



Gobierno Bolaños
¡Nueva Era!



*Encuesta Nicaragüense
para Personas con Discapacidad
ENDIS 2003*

**C
A
P
I
T
U
L
O**

2



**CONCEPTO Y
PREVALENCIA DE LA
DISCAPACIDAD**



CAPÍTULO 2

CONCEPTO Y PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD

Tal como se explicó en el Capítulo 1, para identificar a las personas con discapacidad y para clasificar posteriormente los estados funcionales, en la ENDIS 2003, se utilizó el conjunto de preguntas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), plasmadas en el instrumento llamado WHO-DAS II. Este instrumento busca la captación de las personas con discapacidad, a través de una encuesta, con la ayuda de la operacionalización del concepto de discapacidad, que recomienda la misma OMS, en el marco de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF)¹.

En este capítulo, se abordan las definiciones o especificidades de este concepto, sus antecedentes en las clasificaciones de la discapacidad, en los modelos de salud y a través de la historia de la humanidad. También se analizan los primeros resultados de la encuesta, sobre la prevalencia de la discapacidad en el país y su perfil territorial, por zona y departamento de residencia. Así como aspectos de la confiabilidad de estos resultados.

2.1 CONCEPTO DE LA DISCAPACIDAD

Cuando se intenta plantear una perspectiva histórica, se encuentra que con el devenir de los siglos la calidad de la vida y el destino de las personas con discapacidad han dependido mucho de las actitudes y comportamientos predominantes entre las personas sin discapacidad, los que tradicionalmente estigmatizaban a las personas con discapacidad, de la siguiente manera:

- Utilizando las denominaciones: impedidos, lisiados, inválidos, minusválidos.
- Dándoles calificativos como: socialmente atípicos, los pobres, los no aptos.
- Haciendo una doble marginación: orgánica y funcional.
- Rechazándolas como personas y negándoles sus derechos.
- Considerando que la discapacidad era expresión: del mal o manifestación de lo sagrado.
- Considerando que estas personas son susceptibles: de asistencia, de caridad y protección.

Perspectiva Histórica

“En algunas sociedades antiguas, era normal el infanticidio cuando se observaban anormalidades en los niños y niñas”².

"Antes del advenimiento de los hospitales y clínicas de maternidad las mujeres alumbraban en sus hogares. Antes que el recién nacido fuera oficialmente anunciado era minuciosamente examinado en la búsqueda de cualquier defecto corporal visible. Un niño con un defecto físico era rápidamente eliminado.

¹ OMS/OPS, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), Madrid, España, 2001.

²http://www.discapnet.es/Discapnet/Castellano/Accesibilidad/Lenguaje/Lenguaje_007.htm+Historia+de+discapacidad&hl=es&ie=UTF-8

La familia era informada de que el niño había nacido muerto. Por eso los defectos congénitos no eran un problema social”.

“La creencia de que cualquier anormalidad en el niño es un acto de Dios y por ello se esconde al niño con discapacidad, existe. Si recibe tratamiento médico sin buenos resultados, se supone que está poseído por el demonio, por ello se le mantiene en el ostracismo social”.

“En nuestro lenguaje habitual cuando se hace referencia a una persona con discapacidad generalmente se dice "el hombre enfermo" y de hecho es tratado como tal. El término "hombre enfermo" tiene una connotación inadecuada de caridad, pena y culpa. Naturalmente y como resultado las personas con discapacidad se ven a sí mismo como un objeto que merece poco respeto y reaccionan en concordancia. Esto es crucial para el desarrollo de la auto-imagen y confianza de la propia persona discapacitada”.

“En Europa en el siglo XVI por acción municipal fue establecido el primer Asilo, en el tiempo en que el sistema económico medieval comenzaba a declinar y las necesidades de los pobres no pudieron ser subvencionadas por las organizaciones religiosas y de caridad. El principal motivo para la creación de estos asilos, no parece haber sido la caridad, sino más bien el temor a que los vagabundos pudieran expandir su descontento, ya que algunos eran reclutados como mercenarios por los ejércitos rebeldes. Para disminuir los costos en muchas comunidades la justicia local licenciaba a los ancianos como "impotentes”.

“Los asilos fueron mantenidos como un componente de las estructuras europeas y de Norte América hasta recientemente. "Los impuestos a la pobreza" fueron elevados para cubrir los costos de las subsistencias de los pobres e indeseables, incluyendo personas con discapacidad con comportamiento o apariencia poco usual, alcohólicos crónicos, criminales liberados de las prisiones, los severamente enfermos, miembros de algunos grupos étnicos indeseados, personas con enfermedades transmisibles (incluyendo la epilepsia y algunas afecciones orgánicas del cerebro), huérfanos, o simplemente otros que accidentalmente estaban sin trabajo”.

“Hace alrededor de 100 a 150 años empezó a desarrollarse, como una especialización de los asilos, la asistencia institucional. Los "internos" se dividían en varios grupos y se incluían en instituciones con internación. Las personas con discapacidad formaban uno de estos grupos. El encierro y la caridad se combinaban con la rehabilitación, la educación especial, terapias, capacitación vocacional, y finalmente con una colocación laboral en ambiente segregado”.

“Al finalizar la segunda guerra mundial, millones de víctimas con discapacidad regresaron a sus hogares en los que permanecieron integrándose en forma normal a la vida familiar y de su comunidad”³.

Se podría pensar que en la actualidad en un mundo como el nuestro debería ser difícil aceptar a la discapacidad como una maldición. Sin embargo, no es así, Aun en los países más desarrollados, con alto grado de educación, un número importante de personas de distintos credos persisten todavía en esta creencia.

³ Dr. Einar HELANDER, Prejuicio y Dignidad

La evolución histórica de los modelos en que se fundamenta la discapacidad

Para obtener información acorde a la realidad actual, se analizaron diferentes modelos conceptuales para explicar y entender la discapacidad y el funcionamiento. Esta variedad se expresa en una dialéctica que transita del "modelo médico" al "modelo social".

El *modelo médico* considera la discapacidad como un problema "personal" directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. En este sentido, el "tratamiento" de la discapacidad estará encaminado hacia una mejor adaptación de la persona y a un cambio de conducta. La atención sanitaria entonces, es considerada como una cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud, con mayor énfasis.

