



FACULTAD PADRE OSSÓ



Universidad de Oviedo
Universidá d'Uviéu
University of Oviedo

Diseño de una herramienta de clasificación y valoración en cooperación internacional

Prototipo de conjunto básico según la
Clasificación Internacional del
Funcionamiento, de la Discapacidad y de la
Salud

Laura Solís Casado

DNI: 71896784A

Correo: laurasoliscasado@gmail.com

TRABAJO FIN DE GRADO

Tutor: Estíbaliz Jiménez Arberas

Mes y año de defensa: 06/2020

GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Índice

Resumen	1
Introducción.....	2
Material y métodos	13
<i>Protocolo de búsqueda</i>	<i>13</i>
<i>Criterios de elegibilidad</i>	<i>13</i>
<i>Bases de datos</i>	<i>14</i>
<i>Proceso de búsqueda</i>	<i>14</i>
<i>Selección de estudios</i>	<i>15</i>
<i>Proceso de recopilación de datos.....</i>	<i>15</i>
<i>Síntesis de resultados</i>	<i>17</i>
<i>Método Delphi</i>	<i>24</i>
<i>Población</i>	<i>25</i>
<i>Instrumento</i>	<i>25</i>
<i>Participantes</i>	<i>27</i>
<i>Procedimiento</i>	<i>28</i>
Resultados	29
<i>Análisis de información cuantitativa.....</i>	<i>29</i>
<i>Análisis de información cualitativa.....</i>	<i>31</i>
<i>Prototipo del conjunto básico</i>	<i>33</i>
Discusión	35
<i>Limitaciones de la investigación</i>	<i>38</i>
<i>Líneas futuras de investigación</i>	<i>38</i>
Conclusiones	39
Agradecimientos.....	40
Bibliografía.....	41
Anexos.....	49

Resumen

La cooperación internacional está caracterizada por la atención a un amplio número de personas, con diferentes orígenes, costumbres y factores involucrados en su estado de salud. Desde el recurso de la Facultad Padre Ossó en el que se ofrece asistencia de rehabilitación telemáticamente a los usuarios de un dispensario en Kalana, Mali, se detecta la necesidad de disponer de un registro de valoración rápido y aplicable a toda la población. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Salud y la Discapacidad (CIF) aporta este lenguaje universal mediante unas hojas de clasificación y evaluación llamadas conjuntos básicos. En el presente estudio, tras una revisión bibliográfica para conocer la forma de elaboración de un conjunto básico, se selecciona el método Delphi para la recopilación y el análisis de los datos necesarios para su creación. Nueve profesionales sociosanitarios vinculados al mundo de la cooperación internacional participan en la recopilación de esta información respondiendo a un cuestionario autoadministrado basado en las categorías de la CIF. Las respuestas obtenidas son organizadas para el análisis de sus datos cuantitativos y cualitativos, a partir de los que se seleccionan 87 categorías de la CIF con las que crear los conjuntos básicos de cooperación internacional. Finalmente, se forma un conjunto básico integral con 87 categorías y otro abreviado con 34.

Palabras clave: cooperación internacional, CIF, conjunto básico, terapia ocupacional

Introducción

Los seres humanos son seres ocupacionales (Chichaya, Joubert y McColl, 2019) cuyas actividades se ven enmarcadas en un contexto socioeconómico, político y cultural diferente en función del país en el cual nacen, crecen y se desarrollan como individuos (Di Napoli y Takao, 2018). Esta diversidad tiene tanto de positivo como de negativo, ya que indica, a su vez, un diferente acceso a los recursos del planeta, las posibilidades de desarrollo de las comunidades y el enfoque utilizado por los profesionales del ámbito sanitario para atender las condiciones de la población en el contexto en que se enmarcan (Barros y Galvani, 2016).

Fue en Estados Unidos, en 1949, cuando se formalizaron los términos “países en desarrollo” y “países subdesarrollados” (Lopes, 2018). Esto creaba la primera distinción clara entre unos países con más poder que otros, al ser estos los dueños de las principales industrias, quienes tenían acceso a los avances tecnológicos gracias a su capital económico y quienes, por ende, explotaban los recursos de aquellos lugares sin maquinaria adecuada cuyos ciudadanos vivían situaciones límites de supervivencia. Cuando se establecieron estos dos conceptos en Estados Unidos por Harry Truman, tal y como describe Lopes en su investigación del desarrollo poblacional local (2018), el criterio establecido era que los países en desarrollo contaban con un mayor progreso económico, político y cultural, lo que establecía una brecha de diferencia entre estos y los países subdesarrollados.

Partiendo de esta perspectiva de desigualdad socioeconómica y sanitaria, en 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. La finalidad de esta comisión era establecer un modelo de análisis de la salud que englobase todos los factores que en ella impactan, para generar políticas bajo este enfoque que protegiesen y promoviesen una atención sanitaria justa para todos. Tamayo, Beosaín y Rebolledo (2017) destacan, de la estructura de este modelo, la interrelación que se da entre los factores que lo constituyen: si uno es modificado, afecta a los demás escalones de la pirámide, impactando sobre la salud del individuo.

Tal y como reflexionan Pupo, Hernández y Presno (2017) acerca de la estructuración de los determinantes sociales de la salud, la OMS crea un marco en el que se recopilan todas las condiciones entorno a las cuales los seres humanos llegan al mundo, se desarrollan en el mismo y alcanzan su etapa adulta. Estas condiciones

se organizan siguiendo un orden jerárquico en el que se destacan tres bloques esenciales (Hernández, Ocampo, Ríos y Calderón, 2017):

- Determinante estructural: incluye el contexto social, político, económico y cultural, así como el rol que ocupa el individuo en la comunidad.
- Determinante intermedio: incluye la familia, el ambiente escolar y laboral, visto desde la perspectiva de las condiciones materiales.
- Determinante proximal: incluye aspectos que solo impactan en el individuo, como la comorbilidad de enfermedades, la edad, sexo, etnia o la predisposición genética a sufrir ciertas patologías.

La ocupación humana guarda un lugar esencial dentro de esta pirámide, viéndose enmarcada en ese contexto social, político, económico y cultural fundamental para la salud (Wenger, 2008). Galheigo, Pellegrini, Magalhães y Kinsella (2011) recogen este testimonio junto a la necesidad de que los profesionales deben afrontar desde una perspectiva comunitaria las necesidades y expectativas esperadas por los usuarios que atienden, valorando la forma en que el entorno, los contextos y el acceso a las actividades influyen en el desempeño ocupacional. Y esto se debe a que la ocupación está influenciada por los 3 niveles de determinantes de la salud descritos.

Dado que la ocupación es un pilar fundamental del funcionamiento humano y social, se crea el Marco de la Justicia Ocupacional como un estudio de las situaciones de desigualdad que generan injusticias ocupacionales. Todas las personas tenemos unos derechos ocupacionales esenciales, y estas injusticias no se expresan únicamente según la restricción en la participación, sino también en la capacidad para tomar decisiones sobre las actividades en las cuales el individuo se involucra, la elección de actividades significativas o la caracterización de roles plenos y satisfactorios para la persona.

La Terapia Ocupacional, definida por la Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales, es una disciplina sociosanitaria cuyo fin último es recuperar, mantener o retrasar la pérdida de la independencia funcional y la autonomía personal, mediante las actividades de autocuidado, ocio y trabajo:

“La contribución que define la terapia ocupacional es la aplicación de valores centrales, conocimiento y habilidades para ayudar a los clientes a comprometerse con las ocupaciones que ellos quieren y necesitan hacer, de forma que apoyen la salud y la participación.”

(AOTA, 2008, p. 4).

Laliberte (2018) destaca en su estudio acerca de la ciencia ocupacional el panorama actual dentro de la Terapia Ocupacional, el cual precisa una revolución que colabore en fortalecer el valor de la ocupación como herramienta de cambio social que palie las injusticias ocupacionales. Esto requiere romper con las barreras acerca de la conceptualización actual de la ocupación y dar la vuelta a la atención profesional ofrecida. La idea expresada sigue las líneas de actuación de las que Galheigo habló en la Conferencia de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales en 2011: “el principal reto al que ahora se enfrenta la Terapia Ocupacional es superar las fronteras físicas y del lenguaje, para lograr un justo acceso a la ocupación de todas las comunidades, que sea defendido tanto por los estudiantes como los profesionales de la disciplina.”

Ann Wilcock y Elizabeth Townsend (2006) fueron las primeras en analizar el impacto de la situación sociopolítica de las comunidades en la salud poblacional, desde el marco de la justicia ocupacional. Ambas autoras, en 2004, determinaron que las injusticias ocupacionales no son excluyentes unas de otras y un colectivo o individuo puede experimentar varias al mismo tiempo.

La construcción de estas teorías lleva la práctica clínica de la Terapia Ocupacional hacia una visión social, comunitaria, con una perspectiva global que no analiza únicamente el individuo, ya que este está inmerso dentro de un contexto del que no puede ser separado. La disciplina tiene que perseguir la inclusión de todos los miembros de la comunidad, potenciando las diferencias y habilidades personales y restando importancia a las carencias o debilidades (Townsend, 1993). La diversidad social es enriquecedora, del mismo modo que la biodiversidad para el medioambiente, y uno de los mayores retos de los profesionales de esta disciplina es no ignorar el contexto cultural que rodea a los usuarios a la otra de plantear las intervenciones (Zango, 2006).

La Terapia Ocupacional puede ser, por tanto, la pieza que colabore, mediante la cooperación internacional, a incrementar las condiciones sanitarias y el acceso a la ocupación de las personas con discapacidad presentes en las poblaciones africanas; siempre y cuando respete su forma de vida, de ejecutar las actividades, sus valores y creencias (Joubertet et al, 2006). Como profesionales sociosanitarios, los practicantes de la disciplina tienen un compromiso ético que les requiere involucrarse en las situaciones de injusticia ocupacional presentes en las comunidades, sin importar el

lugar de procedencia, pero protegiendo y valorando de la manera correspondiente la influencia del contexto cultural (Galheigo, 2011).

A ello se le suma la carta publicada por la World Federation of Occupational Therapists (WFOT) en 2018, estableciendo la postura de los terapeutas ocupacionales en la defensa de los derechos humanos de individuos y colectivos poblacionales. En ella se retoman los términos de justicia ocupacional desglosados anteriormente, estableciendo que “todas las personas tienen derecho a participar en las ocupaciones que necesitan para sobrevivir, que son significativas y contribuyen a su bienestar”. También se habla de los derechos ocupacionales, los cuales para ser correctamente defendidos el profesional debe, previamente, conocer las capacidades, fortalezas y oportunidades de cada individuo o comunidad (WFOT, 2018).

La ocupación, principal herramienta de trabajo de los terapeutas ocupacionales, ocupa un lugar central en un modelo revolucionario de estudio del impacto de la discapacidad: la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) creado por la Organización Mundial de la Salud (2001). Esta herramienta relaciona las dimensiones que pueden impactar en la salud de los individuos, estableciendo un lenguaje que puede ser utilizado por todos los profesionales sanitarios, en cualquier punto del planeta y para cualquier contexto sociocultural, de manera tal que facilite la comprensión de la situación de las personas con discapacidad.

Se trata de un modelo biopsicosocial que observa la discapacidad como un proceso dinámico: en la condición de salud no solo influye la presencia o ausencia de enfermedad – fallo o ausencia en las funciones o estructuras corporales -, sino también una limitación en la participación y la ejecución de las actividades, o los factores contextuales y personales de cada uno (ver figura 1).

Esta perspectiva es, en esencia, la misma con la que se nutrieron las bases de la terapia ocupacional explicadas con anterioridad. Con ello se deja atrás el modelo médico tradicional bajo el cual se analizaba la discapacidad. Sin olvidar la influencia de la presencia de enfermedad y la valoración puramente clínica, este enfoque se nutre del modelo social, el cual dice que la salud de las personas está condicionada por la sociedad, la situación política del país, el entorno social e incluso los factores físicos naturales.

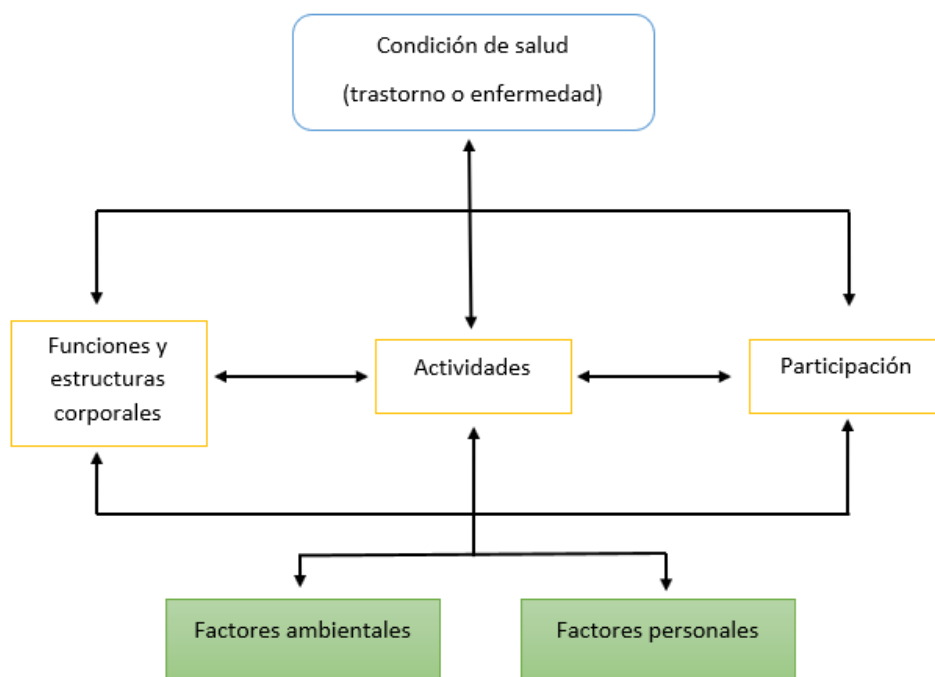


Figura 1. Esquema del marco teórico de la CIF (tomado de OMS, 2001).

La CIF (OMS, 2001) constituye un potente marco teórico que puede ser empleado para la construcción de un protocolo de evaluación que recoja una visión analítica, objetiva, crítica y completa de la amplia variedad de caras con la cual puede presentarse la discapacidad en los individuos. Esta ya ha sido empleada por multitud de autores para el estudio de la discapacidad, como por ejemplo, la relación entre la interacción con el entorno y la salud (Layton y Steel, 2015), para facilitar la evaluación y la claridad en las líneas de intervención de enfermedades respiratorias (Vitacca et al, 2019) o para la creación de hojas de registro de clasificación y valoración para enfermedades mentales graves como la depresión, esquizofrenia o trastorno bipolar (Guilera et al, 2020).

Como Guilera y compañeros (2020) determinan en su estudio de la creación de un registro de evaluación para personas con enfermedad mental siguiendo como modelo la CIF (OMS, 2001), esta está conformada por tantas categorías, en concreto 1400, que hace imposible emplearlo en la práctica sanitaria diaria. Por ello, la generación de hojas breves de clasificación y evaluación, llamadas conjuntos básicos, facilita la aplicación de la CIF mediante la agrupación de las categorías que se ven afectadas en una patología específica, excluyendo aquellas a las que la enfermedad no altera o no son relevantes (Umut et al, 2019). Existen dos tipos de conjuntos básicos: los

abreviados, de rápida aplicación, o los integrales, los cuales incluyen los ítems de manera más desglosada y específica.

