

**VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS
EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD PARA LA UTILIZACIÓN EN EL ÁMBITO
ODONTOLÓGICO.**

FASE 2

Maria Camila Del Castillo Casas

Paula Andrea Martínez León

Wilson Duvan Novoa Jiménez

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA - FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

BOGOTA DC. NOVIEMBRE 2018

HOJA DE IDENTIFICACIÓN

Universidad

El Bosque

Facultad

Odontología

Programa

Odontología

Título:

Validación de un instrumento de caracterización de personas en condición de discapacidad para la utilización en el ámbito odontológico, Fase 2.

Línea de investigación:

INVBOCA Calidad de vida y enfoque diferencial: abordaje interdisciplinario de la salud bucal de sujetos y colectivos

Institución(es) participante(s):

Facultad de Odontología - Universidad El Bosque Tres fundaciones que brindan apoyo y atención para personas en condición de discapacidad en Santafé de Bogotá.

Estudiantes:

Maria Camila Del Castillo Paula Andrea Martínez León
Wilson Duvan Novoa Jiménez.

Director

Dra. Rocio Andrea Barbosa Orjuela

Codirector y/o metodológico

Asesor Dr. Juan Camilo Tocora Rodriguez

DIRECTIVOS UNIVERSIDAD EL BOSQUE

HERNANDO MATIZ CAMACHO	Presidente del Claustro
JUAN CARLOS LÓPEZ TRUJILLO	Presidente Consejo Directivo
MARIA CLARA RANGEL G.	Rector(a)
RITA CECILIA PLATA DE SILVA	Vicerrector(a) Académico
FRANCISCO FALLA	Vicerrector Administrativo
MIGUEL OTERO CADENA	Vicerrectoría de Investigaciones.
LUIS ARTURO RODRÍGUEZ	Secretario General
JUAN CARLOS SANCHEZ PARIS	División Postgrados
MARIA ROSA BUENAHORA	Decana Facultad de Odontología
MARTHA LILIANA GOMEZ RANGEL	Secretaria Académica
DIANA ESCOBAR	Directora Área Bioclínica
MARIA CLARA GONZÁLEZ	Director Área comunitaria
FRANCISCO PEREIRA	Coordinador Área Psicosocial
INGRID ISABEL MORA DIAZ	Coordinador de Investigaciones Facultad de Odontología
IVAN ARMANDO SANTACRUZ CHAVES	Coordinador Postgrados Facultad de Odontología

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

GUÍA DE CONTENIDO

Resumen

Abstract

Introducción	1
2. Marco teórico	3
3. Planteamiento del problema	12
4. Justificación	13
5. Situación Actual	14
6. Objetivos	16
6.1. Objetivo general	16
6.2. Objetivos específicos	16
7. Metodología del Proyecto	17
7.1. Tipo de estudio	18
7.2. Población y muestra (Criterios de selección y exclusión)	18
7.3. Métodos y técnicas para la recolección de la información (Materiales y métodos)	18
7.4. Plan de tabulación y análisis.	19
a. Estadística descriptiva	19
8. Consideraciones éticas.	21
8.1. Sustento legal	21
8.2. Consentimiento y asentimiento informado	21
9. Resultados	26
9.1. Estadística descriptiva	26
9.2. Análisis cualitativo	31
10. Discusión	35
11. Conclusiones	37
12. Referencias bibliográficas	38

RESUMEN

Introducción: Este trabajo hace referencia a la discapacidad y cómo las personas en esta condición deberían ser reconocidas en igualdad de condiciones. La discapacidad se define como la dificultad, limitación o restricción de la participación al realizar una actividad cuando se ve comprometido el funcionamiento y las estructuras corporales. En la actualidad, no se evidencia un instrumento que indague características y condiciones que diferencien a cada persona con discapacidad, por esto, se propuso validar un instrumento de caracterización que guíe la atención al paciente en el ámbito odontológico. **Objetivo:** El objetivo de este trabajo es validar la confiabilidad del instrumento de caracterización de personas en condición de discapacidad.

Metodología: Se aplicó el instrumento a 30 personas con discapacidad que asisten a fundaciones y hospitales en la ciudad de Bogotá, Colombia, el cual incluía preguntas de identificación personal, familiar, salud, diagnóstico y conductuales. Se identificaron problemáticas en cada pregunta de forma individual (como la desviación en la respuesta, la falta de especificidad, entre otras) y se realizaron las respectivas correcciones; posteriormente se analizaron los datos corregidos de manera cuantitativa y cualitativa mediante un grupo focal.

Resultados: Se realizó una prueba piloto del instrumento, se modificaron las preguntas pertinentes, se reformularon las que presentaban inconsistencias en la redacción o con dificultad de entendimiento, y se eliminaron las no contestadas obteniendo al final un instrumento definitivo.

Conclusiones: Se obtuvo un instrumento para la caracterización de personas en condición de discapacidad en el ámbito hospitalario y extramural.

Palabras clave: Discapacidad, Validación, instrumento de caracterización

ABSTRACT

Introduction: The study references disabilities and how persons with such conditions must be recognised as such. Disability is defined as the difficulty, limitation or restriction of participation of activities when function and body structures are compromised. Currently there are no instruments which inquire about such characteristics and conditions which differentiate each person with disabilities; that is why the present study is proposed which may guide the attention for the patient in dentistry.

Objective: the aim of the project is to validate the reliability of the characterisation instrument for persons with disabilities.

Methodology: The instrument was applied to 30 persons with disabilities who attend organisations and hospitals in Bogota, Colombia, which included questions on personal identification, family, health, diagnosis and behaviour. Situations were identified by means of each question and the respective corrections were done; afterwards, data was analysed quantitatively and qualitatively in a focal group.

Results: A pilot test of the instrument was carried out, pertinent questions were modified, those with context inconsistencies or comprehension difficulty were reformulated and those which were not answered were eliminated for a final instrument.

Conclusions: An instrument for characterisation of persons with disabilities in a hospital and external scope was obtained.

Key words: disability, validation, characterisation instrument.

INTRODUCCIÓN

Verdugo (2002) denomina discapacidad a la población con alguna limitación física y/o mental, actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS), utiliza un enfoque *biopsicosocial*, y define la discapacidad, desde el punto de vista relacional, como el resultado de interacciones complejas entre las limitaciones funcionales (físicas, intelectuales o mentales) de la persona y del ambiente social y físico que representan las circunstancias en las que vive esa persona (OMS, 2002).

Las personas en condición de discapacidad deben ser reconocidas en todos sus ámbitos de desarrollo con integralidad. Desde esta perspectiva para la prestación de servicios de salud tanto en acciones de promoción, prevención, educación para la salud, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento; es necesario tener disponible un instrumento que permita evaluar todas las capacidades de este tipo de población (OMS, 2002).

En la actualidad la historia clínica y la historia social son instrumentos utilizados para indagar antecedentes; pero no es conocido un instrumento que permita indagar las características y condiciones diferenciales de las personas con discapacidad, con el propósito de proponer estrategias de abordaje, interacción e intervención integrales y de calidad para las mismas. Esta población debe ser reconocida como sujetos de derecho y en este sentido, evidenciar la necesidad diferencial de sus apoyos en comunicación, interacción y participación, abarcando componentes: médicos, sociales, cognitivos, comportamentales y familiares.

En la actualidad, no se evidencia un instrumento tangible en el cual se indaguen los comportamientos de las personas en condición de discapacidad para la atención en el ámbito odontológico específicamente. Es por esto, que la facultad de odontología de la Universidad El Bosque crea un proyecto para diseñar este formato, el cual se divide en dos fases; la primera fue la realización del proyecto *Validación de un instrumento de caracterización de personas en condición de discapacidad para la utilización en el ámbito odontológico. Fase 1*, en esta fase se obtiene un primer instrumento, el cual posee preguntas validadas para su posterior aplicación en ámbitos comunitarios y hospitalarios.

Este derivó el proyecto *Validación de un instrumento de caracterización de personas en condición de discapacidad para la utilización en el ámbito odontológico. Fase 2*, el cual es el objetivo del presente proyecto y se realizó con el fin de evidenciar su uso efectivo en las intervenciones en los espacios comunitarios conllevando así a un modelo integral, es decir, incorporando el estado social, económico, político, cultural y familiar, para de esta manera obtener un instrumento de caracterización para personas en condición de discapacidad enfocado en la atención en el ámbito odontológico.

Se realizó la primera fase del presente proyecto en el año 2016 a cargo de las estudiantes investigadoras Grajales.A, León.L, Reina.M de la Universidad El Bosque, en este se diseñó el instrumento de caracterización el cual fue validado por expertos de diferentes áreas como lo son la psicología, educadores especiales, trabajadores sociales, entre otros; de acuerdo a los resultados se realizaron los ajustes y las modificaciones pertinentes conforme a lo sugerido, y de esta forma el insumo final de esta primera fase arrojó un instrumento con mayor organización, pertinencia y confiabilidad.