Por otro lado, *el modelo social* de la discapacidad, considera el fenómeno principalmente como un problema "social", desde el punto de vista de la integración de las personas con discapacidad en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias, para propiciar una participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social.

La disyuntiva se sitúa, por lo tanto, en el nivel de las actitudes y de la ideología, y requiere cambios sociales, los cuales se transforman en el nivel político en una cuestión de derechos humanos. Para ser congruentes con estas premisas, en la ENDIS 2003, se organizó un esquema para identificar estas realidades y poder aportar la información básica que permita a las instituciones públicas y privadas implementar estas transformaciones que requieren. Especialmente, para las personas con discapacidad, sus familias y organizaciones quienes han venido demandando oportunidades para incorporarse al desarrollo de la sociedad nicaragüense.

La discapacidad en el diagnóstico en salud

La salud de las poblaciones ha sido tradicionalmente medida basándose en las estadísticas de mortalidad y en la incidencia y prevalencia de las enfermedades y de otros problemas de salud. Para ello se ha utilizado, fundamentalmente, la "Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud – CIE-", en sus distintas versiones.

A partir de dicha Clasificación de Enfermedades, a lo largo de los años, se han ido desarrollando una serie de aplicaciones así como de sub-clasificaciones, las cuales pasaron a integrar la amplia familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS.

Estas clasificaciones, basadas en el diagnóstico, informaban poco sobre la estrategia de intervención integral, que requerirían las personas con discapacidad, en lo que se refiere a su rendimiento laboral o su grado de integración social y reintegración a la familia. En contraste con todo esto, los datos, sobre el estado funcional o la discapacidad de las personas afectadas de una determinada enfermedad, resultan muy útiles, a la hora de realizar estimaciones sobre la utilización de los servicios de salud, los progresos tras un periodo de hospitalización, e incluso sobre su ulterior rendimiento laboral.

2.2 CLASIFICACIONES PARA LA DISCAPACIDAD

Se hizo por lo tanto evidente que, junto con las medidas de las condiciones de salud basadas en la CIE, era preciso tener en cuenta a otras clasificaciones que recogieran los aspectos relacionados con las repercusiones de las enfermedades y el funcionamiento humano. Dichos aspectos constituían la esencia del concepto de Discapacidad, entendido como la repercusión a mediano y largo plazo del estado de salud del individuo sobre su funcionamiento, tanto a nivel individual como social.

Clasificación pionera: la CIDDM

En un intento de subsanar dichas deficiencias y de contar con un sistema para la evaluación de las repercusiones de la enfermedad y la discapacidad, la OMS puso en marcha en los años setenta, el desarrollo de la Clasificación internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), como instrumento para la clasificación de las consecuencias de las enfermedades y sus repercusiones en la vida del individuo, y tenía por objeto ofrecer un marco conceptual para la información relativa a las consecuencias a largo plazo de las enfermedades, los traumatismos y otros trastornos. En esta clasificación se introdujeron los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía⁴.

Desde su instauración en 1980, esta clasificación fue ampliamente utilizada en todo el mundo, sirviendo de base para un amplio desarrollo de medidas legislativas (como es el caso de Nicaragua con la Ley 202) y de actuaciones en el campo de la provisión de servicios para las discapacidades.

Los conceptos utilizados en la clasificación suscitaron gran interés y sus aplicaciones se extendieron a los campos de la seguridad social, el diseño, la realización de encuestas, y a otros sectores como la evaluación de la capacidad laboral, y de las necesidades comunitarias, urbanismo y arquitectura.

Entre las principales aplicaciones de la clasificación, cabe citar la descripción de las circunstancias en que se hallaban las personas con discapacidades en una amplia serie de contextos. Se aplicó también al análisis de la atención dispensada al individuo en lo que se refería al diagnóstico y al tratamiento, a la evaluación de los resultados de éste, a la apreciación de la aptitud para el trabajo, o a la información general. Así mismo, se utilizó para evaluar el estado de los pacientes en los centros de rehabilitación, en las instituciones de convalecencia y en los establecimientos para personas adultas mayores. En estos sectores, esta utilización facilitó la comunicación entre categorías de agentes asistenciales y la coordinación entre los diferentes tipos de asistencia.

⁴ **Deficiencia:** hacía referencia a las anomalías de la estructura corporal, de la apariencia, así como de la función de un órgano o sistema, cualquiera que fuese su causa; en principio, las deficiencias respetaban trastornos en el ámbito del órgano. **Discapacidad:** La discapacidad reflejaba la consecuencia de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; la discapacidad representaba por tanto, trastornos en el ámbito de la persona. **Minusvalía:** Este término hacía referencia a las desventajas experimentadas por el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades, así pues, la minusvalía reflejaba una interacción y adaptación del individuo a su entorno. Así la interacción de todos estos conceptos quedó reflejada en el modelo teórico adoptado en la CIDDM, el cual incorporó un esquema lineal de Discapacidad, que, en cierta medida replicaba el Modelo Clínico de Enfermedad, estableciendo una secuencia que iba desde el trastorno a la minusvalía, pasando por la deficiencia y la discapacidad.

También modificó las reacciones en las orientaciones de la política social, la planificación y la gestión tanto a nivel de gobiernos como de organizaciones.

Las Limitaciones de la CIDDM

Sin embargo, a lo largo de más de dos décadas de utilización, se identificaron en la clasificación una serie de limitaciones y críticas. Entre las más importantes, se encuentran:

- a) El modelo en el que se sustentaba, aún cuando permitía distinguir entre deficiencia, discapacidad y minusvalía, no informaba suficientemente sobre la relación existente entre dichos conceptos.
- b) El “abordaje negativo” que aportaba al estudio y a la clasificación del estado de salud de la persona. Así, por ejemplo, en la mayoría de las ocasiones, describir, de manera detallada aquellos aspectos que se habían perdido o estaban limitados, resultaba más interesante que saber cuales habilidades estaban conservadas en la persona.
- c) La falta de una estructura clara y que cumpliera todas las reglas de una clasificación jerárquica, o bien la presencia de problemas en la definición y organización de los conceptos incorporados.