Múltiples profesionales han participado en estudios para la creación de estos conjuntos básicos, en especial aquellos vinculados al ámbito de la salud. Entre ellos se encuentran médicos (Gebhardt et al, 2010), psiquiatras (Nuño et al, 2018), fisioterapeutas (Narciso et al, 2018), psicólogos (Nuño et al, 2019) y terapeutas ocupacionales (Raji et al, 2019). Dependiendo del objetivo de cada estudio, se puede optar por un equipo multiprofesional como el descrito en la investigación de Mäenpää y compañeros (2016) en el que se crea un prototipo de conjunto básico para la clasificación de la condición de salud de niños con parálisis cerebral infantil, incluyendo el siguiente equipo multidisciplinar: neuropediatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales y oftalmólogos/as.

La representación y participación de la figura del terapeuta ocupacional en estas investigaciones es cada vez mayor. Un claro ejemplo se aprecia en los siguientes artículos destacados: la validación del contenido del conjunto básico de la CIF para la clasificación y evaluación de personas que han sufrido un ictus desde la perspectiva de la terapia ocupacional (Glässel et al, 2010), el análisis de las categorías de la CIF afectadas en usuarios con dedo martillo, diseñado por 3 terapeutas ocupacionales (Valdes, Naughton y Algar, 2016) o la inclusión de esta figura profesional para recopilar la perspectiva clínica para la selección de las categorías de la CIF que incluir en el conjunto básico de evaluación de personas con esquizofrenia (Gómez-Benito et al, 2017).

Los 3 artículos seleccionados son solo una pequeña representación del vínculo entre la terapia ocupacional y el empleo de la CIF en la práctica clínica. Esta disciplina sociosanitaria puede aportar una visión enriquecedora a los conjuntos básicos creados gracias a su modo de analizar las capacidades y el estado físico, psicológico y funcional de los usuarios, así como del entorno que les rodea. Analizando las bases teóricas se encuentran semejanzas entre los aspectos que la CIF (OMS, 2001) y los terapeutas ocupacionales observan en las personas: comparando las categorías de valoración que incluye un conjunto básico basado y aquellos aspectos que deben ser evaluados en un usuario según el marco de la AOTA (2008), las coincidencias explican el claro vínculo entre ambos mundos (ver tabla 1).

Tabla 1. *Comparación entre categorías de la CIF (OMS, 2001) y bases de la AOTA (2008) (tabla de elaboración propia).*

Categorías de la CIF	Bases AOTA
Actividad	Ocupación
Participación	Desempeño ocupacional
Funciones y estructuras corporales	Funciones y estructuras corporales
Factores ambientales	Entorno
Factores personales	Contexto

Analizando con estos enfoques la situación de los países subdesarrollados, caracterizados por conflictos sociales y políticos, escasez de recursos materiales y económicos y alta prevalencia de enfermedades contagiosas, se puede concretar que la población de estas zonas no está disfrutando plenamente de sus ocupaciones ni de su condición de salud, sino que esta está deteriorada desde múltiples frentes. El impacto de esta situación deriva hacia el escenario actual, en el cual nace la idea de la “cooperación al desarrollo”, como una forma de luchar contra las injusticias vividas por las poblaciones hasta ahora consideradas “subdesarrolladas”, trabajando de manera conjunta con comunidades desfavorecidas bajo un enfoque que proteja y defienda los derechos humanos de las personas que forman parte de ellas (Álvarez, 2012).

La definición primigenia de cooperación se contemplaba como un grupo de acciones llevadas a cabo por organismos, públicos o privados, de los países con mayor nivel socio-económico para equilibrar la velocidad de progreso entre ellos y los países con menores recursos (De la Rosa, Contreras y Hernández, 2017). En la actualidad, la visión de la cooperación al desarrollo se ha dividido en diferentes movimientos (Sanahuja y Tezanos, 2019), como la cooperación Norte-Sur o la cooperación Sur-Sur.

La cooperación Norte-Sur es aquella que se da de los países desarrollados hacia los países en proceso de desarrollo. El criterio para seleccionar estos países depende únicamente de la renta per cápita, la cual el Banco Mundial se encarga de calcular y generar una lista de países que pueden acceder a esta “Ayuda al Desarrollo”. Este

modelo coincide con una idea paternalista, en la cual las grandes potencias tienen la función de ceder recursos a las pequeñas potencias para posibilitar su crecimiento (Ojeda, 2016). En contraposición a esta perspectiva, nace la cooperación Sur-Sur, la cual Ojeda (2016) define como un modelo de cooperación que va más allá de la zona geográfica y el valor económico, fundamentada en procesos de diálogo y colaboración mutua, en la que los donantes son otros países en proceso de desarrollo.

Kalana, un pequeño pueblo situado en la República de Mali, perteneciente a África Occidental, es un ejemplo de comunidad en la se empiezan a llevar a cabo procesos de cooperación Norte-Sur bajo un programa creado por Medicus Mundi en colaboración con profesores y estudiantes de Terapia Ocupacional de la Facultad Padre Ossó. Los bajos recursos económicos de la población, además de incidir en la esperanza de vida, la educación o el desarrollo tecnológico del lugar, afectan especialmente al sector sanitario, desprotegiendo en especial a las personas con discapacidades. Según Sherry (2015), aunque en algunas partes del continente africano, como Sudáfrica, se intentó implementar un sistema primario de atención sanitaria, este se encontró como diversas limitaciones: la dificultad de traslado de los usuarios hasta el centro médico, pues gran parte de ellos pertenecen a zonas rurales y aldeas, o el escaso número de profesionales cualificados frente a la alta demanda del servicio.

Esta situación afecta a todo el campo sanitario, desde la atención primaria hasta el estado de las estructuras hospitalarias o los intentos de implementación de planes de atención sanitaria que mejoren la calidad de vida comunitaria (Lleketseng, Lizahn y Gubela, 2017). Además, Duncan y Watson (2009) determinaron que existe una fuerte correlación entre la situación de pobreza y la presencia de discapacidad en los sujetos de la población, lo que agrava la situación sanitaria en estos países. Pero con diferencia, el departamento que más afectado se ve es el de la rehabilitación (Agho y John, 2017), debido a la falta de adquisición de los materiales adecuados para llevar a cabo el tratamiento y a la escasez de profesionales locales, puesto que un alto porcentaje de ellos migran a otros países con mayores recursos. Las debilidades en ese campo conducen a destacar el sector de la población que más sufre el impacto de estas carencias: el colectivo de las personas con discapacidad (Bowley et al., 2018).

El 5 de mayo de 2008 tuvo lugar la Convención de las Naciones Unidas para la Defensa de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Njelesani, Siegel y Ullrich (2018) reflexionan sobre los cambios sociales que esta convención supuso, ya

que fue la imagen del incremento de la conciencia social a nivel mundial hacia los derechos de las personas de este colectivo. El tratado generó cambios políticos, sociales y culturales en multitud de países, fomentando el respeto hacia las personas con discapacidad, defendiendo su autonomía personal, libertad, integridad y participación equitativa y significativa en la comunidad (Njelesani, Siegel y Ullrich, 2018). Según Bowley (2018), esta convención supuso alcanzar la igualdad en el disfrute de los derechos humanos por parte de todos los individuos de la sociedad, independientemente de sus capacidades. Mali figura entre uno de los países que firmó el tratado y, además, está ratificado en la actualidad.

Pese a estos avances, aún en la actualidad el colectivo sufre un rechazo por parte de la sociedad, discriminación y desplazamiento. Este rechazo por parte de la comunidad se realza en los países africanos, en gran medida debido al desconocimiento de las condiciones que producen una discapacidad en los individuos. Esto provoca, según el análisis de Naidoo, Van Wyk y Joubert (2017), un incremento de las barreras físicas y sociales que impiden una adecuada participación en la actividad de las personas con discapacidad. Coincide con la definición de apartheid ocupacional, definida por Muñiz (2011) como una segregación de grupos sociales impidiendo su participación en ocupaciones dignas y significativas por motivos de raza, color, creencias, orientación sexual o discapacidad, entre muchos otros. Frank Kronenberg fue, entre otros autores, uno de los pioneros en hablar de este término junto a las injusticias ocupacionales y la vulneración de los derechos ocupacionales y humanos que esto conlleva.

Las injusticias ocupacionales se dan dentro de un entorno de apartheid ocupacional, siendo complementarias una de la otra (Muñiz, 2011). La injusticia ocupacional se da cuando la participación en las ocupaciones es limitada o disminuida de cualquier modo, pero no se excluye al grupo social por completo, como sí sucede en el apartheid ocupacional.

El desconocimiento y las restricciones se extiende hasta los profesionales sanitarios a los que tienen acceso las personas con discapacidad de los pueblos africanos. Esto afecta a los procesos de evaluación de sus condiciones; en el dispensario de Kalana, no existen protocolos generales de valoración útiles, rápidos y funcionales que ayuden a la sencilla comprensión de la situación de discapacidad de un usuario. Una inadecuada evaluación conlleva un tratamiento ineficaz. Es por ello importante, tal y como dicen Millum et al. (2019), investigar las situaciones

experimentadas en un plano social, físico y médico por parte de los colectivos discriminados, para reducir el estigma social y mejorar la atención recibida.

Lograr una mayor comprensión en este ámbito otorgará herramientas a los profesionales sanitarios cumplir con los valores éticos establecidos en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986), entre los cuales figura la educación, el acceso a recursos y alimentación, la paz y la concienciación acerca del valor de la actividad en la vida diaria. Especialmente, se debe prestar atención a estas condiciones en población con bajos recursos o en riesgo de exclusión social (Eméric, 2010). Para ello, la CIF (OMS, 2001) representa un modelo unificado de la salud que aporta una visión holística de los individuos y las poblaciones, compartida por la filosofía de la Terapia Ocupacional. Esta disciplina ha demostrado su impacto positivo en las ocupaciones y la calidad de vida de las personas, pero aún falta investigación para demostrar su potencial como herramienta transformadora de las sociedades marginadas (WFOT, 2018). Además, el hecho de que la CIF (OMS, 2001) considere la participación en la actividad un factor condicionante para el estado de bienestar y salud óptima, viene determinado por la demostración de que aquello que un ser humano hace en el mundo tiene una repercusión en su estado de salud global y en el entorno que le rodea (Dickie, Cutchin, Humphry, 2006).

Aunque pueden existir barreras físicas que impidan la aplicación de estos modelos en el terreno en primera persona, gracias a la tecnología existen alternativas mediante las cuales se pueden hacer llegar las intervenciones a lugares de difícil acceso debido al panorama político actual (Townsend et al., 2015). La teleasistencia es un método de atención sanitaria a distancia, posible gracias a la creación de interfaces en ordenadores y otros dispositivos tecnológicos. Es una herramienta de bajo coste económico, una forma segura de compartir información entre profesionales, o entre usuarios y profesionales, de manera rápida.

El uso de las nuevas tecnologías para realizar valoraciones e intervenciones a distancia ha sido puesto a prueba en diversos estudios procedentes de gran variedad de países y colectivos, de mayores o menores recursos económicos, y en ellos se han obtenido buenos resultados en cuanto a la satisfacción de los profesionales y los usuarios (Worboys, Brassington, Ward y Cornwell, 2017). Además, empleando este método y disminuyendo la carga de trabajo sufrida por el profesional sanitario, se otorga al usuario el carácter de elemento activo en su proceso de rehabilitación, lo que

le da una gran responsabilidad y aumenta la adherencia al tratamiento establecido (Nalder, Marziali, Dawson y Murphy, 2018).

Esta asistencia online puede aumentar la presencia de recursos humanos en poblaciones de bajos recursos económicos y sanitarios, como son los pueblos y aldeas africanas (Lleketseng, Lizahn y Gubela, 2017). Se trataría de una nueva forma de cooperación, que posibilita al profesional sanitario llegar allí donde las barreras físicas se lo impiden, ya sea por cuestiones sanitarias, políticas o situaciones de conflicto social en el país destinatario de la ayuda (Eaton et al, 2017).

Aunque la evidencia científica sobre los beneficios de unir la teleasistencia con el mundo de la cooperación al desarrollo es aún escasa, nada indica que ello vaya a tener un impacto negativo. Al contrario: es un método, una vía, para cumplir con la responsabilidad profesional de involucrarse en que la asistencia sanitaria, la educación y la protección social llegue, poco a poco y de manera igualitaria, a todos los seres humanos (Galheigo, 2011). Como dice Galheigo (2011), no solo este compromiso se nos atañe por ser terapeutas ocupacionales, sino por ser humanos: somos responsables de nuestros propios actos y de como estos influyen en los demás, en una relación mutua, en la que es necesario respetar el estilo de vida de los otros y trabajar en conjunto contra las injusticias ocupacionales.

Encontrado el vínculo entre los elementos definidos a lo largo de esta introducción y centrándose en la población con discapacidad de Kalana, ese pequeño pueblo en Mali, que acude a un dispensario con escasos recursos sanitarios humanos y materiales, el objetivo de esta investigación es crear un conjunto básico siguiendo las líneas de la CIF (OMS, 2001) destinado a la población atendida mediante la cooperación internacional, el cual facilite la clasificación de los componentes afectados más frecuentes y la valoración inicial general para los nuevos usuarios que lleguen al dispensario, así como la obtención, clasificación y análisis de los datos por parte del grupo de estudiantes de Terapia Ocupacional y profesionales sanitarios que colaboran en el planteamiento de la intervención a distancia de los perfiles recibidos.

Este conjunto básico u hoja de registro será, en un inicio, un prototipo que comenzar a utilizar desde este recurso para apoyar la necesidad detectada, pero con vistas a su futuro completo desarrollo para oficializar la herramienta y que, de este modo, todos los profesionales sujetos al ámbito de la cooperación internacional puedan hacer uso de ella en su práctica clínica.

Material y métodos

Dadas las características del trabajo se selecciona el estudio cualitativo de tipo descriptivo como mejor método para alcanzar el objetivo fijado en el apartado anterior. En concreto, se trata de un diseño de investigación-acción, ya que a partir de una revisión bibliográfica se extrae información para crear una guía de actuación con la cual obtener los resultados esperados de la investigación.

Protocolo de búsqueda

La revisión sistemática de artículos es realizada siguiendo las pautas de Prisma Statement (The PRISMA Group, 2009), el cual cuenta con un protocolo a seguir paso a paso para el desarrollo de un trabajo de investigación, conocido como PRISMA Checklist (anexo 1). A su vez, incluye un diagrama de flujo para organizar la recopilación de artículos durante la búsqueda bibliográfica, asegurando que esta selección cumple con un proceso detallado de análisis y con los criterios de elegibilidad marcados en el estudio.

El PRISMA Checklist y su diagrama de flujo fueron publicados en 2009, puestos en manos de la comunidad científica, y ambos pueden consultarse en su página oficial www.prisma-statement.org . Estos documentos se encuentran presentes en idioma inglés, por lo que para su adición en el trabajo ambos han sido traducidos por la investigadora.