2. Marco teórico

Evolución de la conceptualización de la discapacidad

A lo largo del tiempo, la definición de discapacidad se ha visto sometida a varios cambios como factores sociales, culturales y religiosos, que de algún modo influyen en el trato a las personas con esta condición; en el periodo clásico se veía a la discapacidad desde el ámbito religioso y cultural como un fenómeno sobrenatural; luego, hacia los años 60 se evidencia un cambio del concepto de discapacidad en el cual según Cortés et al. , se cambia la perspectiva, y se empieza a ver como una diversidad en las funcionalidades del sujeto, buscando así empoderar las capacidades de las personas que presentan esta condición, esto influyó a eliminar pensamientos negativos como exclusión e inequidad que surgían del término discapacidad. (OMS, 2002).

Para utilidad del presente documento el concepto de discapacidad se soporta en la diversidad de habilidades, en la cual las capacidades de las personas se consideran diferentes, y por tanto, se reconocen estas en todo tipo de población, este concepto también toma en cuenta el factor de inclusión de todas las personas en la sociedad. Desde esta perspectiva el término para referirse a la población con alguna limitación física y/o mental ha sido motivo de discusión desde hace muchos años, por la connotación negativa y de rechazo que algunas personas y palabras peyorativas suscitan hacia estas personas, por esta razón, es necesaria una propuesta donde se utilice el término “discapacidad” como un enfoque social sin limitar su uso para fines terapéuticos, investigativos o diagnósticos; además, es necesario que se incluya dentro del lenguaje la posibilidad transformar esta forma de ver al sujeto y se hable de personas “en condición de discapacidad o en situación de discapacidad”. (Verdugo., 2002).

La Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (FEAPS), propone el término *discapacidad* para referirse a las personas con algún tipo de limitación en su desarrollo o en su interacción social, este término fue aprobado mediante una encuesta sobre terminología hecha desde el Departamento de Calidad de FEAPS, en la que participaron 958 personas (autogestores, profesionales y familiares), para la

temática propia de esta investigación; siendo retraso mental el término más rechazado y discapacidad intelectual el más elegido (Voces, 2002).

Otros países europeos utilizan el término *discapacidad intelectual* desde hace años, es más, la nueva Clasificación Internacional de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud proponen también el uso de este término. (Verdugo., 2002). Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la discapacidad, desde el punto de vista relacional, como el resultado de interacciones complejas entre las limitaciones funcionales (físicas, intelectuales o mentales) de la persona y del ambiente social y físico que representan las circunstancias en las que vive esa persona. (OMS, 2002). En 1980 fue la primera entidad en clasificar la discapacidad al empezar con “la clasificación internacional de deficiencia, discapacidades y minusvalías”, esta cambió de manera radical el trato y perspectiva hacia las personas con esta condición (Jiménez *et al.*, 2012).

En 1982 se instauró el programa de acción sobre personas en condición de discapacidad que habla de tres tipos de intervenciones preventivas: la primaria, donde se actúa antes de que aparezca, mejorando condiciones económicas y sociales de la población; la secundaria consiste en actuar en el momento del inicio de la discapacidad donde ya hay presencia de sintomatología; y la terciaria donde se interviene cuando la persona ya presenta una deficiencia teniendo como objetivo reducir el daño, rehabilitar o curar (Jiménez *et al.*, 2012).

La promoción y protección en un ámbito de igualdad, de derechos humanos y de las libertades fundamentales de las personas en condición de discapacidad, deben estar guiadas por una serie de acciones que aseguren su desarrollo dentro de la sociedad. Puntualmente, en el ámbito de la salud, en el Artículo 25 de la Convención Internacional por los derechos de las personas en discapacidad se establece “que los estados deberán adoptar medidas para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud” (2008).

Propone las siguientes acciones: Atención de salud gratuita o precios asequibles, proporcionar servicios de salud especializados y de calidad cercanos, incluyendo zonas rurales, respetando siempre la dignidad, autonomía, los Derechos Humanos; prohíbe rotundamente la

discriminación y la no atención a personas con discapacidad a centros prestadores de salud (ONU, 2008). Estas, son vitales para garantizar la protección de sus derechos en el ámbito legislativo, por ello se requiere su promoción, para que sean de reconocidas nacional e internacionalmente.

Clasificación

En 1999 la OMS (2002) publica una nueva versión de la Clasificación Internacional del Funcionamiento y Discapacidad (CIF), esta nueva clasificación incluye factores ambientales que interactuando con el estado de salud de las personas pueden llegar a generar una discapacidad o restablecer el funcionamiento de la misma, además de esto posee un lenguaje estandarizado y unificado, ha sido aceptada en 191 países y facilita una comunicación entre la estado de salud y atención de personas con esta condición en diferentes disciplinas y ciencias del mundo.

Por otro lado, resulta útil para fines prácticos, provisión de servicios e investigación, además de mejorar la comunicación médico- paciente, instaurar planes de tratamiento integrales, instaurar conceptos de utilización sanitaria, bienestar, estado de salud y calidad de vida. También, es un nuevo método de enseñanza estudiantil y de formación integral multiprofesional (Fernández *et al.*, 2009).

Dentro de las ventajas que ofrece la CIF, está presentar un modelo biopsicosocial del funcionamiento humano, reconocer el funcionamiento y discapacidad como problema de salud pública a nivel mundial; además, utiliza medidas de mortalidad y enfermedad, identifica factores ambientales que deben ser tratados en determinados pacientes. Una de las desventajas que se pudo encontrar en esta clasificación ha sido su falta de uso como herramienta aplicable al desarrollo de categorías útiles en la práctica clínica diaria, ya que, esta solo ha sido aplicada en el ámbito la enfermería y terapia ocupacional. (Jiménez *et al.*, 2012).

La CIF consta de tres elementos esenciales: el primero son las funciones y estructuras corporales, donde se identifican: funciones fisiológicas, psicológica y elementos anatómicos

(la alteración de este componente se conoce como deficiencia); el segundo componente son las actividades, este reconoce ejecuciones individuales de tareas (su alteración se conoce como limitación); el tercer componente es la participación, donde se evidencia el desenvolvimiento en el ámbito social (su alteración se conoce como restricción). Estos tres componentes se dividen a su vez en 1424 categorías organizadas en cuatro niveles del menos al más preciso, señalados por medio de códigos alfanuméricos, clasificando así el funcionamiento y discapacidad a nivel individual y poblacional. (Jiménez *et al.*, 2012).

Es de gran importancia realizar la caracterización de personas en condición de discapacidad basándose en la clasificación, pues permite obtener información de características de cada individuo para mejorar la calidad de atención que estas reciben de acuerdo a sus condiciones diferenciales; también para la unificación de términos, permitir diseñar alternativas de abordaje individuales y específicas en salud que aporten en la mejora de calidad de vida de estas personas integradas a un entorno social y familiar; También porque al tener un mayor acceso a información precisa del paciente hace posible el análisis de su conducta lo que al mismo tiempo aporta al reconocimiento de sus características particulares, lo cual genera alternativas viables para mejorar su calidad de vida y el entorno social.

Por otro lado, existe la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* de la *American Psychiatric Association (APA)*, fue publicada en mayo de 2013, la cual es la edición de una clasificación antigua sobre los trastornos mentales. El objetivo de esta nueva versión es acercar la clasificación psiquiátrica al resto de la medicina, y poner a los trastornos de personalidad en igualdad de condiciones con el resto de los trastornos.

La clasificación DSM-5 nos habla de algunos grupos de trastornos estos son: Trastornos del neurodesarrollo, Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, Trastorno bipolar y trastornos relacionados, Trastornos depresivos, Trastornos de ansiedad, Trastorno obsesivo compulsivo y Trastornos relacionados, Trauma y otros trastornos relacionados con factores de estrés, Trastornos disociativos, Trastorno por síntomas somáticos y Trastornos relacionados, Trastornos de la alimentación, Trastornos del sueño-vigilia, Disfunciones sexuales, Disforia de género, Trastornos del control de impulsos y conductas disruptivas, Trastornos por uso de

sustancias y Trastornos adictivos, Trastornos neurocognitivos, Trastornos paráliticos y Trastornos de personalidad (Silva, 2014).

Calidad de vida

Según Wallander (*et al*, 2001; Sabeh, 2009) se entiende calidad de vida como la “Combinación del bienestar objetivo y subjetivo en múltiples dominios de vida considerados de importancia en la propia cultura y tiempo, siempre que se adhiera a los estándares universales de los derechos humanos”. En personas en condición de discapacidad no existen principios diferentes a los existentes en personas sin esta condición, por ello Schalock afirma que la calidad de vida aumenta cuando las personas son capaces de participar en decisiones que afecten su vida, y cuando sienten plena aceptación y participación en una comunidad. (1997)

Por otra parte Verdugo (2002), plantea calidad de vida como “un concepto identificado con el movimiento de avance, innovación y cambio en las prácticas profesionales y en los servicios, permitiendo promover actuaciones a nivel de la persona, de la organización y del sistema social”, con esto se quiere que calidad de vida para las personas en condición de discapacidad se enfoque en los apoyos y servicios sociales, educativos, para mejorar la participación y planificación de actividades de estas personas en entornos sociales teniendo como base diferentes planes de apoyo y fundamentándose en ocho dimensiones de calidad de vida.