2.3 LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF)

Parecía esencial, si se quería facilitar la difusión de una clasificación, desarrollar definiciones de los conceptos, que fueran claras y prácticas, que no se prestasen a una mala interpretación, y que no poseyeran connotaciones que pudiesen estigmatizar o al menos, disponer a las personas en situación de desventaja.

“Estas realidades, fueron determinantes para definir y estructurar una nueva clasificación, a través de un largo proceso que culminó con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, conocida como CIF, que tiene como objetivo principal brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud”.

“La CIF define tanto componentes de la salud, como componentes “relacionados con la salud” y el “bienestar” (tales como educación, trabajo, etc.). Por lo tanto, los dominios incluidos en la CIF pueden ser considerados como dominios de salud y dominios “relacionados con la salud”. Estos dominios se describen desde la perspectiva corporal, individual y mediante dos listados básicos”.

“La CIF pertenece a la Familia de Clasificaciones Internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud. Esta familia de clasificaciones de la OMS proporciona el marco conceptual para codificar un amplio rango de información relacionada con la salud (ej. El diagnóstico, el funcionamiento y la discapacidad, los motivos para contactar con los servicios de salud) y emplea un lenguaje estandarizado y unificado, que posibilita la comunicación sobre la salud y la atención sanitaria entre diferentes disciplinas y ciencias en todo el mundo”.

“Dentro de las clasificaciones internacionales de la OMS, los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, etc.) se clasifican principalmente con la CIE-10 (abreviatura de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión), que brinda un marco conceptual basado en la etiología. El funcionamiento y la discapacidad, asociados con las condiciones de salud, se clasifican con la CIF. Por lo tanto, la CIE-10 y la CIF son complementarias, y se recomienda a los usuarios que utilicen conjuntamente estos dos elementos de la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS. La CIE-10 proporciona un “diagnóstico” de enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud y esta información se ve enriquecida por la que brinda la CIF sobre el funcionamiento. La información sobre el diagnóstico unida a la del funcionamiento, nos proporciona una visión más amplia y significativa del estado de salud de las personas o poblaciones, que puede emplearse en los procesos de toma de decisiones”⁵.

“La CIF ha pasado de ser una clasificación de “consecuencias de enfermedades” (versión de 1980) a una clasificación de “componentes de salud”. Los “componentes de salud” identifican los constituyentes de la salud, mientras que las “consecuencias” se refieren al efecto debido a las enfermedades u otras condiciones de salud. Así, la CIF adopta una posición neutral en relación con la etiología, de manera que queda en manos de los investigadores desarrollar relaciones causales utilizando los métodos científicos apropiados. De forma similar, este planteamiento es también diferente del abordaje basado en los “determinantes de salud” o en los “factores de riesgo”. Para facilitar el estudio de los “determinantes” o “factores de riesgo”, la CIF incluye una lista de factores ambientales que describen el contexto en el que vive el individuo”.

Objetivos de la CIF

“La CIF es una clasificación diseñada con un propósito múltiple para ser utilizada en varias disciplinas y diferentes sectores. Sus objetivos específicos pueden resumirse en:

- *Proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella, los resultados y los determinantes;*
- *Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, para mejorar la comunicación entre distintos usuarios, tales como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población general, incluyendo a las personas con discapacidad;*
- *Permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo;*
- *Proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria.*

Estos objetivos están relacionados entre sí, ya que la necesidad y el uso de la CIF requieren la construcción de un sistema de codificación relevante y útil que pueda aplicarse en distintos ámbitos: en política sanitaria, en evaluación de la calidad asistencial, y para la evaluación de consecuencias en diferentes culturas”.

⁵ OMS/OPS, Opus cit.

Universo de la CIF

“La CIF abarca todos los aspectos de la salud y algunos componentes del “bienestar” relevantes para la salud y los describe en términos de dominios de salud y dominios “relacionados con la salud”. La clasificación se mantiene en un concepto amplio de la salud y no cubre circunstancias que no están relacionadas con ella, tales como las originadas por factores socioeconómicos. Por ejemplo, hay personas que pueden tener restringida la capacidad de ejecutar determinadas tareas en su entorno habitual debido a su raza, sexo, religión u otras características socioeconómicas, pero éstas no son restricciones de participación relacionadas con la salud, tal y como las clasifica la CIF”.

“Muchas personas consideran, erróneamente, que la CIF versa únicamente sobre personas con discapacidades; sin embargo es válida para todas las personas. La salud y los estados “relacionados con la salud” asociados con cualquier condición de la misma se pueden describir utilizando la CIF. En otras palabras, la CIF tiene una aplicación universal”.

Ámbito de la CIF

“La CIF proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus restricciones y sirve como marco de referencia para organizar esta información. Estructura la información de un modo significativo, interrelacionado y fácilmente accesible”.

“La CIF organiza la información en dos partes. La parte 1 versa sobre Funcionamiento y Discapacidad, y la parte 2 sobre Factores Contextuales. Cada una de estas partes, consta a su vez de dos componentes”.

Perspectivas de los componentes de la CIF

Las partes que componen a la CIF, son:

- *“Parte 1. Componentes del Funcionamiento y la Discapacidad
(a) Funciones y Estructuras Corporales.
(b) Actividades y Participación”*
- *“Parte 2. Factores Contextuales
(a) Factores Ambientales
(b) Factores Personales”*

“Cada componente puede ser expresado tanto en términos positivos como negativos”.

“Cada componente contiene varios dominios y en cada dominio hay categorías que son las unidades de clasificación. La salud y los estados “relacionados con la salud” de un individuo pueden registrarse, seleccionando el código o códigos de la categoría apropiada y añadiendo los calificadores, que son códigos numéricos que especifican la extensión o magnitud del funcionamiento o la discapacidad en esa categoría, o la extensión por la que un factor contextual es un facilitador o barrera”.

2.4 DEFINICIONES DE LOS CONCEPTOS DE LA CIF

“Los términos son la representación de conceptos definidos en expresiones lingüísticas, como palabras o frases. Hay términos que se emplean en la clasificación cuyo uso puede inducir a error, y en la mayoría de los casos, esto es debido a que ese mismo término se utiliza habitualmente, tanto en el lenguaje hablado como escrito, con un significado diferente”.

Para efectos del conocimiento y manejo de términos uniformes transcribiremos las definiciones técnicas que utilizaremos en todo este trabajo y que son conceptos definidos por la CIF.