Criterios de elegibilidad

Los descriptores seleccionados fueron “ICF”/”CIF”, “core set”/”conjunto básico” y “discapacidad”/”disability”, junto con el operador booleano “y”/”and”, para que los buscadores encontrasen artículos que incluyesen, a la vez, los 3 términos solicitados. Los criterios de inclusión para la selección de los artículos se desglosan a continuación:

1. Artículos científicos en los que se utiliza la CIF para analizar la situación funcional de la población de estudio.
2. Artículos publicados desde 2016 hasta 2020.
3. Artículos cuyo estudio haya sido aplicado a la población y/o teorizado.
4. Artículos con acceso gratuito al texto completo desde la red personal y la red universitaria de la Universidad de Oviedo.
5. Artículos publicados en revistas científicas.

A su vez, en coordinación con los 5 puntos expuestos, los criterios de exclusión son los siguientes:

1. Artículos cuyos sujetos de estudios no hayan sido humanos.
2. Artículos en otro idioma diferente al inglés y el castellano.
3. Información procedente de libros, trabajos fin de grado, trabajos fin de máster u otros materiales similares.
4. Artículos en los que no se utiliza la CIF para la creación y/o validación de conjuntos básicos.
5. Artículos en los que no se utiliza la CIF para la clasificación y valoración de las características de la población de estudio.

Bases de datos

Se realiza una búsqueda bibliográfica para conocer en profundidad como los profesionales sanitarios han empleado durante los últimos 4 años la CIF para crear herramientas, como los conjuntos básicos, que agilicen los procesos de clasificación y valoración de usuarios con determinadas patologías generando, a su vez, un lenguaje sanitario universal pudiendo ser el instrumento empleado en diversos tipos de población y analizado por profesionales de distintas culturas.

Esta búsqueda es llevada a cabo durante los meses de diciembre de 2019, enero y febrero de 2020, utilizando las siguientes bases de datos: Pubmed, Google Académico, OTSeeker, Psycinfo, Science Direct y Dialnet. Se contemplan en un inicio otras bases de datos que recopilan información vinculada al mundo de la Terapia Ocupacional, pero son descartadas tras una primera búsqueda en la que no se obtienen resultados favorables. Del mismo modo, los artículos extraídos de la búsqueda en OTSeeker y Science Direct finalmente deben ser descartados tras no cumplir los criterios de inclusión especificados. En concreto, se encuentran artículos cuya fecha de publicación es inferior al año 2016.

Proceso de búsqueda

Se emplea un protocolo para realizar el proceso de búsqueda del mismo modo en las diferentes bases de datos mencionadas con anterioridad. Este protocolo se divide en los siguientes pasos:

1. Introducción en el buscador de la base de datos de los descriptores seleccionados junto con el operador booleando utilizado: “CIF/ICF” and/y “core set”/“conjunto básico” and/y “discapacidad/disability”.
2. Aplicación del límite de años de publicación: entre 2016 y 2020.
3. Restringir la búsqueda a artículos solo en español e inglés.
4. Artículos de investigaciones realizadas con población humana
5. Restringir la búsqueda a aquellos artículos de acceso completo gratuito.
6. Selección de los artículos resultantes mediante lectura del título.
7. Selección de los artículos resultantes mediante lectura del resumen.
8. Lectura completa de artículos.

Selección de estudios

Siguiendo los criterios explicados y el proceso de búsqueda, finalmente los artículos identificados se reducen a un número de 202 artículos que, tras un proceso de selección mediante lectura de título, se queda en 65. Este número de artículos pasa por una segunda fase en la cual el contenido de estos es analizado en su totalidad, tras lo que se excluyen 12 artículos por ser repetidos o no cumplir criterios de exclusión de lenguaje.

Son 53 artículos los incluidos en la revisión bibliográfica para el avance de la investigación, de los que 22 tratan sobre la creación o validación de conjuntos básicos para diversas patologías en diferentes poblaciones de estudio. De estos se extraen las líneas a seguir para la creación de un conjunto básico, siguiendo el método Delphi, destinado a la valoración de la población atendida desde el ámbito de la cooperación internacional. Como es el caso de los usuarios que acuden al dispensario de Kalana, Mali. Este proceso es organizado bajo las indicaciones del diagrama de flujo de PRISMA (2009), mostrado en la figura 2 (ver figura 2).

Proceso de recopilación de datos

De los 53 artículos que son analizados de manera cualitativa, 23 de ellos son seleccionados para un análisis de mayor profundidad basado en una lectura completa. El motivo de esta selección es que estos estudios se basan en el método Delphi para la validación o creación de conjuntos básicos de la CIF, ya sea en una o varias de sus fases. La información extraída sirve para la comprensión del método Delphi, el proceso a seguir para crear un conjunto básico y los caminos a tomar para diseñar la herramienta deseada en este estudio.



PRISMA 2009 Diagrama de Flujo

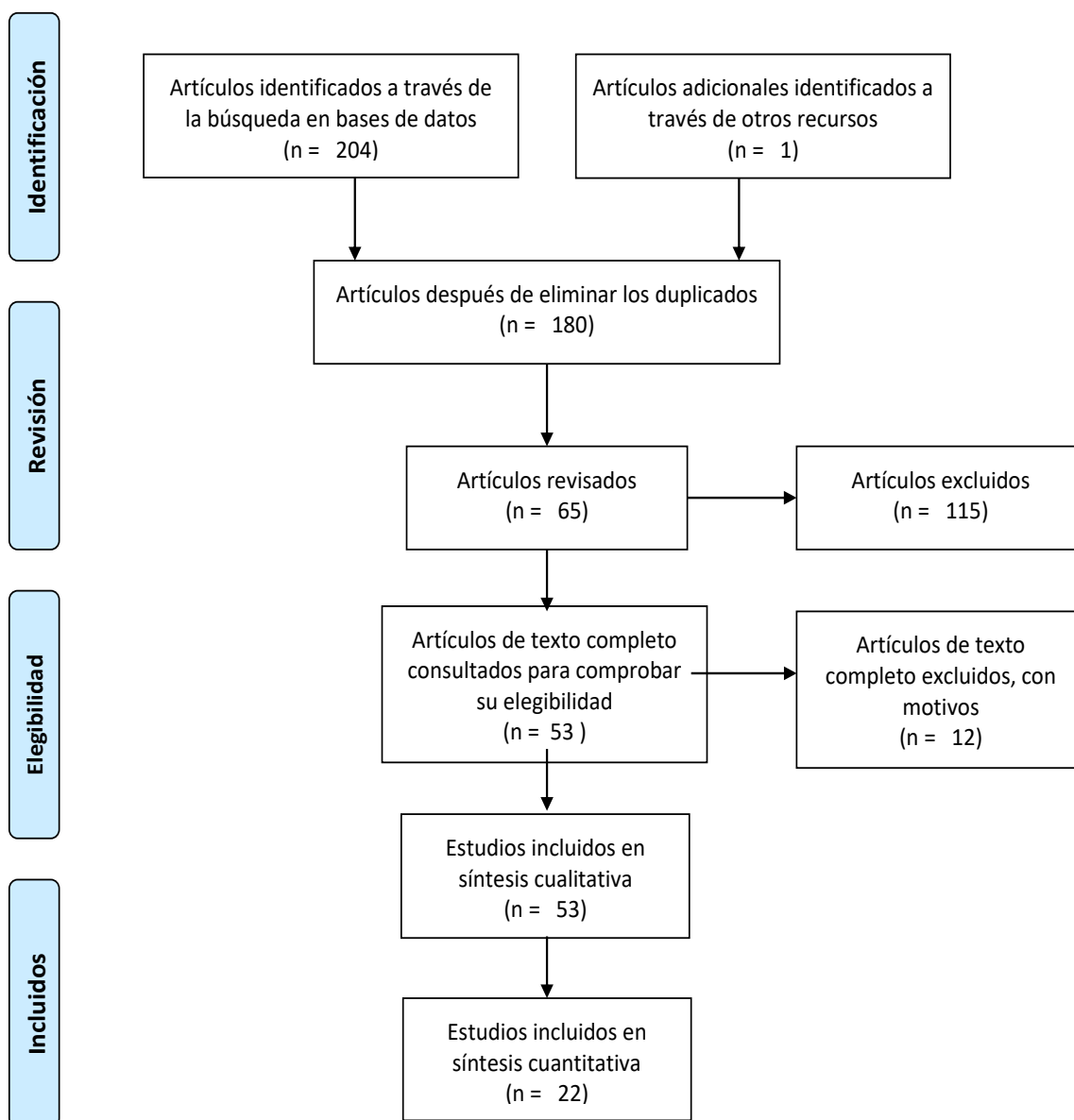


Figura 2. Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica (tomado de Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097).

Síntesis de resultados

Tabla 2. Artículos seleccionados en la revisión bibliográfica.

Artículo	Diseño	Participantes	Instrumento	Resultados	Conclusiones
The development of and ICF-based questionnaire for patients with chronic conditions in primary care (Postma, S. et al, 2018)	Método Delphi	Grupo multidisciplinar de expertos.	Cuestionario basado en la CIF para la evaluación de las condiciones de salud de pacientes en atención primaria.	Los expertos seleccionan las categorías de la CIF aplicables a esta población comparando con otras herramientas ya disponible, reduciendo a un total de 52 categorías. Se construye una herramienta provisional de la prueba.	Tras aplicar la prueba para valorar el estado de los usuarios después de la intervención, se describe una mejoría en 11 categorías de la CIF para todas las personas, mostrando la sensibilidad de la CIF para este objetivo.
Understanding the functionality of people concerned by Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) under the perspective and validation of the Comprehensive ICF core set (Henrique, C., Rezende, M., Gonçalves, A. y Malezan, T., 2019)	Estudio descriptivo observacional	21 personas afectadas por enfermedad obstructiva pulmonar crónica.	Entrevista acerca de la enfermedad y el impacto en su situación funcional.	Las respuestas se transcriben para detectar las categorías de la CIF que mejor representan el estado funcional y de salud de estas personas, seleccionando aquellas que formarán parte del conjunto básico.	Se crea un prototipo del conjunto básico para la clasificación y valoración de la enfermedad obstructiva pulmonar crónica.

Validation of the ICF core sets for schizophrenia from the perspective of psychiatrists: and international Delphi study (Nuño, L. et al, 2018)	Método Delphi	303 psiquiatras de 63 países.	Cuestionario incluyendo las categorías de la CIF.	Los profesionales puntúan las categorías de la CIF más representativas de las personas con esquizofrenia. Se seleccionan un total de 87 categorías ya incluidas en las 97 que forman el conjunto básico integral.	Se determina que este conforma una herramienta adecuada y potente de valoración de la población objetivo.
Identification of relevant categories for inpatient physical therapy care using the ICF: a brazilian survey (Narciso, L. et al, 2018)	Método Delphi	77 fisioterapeutas.	Cuestionario para detectar las categorías de la CIF.	Tras analizar las respuestas, se detectan 39 categorías de la CIF para personas ingresadas en unidades de agudos y 53 para aquellos post-agudos.	Creación del prototipo de conjunto básico abreviado para la evaluación de pacientes agudos y post-agudos de un hospital brasileño.
Functioning in schizophrenia from the perspective of psychologists: a worldwide study (Nuño, L. et al, 2019)	Método Delphi.	175 psicólogos procedentes de 46 países. Participan 137 en las respuestas finales.	Cuestionario para identificar las categorías de la CIF que mejor representan el impacto de la patología.	Se comparan las repuestas con el conjunto básico ya existente de clasificación de la esquizofrenia. Analizando los resultados se detectan 73 categorías presentes en el conjunto básico y únicamente 3 no incluidas.	Validación a nivel mundial del conjunto básico integral para clasificación y evaluación de la esquizofrenia.

Multiprofessional evaluation in clinical practice: establishing a core set of outcome measures for children with cerebral palsy (Mäenpää, H. et al, 2016)	Método Delphi	21 profesionales y 269 familias finlandesas.	Revisión bibliográfica y análisis de herramientas de valoración.	Proceso de 4 fases que incluyen la revisión bibliográfica vinculando la CIF con la patología, la práctica clínica utilizando 2 herramientas de valoración ya existentes, y por último la comparación con las categorías de la CIF y su selección.	Finalmente se crea un conjunto básico para la población objetivo que genera un marco universal de análisis.
Laying the foundation for a core set of ICF for community-dwelling adults aged 75 years and above in general practice: a study protocol (Tomandl, J. et al, 2018)	Método Delphi	Equipo multidisciplinar de profesionales.	Cuestionario para identificar las categorías de la CIF representativas de la población.	Se plantean las bases a seguir para desarrollar un conjunto básico para evaluar el estado funcional de adultos de 75 años y mayores.	Diseño del protocolo a seguir para desarrollar el conjunto básico para la población estudio.
Validation of the “activity and participation” component of ICF core sets for stroke patients in japanese rehabilitation wards (Kinoshita, S. et al, 2018)	Estudio de correlación.	117 usuarios ingresados en 4 hospitales japoneses.	Conjuntos básicos integral y abreviado para la valoración del estado de una persona tras sufrir un ictus y la escala FIM.	Se comparan los resultados obtenidos entre la escala FIM y el conjunto básico, demostrando una fuerte correlación entre ambas pruebas.	Validación del conjunto básico de clasificación y evaluación del ictus en población japonesa.

Health-related problems in adult cancer survivors: development and validation of the cancer survivor core set (Geerse, O. et al, 2016)	Método Delphi	101 profesionales de la salud.	Cuestionarios acerca de la relevancia de las categorías de la CIF y herramientas de valoración del estado funcional de los supervivientes al cáncer.	Detección de las categorías de la CIF representativas del estado funcional de la población de estudio, seleccionando un total de 19 categorías.	Creación del prototipo de conjunto básico para la clasificación y evaluación de personas supervivientes al cáncer.
Rater experience influences reliability and validity of the brief ICF core set for stroke (Chen, S. et al, 2016)	Análisis descriptivo	149 participantes, profesionales con y sin experiencia en la valoración de personas que han sufrido un ictus.	Empleo del conjunto básico para la clasificación de la población que ha sufrido un ictus para valorar su estado funcional.	Se comparan entre sí las respuestas dadas por los profesionales con y sin experiencia, para comprobar si el conjunto básico es una herramienta adecuada para la valoración y si la experiencia influye en el proceso.	Se determina que el conjunto básico es una herramienta adecuada para la valoración influenciada positivamente por la experiencia del profesional.
ICF components of outcome measures for mallet finger: a systematic review (Naughton, N. y Algar, L., 2016)	Revisión sistemática	2 investigadores	Uso de la CIF y herramientas de valoración funcional de personas con dedo martillo.	Se incluyen 5 estudios, en los que se determinan 19 categorías relacionadas con funciones y estructuras corporales, 6 relacionadas con actividad y participación, 1 una con factores ambientales y personales.	Detección de 26 categorías de la CIF representativas del estado funcional de las personas con dedo martillo.

