCALA DE OBSERVACIÓN DEL REFORZAMIENTO AMBIENTAL

Escala de Observación de Recompensa desde el Entorno (Environmental Reward Observation Scale [EROS]; Armento y Hopko, 2007; versión española de Barraca y Pérez -Álvarez, 2010)

Por favor, lea con atención cada frase y encierre con un círculo el número que mejor refleje su situación *durante las ÚLTIMAS SEMANAS*:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Muchas actividades de mi vida son agradables	1	2	3	4
2. Últimamente, me he dado cuenta de que las cosas que vivo me hacen infeliz	1	2	3	4
3. En general, estoy muy satisfecho con la forma en que empleo mi tiempo	1	2	3	4
4. Me resulta fácil encontrar con qué disfrutar en la vida	1	2	3	4
5. Otras personas parecen tener vidas más plenas	1	2	3	4
6. Ya no me resultan gratificantes actividades que antes me agradaban	1	2	3	4
7. Desearía encontrar más aficiones que me divirtiesen	1	2	3	4
8. Estoy satisfecho con mis logros	1	2	3	4
9. Mi vida es aburrida	1	2	3	4
10. Las actividades en que tomo parte normalmente salen bien	1	2	3	4

ANEXO 5
CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK
REVISADO- ABREVIADO

Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado - Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]; Francis et al., 1992; versión española de Sandín et al., 2002)

Las frases que aparecen a continuación se refieren a diferentes formas de actuar y pensar. Lea atentamente cada una de ellas y marque con una X sobre la alternativa que más se ajuste a usted. No hay respuestas correctas, ni incorrectas.

		SI	NO
1	¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de su estado de ánimo?		
2	¿Es usted una persona habladora?		
3	¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal?		
4	¿Es usted más bien animado?		
5	¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros?		
6	¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?		
7	¿Ha acusado a alguien alguna vez de hacer algo sabiendo que la culpa era de usted?		
8	¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas?		
9	¿Se siente con frecuencia harto/a (hasta la coronilla)?		
10	¿Ha cogido alguna vez algo que perteneciese a otra persona (aunque sea un broche o un bolígrafo)?		
11	¿Se considera una persona nerviosa?		
12	¿Piensa que el matrimonio está pasado de moda y se debería suprimir?		
13	¿Podría animar fácilmente una fiesta o una reunión social aburrida?		
14	¿Es usted una persona demasiado preocupada?		
15	¿Tiende a mantenerse callado/a (o en un segundo plano) en las reuniones o encuentros sociales?		
16	¿Cree que la gente dedica demasiado tiempo para asegurarse el futuro mediante ahorros o seguros?		
17	¿Alguna vez ha hecho trampas en el juego?		
18	¿Sufre usted de los nervios?		
19	¿Se ha aprovechado alguna vez de otra persona?		
20	Cuando está con otras personas, ¿es usted más bien callado?		
21	¿Se siente muy solo/a con frecuencia?		
22	¿Cree que es mejor seguir las normas de la sociedad que las suyas propias?		
23	¿Las demás personas le consideran muy animado/a?		
24	¿Pone en práctica siempre lo que dice?		

ANEXO 6

ESCALA BREVE SOBRE RESILIENCIA

Escala Breve de Resiliencia (Brief Resilience Scale [BRS]; Smith et al., 2008; versión española de Rodríguez-Rey et al., 2016)

Lea cada una de las siguientes afirmaciones y encierre con un círculo la alternativa que más se ajuste a usted.

	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Indiferente	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Tiendo a recuperarme rápidamente después de haberlo pasado mal	1	2	3	4	5
2. Lo paso mal cuando tengo que enfrentarme a situaciones estresantes	1	2	3	4	5
3. No tardo mucho en recuperarme después de una situación estresante	1	2	3	4	5
4. Es difícil para mí recuperarme cuando me ocurre algo malo	1	2	3	4	5
5. Aunque pase por situaciones difíciles, normalmente no lo paso demasiado mal	1	2	3	4	5
6. Suelo tardar mucho tiempo en recuperarme de los contratiempos que me ocurren en mi vida	1	2	3	4	5

ANEXO 7

ESCALA DE COMPROMISO CON LA VIDA

**Test de Compromiso con la Vida (Life Engagement Test [LET]; Scheier et al., 2006;
versión española de Lima-Castro et al., 2021)**

Por favor, conteste las siguientes preguntas sobre usted mismo, indicando su grado de acuerdo.

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Mi vida no tiene suficiente propósito (sentido)	1	2	3	4	5
2	Para mí, todas las cosas que hago valen la pena	1	2	3	4	5
3	La mayor parte de lo que hago me parece trivial y sin importancia	1	2	3	4	5
4	Valoro mucho mis actividades	1	2	3	4	5
5	No me importan mucho las cosas que hago	1	2	3	4	5
6	Yo tengo muchas razones para vivir	1	2	3	4	5

ANEXO 8

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL

Cuestionario de Apoyo Social Funcional (Functional Social Support questionnaire [Duke-UNC-11]; Broadhead et al., 1988; versión española de Bellón et al., 1996)

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

1	2	3	4	5
Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo

1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	1	2	3	4	5
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo	1	2	3	4	5
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	1	2	3	4	5
5. Recibo amor y afecto	1	2	3	4	5
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa	1	2	3	4	5
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	1	2	3	4	5
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	1	2	3	4	5
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	1	2	3	4	5
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	1	2	3	4	5
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	1	2	3	4	5

ANEXO 9

ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

Escala de Autoeficacia General (General Self-Efficacy Scale; Schwarzer y Jerusalem, 1995; versión ecuatoriana de Bueno-Pacheco et al., 2018).