Funcionamiento y Discapacidad

*“**Funcionamiento** es un término genérico que incluye Funciones Corporales, Estructuras Corporales, Actividades y Participación. Indica los aspectos positivos de la interacción de un individuo (con una “condición de salud”) y los Factores Contextuales (Factores Ambientales y Personales)”.*

*“**Discapacidad.** Es un término genérico, que incluye deficiencias en las funciones corporales y en las estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus Factores Contextuales (Factores Ambientales y Personales)”.*

Funciones y Estructuras Corporales y Deficiencias

*“**Funciones Corporales** son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las funciones psicológicas. Con “cuerpo” nos referimos al organismo humano como un todo, y por tanto se incluye la mente en la definición. Por ello, las funciones mentales (o psicológicas) están incluidas en las funciones corporales. El estándar empleado para valorar estas funciones es lo que consideramos la norma estadística para los seres humanos”.*

*“**Estructuras Corporales** son las partes anatómicas o estructurales del cuerpo y sus componentes clasificados en relación con los sistemas corporales. El estándar empleado para valorar estas estructuras es lo que consideramos la norma estadística para los seres humanos”.*

*“**Deficiencia** es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con “anormalidad” se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida (Ej. La desviación respecto a la media de la población obtenida a partir de normas de evaluación estandarizadas) y sólo debe usarse en este sentido”.*

Actividades y Participación versus limitaciones en la actividad y restricciones en la participación

*“**Actividad** es la realización de una tarea o acción por una persona. Representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento”.*

La dimensión Actividad abarca todo el rango de áreas vitales que tienen relación con la salud, desde el aprendizaje básico o la mera observación hasta otras áreas más complejas tales como las interacciones personales y el empleo.

“Participación es la implicación de la persona en una situación vital. Representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento”.

La Actividad (al igual que la Participación) se clasifica en los siguientes apartados:

- Aprendizaje y aplicación del conocimiento.
- Tareas y demandas generales.
- Comunicación.
- Movilidad.
- Autocuidado.
- Vida doméstica.
- Interacciones y demandas interpersonales.
- Áreas principales de la vida.
- Vida comunitaria, social y cívica.

“Limitaciones en la actividad son las dificultades que un individuo, puede tener para realizar actividades. Una “limitación en la actividad” abarca desde una desviación leve hasta una grave en términos de cantidad o calidad, en la realización de la actividad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud”.

“Restricciones en la participación son los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad”.

“Capacidad es un “constructo” que indica, como calificador, el máximo nivel posible de funcionamiento que puede alcanzar una persona en un momento dado, en alguna de los dominios incluidos en Actividad y Participación. La capacidad se mide en un contexto/entorno uniforme o normalizado, y por ello, refleja la habilidad del individuo ajustada en función del ambiente. Se puede utilizar el componente Factores Ambientales para describir las características de este contexto/entorno uniforme o normalizado”.

“Desempeño/Realización es un “constructo” que describe, como calificador, los que los individuos hacen en su ambiente/entorno real, y, de esta forma, conlleva el aspecto de la participación de la persona en situaciones vitales. El contexto/entorno actual también se describe utilizando el componente Factores Ambientales”.

“Factores Contextuales Son los factores que constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo, y en concreto el trasfondo sobre el que se clasifican los estados de salud en la CIF. Los factores contextuales tienen dos componentes: Factores Ambientales y Factores Personales”.

“Factores Ambientales Constituyen un componente de la CIF y se refieren a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal afecta el funcionamiento de esa persona. Los Factores Ambientales incluyen al mundo físico natural con todas

sus características, el mundo físico creado por el hombre, las demás personas con las que se establecen o asumen diferentes relaciones o papeles, las actitudes y valores, los servicios y sistemas sociales y políticos, y las reglas y leyes”.

“Factores Personales son los factores contextuales que tienen que ver con el individuo como la edad, el sexo, el nivel social, experiencias sociales, etc., que no están actualmente clasificados en la CIF pero que los usuarios pueden incorporar al aplicar la clasificación”.

2.5 EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD (WHO-DAS II)⁶

El Grupo de Evaluación, Clasificación y Epidemiología de la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH), Instituto Nacional contra el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo (NIAAA), y el Instituto Nacional en el Abuso de Droga (NIDA), de Estados Unidos, han desarrollado un método para la Evaluación y Clasificación de Discapacidades, conocido por sus siglas en inglés como WHO-DAS, (también conocido como el Proyecto Conjunto WHO/NIH), siglas que tienen el significado siguiente:

Sigla	Inglés	Español
W	World	Mundial
H	Health	Salud
O	Organization	Organización
D	Disability	Discapacidad
A	Assessment	Evaluación
S	Schedule	Plan

El WHO-DAS ha sido desarrollado para evaluar las limitaciones de actividad y restricciones de participación experimentadas actualmente por un individuo independientemente del diagnóstico médico. Según sus autores, este instrumento busca determinar la cantidad de dificultad encontrada en las actividades que una persona hace actualmente (en un período de referencia de 30 días) en oposición a aquellas que pudieran ser hechas o puedan hacerse, pero no se hacen.

Los entrevistados declaran el nivel de dificultad que experimentan, tomando en consideración cómo hacen generalmente esta actividad. Si esto incluye el uso de cualquier tipo de asistencia mecánica o la ayuda de una persona.

Cuando el entrevistado responde, debe pensar en todos sus problemas de salud, y considerar si al realizar la actividad hay:

- Aumento del esfuerzo
- Malestar o dolor
- Lentitud
- Cambios en el modo en que realiza la actividad.

⁶ WHO, Interviewer training manual, World Health Organization’s Disablements Assessment Schedule (WHO-DAS II) Version 3.1 Traducción al español, realizada ad hoc para la encuesta.

Los dominios incluidos en el instrumento son los siguientes:

- Comprensión y Comunicación
- Movimiento
- Autocuidado
- Llevarse Bien con la Gente.
- Actividades de la Vida Diaria
- Participación en Sociedad

Dentro de cada dominio, las categorías específicas se designan como sigue:

Comprensión y comunicación

- Concentración
- Recuerdo
- Resolución de Problemas
- Aprendiendo nuevas tareas
- Comunicación.