European validation of the comprehensive ICF core set for osteoarthritis from the perspective of patients with osteoarthritis of the knee or hip (Weigl, M. y Wild, H., 2017)	Estudio transversal	375 personas con osteoartritis en la rodilla y cadera.	Cuestionario breve de 36 preguntas y el conjunto básico de la CIF para la artritis.	Análisis de las respuestas a ambos instrumentos, comprobando las categorías del conjunto básico que coinciden con las respuestas al cuestionario.	Validación del conjunto básico de clasificación y valoración de la artritis en población con osteoartritis de rodilla y cadera.
Self-reported disability according to the ICF low back pain core set: test-retest agreement and reliability (Bagraith, K. et al, 2017)	Estudio transversal	Usuarios de 2 hospitales australianos con dolor en la parte baja de la espalda.	Conjunto básico para el dolor en la baja espalda y entrevista semiestructurada.	Se realiza una comparación entre las categorías que recoge el conjunto básico y las respuestas que dan los usuarios en la entrevista, detectando las categorías que se repiten.	Se demuestra que el conjunto básico es una herramienta fiable para la evaluación de esta población y la obtención de resultados sensibles a cambio.
Validation of the ICF core set for vocational rehabilitation from the perspective of patients with spinal cord injury using focus groups (Aiachini, B. et al, 2015)	Estudio descriptivo	24 participantes con lesión medular, divididos en grupos de 6	Entrevistas semiestructuradas inspiradas en el conjunto básico para la inserción laboral.	Se comparan las respuestas con las categorías incluidas en el conjunto básico, comprobando aquellas incluidas y aquellas no incluidas.	Se eliminan 27 categorías del conjunto básico integral y se añaden 41, generando una nueva versión de las herramientas aplicables a la población con lesión medular.
Beyond diagnosis: the core sets for persons with schizophrenia based on the ICF (Gómez-Benito, J. et al, 2017)	Estudio descriptivo	20 profesionales del ámbito sanitario	Cuestionario acerca de las categorías de la CIF.	Identificación y selección de las categorías de la CIF representativas de la población con esquizofrenia, que serán incluidas en el conjunto básico.	Finalmente, se crea un prototipo de conjunto básico integral con 97 categorías y un conjunto básico abreviado con 25.

Functional profile of active older adults with low back pain, according to the ICF (Andersom, R. et al, 2016)	Estudio transversal	40 usuarios	Conjunto básico para la clasificación del estado funcional de las personas con dolor en la baja espalda.	Se utiliza el conjunto básico para la evaluación de la condición de salud de la muestra, destacando 35 categorías del conjunto básico.	El conjunto básico es representativo de la situación funcional de la muestra.
Functioning in women with cervical cancer in Brazil: the perspective of experts (Castaneda, L., Bergmann, A., Castro, S. y Koifman, R., 2018)	Método Delphi	25 especialistas de la evaluación del cáncer cervical	Cuestionario con 485 conceptos sobre las categorías de la CIF	Se vinculan las respuestas del cuestionario con las categorías de la CIF representativas de la población estudio, seleccionando un total de 25.	Diseño del prototipo de conjunto básico para la clasificación funcional de las personas con cáncer cervical.
Towards ICF implementation in menopause healthcare: a systematic review of ICF application in Switzerland (Zangger, M. et al, 2017)	Método Delphi	6 investigadores	Revisión sistemática en las bases de datos Embase y Medline	Se seleccionan 83 artículos que vinculan la CIF con la población Suiza, y se detecta que no hay ninguno que relacione la CIF con el impacto en la salud de la menopausia.	Se detecta una necesidad de investigación en la población de estudio.
The use of ICF in the monitoring of hearing and language development in children in their first year of life (Alvarenga, S. et al, 2017)	Estudio transversal	22 usuarios	Cuestionario creado a partir de las categorías de la CIF	Empelo de la CIF como herramienta de clasificación del estado funcional de niños con dificultades auditivas y del lenguaje, para conocer su evolución en el primer año de vida.	La CIF muestra ser una herramienta útil para detectar cambios en la valoración transversal.

Development of an ICF core set based instrument for individuals with non-traumatic spinal cord injury (Faeda, V. et al, 2017)	Estudio descriptivo	Población con lesión medular de origen no traumático.	Conjunto básico para la clasificación de personas con lesión medular y cuestionario basado en la CIF.	Vinculando las respuestas a las categorías del conjunto básico ya existente, se seleccionan 43 categorías representativas de la población.	Se diseña el prototipo de un nuevo conjunto básico para la población estudio.
Evolution of disability in traffic accident victims in rehabilitation, characterized by ICF (De Oliveira, L. et al, 2017)	Estudio de observación longitudinal	69 usuarios que han sufrido un accidente de tráfico	Codificación de las categorías de la CIF, hoja de registro.	Se evalúan con la herramienta el estado funcional de los usuarios, antes y después de haber recibido 3 meses de fisioterapia. Los resultados muestran una mejoría en el estado funcional de los individuos.	Se destaca la sensibilidad de la CIF para crear herramientas de valoración del estado de los usuarios.
The ICF as applied to Parkinson's Disease: a literature review (Said, A. et al, 2016)	Método Delphi	6 investigadores	Revisión bibliográfica	Se seleccionan 50 artículos, de los cuales solo 4 vinculan la CIF a la clasificación de la enfermedad de Parkinson.	Hay escasa evidencia de la aplicación de la herramienta para esta población.
A guide on how to develop an ICF Core Set (Selb, M. et al, 2014)	Estudio descriptivo	4 investigadores	CIF y conjuntos básicos	Explicación detallada del proceso de creación de un conjunto básico y las diferentes fases que deben llevarse a cabo.	Creación de una guía para la creación de conjuntos básicos integrales y abreviados de la CIF.

Método Delphi

El método Delphi consiste en un modelo sistemático de obtención de información cualitativa y objetiva por parte de un grupo de expertos, estructurando el proceso, normalmente, en 3 fases (Gebhardt et al, 2010). Esta técnica es empleada en el primer paso para la creación de un conjunto básico siguiendo los criterios de la CIF, para la obtención de la perspectiva por parte de un grupo de profesionales experimentados en la atención y evaluación de la población objeto (Selb et al, 2014); paso que ha sido elegido para desarrollarse en el presente estudio.

En los estudios analizados que llevan a cabo el mismo procedimiento, las 3 fases descritas corresponden con las siguientes:

1. Selección de los profesionales mediante su respuesta al envío de un primer e-mail, el cual incluye una carta informativa de los objetivos del estudio realizado y un cuestionario de final abierto. Este cuestionario está conformado por un listado de preguntas acerca de las afectaciones más frecuentes de los usuarios, influencia de los aspectos ambientales y sociales, recursos disponibles... Las respuestas obtenidas son analizadas y vinculadas con las categorías de la CIF.
2. A continuación, se crea una lista con las categorías de la CIF que han sido seleccionadas tras los resultados del apartado anterior. Se envía esta lista a los profesionales, que deben puntuar la importancia de las categorías para incluirlas en el conjunto básico.
3. Por último, se les hace llegar un resumen de los resultados con las categorías ordenadas de mayor a menor puntuación para que vuelvan a valorar su importancia, teniendo en cuenta las respuestas globales del resto de profesionales, así como sus respuestas previas.

El desarrollo de esta fase tiene una duración de media de 8 semanas, dejando dos semanas para la recopilación de respuestas entre un paso descrito y el siguiente (Nuño et al, 2018). Para la realización de este estudio, dada su capacidad de alcance, se decide llevar a cabo la primera fase del proceso explicado, desglosado en las siguientes partes:

1. Creación del cuestionario: duración de 2 semanas durante las que se crea un cuestionario bajo las pautas de la CIF, incluyendo 22 preguntas de respuesta cualitativa, entre las que se incluye la recopilación de datos sociodemográficos

- para conocer a la población, y una tabla con preguntas de respuesta cuantitativa recogiendo las categorías reflejadas en la CIF.
2. Envío del cuestionario: se le hace llegar por correo electrónico el cuestionario a los profesionales seleccionados, entre los que se incluyen diferentes perfiles. El correo se envía junto con una explicación del estudio, el cuestionario y el consentimiento informado. Se le da dos semanas de margen para reenviar la respuesta.
 3. Interpretación de las respuestas: se destina una semana para procesar los resultados, interpretar las respuestas cualitativas vinculándolas con las categorías de la CIF y crear el primer prototipo del conjunto básico.
 4. Envío del resultado a los profesionales: una vez con el prototipo del conjunto básico creado, se hace llegar a aquellos profesionales que han participado con sus respuestas.

Población

La población objeto de este estudio son los profesionales a los cuales se invita a participar respondiendo el cuestionario creado. Ente ellos se incluyen diferentes perfiles profesionales, especialmente sanitarios: terapeutas ocupacionales, médicos/as, odontólogos/as, fisioterapeutas, enfermeros/as. A ello se le suman misioneros y estudiantes de carreras relacionadas con estos ámbitos.

Se seleccionan profesionales o estudiantes con experiencia en el ámbito de la cooperación internacional en países africanos, asiáticos y sudamericanos, independientemente del tiempo que han colaborado con estos proyectos. El correo informativo se hace llegar a un total principal de 20 profesionales, quienes a su vez lo reenvían a conocidos de la rama profesional que han participado en sus mismos proyectos u otros similares y a dos organismos sin ánimo de lucro: responsables de Medicus Mundi Asturias y CODOPA, la Coordinadora de Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo del Principado de Asturias.

Instrumento

La herramienta principal para la recopilación de información de los participantes acerca de la cooperación internacional es un cuestionario de creación propia, disponible en el anexo 2 (ver anexo 2). Este cuestionario se crea siguiendo las pautas extraídas de la síntesis de artículos, donde se incluyen estudios similares al presente en otras poblaciones o con otros objetivos. Aunque estos no muestran un ejemplo de

otros cuestionarios realizados con el fin explicado, sí indican que deben incluir preguntas de respuesta abierta y otras preguntas de respuesta numérica. Estas premisas son explicadas también por Selb y compañeros (2014) en su guía para crear conjuntos básicos siguiendo la metodología de la CIF (OMS, 2001).

El cuestionario se divide en 4 apartados:

- Información acerca de los profesionales: orientado hacia el análisis sociodemográfico de los participantes del estudio. Incluye preguntas sobre su género, edad, profesión, tiempo vinculado al mundo de la cooperación internacional y países en los que se ha desarrollado la acción, entre otros. 8 preguntas en total.
- Información acerca de la población: analizar la población con la que los profesionales han trabajado en sus experiencias de cooperación internacional. Incluye 11 preguntas de respuesta abierta cualitativa, estructuradas según los componentes de la CIF, y una pregunta de respuesta numérica en la que se desglosan todas las categorías de la CIF en 4 tablas partiendo de sus elementos base: funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación, factores ambientales y personales. En este apartado se solicita a las participantes que puntúen cada una de las categorías de la CIF presentadas del 1 al 10, respondiendo ante dos variables: frecuencia de barrera, siendo 1 la ausencia de presencia de la barrera, y 10 presencia constante de la barrera; impacto de la barrera en las actividades de la vida diaria: correspondiendo la puntuación 1 a la ausencia de impacto en las AVD, y 10 a la imposibilidad para realizar las AVD a causa de la barrera.
- Determinantes sociales de la salud: se expone un esquema de los determinantes sociales de la salud según la OMS (2005), dado el vínculo de estos con la estructuración de la CIF, formulando 2 preguntas acerca de cómo la afectación de estos factores se encuentra presente en la población con la que los profesionales han trabajado.
- Finalización del cuestionario: el cuestionario termina con 2 preguntas opcionales, para que los participantes añadan información enriquecedora para la investigación que no hayan podido reflejar en los apartados anteriores.

El cuestionario, recogido y enviado en un documento Word, cierra con un recordatorio del plazo disponible para enviar las respuestas, la necesidad de adjuntar la firma del consentimiento informado y el correo electrónico al que deben hacerse llegar ambos ficheros.

Participantes

Se recogen 9 respuestas completas del cuestionario enviado tras las dos semanas dadas de plazo a los profesionales. La información sociodemográfica extraída de sus respuestas informa de que la población participante en este estudio son 8 profesionales de género femenino y uno de género masculino, con edades comprendidas entre los 21 y 35 años. La media de edades entre los 9 participantes es de 30,33 periódico (11,91). En el cómputo total de profesionales se encuentra una mayoría graduada en terapia ocupacional, en concreto, 7 de 9 sujetos. Mientras que los 2 restantes cuentan con la carrera de medicina y odontología, respectivamente. Hay 1 mujer con doble titulación: enfermería y terapia ocupacional.

Los profesionales han estado inmersos en el mundo de la cooperación internacional diferentes períodos de tiempo, los cuales abarcan desde 1 semana hasta 2 años completos. El usuario varón ha estado involucrado en proyectos de cooperación internacional durante 21 años. Así mismo hay una diversidad de países y contextos de actuación, abarcando países sudamericanos, africanos y asiáticos.

Tabla 3. *Datos sociodemográficos de la población (n=9)*

Participante	Profesión	Tiempo de actuación	Destino
C1: mujer 23 años	Terapeuta ocupacional	1 mes	Camboya, Asia
C2: mujer 35 años	Enfermera y terapeuta ocupacional	Experiencias puntuales desde 2015	Guatemala, América Central Nicaragua, América Central
C3: mujer 23 años	Estudiante de terapia ocupacional	1 año	Mali, África Occidental. Asistencia telemática.
C4: mujer 29 años	Terapeuta ocupacional	1 semana	Sáhara, África. En campos de refugiados.
C5: mujer 22 años	Terapeuta ocupacional	15 días	Marruecos, norte de África

C6: mujer 21 años	Estudiante de terapia ocupacional	1 año	Mali, África Occidental. Asistencia telemática.
C7: mujer 34 años	Terapeuta ocupacional	6 meses	Filipinas, Asia.
C8; mujer 27 años	Odontóloga	2 años	Camerún, África Central Senegal, África Occidental
C9: varón 59 años	Médico	21 años	Ecuador, Honduras, Bolivia, Nicaragua, Malawi, El Salvador

Procedimiento

El proceso para llevar a cabo el presente estudio con éxito puede desglosarse en un sencillo número de 7 fases, entre las que se incluyen aquellas detalladas en el método Delphi, que facilitan su comprensión y reproducción.

1. Fase de lectura detallada de los 24 artículos recogidos en la revisión bibliográfica, para conocer el método más común y evidenciado científicamente de creación de conjuntos básicos de la CIF.
2. Selección del procedimiento, tras familiarizarse con los diferentes pasos que requiere la creación de esta herramienta, se escoge la realización de uno de ellos para ajustarse al tiempo disponible para el desarrollo y la magnitud de la investigación. En este caso, el proceso elegido ha sido la recopilación de información de los profesionales para crear un primer prototipo del conjunto básico de cooperación internacional.
3. Creación del instrumento, en este caso un cuestionario, mediante el cual extraer de los profesionales la información deseada, bajo las pautas de la evidencia científica.
4. Selección y contacto con los profesionales mediante correo electrónico, enviando una carta de presentación del proyecto, el cuestionario,

consentimiento informado y los plazos de entrega de las respuestas para poder participar en el estudio.

5. Recopilación de la información obtenida diferenciando entre datos cuantitativos y cualitativos, organizando el grueso de ellos en hojas de Microsoft Excel y Word para facilitar el desarrollo de la siguiente fase.
6. Análisis de los datos cuantitativos y cualitativos, extrayendo las categorías de la CIF seleccionadas por los profesionales, mediante la interpretación de sus respuestas, que deben ser incluidas en el conjunto básico de cooperación internacional.
7. Creación de las herramientas finales o conjuntos básicos por medio de las categorías seleccionadas en la fase previa, incluyendo un conjunto básico integral y otro abreviado. La diferencia entre estas herramientas será explicada en el siguiente apartado de resultados.

Resultados

Los resultados son obtenidos mediante la recopilación de las respuestas al cuestionario administrado a los 9 profesionales participantes en el estudio. Los datos son clasificados en información cuantitativa e información cualitativa, con diferentes procesos de análisis en los cuales se profundiza a continuación.