La primera se enfoca en el bienestar emocional, donde se tienen en cuenta sentimientos como la satisfacción y la seguridad hacia sí mismos; la segunda se enfoca en las relaciones personales teniendo en cuenta el participar en actividades, tener amigos estables y buena relación con su familia; la tercera dimensión se enfoca en el bienestar material es decir, situación económica suficiente para llevar una vida confortable, saludable y satisfactoria, la cuarta dimensión habla del desarrollo personal existente en competencias y habilidades sociales, la integración al mundo laboral y el desarrollo de estrategias de comunicación (Verdugo, 2002).

La quinta dimensión se enfoca en el bienestar físico de la persona, el cual se da con acciones preventivas para no dejar aparecer dolor y así evitar una afectación en sus actividades; la sexta dimensión se enfoca en que la persona se proponga metas y valores, teniendo la capacidad de defender ideas y opiniones; la séptima; finalmente, la octava se enfoca en los derechos de la persona a la intimidad y el respeto (Verdugo, 2002).

Estadística y Cifras en Colombia

En Colombia después del censo realizado en el año 2005, se encontró que aproximadamente un 6,3% de la población colombiana presenta una limitación permanente; 2,6 millones de personas están en condición de discapacidad encontrándose en la lista de los países de Sudamérica con mayor índice de población con discapacidad después de Brasil el cual cuenta con un porcentaje de 14,5%, Paraguay con un 1,0% se encuentra en el menor porcentaje. (Cortés *et al.*, 2017) Según la OMS un 15%, es decir un aproximado de 1.000 millones de personas de la población mundial, presenta alguna condición de discapacidad y se estima que con el paso de los años esta cifra aumente (2016).

De acuerdo con la Sala Situacional de Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud de Colombia y el DANE hacia el año 2015: Antioquia, Valle del Cauca y Bogotá D.C son los departamentos que presentan mayor población con discapacidad; Guainía, Vaupés y Amazonas son los de menor población.

Derechos de las personas con Discapacidad

En la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se realiza un énfasis en los derechos civiles, culturales, políticos, sociales y económicos que debe tener esta población, para así promover, proteger y garantizar el bienestar de la comunidad. En el Artículo 3 de esta, respecto a los principios generales, se habla del respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, la no discriminación, la participación e inclusión en la sociedad, el respeto por la diversidad y las condiciones humanas, igualdad en oportunidades

laborales y sociales, accesibilidad a beneficios, igualdad de género y el respeto por evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad (ONU, 2008).

La persona en condición de discapacidad deberá cumplir unas obligaciones generales como cualquier ciudadano al regirse por medidas legislativas; este reconocido como persona por la ley, se respetará su derecho a vivir, se le protegerá contra la explotación, violencia, abuso, tortura y otros tipos de tratos crueles. En Enero de 2013 se crea en Colombia la ley 1616 que tiene como objetivo garantizar el derecho a la Salud Mental a la población colombiana especialmente en niños y adolescentes, constituyéndose como una promotora de “la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud”.

El Artículo número 6 de esta Ley enfatiza en los derechos de las Personas con discapacidad y otros instrumentos internacionales, entre ellos se mencionan el derecho a recibir atención especializada, interdisciplinaria y tratamientos con la mejor evidencia científica, a ejercer sus derechos civiles, el derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, a no ser excluido por causa de su condición.

Esto se puede garantizar por medio de La Ley Estatutaria 1618 de 2013 que propone una serie de medidas y acciones afirmativas como políticas o decisiones públicas a través de las cuales se establece un trato prioritario que favorece a determinadas personas o grupos humanos tradicionalmente marginados o discriminados, con el propósito de avanzar hacia la igualdad de la sociedad, esto garantiza el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad bajo un marco de responsabilidad para de esta manera ejercer sus derechos en igualdad de condiciones.

Validación de instrumentos

Para la validación de este instrumento de caracterización se tuvo en cuenta la metodología propuesta en el artículo de “Diseño y validación de un cuestionario dirigido a describir la evaluación en procesos de educación a distancia” de López y Almenara donde se menciona la importancia de describir el diseño del instrumento a validar, que en el caso de esta investigación es un instrumento guía para evaluación e inspección de características sociales, clínicas, relacionales, de comunicación, comportamiento y participación (2011)

Por otro lado, identificar a qué tipo de población será aplicado y así determinar el objetivo del instrumento, garantizando que este recoja la información necesaria para orientar de forma integral un tratamiento a cada individuo. Según los autores los instrumentos pueden ser elaborados por el mismo investigador, como en este caso, pero para ello es necesario que sea “validado mediante un procedimiento metodológicamente adecuado llamado validación de contenido mediante el juicio de expertos”, esta no puede ser expresada de forma cuantitativa mediante índices o coeficientes, se evalúa mediante el juicio del experto de forma subjetiva (López y Amelara, 2011).

Por esto, se realizó una primera fase en la cual el objetivo era diseñar y validar un instrumento que fuera capaz de ser utilizado en el ámbito odontológico, este fue sustentado y aprobado en el 2016. El instrumento del presente proyecto incluye: datos personales, composición familiar, situación de salud, diagnóstico actual de discapacidad y una última parte que incluye descripción de conducta; además, se creó un manual como guía para diligenciar de forma adecuada el instrumento de caracterización (López y Amelara, 2011).

La evaluación por parte de expertos incluye claridad, pertinencia, longitud y calidad de las preguntas realizadas y posterior a este se hace el mismo análisis para el proceso de respuestas, como parte de la evaluación del contenido. Dentro de este documento para la evaluación de confiabilidad de un instrumento se revisaron artículos como “validación y confiabilidad de un instrumento de medición para carreras de ingeniería” sustentado en la “Teoría Clásica de los test de Spearman, 1927”.

La anterior teoría, consiste en obtener el índice de correlación de Pearson siendo este una medida de la relación lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas “aplicadas en el trabajo de grado, objeto de la primera fase. y previamente sustentado, esto se hace entre el puntaje de cada ítem en relación con total del test, para ello se puede utilizar el coeficiente biserial” donde se evalúa el índice de dificultad para diligenciar cada uno de los ítems del instrumento y el índice de homogeneidad o de discriminación haciendo referencia a la consistencia interna del documento (Rodríguez *et al.*, 2010).

3. Planteamiento del problema

Se menciona que las personas en condición de discapacidad tienen derecho a ser reconocidas y tratadas de forma integral, incluyendo acciones de promoción, prevención, educación para la salud, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento; a ser apoyados en aspectos de comunicación, interacción y participación, abarcando componentes: médicos, sociales, cognitivos, comportamentales y familiares; sin embargo, esto se ve afectado por la falta de disponibilidad de un instrumento que permita evaluar todas las capacidades de este tipo de población, es por ello que se ve la necesidad de tener un instrumento validado que evalúe integralmente este tipo de pacientes (Cortés *et al.*, 2017)

Actualmente se conocen en la historia clínica y la historia social instrumentos utilizados para indagar antecedentes en estos dos aspectos; pero no es conocido uno que indague a cabalidad las características y condiciones diferenciales de las personas con discapacidad con tal de proponer estrategias de abordaje, interacción e intervención con integralidad y calidad. Teniendo en cuenta el objetivo principal de este trabajo, es necesario que se validen los instrumentos y herramientas que se utilicen en estos casos dado que ello genera confiabilidad en el uso del instrumento y contribuye al fin de establecer sus características particulares, diferenciales y diseñar un manejo individual según las necesidades específicas del sujeto.

Tener en disponibilidad un instrumento validado bajo las características de integralidad, resulta de gran utilidad clínica y de intervención en promoción, prevención y educación para la salud; puesto que hasta el momento no hay ningún instrumento bajo estos parámetros que sea de conocimiento y uso público, que evalúe estos aspectos de forma específica y no existe ninguno que abarque todas estas características integralmente para un sujeto en condición de discapacidad. En una primera fase del estudio se construyó el instrumento de caracterización para personas en condición de discapacidad y se aplicó con validación de expertos, ahora existe la necesidad de completar y continuar las fases de su validación.

4. Justificación

Este trabajo se realizó con la finalidad de aportar un instrumento de caracterización de personas en condición de discapacidad para poder general procesos integrales en el ámbito odontológico, esto es de gran importancia ya que la información obtenida ayuda al mejoramiento en los modelos de atención a este tipo de población. Para la comunidad académica, esto permite realizar acciones inclusivas al indagar información precisa de este tipo de pacientes, de forma que se analiza su conducta, sus características sociales, interrelacionales y reconoce sus capacidades, para la ejecución de alternativas de intervención odontológica integral, viables en la optimización de su calidad de vida y su entorno social.

Para la comunidad en condición de discapacidad es importante ya que se beneficiará con alternativas para una atención individualizada adecuada de acuerdo con sus características particulares y asegurará la efectividad de un tratamiento al tener un esquema de información más completo; por último, aporta como insumo para la reorientación de la política pública reconociendo las capacidades y formas de relación de esta población en todo tipo de intervenciones y aumentando la integración de estas personas a la sociedad en espacios clínicos, en la prevención de la enfermedad, educación para la salud y de promoción para la salud, garantizando una atención integral, adecuada y eficiente.

También es muy sustancial para futuras investigaciones, dado que permite la identificación de factores sociales y conductuales que en algunos casos son comunes en personas en condición de discapacidad para establecer nuevas teorías y tratamientos.