Movimiento

- Ponerse de pie
- Cambiar posición corporal
- Moverse dentro del hogar
- Salir del Hogar
- Caminar

Autocuidado

- Bañarse.
- Vestirse
- Comer
- Permanecer solo

Llevarse bien con las Personas

- Habilidades interpersonales con:
 - Personas cercanas a uno (familia, amigos)
 - Personas no conocidas del todo (extraños)
- Relaciones sexuales
- Hacer amigos.

Actividades vitales

- Actividades del hogar
- Trabajo.
- Escuela.

Participación en Sociedad

- Actividades comunitarias.
- Discriminación.
- Estigma/Dignidad.
- Impacto en el tiempo, emociones, finanzas y familia
- Diversión.

El instrumento actual, conocido como versión 3.1a, fue refinado y acortado por los autores, utilizando los análisis de datos cualitativos y cuantitativos de datos coleccionados durante la fase uno de las pruebas de campo. Según la información existente, colaboradores de 19 países en 21 Centros, contribuyeron con datos como parte de la primera fase de la prueba. La Fase Dos la enfocaron en la fiabilidad, la validez y la investigación de los servicios de salud.

El WHO-DAS II está diseñado para entrevistar a personas de 6 años o más. Ha sido escrito para personas con antecedentes culturales y educacionales, niveles cognoscitivos marcadamente diferentes y familiarizados con cuestionarios de encuestas.

2.6 EL CONCEPTO DISCAPACIDAD EN LA ENDIS 2003

La Encuesta Nicaragüense para Personas con Discapacidad, fue concebida y diseñada para que contribuyera con el conocimiento del funcionamiento humano, dado que el mismo se sustenta en la realización de actividades vitales del individuo en distintos escenarios, como el familiar, laboral, social, educacional, religioso, recreativo y la vida comunitaria, de manera que refleje la calidad de participación del individuo en toda su dimensión.

El concepto de discapacidad utilizado en la ENDIS 2003 reproduce el concepto que el WHO-DAS II, ha definido para la realización de las investigaciones de campo, tal como se ve en el esquema siguiente.

<i>CONCEPTOS EN LA CIF</i>		<i>CUESTIONARIO WHO-DAS II</i>	<i>ENDIS 2003</i>
FUNCIONAMIENTO (lo positivo)	V E R S U S	DISCAPACIDAD (lo negativo)	DISCAPACIDAD
Estructura Y Funcionamiento		Deficiencias o Déficits	
Actividad		Limitación en la Actividad	Limitación en la Actividad
Participación		Restricciones en la Participación	Restricciones en la Participación
			<i>DISCAPACIDAD</i>
			<i>Limitación en la Actividad</i>
			<i>Restricciones en la Participación</i>

2.7 LA DISCAPACIDAD EN NICARAGUA

En las últimas décadas, el problema de la discapacidad, en el ámbito de la comunidad internacional ha alcanzando reconocimiento especial, debido al aumento de los factores predisponentes y desencadenantes de la misma, en el ámbito de su incidencia, sus complicaciones y la falta de integración de las Personas con Discapacidad (PCD).

- En el ámbito de la incidencia tienen particular importancia:
 - Las secuelas de situaciones de guerra y de violencia, enfermedades infecciosas, accidentes y desastres naturales.
 - El aumento del número de personas mayores.

- El aumento de las enfermedades crónico-degenerativas.
 - El aumento de las condiciones que propician la reacción al estrés.
 - La persistencia del alto nivel y de la fecundidad, en general y en las edades extremas.
 - El aumento del número de personas que viven en difíciles condiciones de vida.
- A nivel de las complicaciones, han sido, sobre todo, la falta de prevención de mitigación de los efectos de todos esos causales o del desarrollo de la rehabilitación adecuada.
 - A nivel de la integración de las PCD, ha sido la falta de sólidas políticas que aseguren la equiparación de oportunidades, para su mejor integración a la actividad familiar y laboral.

Situación de los Factores Predisponentes de la Discapacidad en Nicaragua

Nicaragua reúne muchos factores predisponentes a una significativa prevalencia de la discapacidad:

- El país ha sido escenario durante varias décadas, de situaciones de guerra, que han involucrado a amplias capas de la población.
- El perfil epidemiológico corresponde a un estado de transición donde persisten todavía innumerables enfermedades de origen infeccioso (a pesar de los avances en el campo de las enfermedades inmunoprevenibles y otras), que ya han sido controladas en los países desarrollados. Además se enfrenta a las infecciosas reemergentes como la Tuberculosis pulmonar y el cólera y las emergentes como el VIH/SIDA.
- El perfil de la mortalidad se ha caracterizado, desde hace muchas décadas, por ser un poco atípico de los países menos desarrollados, debido a su alto nivel de mortalidad causado por accidentes (aunque en los últimos años hayan disminuido su importancia), estos han sido los responsables de más del 10% de las defunciones del país (2000-2002).
- La sextuplicación de la población urbana en los últimos cuarenta años, el aumento del parque vehicular y la falta de adecuación de las vías de circulación urbana e interurbana, la falta de procedimientos adecuados en el manejo de maquinaria compleja y falta de aplicación de normas y reglamentos de seguridad laboral, en general, aumentan esos riesgos.
- Poco a poco, aumenta el número de personas mayores, en el país, sin que los volúmenes de las personas menores de quince años, dejen también de aumentar. Se estima, que habrá, cerca de tres cuartos de millón de personas de 60 años y más, hacia el 2030, lo que representa un 9% de la población total⁷.
- El aumento de la esperanza de vida a todas las edades con el consecuente aumento del número de personas mayores, favorece la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas, como las del sistema circulatorio y los tumores. La principal causa de muerte en Nicaragua, son las enfermedades del sistema circulatorio y el número de defunciones de la población más joven, por esta misma causa, se va incrementando. También tiene una gran importancia, la alta incidencia de la diabetes y la depresión (según la OMS será la segunda causa de muerte en el mundo en el 2020⁸).

⁷ INEC, Nicaragua, Estimaciones y Proyecciones de Población, Período 1950-2050, Revisión marzo 2004.

⁸ [Http://www.sexovida.com/psiquiatría/oms.htm](http://www.sexovida.com/psiquiatría/oms.htm).