Análisis de información cuantitativa

La pregunta número 20 del cuestionario corresponde con 4 tablas en las cuales se desglosan las categorías de la CIF (OMS, 2001) partiendo de sus elementos base: funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación, factores ambientales y personales.

En este apartado se solicita a las participantes que puntúen cada una de las categorías de la CIF presentadas del 1 al 10, respondiendo ante dos variables (OMS, 2001):

- A. Frecuencia de barrera: siendo 1 la ausencia de presencia de la barrera, y 10 presencia constante de la barrera.
- B. Impacto de la barrera en las actividades de la vida diaria: correspondiendo la puntuación 1 a la ausencia de impacto en las AVD, y 10 a la imposibilidad para realizar las AVD a causa de la barrera.

La interpretación de los resultados obtenidos aporta un cribado de base cuantitativa para una primera selección de categorías de la CIF que incluir en la herramienta a diseñar: el conjunto básico de cooperación internacional. Las respuestas son organizadas en un documento Microsoft Office Excel 2016, realizando en este mismo la desviación típica y la media de las puntuaciones otorgadas por los participantes para cada una de las categorías de la CIF. En caso de que un participante no haya puntuado una categoría, la media de la misma se ejecuta omitiendo esta puntuación, no interpretándola como un 0.

Tras ello, se toma como referencia la variable “frecuencia de barrera” para seleccionar aquellas categorías con una media superior a 5 y una desviación típica que mantenga el valor de la media por encima de 3. Se selecciona este rango como límite para mantener la objetividad de la prueba dada la variedad de entornos en los cuales los profesionales han ejercido su labor cooperativa, lo que conlleva a mayores diferencias entre los resultados generales. Aquellas categorías que pasan este proceso de selección vuelven a ser analizadas, esta vez observando las puntuaciones medias y las desviaciones típicas obtenidas en la variable “impacto en las AVD”, descartando categorías que no cumplan los mismos criterios de puntuación.

Con este primer cribado de las categorías de la CIF a nivel cuantitativo se crea una primera plantilla de categorías candidatas a formar parte del conjunto básico final (ver anexo 3).

Tabla 4. Ejemplo de selección de los resultados cuantitativos.

Funciones corporales	Frecuencia de barrera	Impacto en AVD
	MEDIA y DT	MEDIA y DT
Movimientos articulaciones	6,5 (2,16)	7 (2,82)
Funciones del patrón de marcha	6,42 (2,15)	7,71 (2,29)
Funciones fuerza y tono muscular	6,38 (2,62)	7,38 (2,26)
Funciones cognitivas superiores	6 (2,82)	8,5 (0,82)
Energía e impulsos	6 (2,82)	6,83 (1,33)
Funciones intelectuales	6 (2,19)	7,57 (3,1)
Funciones psicosociales	5 (2,28)	6,86 (2,62)

Análisis de información cualitativa

El cuestionario se compone por 22 preguntas encargadas de recoger información cualitativa, incluyendo entre ellas cuestiones para conocer de manera sociodemográfica a la población que participa en el estudio. Sin contar estas preguntas, el proceso de análisis y síntesis para la comprensión de la información cualitativa obtenida sigue los pasos definidos por Selb y compañeros (2014) en su guía para la creación de conjuntos básicos de la CIF (OMS, 2001). Este proceso consiste en vincular las respuestas de los profesionales con las categorías reflejadas en la CIF, mediante el desarrollo de 4 fases (ver tabla 5):

1. Paso 1: Preparar la información para transcribir.
2. Paso 2: Identificar la información importante, desglosando el contenido de los comentarios.
3. Paso 3: Vincular la información importante con las categorías de la CIF.
4. Paso 4: Selección final de las categorías de la CIF mediante el análisis global de la información.

Tabla 5. Pasos para la transcripción de la información cualitativa a categorías de la CIF (Selb et al, 2014)

Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4
Dividir el texto cuando se reconoce un cambio de tema	Identificar los conceptos fundamentales	Identificar las categorías de la CIF a las que corresponden	Seleccionar las categorías de la CIF

Este proceso, el cual se recoge en el anexo 4 (ver anexo 4), se realiza en cada respuesta recogida para cada una de las preguntas de interés, cada una de ellas destinada premeditadamente a la obtención de información de funciones y estructuras corporales, actividades y participación o factores ambientales y personales.

Una vez se procesan todas las respuestas mediante este método, se realiza un resumen final de las categorías de la CIF vinculadas a la información extraída de esta fase. Cada categoría es puntuada según el número de veces que aparece vinculada a alguna respuesta, de manera que se obtiene una distinción entre categorías más y menos relevantes.

Tabla 6. *Ejemplo de análisis de los resultados cualitativos.*

Pregunta 22: ¿Hay otro u otros aspectos de relevancia acerca de la atención a esta población que no hayan sido mencionados en el cuestionario?			
Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4
C7: La explotación sexual de muchas personas, para muchos es un destino turístico sexual	<i>Explotación sexual</i> <i>Destino turístico sexual</i>	e460 Actitudes sociales e545 Servicios, sistemas y políticas de protección civil	d940 Derechos humanos e460 Actitudes sociales e545 Servicios, sistemas y políticas de protección civil
C9: La imbricación de los diferentes determinantes hacen muy difícil la salida de la pobreza al situarse en un currículo vicioso de escasa formación y desestructuración familiar que aboca a malos empleos en un contexto de dificultades sociales, enfermedad y pobreza favorecido muchas ocasiones desde el estamento político	<i>Muy difícil la salida de la pobreza</i> <i>Círculo vicioso de escasa formación</i> <i>Desestructuración familiar</i> <i>Política lo favorece</i>	e550 Servicios, sistemas y políticas legales e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias d940 Derechos humanos e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana	e550 Servicios, sistemas y políticas legales e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana

Prototipo del conjunto básico

Una vez procesados y clasificados los datos se recogen las categorías de la CIF candidatas a formar parte en la creación de la herramienta final. Para ello se compara entre sí el resumen de los resultados obtenidos en los dos aparatos anteriores, distinguiendo entre categorías puntuadas cuantitativamente, cualitativamente y aquellas categorías puntuadas de las dos formas. Esta organización de los resultados puede ser consultada en el anexo 5.

Los resultados se interpretan según la clasificación de las categorías de la CIF, que genera 4 bloques definidos mencionados en puntos previos del estudio: funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación, factores personales y ambientales.

Mediante esta clasificación se crean dos prototipos de conjuntos básicos que servirán para la valoración de la condición de salud, discapacidad y funcionamiento de las personas atendidas mediante los organismos y/o profesionales dedicados a la cooperación internacional: un conjunto básico integral y un conjunto básico abreviado. Estas dos herramientas son creadas para todos los conjuntos básicos siguiendo las directrices de la CIF y la principal diferencia entre ellas es su extensión:

- Conjunto básico integral (ver anexo 6): se trata de una herramienta cuya aplicación conlleva un proceso más largo y exhaustivo. Para este caso particular se ha creado incluyendo las categorías obtenidas tanto de los resultados cuantitativos como de los cualitativos. Cada una de ellas se divide en los 4 bloques mencionados con anterioridad, organizados por tablas y especificando el nombre de la categoría y el código alfanumérico bajo el cual se recogen en la CIF, su definición, los apartados que incluye y un recuadro en blanco para añadir la puntuación correspondiente a cada situación individual de los usuarios. Esta herramienta se compone de 87 categorías recogidas en 12 páginas de Microsoft Office Word.
- Conjunto básico abreviado (ver anexo 7): consiste en un resumen de la herramienta integral, reduciendo el número de categorías a valorar para facilitar la rápida administración de la evaluación a un usuario. Sigue las mismas premisas y jerarquía de organización del conjunto básico integral, pero incluyendo únicamente las categorías puntuadas a la vez en los resultados cualitativos y cuantitativos, y excluyendo aquellas que solo se han obtenido como resultado en uno de los análisis de datos. Con ello, se reduce el número

de categorías a un total de 34, recogidas en 5 páginas de Microsoft Office Word.

El método de calificación de cada categoría es el mismo para ambos conjuntos básicos, y sigue los parámetros establecidos por la CIF (OMS, 2001) recogidos en las tablas 6 y 7 (ver tabla 6 y 7). Los bloques de funciones corporales, estructuras corporales y actividades y participación tienen el mismo tipo de puntuación, siendo esta de 0 (no hay deficiencia o es insignificante) hasta 4 (deficiencia completa o total), añadiendo la posibilidad de no especificar la puntuación (correspondiente al número 8) o de justificar que el criterio no es aplicable a la situación del usuario (correspondiente al número 9).

Por otro lado, los factores personales y ambientales cuentan con todo método de calificación similar a este, el cual incluye puntuaciones neutras y positivas. Las puntuaciones neutras identifican la presencia de una barrera en diversos grados de gravedad, mientras que los valores positivos evalúan la presencia de un factor facilitador en la vida diaria de la persona.

Tabla 6. Calificadores de la CIF para funciones y estructuras corporales, actividades y participación (OMS, 2001).

Puntuación	Definición
0	No hay deficiencia (ninguna, insignificante...)
1	Deficiencia ligera (poca, escasa...)
2	Deficiencia moderada (media, regular...)
3	Deficiencia grave (mucha, extrema...)
4	Deficiencia completa (total)
8	Sin especificar
9	No aplicable

Tabla 7. Calificadores de la CIF para factores ambientales y personales (OMS, 2001)

Puntuación	Definición
0	No hay barrera (ninguna, insignificante...)
1	Barrera ligera (poca, escasa...)
2	Barrera moderada (media, regular...)
3	Barrera grave (mucha, extrema...)
4	Barrera completa (total)
+0	No hay facilitador (ninguno, insignificante...)
+1	Facilitador ligero (poco, escaso...)
+2	Facilitador moderado (medio, regular...)
+3	Facilitador grave (mucho, extremo...)
+4	Facilitador completo (total)
8	Barrera, sin especificar
+8	Facilitador, sin especificar
9	No aplicable

Discusión

El presente estudio ha perseguido el principal objetivo de desarrollar una herramienta útil y fiable para la clasificación y valoración del estado funcional, la discapacidad y la salud de las personas atendidas en un recurso de cooperación internacional telemático. En concreto, el dispensario de Kalana, un pueblo de Mali. Esta necesidad es detectada debido a los sesgos existentes en el uso de escalas no estandarizadas en la población africana, como es el caso, o procedente de otros continentes atendidos desde la cooperación internacional. Una representación histórica de este sesgo sucedió en los estudios americanos de desarrollo del test de inteligencia y cálculo del cociente intelectual realizados por Jensen en 1972. Los profesionales aplicaban la prueba y analizaban los resultados con los mismos parámetros, sin tener en cuenta la influencia en el desarrollo del contexto cultural del individuo (Martín-Baro, 1977). Hoy en día estas limitaciones de las herramientas de valoración se tienen en cuenta y son reflejadas en artículos como el desarrollado por Carvajal y compañeros (2011), en el que detallan que para validar un instrumento de este calibre es esencial la “adaptación transcultural” de sus ítems y resultados.

Para cumplir el objetivo marcado se ha seleccionado la CIF (OMS, 2001), cuyo marco teórico aporta un lenguaje universal de la comprensión y el análisis de la situación de estos individuos, facilitando el proceso de valoración e intervención por parte de los profesionales que les atienden y teniendo en cuenta el contexto sociocultural particular en el que los usuarios se encuentran.

La CIF (OMS, 2001) cuenta con unas hojas de registro conocidas como conjuntos básicos integrales y abreviados, los cuales son creados por equipos multidisciplinares de profesionales sociosanitarios para generar pruebas de valoración en las que se incluyen aquellas categorías de la CIF que mejor representan el impacto de la situación física, psicológica y/o social en la vida diaria del usuario, reduciendo el número de categorías a puntuar y agilizando el proceso de evaluación. Estos conjuntos básicos pueden ser creados para el análisis de un grupo poblacional concreto, distinguido por el diagnóstico de una patología o por otros factores que alteran directamente su estado de salud. Para este estudio, se decide desarrollar el primer prototipo de un conjunto básico para la población atendida desde la cooperación internacional, siguiendo el método Delphi.

El método Delphi es elegido conductor de las bases para el desarrollo del conjunto básico debido a que este es formato oficial establecido por profesionales como Selb y compañeros (2014), con experiencia en el empleo práctico de la CIF (OMS, 2001), en la “Guía para el desarrollo de conjuntos básicos de la CIF”. Esta guía es utilizada como referente ya que desglosa las diferentes fases necesarias a llevar a cabo para la creación y la futura validación de estas herramientas. También se escoge este método dada su alta aplicación y evidencia científica, ya que de los 22 artículos recogidos en la revisión bibliográfica, incluyendo entre ellos la guía recién mencionada, 8 de ellos utilizan el método Delphi para la creación de otros conjuntos básicos extrayendo información de profesionales y/o usuarios de la población objeto.

La guía diseñada por Selb y compañeros en 2014 indica que para la creación de un conjunto básico son esenciales cuatro fases, las cuales pueden realizarse independientemente en el tiempo y en orden, sin alterar los resultados finales. Entre estas fases se encuentra la revisión bibliográfica, la práctica clínica, obtención de información por parte de los usuarios y obtención de información de un equipo multidisciplinar de profesionales con experiencia en el ámbito. Esta última fase fue la seleccionada y desarrollada en este estudio.

Los artículos incluidos en la revisión bibliográfica llevan a cabo una o varias de las 4 fases explicadas. Se encuentran 3 estudios cuya finalidad es la obtención de información extraída de la revisión sistemática de artículos: para la patología de dedo martillo (Naughton y Algar, 2016), asistencia sanitaria de mujeres con menopausia (Zangger et al, 2017), factores ambientales y su influencia en la marcha de personas amputadas (Andersom et al, 2016). En todos ellos, se busca información acerca de la salud y el impacto de la patología y/o situación funcional en la vida del grupo poblacional estudiado y, posteriormente, se comparan estos datos con las categorías de la CIF para detectar cuales representan. Por otro lado, 2 artículos se centran en el estudio de la práctica clínica para identificar las características de los usuarios que han sufrido un accidente de tráfico (De Oliveira et al, 2017) y para detectar las categorías de la CIF más sensibles a cambio en la evolución del estado funcional durante el primer año de vida de niños con dificultades auditivas y del lenguaje (Alvarenga, Cadrobbi, Bonini y Barzaghi, 2017).

Suman 5 artículos destinados a la recopilación de información de los usuarios mediante cuestionarios creados a partir de la clasificación de la CIF: para la validación del conjunto básico de lesión medular en usuarios con lesión medular no traumática

(Faeda et al, 2017), evaluación del dolor en la baja espalda en adultos mayores (Andersom et al, 2016) y en población australiana (Bagraith et al, 2017), creación del conjunto básico de inserción laboral en personas con lesión medular (Aiachini et al, 2015), enfermedad pulmonar crónica (Henrique, Rezende, Gonçalves y Malezan, 2019) y validación del conjunto básico de evaluación del impacto funcional del ictus en población japonesa (Kinoshita et al, 2018).