5. Situación actual

El artículo 1 de la Convención por los derechos de las personas en condición de discapacidad, menciona como propósito promover, proteger y asegurar condiciones de igualdad de todos los derechos y libertades fundamentales para aquellas personas que tengan deficiencias físicas, mentales e intelectuales que puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás (ONU, 2008).

El artículo 25 reconoce que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del servicio de salud sin ningún tipo de discriminación, incluyendo la pronta detección e intervención de sus condiciones de salud; de otra parte, los profesionales de la salud tienen como obligación prestar atención a las personas con discapacidad de la misma forma y con la calidad que a las demás personas, teniendo en cuenta el consentimiento informado, su autonomía y sus necesidades a través de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos públicos y privados (ONU, 2008).

Para asegurar el cumplimiento de los propósitos y principios dados por la “Convención por los derechos de las personas con discapacidad”, mencionados anteriormente, es imprescindible realizar la caracterización de esta población con el fin de evaluar las características de cada individuo de acuerdo a sus capacidades y funcionalidades diferenciales; esto contribuirá a mejorar la calidad de atención en salud; otra ventaja de caracterizar esta población es la unificación de términos, esto permitirá diseñar alternativas de abordaje individuales y específicas en salud que contribuyan a transformar de manera positiva las condiciones de estas personas asociadas a su entorno social y familiar.

Mediante una revisión de la literatura se encontraron diversos métodos de caracterización a personas en condición de discapacidad, dentro de estos se encontró que la Organización Mundial de la Salud en 1980 creó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías; la cual tuvo resultados positivos lo largo del tiempo al transformar las formas calificativas (en el lenguaje) que generan discriminación, por esta razón se decide sustituir el nombre por uno que genere una visión más integral, en el que se considere a la persona desde la perspectiva de las actividades y de la participación de cada

una. En 2001 la asamblea Mundial de Salud aprobó una nueva clasificación titulada “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” (CIF), aceptada por más de 190 países como un nuevo modelo internacional de descripción y medición de la salud y la discapacidad.

Esta clasificación incluye factores ambientales que pueden llegar a intervenir en el desarrollo integral de cada individuo. La información dada por esta nueva clasificación ha permitido a la Organización Mundial de la Salud acercarse a los propósitos de la Convención por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad, al proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado el cual se ha constituido en un instrumento valioso y de gran utilidad práctica en la salud pública.

Otro instrumento encontrado en la revisión de la literatura es “Validación del instrumento de caracterización en la comunidad no verbal intencional para niños con diversidad funcional (sordoceguera y plurideficiencia). Fase 2 pilotaje”. Esta investigación buscó validar un instrumento de caracterización para niños con sordoceguera congénita, dada la alta necesidad de alternativas de comunicación de estas personas; para esto, propusieron validar un instrumento para caracterizar la comunicación no verbal intencional, que pudiera ser aplicado en población colombiana, ya que no existen reportes conocidos sobre instrumentos validados adaptados a esta población (Mondragón, 2016).

Después de aplicado el instrumento se realizó el registro y la correspondiente interpretación de las categorías para encontrar su grado de confiabilidad comparando similitudes y diferencias para identificar el grado de consenso (Mondragón, 2016). Ahora bien, este proyecto tuvo como antecedente investigativo la primera fase de validación, que consistía en la creación del instrumento por parte de los investigadores y la posterior validación de contenido por parte de jueces expertos en caracterización de personas en condición de discapacidad; en la segunda fase se busca la verificación de la confiabilidad del instrumento para su validación definitiva.

6. Objetivos

6.1 Objetivo general

Validar la confiabilidad del instrumento de caracterización de personas en condición de discapacidad.

6.2 Objetivos específicos

- Realizar una prueba piloto del instrumento y analizar los resultados.
- Ajustar el instrumento de acuerdo con los resultados y proponer un instrumento definitivo.

7. Metodología del proyecto

El diseño de esta investigación es de carácter mixto: descriptivo y correlacional. La metodología del instrumento estuvo dada por dos estrategias de validación: la primera fue el pilotaje, que consistió en la aplicación del instrumento a una población de estudio de 30 personas pertenecientes a fundaciones y hospitales en la ciudad de Bogotá, Colombia.

El instrumento validado se configuró a partir de una serie de preguntas clasificadas por diferentes ítems de identificación personal, familiar, salud, diagnóstico y conducta; como segunda estrategia de validación se realizó un análisis cuantitativo por medio de una tabla de Excel donde quedaron registradas las preguntas que fueron respondidas, las que no, las preguntas que no aplicaban a una situación individual del paciente y aquellas que resultaron incompletas.

Se identificaron problemáticas en cada pregunta de forma individual como errores de redacción, claridad o pertinencia de las mismas; de este análisis se redactaron 10 preguntas, resueltas en un grupo focal con estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque que aplicaron el instrumento durante su periodo de rotación en las diferentes instituciones, allí se planteó su experiencia personal que apoyó la validación de confiabilidad del instrumento.

El procedimiento de validación se llevó a cabo siguiendo un análisis cuantitativo por parte de la tabla de excel y cualitativo obtenido del grupo focal, donde se pudo construir un análisis con más claridad sobre qué errores puntuales existieron en cada pregunta a la hora de ser aplicado el instrumento, para poder obtener resultados claros en la construcción un instrumento confiable que pueda ser aplicado en el futuro en la práctica odontológica a personas en condición de discapacidad

7.1 Tipo de estudio

Este es un estudio descriptivo de corte transversal para validación de instrumento pues cumple con las características propias del mismo. A continuación, se describirá de manera breve esta modalidad de estudio. Este tipo de estudio se caracteriza por validar un cuestionario o instrumento aplicado a una población determinada, estos deben poseer unas características de formulación y aplicación para ser entendido y ejecutados adecuadamente. Dentro de los requisitos para ser un buen instrumento se encuentran: la confiabilidad y la validez. La primera se constituye en el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes; la segunda, es el grado en que el instrumento mide la variable pretendida.

7.2 Población y muestra

Población de estudio: este trabajo se realizó con personas en condición de discapacidad pertenecientes a tres instituciones (hospitales y fundaciones) en convenio de cooperación y docencia servicio con la Universidad el Bosque, en el caso donde la condición de discapacidad impedía a la persona realizar el cuestionario fue contestado por sus cuidadores, representantes legales y/o persona encargada del paciente. Este ejercicio fue ejecutado por el grupo focal que estaba integrado por algunos estudiantes de la Universidad El Bosque que se encontraban realizando su servicio de rotación en las diferentes instituciones, fueron ellos quienes abordaron las pruebas en sitio.

7.3 Métodos y técnicas para recolección de información

La metodología utilizada en este proyecto tuvo como referencia la Teoría Clásica de los test de Spearman, 1927 en esta se trabaja en conjunto con el índice de correlación de Pearson, dejando claro que no se aplicó de manera directa en el presente estudio, pero se toman como referencia los índices que este mide; así mismo, se tuvieron en cuenta algunos aspectos de este como el índice de dificultad para diligenciar cada uno de los ítems del instrumento y el índice

de homogeneidad o de discriminación haciendo referencia a la consistencia interna del documento (Rodríguez *et al.*, 2010).

En el proyecto actual se evaluó la confiabilidad por medio de un análisis cuantitativo y cualitativo para identificar errores de redacción, pertinencia o claridad de las preguntas del instrumento, el instrumento de caracterización se aplicó en pacientes en condición de discapacidad: nueve de estos en un hospital y 21 en fundaciones. El instrumento del actual proyecto incluye: datos personales, composición familiar, situación de salud, diagnóstico actual de discapacidad y una última parte que incluye descripción de conducta.

7.4 Plan de análisis de datos

Se realizaron dos estrategias de validación; por un lado el pilotaje del instrumento de caracterización y por otro, la creación de un grupo focal que proporcionó un análisis cualitativo y una tabla en Excel para un análisis cuantitativo que identificó la pertinencia, errores de redacción, o claridad de cada una de las preguntas que generó un análisis individual de cada prueba teniendo como base la experiencia personal de cada una de las personas que la aplicaron, esto, en cada instrumento aplicado a la población de muestra.

a. Estadística descriptiva

Análisis cuantitativo

Para la recolección de datos cuantitativos sobre los instrumentos aplicados, se utilizó una tabla en Excel que reunía todas las preguntas del instrumento separadas en las siguientes categorías:

1. Datos de identificación
2. Composición familiar
3. Situación en salud
4. Diagnóstico actual de discapacidad
5. Descripción de conductas
6. Plan de tratamiento.

Para su análisis se revisaron las respuestas su tipo o si eran incompletas, aquellas preguntas que no fueron respondidas, aquellas en las que no aplicaba la pregunta a situaciones particulares del paciente, se estableció así un conteo total y parcial de cada pregunta para ello se tuvieron en cuenta las opciones anteriormente mencionadas para determinar con los resultados del grupo focal errores de redacción, pertinencia y claridad en las preguntas del instrumento.

Análisis cualitativo

A partir del análisis cuantitativo, se redactaron preguntas con el objetivo de resolver las problemáticas encontradas previamente. Estas fueron discutidas dentro de un grupo focal con estudiantes de diferentes semestres de la facultad de odontología de la Universidad El Bosque que tuvieron la experiencia de aplicación del instrumento en diferentes instituciones, lo cual permitió realizar un análisis cualitativo del instrumento.