- El comportamiento de la fecundidad hasta recientemente, mujeres con muchos hijos teniéndolos muy seguido, desde muy jóvenes y hasta muy viejas.
- El aumento del número de personas en la pobreza⁹, en más de 80 mil, entre 1998 y el 2001, vuelve más vulnerable a la población a la incidencia o a la complicación de alguna discapacidad.
- Las limitaciones de cobertura y de nivel de resolución del sistema de salud, vuelven más difícil el manejo oportuno y adecuado de las enfermedades con alto potencial discapacitante. Un ejemplo de esto, son las enfermedades mentales y la diabetes.
- Asimismo, la insuficiente cobertura de los servicios de rehabilitación, principalmente en la zona rural, con altos factores predisponentes, hace que las complicaciones de la discapacidad, sean mayores.
- El bajo nivel educativo de la población en general para el manejo adecuado de las personas con discapacidad y por parte de ellas mismas, propicia que éstas tengan más dificultades en el ejercicio de su actividad y de su participación social, complicando los niveles de discapacidad.

2.8 DISTRIBUCIÓN Y PREVALENCIA DE LA DISCAPACIDAD EN NICARAGUA

Se estima que en el mundo el número de personas con discapacidad ha ascendido a 600 millones. En la ENDIS 2003, un 10,3 % de personas han declarado tener limitaciones en su actividad o restricciones en su participación, por lo tanto han sido catalogadas en esta investigación, como Personas Con Discapacidad. Los niveles encontrados, aunque son un límite inferior, por la parcialidad del fenómeno que se puede captar con el instrumento utilizado en la encuesta, se encuentran dentro del rango de lo estimado por los grupos de expertos internacionales.

Tal como se explico en el acápite 2.5, en la encuesta, habiendo utilizado como instrumento base, el WHO-DAS II, se investigan solamente a las personas, que presentan limitaciones de actividad y restricciones en la participación, declaradas por los mismos informantes. Para poder obtener con mayor precisión la magnitud de la discapacidad, tomando en cuenta todos sus componentes: daños en la estructura o funciones corporales o sean las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación, se debe conjugar la información proveniente de los registros continuos y de investigaciones de campo, como censos y encuestas:

- Estudios cuantitativos y cualitativos.
- Estudios de gabinete y de campo.

Distribución por Área de Residencia

En diferentes estudios, en el mundo, se ha observado que la prevalencia de la discapacidad es superior en el área rural. Probablemente todo esto puede estar ligado, a las más duras condiciones de vida y mayor profundización de la pobreza, la pobre educación en salud de la

⁹ INEC, MECOVI, Encuesta Nacional de Hogares sobre Medición del Nivel de Vida 1993,1998, 2001, Managua, Nicaragua, 2003.

población residente en esa zona, por la falta de difusión y también a las mayores dificultades de acceso a servicios de salud y de rehabilitación competentes.

Existe un ejemplo que pone en evidencia esta mayor vulnerabilidad, en el área rural y es la transición epidemiológica. A medida que avanza la transición epidemiológica, las desigualdades en materia de salud se hacen más patentes, sobre todo entre las enfermedades transmisibles, ocasionando lo que se ha llamado “la polarización epidemiológica”, con cambios más lentos en lo rural y en los grupos con menor educación.

Sin embargo, no se pueden obviar los problemas emergentes asociados a la urbanización como son los accidentes (principalmente los relacionados con vehículos a motor) y las enfermedades asociadas al alcohol y a las drogas, como las adicciones y violencias. Así como el mayor envejecimiento de la población en el área urbana, por un descenso más pronunciado de la fecundidad.

Cuadro 2.1 LA DISCAPACIDAD EN NICARAGUA

Prevalencia de la Discapacidad y Distribución porcentual de las Personas con Discapacidad, según área de residencia y departamento

Departamentos y Área de Residencia	Prevalencia %	Distribución Espacial %	N
Nicaragua	10.25	100.0	4876
Hombres	9.13	43.5	2120
Mujeres	11.31	56.5	2757
Urbano	10.43	56.1	2734
Hombres	8.76	22.1	1077
Mujeres	11.90	34.0	1657
Rural	10.07	43.9	2142
Hombres	9.50	21.4	1042
Mujeres	10.67	22.6	1100
Nueva Segovia	11.82	3.8	187
Jinotega	11.53	6.8	330
Madriz	11.49	3.1	154
Esteli	12.06	4.8	233
Chinandega	7.86	7.0	340
Leon	9.65	7.6	369
Matagalpa	11.34	10.1	493
Boaco	9.06	2.9	140
Managua	10.82	23.5	1147
Masaya	11.54	5.3	260
Chontales	8.84	2.7	134
Granada	11.03	2.0	97
Carazo	9.53	3.4	165
Rivas	11.53	3.4	166
Rio San Juan	7.95	1.7	84
RAAN	10.42	5.7	280
RAAS	8.11	6.2	300

La ENDIS 2003, arrojó una distribución de las personas con discapacidad por zona de residencia, bastante similar a la de la población total (56% en la urbano y 44% en la rural) y un nivel de prevalencia, aparentemente ligeramente superior en la zona urbana (10.4%) que en la zona rural (10.1%), tal como se refleja en el Cuadro 2.1. La estimación de los intervalos de confianza de estos niveles de prevalencia, para un riesgo de error del 5%, muestra que los valores son estadísticamente diferentes de cero, por lo tanto que son estadísticamente válidos, pero también muestra que son estadísticamente iguales, dado que los intervalos confianza de ambas proporciones, se interceptan (Ver Anexo 2).

2.9 DISTRIBUCIÓN Y PREVALENCIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR DEPARTAMENTO

La distribución espacial de las personas con discapacidad (PCD), según departamento, es también bastante similar al de la población total, con alguna que otra diferencia en los pesos relativos. La mayor proporción de personas con discapacidad, se ubica en el departamento de Managua, con el 24%, siguiéndole en importancia, el departamento de Matagalpa (10%), después siguen León (8%) y Chinandega y la RAAS, con un 7%, el resto de los departamentos tienen 6% o menos.