El grueso de la investigación se concentra en los artículos acerca de la recopilación de información por parte de especialistas, el proceso elegido a desarrollar en este estudio debido su elevada evidencia científica, ya que 10 de los 22 artículos de la revisión bibliográfica tratan sobre el desarrollo de esta fase en la creación y validación de conjuntos básicos para diversos tipos de grupos poblacionales. Estos estudios son tomados como referencia para plantear las fases de desarrollo de la herramienta: contacto con un grupo multiprofesional de rango entre 20-25 (Castaneda, Bergmann, Castro y Koifman, 2018; Gómez-Benito et al, 2017; Mäenpää et al, 2016), empleo de un cuestionario basado en categorías de la CIF para extraer información representativa de la población para la cual se crea el conjunto básico (Chen et al, 2016; Tomandl et al, 2018) y análisis de las respuestas identificando las categorías de la CIF que se encuentran vinculadas a la información obtenida y que, por tanto, pasarán a formar parte del conjunto básico (Postma et al, 2018; Geerse et al, 2016). Un artículo se centra en la validación de conjuntos básicos a nivel mundial, por lo que la ratio de profesionales aumenta y, dado que la validación del instrumento es el último paso que realizar y no es objetivo en el presente estudio, únicamente se toman de ellos referencias teóricas. Otro artículo consiste, como ya ha sido mencionado en diferentes puntos del trabajo, en una guía para el desarrollo de conjuntos básicos de la CIF, que explica las etapas y métodos de análisis de los datos (Selb et al, 2014).

Aunque estos artículos no aportan información acerca de la gestión y el análisis de las respuestas obtenidas para la selección de las categorías de la CIF (OMS, 2001) que formen finalmente la herramienta, comparando los resultados se muestra que se ha obtenido un prototipo de conjunto básico con un cribado objetivo de categorías: el conjunto básico integral está formado por 87 categorías y el abreviado por 34, mientras que en los estudios analizados van desde 52-97 categorías en el conjunto básico integrado, y menos de 40 en el abreviado. Por ejemplo, en el conjunto básico creado por Gómez-Benito y compañeros (2017) para la clasificación y valoración de los usuarios con esquizofrenia, la primera herramienta consta de 97 categorías y su parte de extensión reducida de 25.

Limitaciones de la investigación

Un posible sesgo presente en el estudio es el número de profesionales que han participado en el mismo: el rango normal ronda por encima de los 20, mientras que solo se ha podido contar con la colaboración de 9 profesionales. Se ha respetado que estos perteneciesen a diferentes ramas sociosanitarias, aunque no se cuenta con fisioterapeutas ni psicólogos en el estudio y un punto a mejorar sería equilibrar el volumen de profesionales incrementando la multidisciplinariedad del equipo. A su vez, 7 de los 9 participantes son graduados o estudiantes de terapia ocupacional, por lo que los datos pueden estar reducidos a la perspectiva de este perfil profesional y perder la visión holística de la herramienta diseñada.

Por otro lado, la cooperación internacional abarca un amplio número de países y gama de culturas, por lo que ha sido necesario adaptar los límites cuantitativos para la selección de categorías de la CIF, con el fin de diseñar una herramienta completa y sensible a cambios. Esto puede aumentar la subjetividad de los resultados y condicionar la falta de representación en el conjunto básico de una categoría de la CIF cuya afectación sea muy prevalente en un país africano, asiático o latinoamericano, pero que no ha sido incluida en el instrumento por carecer de una alta prevalencia en todo el marco de la cooperación internacional.

Pese a la posibilidad de sesgo la variedad es, a su vez, un punto positivo. Contar con profesionales cuya práctica clínica ha sido en diferentes grupos poblacionales, todos ellos desde la cooperación internacional, es de especial relevancia para incluir las diferentes realidades y características particulares sociales, políticas y culturales influyentes en el estado de salud de los usuarios, su acceso a los recursos o sus formas de afrontar el impacto de la discapacidad y desarrollar una vida exitosa junto a estas dificultades añadidas. En ocasiones ni siquiera existe una discapacidad física o psíquica diagnosticada, sino que es la situación socioeconómica y política del país la que genera desigualdad y una repercusión negativa en las actividades y la participación de las personas.

Líneas futuras de investigación

Pese a alcanzar el principal objetivo planteado, este estudio abre una puerta de un largo camino por donde continuar y prosperar. Se trata de una investigación con vistas a continuar creciendo y desarrollándose. Tras la creación del prototipo del conjunto básico de cooperación internacional, para conseguir alcanzar una buena elegibilidad y

evidencia, es necesario completar las 4 fases explicadas por Selb y compañeros (2014) en la guía de desarrollo de estas herramientas en los plazos que en ella reflejan y, finalizado esto, validar la herramienta en la población. En este estudio tan solo se ha realizado una de las primeras 4 fases, por lo que la línea principal por la que continuar sería desarrollar las restantes, completar la información que nutre la herramienta y validarla para su aplicación a nivel mundial.

Si esto ocurriese, sería fundamental corregir los sesgos descritos en las limitaciones de la investigación. Por ello, otro paso a dar sería simplificar la estructura del cuestionario enviado a los profesionales para la recopilación de información, de manera tal que se redujese el tiempo empleado en contestar, y trasladarlo a una plataforma como Google Forms para que los participantes pudiesen acceder al cuestionario y responder al mismo desde cualquier lugar por medio de sus teléfonos móviles u otros dispositivos tecnológicos. Ajustando estos dos factores se espera incrementar el volumen de respuestas recibidas.

Una vez desarrollado el conjunto básico oficial, se podrían hacer pequeñas modificaciones para adaptarlo a las diferentes realidades socioculturales representadas dentro de la cooperación internacional. Por ejemplo, se podría adaptar específicamente a población latinoamericana, asiática o africana, eliminando categorías que no son representativas de estos grupos, aunque sí del conjunto global, y añadiendo categorías que fueron descartadas en el análisis completo de los datos.

Conclusiones

Se detecta la necesidad de crear una herramienta eficaz y rápida para la valoración del estado funcional de los usuarios de un recurso en Kalana, Mali, al que se ofrece asistencia sanitaria telemática de rehabilitación. Para ello se selecciona la CIF, dado que aporta un potente marco teórico con un lenguaje universal a nivel global, y desde los organismos de cooperación internacional se atienden personas con diferente influencia sociocultural, entre otros factores, por lo que se requiere un marco inclusivo e imparcial en el análisis de la situación que viven estas personas.

Una revisión bibliográfica del empleo de la CIF para generar la herramienta deseada indica que esta debe ser desarrollada mediante el método Delphi, por lo que se utiliza para realizar una fase que da lugar al primer prototipo de conjunto básico de cooperación internacional en sus 2 tipos: integral y abreviado.

Los resultados de este estudio han posibilitado el desarrollo de un primer conjunto básico destinado a su aplicación en cooperación internacional, el cual puede ser utilizado como una guía a partir de la cual llevar a cabo valoraciones rápidas, sencillas y completas. Este es el caso del dispensario de Kalana, Mali. Los profesionales de asistencia telemática necesitaban de un registro en el que organizar los datos de los usuarios atendidos de forma simple y comprensible, tanto para ellos como para y por los profesionales sanitarios del dispensario. Este conjunto básico cumple esta función necesaria, estableciendo un puente comunicativo entre ambos mundos sin traspapelar o perder información valiosa.

Este prototipo comenzará a ser empleado por los profesionales de Kalana, Mali, como una guía para la valoración. En su perspectiva de futuro, será necesario completar su desarrollo con otros estudios donde se cubran las demás fases del proyecto: la recopilación de información por parte de los usuarios y la práctica clínica, y su posterior validez a nivel mundial.

Agradecimientos

Gracias a Medicus Mundi Norte y su colaboración con la Facultad Padre Ossó por acercarnos a los estudiantes la realidad de la cooperación internacional, permitiéndonos participar en su labor a distancia con Kalana, nutriendo nuestros conocimientos y nuestra conciencia social. A los profesores inmersos en este proyecto, que nos guían en el desarrollo de la práctica clínica. A Madeline, enfermera en el dispensario de Kalana, por su trabajo diario en los complicados tiempos que atravesamos. A los profesionales y estudiantes sociosanitarios que han hecho posible el desarrollo del estudio con su participación.

Finalizar agradeciendo a Estíbaliz, tutora de este trabajo fin de grado, su apoyo y dedicación durante el proceso, haciéndome confiar en mis capacidades para afrontar este importante reto académico.

Bibliografía

- Aline, C. et al (2017) Functioning of active postmenopausal women with osteoporosis. *Fisioterapia y movimiento*; 30 (4), 797-803.
- Andersom, R. et al (2016) Functional profile of active older adults with low back pain, according to the ICF. *Revista Brasileira de Medicina*; 22 (4), 252-255.
- Arango-Soler, J., Correa-Moreno, Y. y Méndez-Castillo, J. (2017) Retos de la terapia ocupacional en salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina*; 66 (3), 374-383.
- Arcos, A. (2017) Validez de contenido de una herramienta de evaluación para personas con Enfermedad Cerebro Vascular, desde la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud. *Revista UNIMAR*; 35 (2), 315-323.
- Ávila, A. et al (2010) Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso. 2º edición. Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. 2nd ed.
- Ayuso-Mateos, J., Nieto-Moreno, M., Sánchez-Moreno, J. y Vázquez-Barquero, J. (2006) Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. *Revista de Medicina Clínica*; 126 (12), 461-466.
- Carvajal, A. et al (2011) ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An. Sistema Sanitario de Navarra*; 34 (1), 64-72.
- Castaneda, L., De Marcedo, T., Magalhães, A. y De Sousa, D. (2018) Linking of assessment scales for women with urinary incontinence and International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disability And Rehabilitation*; 1, 1-7.
- Conde, R. (2014) Evolución del concepto de discapacidad en la sociedad contemporánea: de cuerpos enfermos a sociedades excluyentes. *Praxis Sociológica*; 18, 155-175.

- De la Rosa, A., Pérez, M., Contreras, J. y Hernández, A. (2017) El campo organizacional de la Cooperación Internacional para el Desarrollo: un primer acercamiento. *Revista internacional de cooperación y desarrollo*; 4 (1), 81-103.
- Ellen, L. et al (2017) Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: a focus groups study across nine countries. *Palliative Medicine*; 32 (1), 216-230.
- Emeric, D. (2010) Terapia ocupacional en la comunidad: identificación de las necesidades ocupacionales de grupos étnicos minoritarios en riesgo de exclusión. *Revista de Terapia Ocupacional de Galicia*; 7 (6), 122-131.
- Farzad, M. et al (2017) Are the domains considered by ICF comprehensive enough to conceptualize participation in the patient with hand injuries? *Society of Indian Hand and Microsurgeons*; 9, 139-153.
- Fernández-López, J. et al (2009) Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*; 83, 775-783.
- Fernández-López, J., Fernández-Fidalgo, M. y Cieza, A. (2010) Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*; 84, 169-184.
- Gebhardt, C., Kirchberger, I., Stucki, G. y Cieza, A. (2010) Validation of the comprehensive ICF core set for rheumatoid arthritis: the perspective of physicians. *Journal of Rehabilitation and Medicine*; 42, 780-788.
- Geyh, S. et al (2004) ICF core sets for stroke. *Journal of Rehabilitation and Medicine*; 44, 135-141.
- Gimeno, H. y Lin, J. (2017) The ICF to evaluate Deep brain stimulation neuromodulation in childhood dystonia-hyperkinesia informs future clinical and research priorities in a multidisciplinary model of care. *Official Journal of the European Paediatric Neurology Society*; 21, 147-167.

- Glässel, A. et al (2010) Content validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for stroke: the perspective of occupational therapists. *Canadian Journal of Occupational Therapy*; 77 (5), 289-302.
- Gonçalves, S., Silva, C. y Córdoba, M. (2017) Percepciones de docentes sobre el uso de CIF-IA en la evaluación especializada. *Revista de Estudios e Investigación*; 1 (11), 312-318.
- González-Farfán, E. (2019) Dependencia y movimiento en la hospitalización de geriatría. *Revista de investigación y casos en salud*; 4 (2), 147-152.
- González-Seguel, F., Corner, E. y Merino-Osorio, C. (2018) International Classification of Functioning, Disability and Health Domains of 60 physical functioning measurement instruments used during the adult intensive care unit stay: a scoping review. *Physical Therapy*; 99 (5), 627-640.
- Güeita-Rodríguez, J. et al (2019) Content comparison of aquatic therapy outcome measures for children with neuromuscular and neurodevelopmental disorders using the International Classification of Functioning Disability and Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 16 (4263), 1-11.
- Guilera, G. et al (2020) Towards and ICF Core Set for functioning assessment in severe mental disorders: Commonalities in bipolar disorder, depression and schizophrenia. *Psicothema*; 37 (1), 7-14.
- Havik, P. (2018) Public Health, Social Medicine and Disease Control: Medical Services, Maternal Care and Sexually Transmitted Disease in Former Portuguese West Africa. *Medicine and History*; 62 (4), 485-506.
- Hernández, L., Ocampo, J., Ríos, D. y Calderón, C. (2017) El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Revista de Salud Pública*; 19 (3), 393-395.
- Hernao-Lema, C. y Pérez-Parra, J. (2016) Adherencia a procesos de neurorrehabilitación funcional y su relación con la discapacidad y la calidad de vida en adultos colombianos con lesión medular. *Revista de la Facultad de Medicina*; 64, 69-77.

- Kane, J. et al (2017) A systematic review of primary care models for non-communicable disease interventions in Sub-Saharan Africa. *BMC Family Practice*; 18 (46), 1-12.
- Kinoshita, S. et al (2016) Validation of the activity and participation component of ICF core sets for stroke patients in japanese rehabilitation wards. *Journal of Rehabilitation and Medicine*; 48, 764-768.
- Mäenpää, H. et al (2016) Multiprofessional evaluation in clinical practice: establishing a core set of outcome measures for children with cerebral palsy. *Developmental medicine and child neurology*; 59, 322-328.
- Martin-Baro, I. (1977) Del cociente intelectual al cociente racial. Digitalizado por *Biblioteca P. Florentino Idoate, S.J*; 485-494.
- Mélo, T., Yamaguchi, B., Silva, A. y Israel, V. (2017) Motor abilities, activities and participation of institutionalized Brazilian children and adolescents with cerebral palsy. *Motriz, Rio Claro*; 23 (2), 1-8.
- Montgomery, N. et al (2018) Practical Successes in Thelepathology Experiences in Africa. *Clinical Laboratory of Medicine*; 38 (1), 141-150.
- Mosquera, S., Vargas, M. y Manotas, Y. (2017) Propuesta de un instrumento de evaluación basado en la CIF-IA para el abordaje fonoaudiológico de la enfermedad de Moya-Moya: estudio de caso. *Revista Signos Fónicos*; 3 (1), 5-13.
- Narciso, L. et al (2019) Identification of relevant categories for inpatient physical therapy care using the International Classification of Functioning, Disability and Health: a Brazilian survey. *Brazilian Journal of Physical Therapy*; 23 (3), 212-220.
- Nuño, L. et al (2018) Validation of the ICF Core Sets for schizophrenia from the perspective of psychiatrists: an international Delphy study. *Journal of Psychiatric Research*; 103, 134-141.
- Ojeda, T. (2016) Relaciones internacionales y cooperación con enfoque Sur-Sur. *Ediciones Catarata*; Madrid.