De acuerdo con los resultados obtenidos de dicho ejercicio, es decir de los resultados correlacionales, se modificaron o reformularon las preguntas mal formuladas, con problemas en su redacción o con dificultad de entendimiento y se eliminaron aquellas no contestadas, para así proponer un instrumento definitivo con ítems confiables, verídicos y eficaces.

8. Consideraciones éticas.

8.1. Sustento legal

Según el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 este estudio correspondía a un riesgo menor que el mínimo, ya que se identificaron y se trataron aspectos sensitivos de la conducta de los participantes, pero no se emplearon técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos, entre las que se consideran:

Revisión de historias clínicas, entrevistas o cuestionarios, se tienen en cuenta los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia y justicia, el primero actúa en beneficio de las personas en condición de discapacidad promoviendo sus intereses; el segundo, se abstiene de realizar actos que puedan causar daño o perjudicar a estos y el último consiste en tratar a cada uno como corresponde, con la finalidad de disminuir situaciones de desigualdad (Minsalud, 1993).

8.2. Consentimiento informado. (Formato)

Universidad El Bosque Comité Institucional de Ética en Investigaciones Formulario de Consentimiento Informado

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Validación de un instrumento de caracterización de personas en condición de discapacidad para la utilización en el ámbito odontológico Fase 2

NÚMERO DE PROTOCOLO: 1

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Rocío Andrea Barbosa Orjuela.

COLABORADORES: Juan Camilo Tocora Rodríguez, Maria Camila Del Castillo, Casas Paula Andrea Martínez, Wilson Duvan Novoa Jiménez

INSTITUCIÓN: Universidad El Bosque.

CIUDAD: Bogotá – Colombia

INTRODUCCIÓN

Las personas en condición de discapacidad deben ser reconocidas en todos sus ámbitos de desarrollo con integralidad. Desde esta perspectiva para la prestación de servicios de salud tanto en acciones de promoción, prevención, educación para la salud, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento; es necesario tener disponible un instrumento que permita evaluar todas las capacidades de este tipo de población.

En la actualidad la historia clínica y la historia social son instrumentos utilizados para indagar antecedentes; pero no es conocido un instrumento que permita indagar las características y condiciones diferenciales de las personas con discapacidad, con el propósito de proponer estrategias de abordaje, interacción e intervención integrales y de calidad para las mismas. Esta población debe ser reconocida como sujetos de derecho y en este sentido, evidenciar la necesidad diferencial de sus apoyos en comunicación, interacción y participación, abarcando componentes: médicos, sociales, cognitivos, comportamentales y familiares.

¿Porque se está haciendo esta investigación?

El objetivo principal de este trabajo es validar un nuevo instrumento diseñado que pueda caracterizar integralmente a cada individuo, con el fin de establecer sus características particulares, diferenciales y diseñar un manejo según las necesidades encontradas en la aplicación del instrumento.

Tener disponible un instrumento validado bajo las características de integralidad, resulta de gran importancia para la utilidad clínica y de intervención en promoción, prevención y educación para la salud, ya que hasta el momento no hay ningún instrumento bajo estos parámetros de conocimiento público, que evalúe estos aspectos de forma específica y no existe ninguno que abarque todas estas características para un sujeto integral en condición de discapacidad.

En una primera fase del estudio se construyó el instrumento de caracterización para personas en condición de discapacidad y se aplicó con validación de expertos, ahora existe la necesidad de completar y continuar las fases de su validación.

¿En qué consiste la investigación?

El instrumento por validar consiste en una serie de preguntas clasificadas por diferentes ítems: identificación personal, antecedentes familiares, de salud, diagnóstico y conductuales. Se

realizará un grupo focal con estudiantes de la facultad de odontología de la Universidad el Bosque que aplicaron la prueba durante su periodo de rotación en las diferentes instituciones, teniendo en cuenta la formulación de las preguntas del instrumento y así mismo las respuestas, para así tener estar estandarizados en el momento de la aplicación del instrumento y confirmar el cumplimiento del objetivo del proyecto, con la ayuda de este grupo focal tendremos en cuenta como han sido realizadas las pruebas y cuales han sido las respuestas para así posteriormente crear una tabla en Excel donde se organicen los datos.

¿Qué tengo que hacer si participo en esta investigación?

Antes de iniciar la investigación: Se les explicará la metodología de la investigación y se darán recomendaciones para el diligenciamiento del instrumento, se responderán dudas e inquietudes.

Durante la investigación: Es necesario responder unas preguntas formuladas en el instrumento, datos personales y preguntas relacionadas a la temática de la investigación. El instrumento de caracterización requiere una valoración odontológica clínica, en la cual se realizará una valoración general de la cavidad oral y la calidad en salud oral.

Después de la investigación: Al finalizar la investigación se darán a conocer los resultados a las instituciones, se aplicará este instrumento de caracterización en el ámbito hospitalario y también con fines educativos en la institución.

¿Cuántas personas participarán en esta investigación?

Participarán aproximadamente 30 personas en condición de discapacidad pertenecientes a fundaciones y hospitales en la ciudad de Bogotá, Colombia.

¿Cuánto tiempo estaré en esta investigación?

El instrumento se aplicará en varias sesiones de un (1) día, en el cual será diligenciado el instrumento de caracterización y valoración odontológica. El tiempo requerido para finalizar el estudio será de aproximadamente de un (1) año.

¿Puedo retirarme de la investigación de manera voluntaria en cualquier momento?

¿Qué pasa si me retiro de la investigación?

La participación en la siguiente investigación es completamente voluntaria, por lo tanto, debe quedar claro que puede retirarse de la investigación en cualquier momento, ya que al firmar el siguiente documento no se ha renunciado a ningún derecho legal.

¿Por qué podría el investigador principal retirarme de la investigación tempranamente?

No hay motivo para que el investigador principal lo/la retire de la investigación dado a que la participación solo requiere de su colaboración un día y es de manera voluntaria.

¿Cuáles son los riesgos o incomodidades asociados a esta investigación?

Al participar en esta investigación no correrá ningún tipo de riesgo para la salud física o mental. Las posibles molestias pueden presentarse en el momento de responder la encuesta al brindar información personal o de su familiar que usted no desee volver a recordar. De acuerdo a la normatividad colombiana en la resolución 8430 de 1993, corresponde a una investigación con riesgo menor que el mínimo teniendo en cuenta que no se está realizando ninguna intervención o modificación intencionada en los participantes pero que se pueden tratar aspectos sensitivos de su vida.

¿Obtendré algún beneficio al participar en esta investigación? y ¿Qué beneficios obtendrá la comunidad de esta investigación?

Los participantes y toda la comunidad en condición de discapacidad que hacen parte de las instituciones se beneficiarán con los resultados, ya que permitirá mejorar la prestación de los servicios de salud en ámbitos hospitalarios y en cuanto a las instituciones servirá como instrumentos educativos para los estudiantes de odontología de la Universidad el Bosque.

¿Cómo se va a manejar la privacidad y confidencialidad de mis datos personales?

La información que se recoja se mantendrá confidencial y solo los investigadores tendrán acceso a ésta.

¿Tiene algún costo mi participación en esta investigación? y ¿Recibiré algún tipo de compensación o pago?

No tendrá que realizar ningún tipo de pago para participar, así como no obtendrá ningún beneficio en dinero, especie u otro tipo de compensación. Los costos de la investigación serán asumidos por los investigadores.

¿Cuáles son mis derechos como sujeto de investigación?

Sus derechos como participante comprenden la explicación del consentimiento informado, recibir toda la información relacionada con el estudio, aclaración de dudas e inquietudes en cualquier fase del estudio.

¿Qué hago si tengo alguna pregunta o problema?

Si tiene dudas, inquietudes sobre el estudio, o se le presenta un inconveniente, puede comunicarse telefónicamente o por escrito con el equipo de investigadores.

Parte 2

He sido invitado(a) a participar en el estudio “Validación de un instrumento de caracterización de personas en condición de discapacidad para la utilización en el ámbito odontológico Fase 2” Entiendo que mi participación consistirá en el diligenciamiento de las preguntas propias del instrumento de caracterización, para su posterior validación, este se utiliza para una investigación con el fin de mejorar la atención de estos pacientes en ámbitos hospitalarios y ser usado también con fines educativos en la institución.

He leído y entendido este documento de Consentimiento Informado o el mismo se me ha leído o explicado. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente y he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en hacer parte de esta investigación. Cuando firme este documento de Consentimiento Informado recibiré una copia del mismo (partes 1 y 2).

Autorizo el uso y la divulgación de mi información a las entidades mencionadas en este Consentimiento Informado para los propósitos descritos anteriormente.