Prevalencia de la Discapacidad por Departamento

Según los porcentajes observados, la prevalencia de la discapacidad en los departamentos oscila entre un 8% y un 12% (ver Cuadro 2.1). Los valores encontrados difieren de cero, por lo tanto son estadísticamente significativos, pero muestran muy poca variación de la discapacidad, con muchos intervalos que se interceptan, o sea que el fenómeno, parece presentar un comportamiento bastante homogéneo en el territorio nacional. Con la intención de probar el grado de homogeneidad de la prevalencia de la discapacidad por departamento, se procedió a probar la homogeneidad o heterogeneidad estadística del nivel de prevalencia, entre cada uno de ellos, por medio de la estimación de la desviación estándar de su diferencia, siempre con un riesgo de error del 5%.

Los resultados encontrados, que se presentan a continuación, en una matriz, muestran que hay muchos traslapes entre los departamentos, identificándose, difícilmente grupos muy diferenciados, los unos de los otros. El análisis de la similitud o disimilitud estadística, en la prevalencia de los departamentos, permitió identificar 3 grupos diferentes de departamentos, más un grupo suplementario, constituido por Managua.

Los grupos identificados, son los siguientes:

1. **Grupo 1:** Los que tienen la más baja prevalencia: Chinandega (Chi), Río San Juan (RSJ), la Región Autónoma del Atlántico Sur (RS), Chontales (Cho) y Boaco (Bo).
2. **Grupo 2:** Los que tienen una prevalencia media: Carazo (Ca), León (Le), la Región Autónoma del Atlántico Norte (RN) y Granada (Gr).
3. **Grupo 3:** Los de más alta prevalencia: Matagalpa (Mt), Madriz (Mz), Jinotega (Ji), Rivas (Rv), Masaya (My), Nueva Segovia (NS) y Estela (Es).
4. **Managua** (Mn), que tiene similitud estadística con el grupo 2 y el grupo 3.

Gráfico 2.1 Disimilaridad estadística entre los departamentos y grupos de departamentos con similitud estadística

	Chi	RSJ	RS	Cho	Bo	Ca	Le	RN	Mn	Gr	Mt	Mz	Ji	Rv	My	NS	Es
Chi																	
RSJ																	
RS																	
Cho																	
Bo																	
Ca	+		+														
Le	+	+	+														
RN	+		+	+													
Mn	+	+	+		+	+	+										
Gr	+	+	+	+													
Mt	+	+	+	+	+	+	+										
Mz	+	+	+	+	+	+	+										
Ji	+	+	+	+	+	+	+										
Rv	+	+	+	+	+	+	+										
My	+	+	+	+	+	+	+										
NS	+	+	+		+	+	+										
Es	+	+			+	+	+	+									

+ : Disimilaridad Estadística

Gráfico 2.2 Disimilaridad estadística entre grupos de departamentos

	G1	G2	Mn	G3
G1				
G2	+			
Mn	+			
G3	+	+		

+ : Disimilaridad estadística.

Los departamentos integrantes de cada grupo, son semejantes entre sí, en la manifestación final del fenómeno, lo que no quiere decir que los valores intermedios, que llevaron a este nivel, sean semejantes. Efectivamente, en todos los grupos se encuentran departamentos con muy diferente ubicación geográfica, sean del Pacífico, Centro Norte o Centro o Atlántico; diferentes niveles de pobreza, diferentes grado de urbanización, diferente composición demográfica y diferente perfil epidemiológico.

Sobre la base de los estudios anteriores y experiencia clínica sobre el tema, se pueden identificar tres tipos de factores que pueden favorecer la mayor prevalencia de la discapacidad, por zona de residencia:

- Los que se encuentran más a menudo entre la población con residencia urbana.
- Los que se encuentran más relacionados con una residencia rural.
- Y los que se pueden encontrar en ambos.

Análisis multivariable de factores que podrían explicar los niveles altos o bajos de Prevalencia

En base al análisis de los indicadores más confiables (disponibles en el país) de los principales factores, que podrían explicar los niveles de prevalencia, se ha construido una base de indicadores externos (obtenidos, sea por registros continuos o por resultados de otras encuestas a nivel departamental), cuyo contenido básico, se describe a continuación. Con relación a:

- La estructura por sexo y edad de la población:
 - Relación de masculinidad, % de menores de 15 años y % de 65 años y más.
- Las debilidades para prevenir o diagnosticar la incidencia de enfermedades discapacitantes:
 - Morbilidad por asma, diabetes mellitus, enfermedades circulatorias, epilepsia, enfermedades reumáticas y traumatismos y envenenamientos.
- La incidencia de la discapacidad:
 - Morbilidad mal atendida de las causas enunciadas.
- Las complicaciones de la discapacidad:
 - La mortalidad por causas externas, enfermedades circulatorias, tumores.
- La falta o insuficiencia de acciones de rehabilitación:
 - La mortalidad por las causas mencionadas.
 - La cobertura de los servicios de rehabilitación.
- Las limitaciones de acceso a los servicios:
 - De la vivienda: Sin servicio higiénico, disposición inadecuada de la basura, fuente de agua apta para consumo humano inadecuada, difícil accesibilidad al agua, falta de tratamiento del agua.
- Las condiciones de vida discriminantes (que tiene también relación con lo anterior):
 - Población en extrema pobreza.
 - Grado de ruralidad.

Resultados del análisis multivariable

Los diferentes ensayos, con diferentes métodos de análisis multivariable de los indicadores seleccionados, como factores asociados o explicativos de la discapacidad, no permitieron llegar a ninguna conclusión:

- La prevalencia de la discapacidad presenta una pobre correlación (menor al 50%) con cualquiera de las otras variables.
- En el análisis de componentes principales, la prevalencia por departamento, no aparece, sino en un cuarto componente principal¹⁰, cuando ya se había explicado un 75% de la varianza total estimada (Ver Anexo 3).