- Okoroafor, I. et al (2020) Telemedicine and biomedical care in Africa:prospects and challenges. *Nigerian Journal of Clinical Practice*; 20, 1-5.
- Organización Mundial de la Salud (2001) Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.
- Oropesa, P., Salgado, Y. y García, I. (2019) Sistemas de procedimientos metodológicos para la superación profesional del rehabilitador sanitario en terapia ocupacional. *Revista Medisan*; 23 (3), 568-582.
- Osborne, C. et al (2017) The burn model systems outcome measures: a contnet analysis using the ICF. *Disability and Rehabilitation*; 39 (25), 2584-2593.
- Owolabi, M. et al (2015) The burden of stroke in Africa: a glance at the present and a glimpse into the future. *CVJAfrica*; 26 (2), 27-38.
- Pastrán, O., Quintero, C., Ríos, Z. y Pérez, C. (2016) Aplicaciones de la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud en Colombia. *Investigación institucional de la Escuela Colombiana de Rehabilitación*.
- Pérez-Parra, J. y Hernao-Lema, C. (2015) Fiabilidad de un instrumento de evaluación de la discapacidad en personas con lesión medular crónica, basado en el core set abreviado de la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud. *Fisioterapia*; 37 (2), 45-54.
- Philbois, S. et al (2016) Health professionals identify components of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in questionnaires for the upper limb. *Brazilian Journal of Physical Therapy*; 20 (1), 15-25.
- Prodinge, B., Darzins, S., Magasi, S. y Baptiste, S. (2015) The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): opportunities and challenges to the use of ICF for occupational therapy. *World Federation of Occupational Therapists Bolletin*; 71 (2), 108-114.
- Pupo, N., Hernández, L. y Presno, C. (2017) La formación médica en Promoción de Salud desde el enfoque de los determinantes sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*; 33 (2), 218-229.

- Queiroz, K. et al (2016) Analysis of impacts from environmental factors evaluated by ICF in individuals post-cva. *Fisioterapia y movimiento*; 29 (2), 237-249.
- Raji, P., Mehraban, A., Ahmadi, M. y Schiariti, V. (2019) Assessment priorities in cerebral palsy using ICF core set by iranian occupational therapists. *Canadian Journal of Occupational Therapy*; 1 (10), 1-10.
- Raudaskosi, P. y Bisgaard, C. (2019) The entanglements of affect and participation. *Frontiers in Psychology*; 10, 1-14.
- Ray, M., Wallace, L., Mbuagbaw, L. y Cockburn, L. (2017) Functioning and disability in recent research from Cameroon: a narrative synthesis. *PanAfrican Medical Journal*; 27 (73) 1-13.
- Rey, F. (2019) La acción humanitaria de la Unión Europea y la incorporación del voluntariado: una perspectiva histórica. *Revista Española de Desarrollo y Cooperación*; 45, 11-19.
- Said, A., Gianello, T., Cunha, A. y Israel, V. (2016) The International Classification of Functioning, Disability and Health as applied to Parkinson's Disease: a literatura review. *Advances in Parkinson's Disease*; 5, 29-40.
- Said, S. et al (2016) The selection of core international classification of functioning, disability and health categories for patient reported outcome measurement in spine trauma patients – results of and international consensus process. *The Spinal Journal*; 1, 1-19,
- Sanahuja, J. y Tezanos, S. (2019) Futuro de la cooperación internacional para el desarrollo: ¿cooperación o competencia? *Temas para el debate*; 300, 80-82.
- Santosa, A., Schröders, J., Vaezghasemi, M. y Ng, N. (2015) Inequality in disability-free life expctancies among older men and women in six countries with developing economies. *Social environment and health*; 70, 855-861.
- Santosa, A., Schröders, J., Vaezghasemi, M. y Ng, N. (2016) Inequality in disability-free like expectancies among older men and women in six countres with developing economies. *Social environment and health*; 70, 855-861.

- Schiariti, V., Mahdi, S. y Bötke, S. (2018) International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for cerebral palsy, autism spectrum disorder, and attention-deficit-hyperactivity disorder. *Developmental medicine and child neurology*; 60, 933-941.
- Selb, M. et al (2014) A Guide on how to develop and International Classification of Functioning, Disability and Health Core set. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*; 2-33.
- Tamayo, M., Beosaín, A. y Rebolledo, J. (2018) Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación. *Gac Sanitaria*; 32 (1), 96-100.
- Tassara, C. (2016) Cooperación internacional para el desarrollo: gobierno, economía y sociedad. Evolución de las políticas y escenarios futuros. *Geopolítica*; 8 (2), 299-313.
- Tzu-Ying, C. et al (2017) What is the gap in activity and participation between people with disability and the general population in Taiwan? *International Journal for Equity in Health*; 16 (136), 1-12.
- Umut, H. et al (2019) Validation and application of the ICF core set for spinal cord injury in Turkish patients. *Turkish Society of Physical Medicine and Rehabilitation*; 65 (3), 244-258.
- Van Leeuwen, L. et al (2018) Barriers to and enablers of the implementation of an ICF-based intake tool in clinical otology and audiology practice- A qualitative pre-implementation study. *Plos One*; 1-26.
- Vanegas, J. y Gil, L. (2007) La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Hacia la Promoción de la Salud*; 12, 51-61.
- Vitacca, M. et al (2019) Implementation of a real-world based ICF set for the rehabilitation of respiratory disease: a pilot study. *Minerva Medica*; 2-15.
- Wilcock, A. (1999) Reflections on doing, being and becoming. *Australian Occupational Therapy Journal*; 46, 1-11.

- Wilcock, A. (2007) Occupation and Health: are they one and the same? *Journal of Occupational Science*; 14 (1), 3-8.
- World Federation of Occupational Therapists (2006) Los Derechos Humanos: declaración de posicionamiento.
- World Federation of Occupational Therapists (2019) Occupational Therapy and Human Rights.
- Zango, I. (2015) Terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural. Análisis de las asunciones teóricas básicas. Tesis Doctoral; Universidad de Castilla-La Mancha.

Anexos

Anexo 1: Prisma Checklist

Sección/tema	#	Ítems de la lista de verificación	Incluido en la página #
TÍTULO			
Título	1	Identificar el artículo como revisión sistemática, meta-análisis o ambos.	0 Portada
RESUMEN			
Estructura del resumen	2	Aporta un resumen estructurado incluyendo, si es aplicable: contexto, objetivos, fuentes de información, criterios de elegibilidad del estudio, participantes e intervenciones; valoración del estudio y síntesis de métodos; resultados; limitaciones; conclusiones e implicaciones de los resultados encontrados; registro numérico de la revisión sistemática.	1
INTRODUCCIÓN			
Base teórica	3	Describir la base teórica para dar contexto al artículo, sobre lo que ya se conoce.	2-12
Objetivos	4	Aporta una declaración explícita de preguntas que hagan referencia a los participantes, intervenciones, comparaciones, resultados y diseño del estudio (PICOS).	12
MÉTODO			
Protocolo y registro	5	Indicar si existe un protocolo de revisión, donde puede ser encontrado (por ejemplo, añadir la página web) y, i está disponible, aportar el registro de información incluyendo el número de registro.	13
Criterios de elegibilidad	6	Características específicas del estudio (por ejemplo, PICOS, longitud del seguimiento) y las características del artículo (por ejemplo, años de publicación, idioma, estado de publicación) utilizados como criterios de elegibilidad, aportando lógica.	13
Bases de información	7	Describir todas las fuentes de información (por ejemplo, cobertura de las bases de datos, contacto con los autores del estudio para encontrar estudios adicionales) en la búsqueda y última fecha de acceso.	14

Búsqueda	8	Presentar una estrategia de búsqueda electrónica completa para, al menos, una base de datos, incluyendo los límites utilizados, para que pueda ser repetida.	14
Selección de estudios	9	Enunciar el proceso de selección de los estudios (por ejemplo, análisis, elegibilidad, incluyendo revisión sistemática y, si es aplicable, meta-análisis).	15
Análisis de la información	10	Describe el método de extracción de datos de los artículos y cualquier proceso para obtener y confirmar los datos de los investigadores.	16
Ítems de la información	11	Enumera y define las variable para las que fue realizada la búsqueda y cualquier asunción o simplificación realizada.	14
Riesgo de sesgo en estudios de individuos	12	Describe el método usado para consultar el riesgo de sesgo de los estudios individuales y como esta información suele ser utilizada en cualquier análisis de datos.	16
Resumen de medidas	13	Presenta las principales medidas de resumen (por ejemplo, las diferencias en significado).	17
Síntesis de resultados	14	Describir los métodos para manejar la información y analizar los resultados de los estudios, si se ha hecho, incluir las medidas de consistencia para cada meta-análisis.	17

Page 1 of 2

Sección/tema	#	Ítems de la lista de verificación	Incluido en la página #
Riesgo de sesgos entre estudios	15	Especificar cualquier evaluación realizada para medir el riesgo de sesgo que puede afectar a la evidencia acumulada.	-
Análisis adicionales	16	Describir los métodos usados para análisis adicionales, si se ha hecho, indicar donde fueron pre-especificados.	24
RESULTADOS			
Selección de estudios	17	Aportar el número de estudios analizados, consultados para comprobar su elegibilidad, e incluidos en la revisión, on razones de exclusión en cada fase, preferiblemente con un diagrama de flujo.	17
Características del estudio	18	Para cada estudio, presentar características para la extracción de información y aportar citas.	17
Riesgo de sesgo dentro de los estudios	19	Presentar el riesgo de sesgo de la información para cada estudio y, si se encuentra disponible, cualquier evaluación de los resultados.	17

Resultados individuales de los estudios	20	Para todos los resultados obtenidos presentar, por cada estudio: un resumen simple de la información de cada grupo, efectos estimados e intervalos de confianza.	17
Síntesis de resultados	21	Presentar resultados de cada meta-análisis hecho, incluyendo intervalos de confianza y consistencia de medidas.	17
Riesgo de sesgo entre estudios	22	Presentar resultados de evaluación del riesgo de sesgo entre estudios.	17
Análisis adicionales	23	Aportar resultados de análisis adicionales, si se ha hecho (análisis de subgrupos o de sensibilidad meta-regresiones...).	17
DISCUSIÓN			
Resumen de evidencia	24	Resumen de los principales resultados incluyendo el peso de la evidencia para cada uno de ellos, considerando la relevancia de los grupos (por ejemplo, profesionales sanitarios y usuarios).	35
Limitaciones	25	Discutir limitaciones para el estudio y nivel de los resultados (riesgo de sesgo) y nivel del artículo.	38
Conclusiones	26	Aportar interpretaciones generales de los resultados en el contexto de otra evidencia e implicaciones para futuras búsquedas.	39
FUENTE			
Fuente	27	Describir las fuentes de información para las revisiones sistemáticas y otros apoyos; papel de los investigadores de la revisión sistemática.	41

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit: www.prisma-statement.org.

Anexo 2: Cuestionario

CUESTIONARIO: Cooperación internacional

Información acerca del profesional

1. Género:
2. Edad:
3. Profesión:
*En caso de ser estudiante, especifique el tipo de formación que realiza y el curso en el que se encuentra.
4. ¿Cuánto tiempo ha trabajado/colaborado en cooperación internacional?
5. ¿Cómo llegó a involucrarse en el mundo de la cooperación internacional?
6. ¿En qué país o países ha trabajado/colaborado?
7. ¿Cuál era el recurso desde el cual atendía/atiende a los usuarios? Por ejemplo, un dispensario, un hospital, una escuela...
8. ¿Tenía a su disposición los materiales necesarios para atenderles?



Información acerca de la población

- 9.** Indique el número aproximado de usuarios que atendía desde el recurso:
- 10.** ¿Entre qué rango de edades se encontraban?
- 11.** Siguiendo la siguiente división poblacional, ¿cuáles son las patologías más frecuentes?

- Neonatos (problemas durante el embarazo)
- 0-6 meses:
- 6-12 meses:
- 12-24 meses:
- 2-3 años:
- 3-4 años:
- 4-6 años:
- 6-8 años:
- 8-12 años:
- 12-16 años:
- 16-20 años:
- 20-30 años:
- 30-40 años:
- 40-50 años:
- Mayores de 50 años:

*En caso de no haber atendido usuarios de algunos de los grupos de edad descritos puede dejar en blanco dichos grupos. La clasificación de los menores de 16 años se ha realizado siguiendo los hitos del desarrollo psicomotor descritos en el Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía, mientras que el límite superior de los grupos ("mayores de 50 años") se ha establecido teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población de estudio.

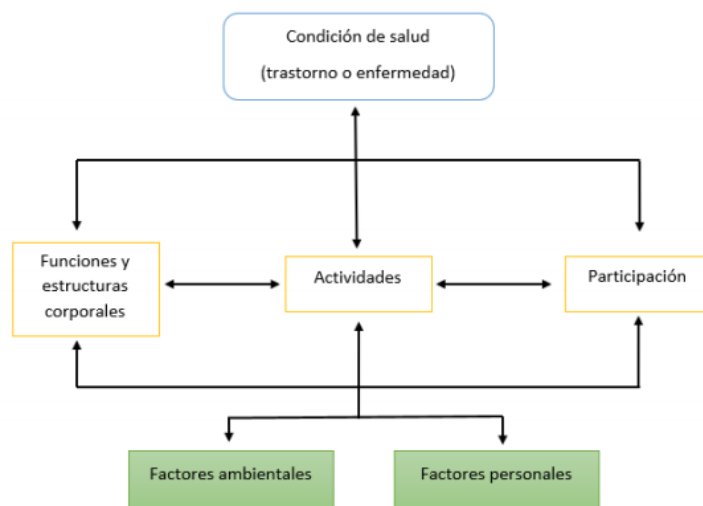
- 12.** Dentro de estas patologías, ¿qué aspectos se valoran con mayor frecuencia en los usuarios? A nivel de funciones, estructuras, nivel de independencia...
- 13.** En cuanto a la accesibilidad, ¿qué barreras físicas se observan con mayor frecuencia? Por ejemplo, la presencia de escaleras en vez de rampas que limitan el acceso de personas con movilidad reducida.

14. ¿Qué barreras sociales se observan con mayor frecuencia?
15. ¿Qué barreras de participación en las actividades se observan con mayor frecuencia?
16. ¿Cuáles son las mayores preocupaciones de los usuarios y de sus familiares?
17. Y como profesional, ¿cuáles son sus mayores preocupaciones, y de sus compañeros, acerca de la atención a los usuarios?
18. Cuando ha atendido a personas con discapacidad en esta población, ¿qué prioridades manifestaban en cuanto a su estado o posible recuperación? ¿Y sus familiares?
19. Conociendo a la población y las características de los usuarios con patología, desde su perspectiva profesional, ¿cuáles son sus objetivos prioritarios que trabajar para eliminar las barreras que impiden la participación igualitaria de todas las personas en las actividades de la comunidad?

Categorías de la CIF

*CIF = Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud

20. En este apartado se muestra un listado de las categorías reflejadas en la CIF, las cuales se dividen siguiendo el siguiente esquema:



Por favor, teniendo en cuenta las características de la población estudiada, puntúe del 1 al 10 la frecuencia de aparición de una alteración o una barrera físico-social en las siguientes categorías y su nivel de impacto en la ejecución independiente de actividades de la vida diaria. Siendo 1 la ausencia de barrera/impacto en las AVDs y 10 máxima barrera/imposibilidad para realizar las AVDs.