Acepto voluntariamente participar y se que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Al firmar esta hoja de Consentimiento Informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

Nombre del Participante Firma del Participante y Fecha

Tutor legal del Participante Firma del Tutor legal y Fecha

Investigador principal Firma del Investigador y Fecha

Nombre del Testigo (I) Firma del Testigo (I) y Fecha

9. Resultados

9.1. Estadística descriptiva

Evaluación cuantitativa de instrumentos de caracterización prueba piloto

En el presente análisis se tuvieron en cuenta aquellas preguntas en donde al menos en 5 instrumentos hubo fallos en las respuestas. Teniendo en cuenta lo anterior, se identificaron las preguntas no respondidas correspondientes a datos personales; en la pregunta 1.3 Persona institucionalizada el 76.7 % fue respondida y el 23.3% no fue respondida; pregunta 1.6 Lugar de nacimiento el 73.3 % fue respondida y el 26.7% no fue respondida; pregunta 1.7 municipio el 56.7 % fue respondida y el 43.3% no fue respondida. A partir de la pregunta 1.12 hasta la pregunta 2.5 que hacen referencia a datos personales y composición familiar, se identificaron respuestas de no aplica con el 70% en no aplica y el 30% en todas las respuestas.

Cabe resaltar que al igual que las preguntas anteriormente mencionadas la mayoría de los fallos en las respuestas se presentaron en instrumentos aplicados a pacientes pertenecientes a fundaciones. Lo que nos hace pensar que muchos de los datos personales personajes son privados y están protegidos. Un ejemplo de ello es la pregunta 3.2 ¿Ha recibido atención en los siguientes servicios? Se identificó que fue respondida en un 56.7 % y no fue respondida en un 40%, en el 3.3 % de los casos estaba incompleta, debido a la protección de datos médicos personales.

Por otro lado, se identificaron respuestas incompletas en las preguntas 3.8 Odontograma, en un 40% fue respondida, el 23.3% no fue respondida y el 36.7% resultaron incompletas; en la 4. Correspondiente al diagnóstico actual de discapacidad en un 56.7 % fue respondida, un 3.3% no fue respondida y 40% resultó incompleta. En la pregunta 5.8 persona a cargo del paciente 66.7% fue respondida y 33.3% no aplica en la mayoría de los casos en pacientes pertenecientes a fundaciones; finalmente en la pregunta 6. Relacionada con el plan de tratamiento en su 70 % fue respondida, el 26.7% no fue respondida y el 3.3 incompleta. Las preguntas restantes a las mencionadas anteriormente mantienen un margen de preguntas respondidas entre el 86.7% y el 100%.

Cada instrumento cuenta con un total de 37 preguntas divididas en seis secciones, aplicados a un total de 30 pacientes de los cuales nueve eran pacientes del hospital infantil San José en Bogotá (Colombia) y 21 pertenecientes a fundaciones en la misma ciudad. Durante el análisis cuantitativo se obtuvo un total de 1.110 respuestas, 831 preguntas respondidas que corresponde a un 74.9%, 90 no respondidas que corresponde al 8,1%, 157 no aplican que corresponde al 14.1%, y 32 respuestas incompletas que corresponde a un 2.9%, para un total del 100% de respuestas analizadas.

A partir de este análisis se realizó un total de 10 preguntas que fueron resueltas en el grupo focal conformado por estudiantes que aplicaron el instrumento en las diferentes instituciones, con el fin de generar un análisis cualitativo del instrumento y obtener otros resultados que en algunos casos coincidieron con los obtenidos en esta tabla, y en otros contribuyeron a la identificación de aspectos que no se habían identificado.

No. pregunta	Pregunta.	Problemática Encontrada	Pregunta Formulada para análisis.
1.3	Persona institucionalizada	No respondida 23.3%	10. ¿Se identificaron falencias en preguntas sobre datos personales de los pacientes? ¿Cree usted que son datos esenciales? ¿Piensa que debe estar presente la opción de No Aplica, en esta pregunta del instrumento para cuando el instrumento sea aplicado en sitios donde se proteja esta información?
1.6	Lugar de Nacimiento.	No respondida 26.7%	10. ¿Se identificaron falencias en preguntas sobre datos personales de los pacientes? ¿Cree usted que son datos esenciales? ¿Piensa que debe estar presente la opción de No Aplica, en esta pregunta del instrumento para cuando el instrumento sea aplicado en sitios donde se proteja esta información?

1.7	Municipio	No respondida 43.3%	10. ¿Se identificaron falencias en preguntas sobre datos personales de los pacientes? ¿Cree usted que son datos esenciales? ¿Piensa que debe estar presente la opción de No Aplica, en esta pregunta del instrumento para cuando el instrumento sea aplicado en sitios donde se proteja esta información?
1.12	Estrato socio económico	No aplica 66.7%	En el análisis de resultados se observa que la mayoría de las preguntas donde las respuestas no aplican, son personas institucionalizadas, ¿Por qué cree que pasa esto? ¿Qué sugiere para obtener más información en estas personas?
1.13	Ingresos económicos Familiares	No aplica 70%	En el análisis de resultados se observa que la mayoría de preguntas donde las respuestas no aplican, son personas institucionalizadas, ¿Por qué cree que pasa esto? ¿Qué sugiere para obtener más información en estas personas?
2.1	Familiograma	No aplica 70%	En cuanto al familiograma, ¿Cree usted que cambia en algo la respuesta dependiendo el ámbito donde esté la persona a la cual se le aplica el instrumento? ¿Por qué?
2.2	Datos del padre.	No aplica 73.3%	En el análisis de resultados se observa que la mayoría de las preguntas donde las respuestas no aplican, son personas institucionalizadas, ¿Por qué cree que pasa esto? ¿Qué sugiere para obtener más información en estas personas?

2.3	Datos de la madre.	No aplica 70%	En el análisis de resultados se observa que la mayoría de preguntas donde las respuestas no aplican, son personas institucionalizadas, ¿Por qué cree que pasa esto? ¿Qué sugiere para obtener más información en estas personas?
2.4	Características de la vivienda	No aplica 70%	En el análisis de resultados se observa que la mayoría de preguntas donde las respuestas no aplican, son personas institucionalizadas, ¿Por qué cree que pasa esto? ¿Qué sugiere para obtener más información en estas personas?
2.5	Pertenece a alguna comunidad	No aplica 70%	En el análisis de resultados se observa que la mayoría de las preguntas donde las respuestas no aplican, son personas institucionalizadas, ¿Por qué cree que pasa esto?, ¿Qué sugiere para obtener más información en estas personas?
3.2	Ha recibido atención médica en los siguientes servicios.	No respondida 40%	10. ¿Se identificaron falencias en preguntas sobre datos personales de los pacientes? ¿Cree usted que son datos esenciales? ¿Piensa que debe estar presente la opción de No Aplica, en esta pregunta del instrumento para cuando el instrumento sea aplicado en sitios donde se proteja esta información?

3.8	Odontograma	Incompleta 36.7	En el análisis de resultados se evidencia respuestas incompletas en la pregunta 3.8 (odontograma) ¿Por qué cree usted que existen espacios sin completar? ¿Usted completó correctamente esta categoría? 4. ¿Qué aportaría para mejorar este punto?
4.	Diagnóstico actual de discapacidad	Incompleta 40%	Se observa en el análisis de resultados que hubo falencias en el ítem de diagnóstico de discapacidad ¿Qué tanto sabe usted sobre los tipos de discapacidad existentes? ¿Cree usted que la información que proporciona el instrumento permite responderla?
5.8	Persona a cargo del paciente	No aplica 33.3%	10. ¿Se identificaron falencias en preguntas sobre datos personales de los pacientes? ¿Cree usted que son datos esenciales? ¿Piensa que debe estar presente la opción de No Aplica, en esta pregunta del instrumento para cuando el instrumento sea aplicado en sitios donde se proteja esta información?
6	Plan de tratamiento.	No respondida 26.7%	En la categoría 6 donde se habla de plan de tratamiento de los pacientes, se observan muchos instrumentos con este ítem sin contestar ¿Por qué cree que pasa esto? ¿Qué tanto sabe usted sobre el manejo adecuado y/o plan de tratamiento ideal para las personas en condición de discapacidad? ¿Cree usted que es

			importante este ítem en el instrumento?
--	--	--	---

Tabla 1. Resultados cuantitativos.

El anterior cuadro pretende resumir las preguntas donde se encontraron falencias en sus respuestas junto con el porcentaje específico de las mismas; así mismo, contiene las preguntas redactadas y preparadas para el grupo focal con el fin de identificar problemas de redacción, pertinencia o claridad, con la pretensión de analizar y corregir las preguntas del instrumento para generar un instrumento confiable, verídico y eficaz.

9.2. Análisis cualitativo

Uno de los resultados del grupo focal fue la transcripción del audio resultante de la reunión realizada, de este escrito se subrayaron las problemáticas más importantes mencionadas y sus posibles soluciones, después de esto se decidieron elaborar una tabla en Excel con 4 casillas horizontales que contienen:

Categoría: Se menciona la categoría o problemática más importante tratada durante el grupo focal.

Texto: Se cita en palabras textuales lo que cada participante opinó al respecto de la categoría o problemática más importante mencionada.

Sección del instrumento: Se describe a qué sección del instrumento pertenece cada categoría.

Observaciones: En esta casilla se describe en palabras breves la solución a la categoría o problemática.

La primera categoría mencionada fue la dificultad en el diligenciamiento de conductas, donde los participantes concluyeron que se quedan perdidos o cortos al momento de diligenciar este ítem debido a no existe una explicación precisa en el manual de cómo debería hacerse correctamente, este ítem hace parte de la sección 5 “Descripción de conductas”. Se concluyó que la solución a esto es mejorar esta sección en el manual de uso.