Lea cada una de las siguientes afirmaciones y encierre con un círculo la alternativa que más se ajuste a usted.

		1	2	3	4
		Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1	A pesar de los obstáculos yo puedo encontrar las maneras de obtener lo que quiero	1	2	3	4
2	Yo enfrento problemas graves si me esfuerzo lo suficiente	1	2	3	4
3	Es fácil mantenerme en mis metas hasta alcanzarlas	1	2	3	4
4	Me siento seguro de poder enfrentar eficazmente situaciones inesperadas	1	2	3	4
5	Gracias a mis cualidades personales yo puedo enfrentar situaciones inesperadas	1	2	3	4
6	Yo puedo mantener la calma cuando estoy en problemas porque confío en mis habilidades para enfrentarlos	1	2	3	4
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	1	2	3	4
8	Yo puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	1	2	3	4
9	En una situación difícil, generalmente se me ocurre lo que debo hacer	1	2	3	4
10	Cuando me enfrento a un problema, generalmente encuentro varias soluciones	1	2	3	4

ANEXO 10

ESCALA DE EMPODERAMIENTO

Escala de Empoderamiento (Empowerment Scale [ESAGE]; Rogers et al., 1997; versión española de Suriá, 2014a)

Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las afirmaciones.

	0	1	2	3
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Casi puedo determinar qué va a pasar en mi vida				
2. La gente está limitada solamente por lo que creen que es posible				
3. La gente tiene más poder si se une como grupo				
4. Enfadarse por algo nunca sirve de ayuda				
5. Tengo una actitud positiva acerca de mí mismo/a				
6. Por lo general confío en las decisiones que tomo				
7. La gente no tiene derecho a enfadarse porque no les guste algo				
8. La mayoría de las desgracias de mi vida se debieron a la mala suerte				
9. Me veo como una persona capaz				
10. Causar problemas nunca te lleva a ninguna parte				
11. Las personas que trabajan juntas pueden tener un efecto en su comunidad				
12. A menudo me siento capaz de superar las barreras				
13. En general soy optimista sobre el futuro				
14. Cuando hago planes, estoy casi seguro/a de que funcionarán				
15. Enfadarse por algo es a menudo el primer paso para cambiar				
16. Por lo general, me siento solo/a				

	0	1	2	3
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
17. Los expertos están en mejor posición para decidir lo que la gente debe hacer				
18. Soy capaz de hacer cosas tan bien como la mayoría de la gente				
19. Generalmente logro lo que me propongo hacer				
20. La gente debe tratar de vivir sus vidas de la manera que quieran				
21. No puedes luchar contra la administración (autoridad)				
22. La mayoría del tiempo me siento impotente				
23. Cuando no estoy seguro/a de algo, normalmente sigo el criterio de los demás				
24. Siento que como persona tengo valor, al menos al mismo nivel que los demás				
25. La gente tiene derecho a tomar sus propias decisiones, aunque sean malas				
26. Siento que tengo una serie de buenas cualidades				
27. Muy a menudo, un problema puede ser resuelto actuando para solucionarlo				
28. Trabajar con otros en mi comunidad puede ayudar a cambiar las cosas para mejor				

ANEXO 11

TEST DE ORIENTACIÓN VITAL REVISADO

Test de Orientación Vital Revisado [LOT-R] (Life Orientation Test [LOT-R]; Scheier et al., 1994; versión en español de Otero et al., 1998)

Lea cada una de las siguientes afirmaciones y encierre con un círculo la alternativa que más se ajuste a usted.

	0	1	2	3	4
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni en acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor	0	1	2	3	4
2. Me resulta fácil relajarme	0	1	2	3	4
3. Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro de que me pasará	0	1	2	3	4
4. Siempre soy optimista en cuanto al futuro	0	1	2	3	4
5. Disfruto un montón de mis amistades	0	1	2	3	4
6. Para mí es importante estar siempre ocupado	0	1	2	3	4
7. Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera	0	1	2	3	4
8. No me disgustó fácilmente	0	1	2	3	4
9. Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas	0	1	2	3	4
10. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas	0	1	2	3	4

ANEXO 12

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale [RSE]; Rosenberg, 1965; versión española de Atienza-González et al., 2000)

Por favor, lee las siguientes frases que tienes a continuación y señala el nivel de acuerdo y desacuerdo que tiene con cada una de ellas. Encierre con un círculo 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 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

ANEXO 13
CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DE LA OMS
WHOQOL-BREF

Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF; World Health Organization [WHO], Division of Mental Health, 1996).

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 dará 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 dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

		Nada	Un Poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Haga un círculo en el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otros en las dos últimas semanas. Usted hará un círculo en el número 4 si obtuvo bastante apoyo de otros, como sigue:

		Nada	Un Poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Haría un círculo en el 1 si no obtuvo el apoyo que necesitaba de otros en las dos últimas 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/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cuán satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
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	¿En qué medida 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 físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán totalmente usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la 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
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

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

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/ a	Muy satisfecho/ a
16	¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
24	¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

.....
.....
.....
.....

En comparación con la población general, las personas con discapacidad experimentan un deterioro en Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Su evaluación debería ser central en la valoración global de las personas con discapacidad física, para el diseño de políticas e intervenciones adecuadas dirigidas a esta población. Sin embargo, los estudios sobre la CVRS en personas con discapacidad física y sus predictores son escasos y han presentado limitaciones; y no existen datos sobre otras cuestiones en Ecuador. De todo ello se deriva la importancia de la presente investigación, cuyo objetivo fue determinar la calidad de vida relacionada con la salud y sus factores asociados en mujeres y hombres con discapacidad física del Cantón de Cuenca-(Ecuador)