2.10 ANÁLISIS EVALUATIVO SOBRE ALGUNOS ASPECTOS DE LA CONFIABILIDAD DE LOS DATOS

El fenómeno presenta entonces un comportamiento muy homogéneo y no se han podido encontrar factores asociados, entre los seleccionados, que puedan explicar los diferentes niveles observados a nivel departamental. Dado que este estudio, tiene como principal finalidad suministrar la información geográfica, lo más precisa posible, para permitir la focalización adecuada de las intervenciones en pro de la prevención o complicación de la discapacidad. Esta situación trae algunas inquietudes con respecto a:

- La representatividad de la muestra a nivel departamental, que no sea la adecuada, a causa de la eliminación de 96 segmentos de la muestra original, lo que podría estar incidiendo en la no-identificación de algún factor o algunos factores, que expliquen la homogeneidad y los niveles encontrados.
- La fidelidad de la declaración de los informantes, que no sea la esperada, debido a diferentes problemas, independientes del diseño y tamaño de la muestra.
- El concepto de discapacidad utilizado en la investigación, que no sea el adecuado, para poder identificar diferencias. Que el fenómeno sea efectivamente homogéneo debido al concepto utilizado, que se centra en las manifestaciones más tardías o en el segundo y tercer estado, de la discapacidad (limitaciones en la actividad y restricciones en la participación) y que en la mayoría de los casos afecte a todas las personas, independientemente de sus condiciones de vida.

¹⁰ “El análisis en componentes principales es una técnica estadística, que permite transformar un conjunto de variables ínter correlacionadas en otro conjunto de variables no correlacionadas, denominadas factores. Los factores son combinaciones lineales de las variables originales”. “En el procedimiento más usual (Hotelling), el primer componente principal que se extrae, es el que resume lo mejor posible la información contenida en la matriz de datos, original. Es decir, que es el que contribuye mejor a explicar la varianza total. El segundo componente principal es el que resume lo mejor posible la información restante, es decir el que aporta un máximo de la varianza residual resultante, siendo independiente del primero. La secuencia puede continuar extrayendo factores hasta explicar la varianza total.” Rafael Bisquerra Alzina “Introducción Conceptual al Análisis Multivariable. PpuU, Barcelona, España, 1989.

Evaluación de las repercusiones estadísticas en el diseño de la submuestra de la ENDIS 2003

Según los especialistas en muestreo, la ENDIS 2003 está basada en un diseño muestral complejo con niveles de estratificación y conglomerados, por esto su varianza y su raíz cuadrada (error estándar) de la estadística calculada, se efectúa con fórmulas especiales donde se toma en cuenta todos estos niveles de estratificación y conglomeración.

El cálculo de la varianza se realizó mediante el método de Linealización de la Serie de Taylor, para lo cual se elaboró el algoritmo de cálculo. De esta forma se toma el porcentaje como una razón de dos variables aleatorias numerador y denominador, el error estándar es la raíz cuadrada de esta varianza.

Según los resultados obtenidos, los errores estándar son pequeños y esto se puede corroborar con los errores relativos, debido a esto puede concluir que para el indicador de prevalencia de discapacidad en el ámbito nacional y por departamentos la estimación de la muestra es bastante precisa, según la escala en un rango de buena y aceptable (Ver Anexo 1).

Valoración sobre la fidelidad de la respuesta de los informantes

Dado que las “limitaciones identificadas” fueron de auto declaración por parte de los entrevistados, se pueden tener en los resultados, lo que se llaman “falsos positivos” o “falsos negativos”, tal como lo muestra el esquema siguiente. Es decir que no todos los entrevistados son personas con limitaciones reales, ni todas las personas sin entrevistar, no presentan limitaciones en la actividad o la participación. Esto ya constituye en sí una fuente de sesgo en los resultados, que es incontrolable.

SITUACION REAL DEL ENTREVISTADO	SEGÚN DECLARACION DEL ENTREVISTADO LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD O EN LA PARTICIPACION	
LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD O LA PARTICIPACION	SÍ	NO
SI	Correcto	Subestimación
NO	Sobreestimación	Correcto

Además, se estimó la calidad de la información, por medio de un índice construido a partir de tres parámetros, basadas en las variables “alertas” (o inconsistencias entre variables que no pudieron ser reparadas en la crítica manual):

- Presencia de alguna variable con inconsistencia en el cuestionario (64%).
- Cuestionario con dos o más variables con inconsistencias (25%).
- Promedio de más de una inconsistencia por variable en la entrevista (8%).

Veintisiete por ciento de las entrevistas presentaron un índice combinado deficiente. Este tipo de resultado podría considerarse que está revelando una mediana calidad en los datos, si no fuera por la naturaleza de la investigación, que tiene como objeto, entrevistar a personas, que por su misma condición tienden a contradecirse. Según los expertos del tema, el estado psicológico de las personas con discapacidad, puede prestarse a no tener una clara respuesta, porque sus

acciones pueden no responder completamente a sus intenciones o éstas pueden variar según el interlocutor y su estado de ánimo.

Un ejemplo de esto es la agresividad posiblemente mostrada por los adolescentes, que puede estar escondiendo temores y miedos (fundados o no), que teóricamente responden a una agresión externa y no a los sentimientos básicos de la persona.

Por lo tanto, se considera que las inconsistencias encontradas entre preguntas que tienen que ver con el estado anímico de la persona, pueden estar reflejando, su verdadero sentir.

Reflexiones sobre la aplicación del concepto para medir la discapacidad.

Como ya se dijo, anteriormente, el problema fundamental que se plantea, es que la prevalencia se presenta como un fenómeno muy homogéneo en todos los departamentos del país, aunque estos tengan situaciones muy diferentes, en desarrollo social y económico, comportamiento demográfico y perfil epidemiológico. Analizando la información existente, se llegó a la conclusión, de que esto podía estar relacionado, con el concepto de discapacidad, que se utiliza, ya que el fenómeno se analiza en sus manifestaciones de tercera (limitación de la actividad) y cuarta fase (restricción de la participación), a las que pueden haber llevado, causas de origen, muy diferente.

Este concepto fue adoptado especialmente para la Encuesta Nicaragüense para Personas con Discapacidad, porque pone de manifiesto las limitaciones del funcionamiento humano. El objetivo de esta investigación, es entonces, conocer las limitaciones de la actividad y de la participación social de la población con discapacidad, como grupo vulnerable y víctima de iniquidades.

Las últimas investigaciones sobre la discapacidad han llegado a la conclusión, de que la discapacidad no es solamente un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para propiciar una participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social.

Conclusión, si bien el concepto enfatiza en las manifestaciones tardías de la discapacidad, es también en estas manifestaciones, donde se han hecho menos intervenciones en pro de la equiparación de oportunidades de esta población, por lo tanto, es una información necesaria para los programas públicos.