La segunda categoría fue la dificultad en el diligenciamiento de la parte sociodemográfica, los participantes mencionaron que no veían convenientes algunas preguntas como el nivel socioeconómico y el estado de escolaridad de los padres... entre otras, este hace parte de la

sección 1 y 2 “Datos de identificación y composición familiar”. Se concluyó que la solución a esto es evaluar estas preguntas para identificar su utilidad dentro del instrumento y así modificarlas o retirarlas.

La tercera categoría fue la dificultad en el ítem de familiograma, los participantes mencionaron al respecto varias problemáticas, entre ellas que en los lugares comunitarios es muy difícil acceder a esta información por que los participantes son personas institucionalizadas; en los lugares clínicos es complejo realizar el familiograma gráficamente. Los participantes mencionan que no ven útil utilizar estas figuras, este hace parte de la sección 2 “Composición familiar”. Por ello se concluyó que la solución es suprimir el formato gráfico y realizarlo textualmente en las instituciones comunitarias o clínicas donde se permita, pues se consideró un ítem muy importante dentro del instrumento que no se debería suprimir.

En la cuarta categoría se alude a la dificultad en el examen intraoral, los participantes mencionaron que el espacio de las respuestas es reducido para anotar los diferentes hallazgos, este hace parte de la sección 3, ítem 3.7. Se concluyó que la solución a esto es diseñar la sección de examen intraoral similar a la historia clínica *Xoma*, utilizada en la universidad el bosque. La quinta categoría sugiere la falta de un ítem donde se clarifique la persona que va a dar la información para diligenciar el instrumento, ya que es de suma importancia para su desarrollo, se llegó a que la solución es diseñar este ítem al comienzo del instrumento. En la sexta categoría acerca del diligenciamiento del odontograma, sección 3, ítem 3.8, se concluyó que no hay necesidad de realizar cambios dados su importancia para el desarrollo del instrumento.

En la séptima categoría sección 4 “Diagnóstico actual de discapacidad”, acerca de la dificultad en la certeza del diagnóstico se señaló que existen falencias, ya que algunos cuidadores o padres en ocasiones desconocen este aspecto del paciente, se concluyó que la solución es mejorar esta sección en el manual teniendo en cuenta los tipos de diagnósticos existentes. Dentro de la octava categoría que habla sobre la necesidad de herramientas de intervención donde se menciona que es útil que el manual de uso sea específico, para que dé claridad y despeje dudas al momento de poner en práctica el instrumento, la solución para esto es mejorar el manual. En la última categoría mencionada se dijo que es necesaria la existencia de dos instrumentos diferentes, uno para el área clínica y el otro para el ámbito comunitario.

Categoría	Texto	Sección instrumento	Observaciones
Dificultad diligenciamiento conductas	R: y en la parte conductual si ven útil que estén allí las características o las condiciones, porque ahí tenemos un poquito menos de manejo o si prefieren que quede abierto también? 3: la parte sensorial que decía como "que tanta sensibilidad tiene el niño para tal cosa" entonces era difícil como determinar cual era el grado de afinidad que tenía el niño para la parte visual, para el tacto entonces era complicado identificar eso. 1: no, ahí si es buena la opción de si-no porque no tenemos todo el conocimiento 4: nosotros tratamos de compartir, hacer juego con el niño entonces observábamos todo. C: creo que digamos es importante definir como que caracteriza cada estado de discapacidad, digamos que es importante resaltar si hay autonomía, si no la hay, si necesita ayuda para ciertas cosas y reducir las preguntas a eso que son cosas como de lo básico para poder establecer un trato a esos pacientes.	Sección 5: Descripción de conductas.	Mejorando la sección de identificación de conductas en el manual de uso.
Dificultad diligenciamiento sociodemografico	R: Tuvieron problemas con la parte sociodemografica? 1: la primera que es muy específico el salario que tiene cada cuidador, se puede reducir porque hay cosas que ni quitan ni ponen a la hora de nuestra consulta 1: pues si yo creo que eso se puede evaluar de otras maneras sin ser tan específico, si nosotros vamos a hacer la campaña que hicimos en sesquile pues no les vamos a pedir un cepillo Colgate, o sea uno ve las condiciones y así mismo les da el trato C: digamos que nosotros que tuvimos la oportunidad de aplicarlo, lo del grado de escolaridad de madre y padre no me parece necesario. es necesario clarificar quien esta suministrando la información del paciente en el momento de la caracterización.	Sección 2: Composición familiar.	Evaluar las preguntas de mejor uso en la sección sociodem
Dificultad formato familiograma	R: a ustedes también les pareció difícil lo del familiograma? 4: parte también de la historia clínica, los antecedentes familiares, y cosas que tuvieran que ver con la familia era muy escaso porque eran niños que estaban a cargo del bienestar familiar, abandonados entonces de eso casi no se tenía información, y también en algún caso, por ejemplo a mi se me dificultó hasta conseguir datos de la historia era muy limitado el acceso a las historias clínicas. 4: para mi si tiene utilidad porque yo de esa manera conozco el aspecto psicológico, si el niño sufrió un abandono y puede tener un trauma por eso, como por ese lado para mi si es importante. 2: en consulta me parece complicado ponerse a hacer la raya y eso porque no hay tiempo que escribir que convive con la esposa y así R: es mejor colocarlo como si o no o dejarlo abierto 2-3: abierto, es mas fácil describirlo D: si, pues es mas fácil escribir C: pues a mi me gusta mas como esta en la clínica, aspectos psicosociales y uno describe todo el ambiente del paciente.	Sección 2: Composición familiar.	Suprimir el formato grafico y dejarlo textual
Documento amplio en clinica	R: ustedes ven útil esto para la historia clínica? Pero poniéndolo un poquito mas específico para que se pueda hacer mas rápido 2: pues es que esto le da a uno como una visualización de lo que va a encontrar, porque pues tampoco es llegar y "ay, sorpresa", como que no se ni siquiera a quien voy a atender y que tiene, es algo muy rápido a comparación de una historia clínica	Instrumento area clinica	Tener en disponibilidad formato instrument clinico y comunitrio

Dificultad examen intraoral	R: en cuanto a la parte del examen intraoral tuvieron alguna dificultad? 1: en la parte del examen intraoral que se le hacia al paciente las respuestas eran muy escasas, era como "labios? Si- no" no daba para hacer una descripción mas precisa, porque uno se enfoca en el diligenciamiento pues bueno, no si tiene o no tiene las alteraciones, si no hacerlo un poco mas extenso, no tan simple. 1: en el examen intraoral, digamos que era mas lo normal que lo que no estaba bien entonces por eso mismo estaba como un poquito con dificultad o de pronto tenerlo mas amplio para caracterizarlo mejor. C: o sea que quede claro solo las alteraciones 1: si porque en si, si vemos en el examen intraoral en todo es labios, lengua, si – no y así, pero no tiene espacio para anotar la alteración en examen intraoral	Seccion 3: Situación de salud, ítem 3.7	Diseñar la seccion de examen intraoral similar al hc xoma.
Identificacion suministro de informacion	C: digamos que nosotros que tuvimos la oportunidad de aplicarlo, lo del grado de escolaridad de madre y padre no me parece necesario. es necesario clarificar quien esta suministrando la informacion del paciente en el momento de la caracterizacion.	Seccion 0.	Diseñar pregunta.
Diligenciamiento odontograma	R: es importante la parte del odontograma en el instrumento? 3: si me parece, por ejemplo que escriban en la parte de lengua tipo "se observa placa en el dorso de la lengua etc." 3: si, pero igual es necesario para saber que condiciones presenta el niño en la cavidad oral	Seccion 3: Situación de salud, ítem 3.8	Sin cambios.
Certeza de diagnostico	R: bueno diagnostico de discapacidad, ya nos habían dicho que para lo de discapacidad muchos tuvieron dificultad para diligenciarlo, cual fue el problema 1: falta de conocimiento de los cuidadores, de los padres y es muy puntual y una mamá digamos busco y busco en papeles porque no sabia R: para ustedes hubo problema con el diagnostico de discapacidad? 4: pues allá tenían una tabla de cada niño con su diagnostico lo que hacíamos nosotros era estudiar esa enfermedad y enterarnos bien de todo	Seccion 4: Diagnostico actual de discapacidad.	Mejorar seccion del manual
Necesidad herramientas intervencion	R: se les facilitaría el trabajo a los estudiantes en esos semestres si tuvieran un manual mucho mas claro? O no lo ven necesario? 3: pues manual si, como que conocer un poquito mas de conocer como acercarse a los pacientes, de cómo por ejemplo hacer los bloqueos de cavidad oral para poder hacer el odontograma, dependiendo de algunas patologías especificas en casa Santa Rita para estos niños funciona esto y así, como para no llegar tan perdidos. 2: yo creo que es mas enfocado hacia la practica, hacia el lado clínico, hacia tratar al paciente con discapacidad porque en el trascurso de los semestres que nosotros tuvimos como ese acercamiento con las fundaciones hay muchos de nuestros compañeros que dicen como "ay no, los pacientes con discapacidad"	Manual de uso	Mejorar seccion del manual

Tabla 2. **Resultados cualitativos**

10. Discusión

Es de gran importancia realizar la caracterización de personas en condición de discapacidad basándose en una clasificación, ya que, esta permite obtener información de características de cada individuo para mejorar la calidad de atención de acuerdo a sus condiciones diferenciales. Tener a disposición un instrumento validado bajo las características de integralidad, resulta de gran importancia para la utilidad clínica y de intervención en promoción, prevención y educación para la salud a nivel odontológico.

En la actualidad la historia clínica y la historia social son instrumentos utilizados para indagar antecedentes clínicos y sociales respectivamente; pero no es conocido un instrumento donde se indaguen todas las características y condiciones diferenciales de las personas con discapacidad para la atención en el ámbito odontológico; por ello, este trabajo es significativo porque aporta nuevas posibilidades y amplía el marco de referencia para hacer posible un mayor seguimiento y cubrimiento frente a la inclusión.

Se conocen instrumentos de caracterización a personas en condición de discapacidad como la Clasificación Internacional del Funcionamiento y Discapacidad (CIF) de 1999, que incluye factores ambientales que interactuando con el estado de salud de las personas pueden generar una discapacidad o restablecerla; la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* de la *American Psychiatric Association (APA)*, sobre los trastornos mentales; otro es “Validación del instrumento de caracterización en la comunidad no verbal intencional para niños con diversidad funcional (sordoceguera y plurideficiencia); pero como se ha mencionado no existe ningún instrumento validado, para caracterizar a las personas en condición de discapacidad para su atención en el ámbito odontológico.

Por lo anterior, se realizó una primera fase del presente proyecto en el año 2016 a cargo de las estudiantes investigadoras Grajales.A, León.L, Reina.M de la Universidad El Bosque, en este se diseñó el instrumento de caracterización el cual fue validado por expertos de diferentes áreas como psicología, educadores especiales, trabajadores sociales, entre otros; conforme a los resultados se realizaron los ajustes y las modificaciones pertinentes, de esta forma el insumo final de esta primera fase arrojó un instrumento con mayor organización, pertinencia y confiabilidad.

En la segunda fase del proyecto, motivo del este documento, se aplicó el instrumento en ámbitos comunitarios y clínicos a personas en condición de discapacidad, se evaluó la capacidad de los clínicos y de los pacientes al momento de la aplicación, allí se encontraron falencias en algunas preguntas, principalmente en las relacionadas con información socioeconómica y sociodemográfica; algunas personas mostraban dificultad al responder preguntas relacionadas con el diagnóstico de discapacidad y su manejo. Por ello, se realizaron algunas modificaciones en el instrumento como:

- Mejorar el manual instructivo en las secciones de diligenciamiento de identificación de conductas y de diagnóstico de discapacidad para que fueran entendibles.
- Evaluar las preguntas en la sección sociodemográfica, decidir cuáles eran de utilidad o no, modificarlas o suprimirlas.
- Suprimir el formato gráfico de familiograma y dejarlo textual para mayor facilidad al momento aplicar el instrumento.
- Diseñar la sección de examen intraoral similar a la historia clínica de *Xoma* manejada en las clínicas odontológicas de la Universidad el Bosque.
- El aporte más importante resultante del grupo focal, fue la individualización del instrumento, uno para los sitios clínicos y el otro para los sitios comunitarios.

Dentro de las limitaciones que se presentaron en el actual proyecto de investigación se encuentran el límite de los seis meses de rotación en las instituciones de práctica, se considera que insuficiente el tiempo para establecer un plan de tratamiento integral, donde se observen las mejoras de aquellos datos aportados por el instrumento sobre los pacientes, al no existir una continuidad de estudiante- paciente por más de seis meses. Sin embargo, se espera que el actual instrumento de caracterización pueda ser aplicado en diferentes ámbitos de la salud, y que de igual manera proporcione datos confiables para futuras investigaciones asociadas a descripción de conductas en diagnósticos de discapacidad.

Se espera que este instrumento sea utilizado en los jardines y hospitales asociados a la Facultad de Odontología de la Universidad el Bosque, para la caracterización de pacientes con alguna condición de discapacidad y asegurar una atención especializada y seguimiento continuo al tratamiento de estos pacientes; también se recomienda en futuras investigaciones o proyectos de grado, utilizar este instrumento como base para crear un manual de atención individualizado.

11. Conclusiones

A partir del actual proyecto de investigación se hace evidente la necesidad e importancia de un instrumento de caracterización para personas en condición de discapacidad que logre reunir toda la información necesaria para una atención integral dentro de la consulta odontológica, que genere herramientas para el profesional a la hora de abordar el paciente; ya que, este no solo menciona el diagnóstico actual de discapacidad, sino que resalta conductas y habilidades en el paciente. De igual forma, se desarrolló un instrumento independiente para aplicar en el ámbito hospitalario y otro para el ámbito comunitario.

El instrumento final reúne información confiable y necesaria para que el profesional pueda identificar cuál de las diferentes técnicas de abordaje es óptima. Así mismo, se considera significativo el reconocimiento, por parte de los profesionales de la salud de los diferentes diagnósticos de discapacidad y, por consiguiente, el actual instrumento funciona como soporte para el estudio de este tipo de condiciones en diferentes áreas profesionales.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cortés Reyes E, Riveros L, Pineda-Ortiz G. International Classification of Functioning, Disability and Disability Certification in Colombia [Internet]. En: www.scielosp.org 2017 [citado 18 mayo 2017]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642013000100012
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Discapacidad [Internet]. www.dane.gov.co 2010 [citado 18 mayo 2017]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/discapacidad>
3. Fernández-López J, Fernández-Fidalgo M, Geoffrey R, Stucki G, Cieza A. Funcionamiento y discapacidad: la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*. 2009;83(6):775-783.
4. Jiménez M., González D., Martín, J. La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. *Revista Española Salud Pública*. 2012 ;76(271-279).
5. Ley 1616 de 2013 – Ley de Salud Mental Descentraliza Drogas [online, citado 23 May 2017]. disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/project/ley-1616-de-salud-de-2013/>
6. López E, Almenara J. Diseño y validación de un cuestionario dirigido a describir la evaluación en procesos de educación a distancia [Internet]. *Educec.es*. 2011 [citado 26 septiembre 2017]. Disponible en: <http://www.edutec.es/revista/index.php/edutec-e/article/view/412/148>
7. Ministerio de Salud (MinSalud). Colombia M. Discapacidad [Internet]. Minsalud.gov.co. 2002[citado 18 mayo 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCAPACIDAD.aspx>
8. Ministerio de salud (MinSalud). Ley Estatutaria 1618 de 2013 por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Bogotá. D.C; 1993 p. 3. (Citado 26 septiembre 2017) Disponible en: <https://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/LEGISLACION/LEY%20ESTATUTARIA%201618%20DE%202013.pdf>
9. Ministerio de Salud. Resolución Número 8430 de 1993. Santafé de Bogotá, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicio Sociales (IMSERSO). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
10. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo. Madrid. Primera edición, 2011. Disponible en: http://www.infoautismo.es/wp-content/uploads/2015/10/04_Libro.pdf
11. Mondragón, K. Validación del instrumento de caracterización en la comunicación no verbal intencional para niños con diversidad funcional (sordoceguera y plurideficiencia).

- Fase 2: pilotaje[Internet]. Repositorio.iberamericana.edu.co. 2016 [citado 26 septiembre 2017]. Disponible en: <http://repositorio.iberamericana.edu.co/handle/001/296>
12. Naciones Unidas (ONU), Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Serie de capacitación personas N15, Nueva York y Ginebra 2008, [citado 18 de mayo 2017]
 13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Discapacidad y salud [Internet]. 2016 [citado 18 mayo 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
 14. Rodríguez N, Herrera C. Validación y Confiabilidad de un Instrumento de Medición para Carreras de Ingeniería. Revista Electrónica Iberoamericana de Educación en Ciencias y Tecnología [Internet]. 2010 [citado 26 septiembre 2017]; volumen 2. Disponible en: <http://www.exactas.unca.edu.ar/riecyt/VOL%202%20NUM%201/Archivos%20Digitales/Doc%20RIECyT%20V2-1-6.pdf>
 15. Schalock, R. L. (1997): Can the concept of Quality of Life make a difference? Washington: AAMR. En: R. L. Schalock (Ed.): Quality of Life, Vol. II (245-267).
 16. Silva, L. H. DMS-5: Nueva Clasificación de Trastornos Mentales. Revista Chilena de Neuro- Psiquiatría [Internet]. 2014 [citado 18 de mayo 2017];(año 68, vol. 52, suplemento n° 1). Disponible en: https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf
 17. Verdugo, M. Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana Sobre Retraso Mental de 2002. [Internet]. 2017 [citado marzo del 2017]; Disponible en: http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/aamr_2002.pdf
 18. Voces (2002, Mayo/Junio). Madrid: FEAPS [serial online] [cuatro pantallas]. Disponible en URL: <http://sid.usal.es/docs/revprensa/rv2002-2.html>
 19. Wallander, Schmitt y Koot (2001, p. 574). Citado en Sabeh, E. N., Verdugo, M. A., Prieto, G. y Contini, E. N. (2009): Cuestionarios de Evaluación de la Calidad de vida en la Infancia CVI-CVIP. Madrid: CEPE (p. 11)