*AVDs = Actividades de la vida diaria

Funciones corporales		
	Frecuencia de barrera	Impacto en las AVDs
Conciencia -Estado de alerta y nivel de conciencia, claridad y continuidad del estado de vigilia.		
Orientación -Relación del espacio con respecto a uno mismo, a los demás, al tiempo y a lo que nos rodea.		
Intelectuales -Comprender e integrar de manera constructiva las funciones mentales y su desarrollo en el ciclo vital.		
Psicosociales globales -Funciones mentales generales desarrolladas en el ciclo vital necesarias para obtener habilidades interpersonales que permitan las relaciones sociales.		
Relacionadas con la energía y los impulsos -Satisfacción de las necesidades específicas básicas como el		

apetito.		
Sueño -Cantidad, comienzo, mantenimiento y calidad del sueño.		
Atención -Centrarse en un estímulo externo o interno durante un período de tiempo.		
Memoria -Registro y almacenamiento de información y su recuperación cuando es requerido.		
Psicomotoras -Control de actos motores.		
Emocionales -Sentimientos y componentes afectivos de los procesos mentales.		
Percepción -Reconocimiento e interpretación de estímulos sensoriales.		
Pensamiento -Flujo, forma, contenido y control del pensamiento.		
Funciones cognitivas superiores -Incluye la organización y planificación, pensamiento abstracto, flexibilidad cognitiva, juicio, resolución de problemas e introspección.		
Funciones mentales del lenguaje -Reconocimiento y uso de signos, símbolos y otros componentes del lenguaje.		
Encadenamiento de movimientos complejos -Coordinar movimientos voluntarios complejos con un propósito.		
Experiencias relacionadas con uno mismo y con el tiempo -Conciencia de la propia identidad, el propio cuerpo, la posición de uno en el mundo y el tiempo.		
Funciones visuales -Agudeza visual, campo visual, calidad de la visión.		
Funciones de las estructuras adyacentes al ojo -Movimientos de los músculos, así como función de glándulas lacrimales.		
Funciones auditivas -Detección, discriminación y localización de sonidos, sabiendo diferenciar un mensaje hablado.		
Función vestibular -Posición, equilibrio y movimiento.		
Funciones sensoriales adicionales -Incluyendo la gustativa, olfativa, propioceptiva y táctil.		
Sensación de dolor -Diferenciar la zona en que se localiza y el tipo de dolor.		
Funciones de la voz -Producción de sonidos mediante el paso de aire a través de la laringe.		
Funciones de articulación -Producción de sonidos del habla.		
Funciones del sistema cardiovascular -Incluyendo frecuencia cardíaca, ritmo cardíaco, funciones de los		

vasos sanguíneos y la presión arterial.		
Funciones del sistema respiratorio -Incluyendo la inhalación y exhalación de aire, el intercambio de gases entre el aire y la sangre y las funciones de los músculos.		
Funciones relacionadas con la ingestión -Succionar, morder, masticar, manipular la comida en la boca, salivar, tragar.		
Movilidad de las articulaciones		
Fuerza y tono muscular		
Funciones relacionadas con los reflejos motores -Contracción involuntaria de los músculos ante estímulos específicos.		
Funciones relacionadas con los reflejos de movimiento involuntario -Contracciones involuntarias de grandes grupos musculares para cambiar la posición corporal, equilibrarse o responder ante amenazas.		
Funciones relacionadas con el control de movimientos voluntarios -Control sobre movimientos voluntarios y su coordinación.		
Funciones relacionadas con el patrón de marcha -Permiten a la persona moverse implicando a todo el cuerpo, caminar o correr.		

Estructuras corporales		
	Frecuencia de barrera	Impacto en las AVDs
Cerebro -Lóbulos cerebrales, cerebelo y tronco cerebral. También incluye la integridad de los nervios craneales.		
Médula espinal -Cervical, torácica, lumbosacra y cola de caballo.		
Nervios espinales		
Órbita ocular		
Globo ocular		
Periferia ocular		
Oído externo, medio e interno		
Nariz		
Boca -Dientes, encías, paladar, lengua y labios.		
Faringe		
Laringe		
Sistema cardiovascular -Corazón, arterias y venas, capilares		
Sistema respiratorio -Tráquea y pulmones		

Sistema urinario -Riñones, uréteres, vejiga urinaria y uretra.		
Suelo pélvico		
Sistema reproductor femenino -Ovarios, útero, mama y pezón, vagina y genitales externos (incluyendo el clítoris, los labios mayores y menores y el canal vaginal)		
Sistema reproductor masculino -Testículos y pene		
Cabeza y región del cuello		
Región del hombro		
Extremidad superior -Brazo, antebrazo y mano, junto a las articulaciones de codo, muñeca y las propias de la mano.		
Región pélvica		
Extremidad inferior -Muslo, pierna, tobillo y pie. Incluyendo las articulaciones de la cadera, rodilla, tobillo y las propias del pie.		
Tronco -Columna vertebral y musculatura.		
Áreas de la piel		

Actividades y participación		
	Frecuencia de barrera	Impacto en las AVDs
Experiencias sensoriales intencionadas -Mirar, escuchar, sentir texturas, tocar...		
Aprendizaje básico -Copia, repetición, aprendizaje de lecto-escritura y cálculo, adquisición de habilidades necesarias para tareas de las actividades de la vida diaria.		
Aplicación del conocimiento -Centrar la atención, pensar, resolver problemas, tomar decisiones.		
Llevar a cabo una única tarea -Preparar, iniciar y organizar el tiempo y el espacio.		
Llevar a cabo múltiples tareas		
Llevar a cabo rutinas diarias		
Manejo del estrés y otras demandas psicológicas		
Comunicación-recepción de mensajes hablados		
Comunicación-recepción de mensajes no verbales		
Hablar		
Producción de mensajes no verbales		
Producción de mensajes en lengua de signos		
Conversación -Iniciar, mantener y finalizar intercambios de pensamientos e ideas.		
Utilizar dispositivos y técnicas de comunicación		
Cambiar las posturas corporales básicas -Tumbarse, ponerse de cuclillas, ponerse de rodillas, sentarse,		

ponerse de pie, inclinarse, cambiar el centro de gravedad.		
Mantener la posición del cuerpo		
Transferir el propio cuerpo -Moverse de una superficie a otra.		
Levantar y llevar objetos		
Mover objetos con las extremidades inferiores -Empujar, dar patadas, mover objetos...		
Uso fino de la mano -Recoger objetos, agarrar, manipular, soltar.		
Uso de la mano y el brazo -Tirar, empujar, alcanzar, girar o torcer manos y brazos, lanzar...		
Andar y moverse -Trepas, arrastrarse, correr, saltar, nadar.		
Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento -Uso de patinetes, andadores, sillas de ruedas...		
Uso de medios de transporte -Vehículos de tracción humana, transporte con motor o transporte público.		
Medios de transporte montando animales		
Lavarse -Partes individuales del cuerpo, todo el cuerpo y secarse.		
Cuidado de partes del cuerpo -Piel, cara, dientes, cuero cabelludo, genitales...		
Higiene personal relacionada con los procesos de excreción -Micción, defecación y cuidado menstrual		
Vestirse -Ponerse la ropa, quitarse la ropa, ponerse y quitarse el calzado, elegir la vestimenta adecuada.		
Comer y beber		
Cuidado de la propia salud -Asegurar el bienestar físico, control de la dieta y la forma física, mantenimiento de la salud.		
Adquisición de un lugar para vivir		
Adquisición de bienes y servicios -Todos aquellos necesarios para la vida diaria.		
Preparar comidas		
Realizar los quehaceres de la casa -Lavar y secar la ropa, limpiar las zonas del hogar, uso de aparatos domésticos, eliminar la basura y almacenar productos para satisfacer las necesidades básicas.		
Cuidado de los objetos del hogar -Remendar las ropas, cuidar las plantas, animales, zonas del hogar.		
Ayudar a los demás -En sus tareas de autocuidado, en desplazamientos, comunicación, relaciones interpersonales, nutrición, mantenimiento de la salud...		
Interacciones interpersonales básicas -Respeto y afecto, aprecio, tolerancia, contacto físico...		
Interacciones interpersonales complejas -Establecer y finalizar relaciones, regular el comportamiento en		

la interacción, interactuar según las reglas sociales, mantener la distancia social...		
Relaciones íntimas -Sentimentales, conyugales, sexuales...		
Educación -No reglada, preescolar, escolar, profesional, superior...		
Aprendizaje -Preparación para el trabajo.		
Conseguir, mantener y finalizar un trabajo		
Trabajo remunerado y no remunerado		
Realizar transacciones económicas		
Autosuficiencia económica -Control sobre los propios recursos para satisfacer las necesidades básicas, suyas y de sus familiares.		
Vida comunitaria -Asociaciones informales y formales, participar en ceremonias.		
Tiempo libre y ocio -Juego, deportes, arte y cultura, manualidades, aficiones, socialización.		
Religión y espiritualidad		
Vulneración de los derechos humanos		
Vida política y ciudadanía -Participar en la vida social, política y gubernamental de un ciudadano.		

Factores ambientales y personales		
	Frecuencia de barrera	Impacto en las AVDs
Productos o sustancias para el consumo personal -Comida, medicamentos.		
Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria -Ayuda de realización en las actividades de la vida diaria.		
Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos		
Productos y tecnología para la comunicación		
Productos y tecnología para la educación		
Productos y tecnología para el empleo		
Productos y tecnología para las actividades culturales, recreativas y deportivas		
Productos y tecnología para la práctica religiosa y la vida espiritual		
Diseño, construcción, materiales y tecnología arquitectónica para edificios de uso público y uso privado		
Productos y tecnología relacionados con el uso/explotación del suelo		
Pertenencias -Financieras, tangibles e intangibles (propiedad intelectual).		
Geografía física del entorno -Formaciones geológicas y configuración hidrológica.		
Población		

-Cambios demográficos y densidad poblacional.		
Flora y fauna		
Clima -Temperatura, humedad, presión atmosférica, precipitaciones, viento, variaciones estacionales.		
Desastres naturales		
Desastres causados por el hombre -Conflictos y guerras, situaciones de desplazamiento de personas, destrucción de infraestructuras...		
Intensidad y calidad de la luz		
Intensidad y cualidad del sonido		
Cualidad del aire en espacios cerrados y abiertos		
Apoyo de familiares cercanos		
Apoyo de amigos		
Relación con profesionales sociosanitarios		
Servicios, sistemas y políticas de producción de artículos de consumo		
Servicios, sistemas y políticas de arquitectura y construcción		
Servicios, sistemas y políticas de vivienda		
Servicios, sistemas y políticas de utilidad pública -Agua, combustible, electricidad, saneamiento, transporte público y servicios fundamentales.		
Servicios, sistemas y políticas de protección civil -Para proteger a las personas y a las propiedades.		
Servicios, sistemas y políticas de asociación y organización -Reunirse en grupos por intereses comunes, no comerciales.		
Servicios, sistemas y políticas de medios de comunicación		
Servicios, sistemas y políticas económicas		
Servicios, sistemas y políticas de seguridad social		
Servicios, sistemas y políticas sanitarias		
Servicios, sistemas y políticas de educación y formación		
Servicios, sistemas y políticas de empleo		

Determinantes sociales de la salud

21. A continuación, se expone un esquema de los determinantes sociales de la salud según la Organización Mundial de la Salud (2005). Una vez analizado, responda a las siguientes preguntas.

Determinantes estructurales				
Contexto social	Contexto político	Contexto económico	Contexto cultural	Rol del individuo den la comunidad
Determinantes intermedios				
Familia	Ambiente escolar	Ambiente laboral	Condiciones materiales	
Determinantes proximales				
Comorbilidad de enfermedades	Edad	Sexo	Etnia	Predisposición genética a sufrir una enfermedad
PERSONA				

- En esta población, ¿qué determinantes cree que son más vulnerables? Es decir, más fáciles de ser alterados negativamente.
- ¿Qué problemas a los que se enfrenta esta población ve relacionados con los determinantes de la salud mostrados en el esquema?

Finalización del cuestionario

22. ¿Hay otro u otros aspectos de relevancia acerca de la atención a esta población que no hayan sido mencionados en el cuestionario?

23. Si desea añadir algo más de información, hágalo en el siguiente hueco:

**¡Muchas gracias por su
participación!**



Sus respuestas serán contabilizadas y analizadas debidamente. No olvide que debe:

- Reenviar este cuestionario respondido al correo desde el que se le hizo llegar (laurasoliscasado@gmail.com)
- Rellenar el consentimiento informado y adjuntarlo junto con el cuestionario respondido.

Anexo 3: Resumen de los datos cuantitativos

Leyenda de colores	
Funciones corporales	
Estructuras corporales	
Actividades y participación	
Factores ambientales y personales	

Categoría CIF	Frecuencia de barrera		Impacto AVD	
	MEDIA	DT	MEDIA	DT
Intelectuales	6	2,19	7,57	3,1
Psicosociales	5	2,28	6,86	2,61
Energía e impulsos	6	2,82	6,83	1,33
Atención	5	2,31	6,625	2,87
Psicomotoras	6	3,56		
Emocionales	5,33	3,08		
Percepción	5	2,45		
Funciones cognitivas superiores	6	2,82	8,5	0,84
Movimientos articulaciones	6,5	2,16	7	2,83
Fuerza y tono muscular	6,38	2,62	7,38	2,26
Funciones del control motor	5,17	3,06		
Funciones del patrón de marcha	6,42	2,15	7,71	2,29
Extremidad superior	6	2,68	7,5	3,27
Extremidad inferior	5,5	3,39		
Tronco	6	2	7,5	1,64
Áreas de la piel	5,5	3,11		
Aprendizaje	6,86	1,46	8,67	1,21
Aplicación del conocimiento	6,28	1,79	8,83	1,17
Realizar una tarea	6,14	1,57	8,14	1,35
Realizar múltiples tareas	6,28	1,97	7,43	1,13
Realizar una rutina	6,67	2,16	8,33	1,5
Manejo del estrés	5,4	3,65		
Uso fino de la mano	5,57	3,15		
Lavarse	5,67	2,73		
Cuidado partes del cuerpo	5,8	3,03		
Higiene personal	5,6	2,88		
Comer y beber	6,6	1,95	7,8	1,92
Cuidado propia salud	7,4	3,13	9,2	1,09
Adquisición lugar para vivir	7,8	2,28	8,4	1,67
Adquisición bienes y servicios	6,67	3,2	7	3,46
Preparar comidas	7,2	3,03	7,8	1,48

Realizar tareas del hogar	6	3,95		
Relaciones íntimas	8,2	3,03	8,8	1,3
Educación	8	2,35	9,2	1,09
Aprendizaje	8	2,92	9,2	1,09
Conseguir, mantener y finalizar un trabajo	6,33	4,04		
Trabajo remunerado y no remunerado	5,33	4,16		
Realizar transacciones económicas	5,33	4,16		
Autosuficiencia económica	6,75	3,77	9,5	1
Tiempo libre y ocio	7,33	2,5	7,33	2,34
Religión y espiritualidad	5,5	2,38	7	2,45
Vulneración de los derechos humanos	7,2	3,11	9,2	1,3
Vida política	5	4,24		
Productos de consumo personal	6	2,82	8,28	1,7
Productos de uso personal del día a día	7	3,34	9	1,55
Productos movilidad	6,57	3,73		
P comunicación	6,16	4,07		
P educación	6,33	4,03		
P empleo	6,16	4,26		
P actividades culturales, recreativas y deportivas	6,14	4,29		
P práctica religión	5,2	4,55		
Diseño edificios	7,2	3,56	7,8	2,59
Explotación suelo	6,6	4,67		
Pertenencias	6,5	3,69		
Geografía física	6,2	4,38		
Clima	6,2	2,58	6,8	2,49
Desastres causados por el hombre	7,8	3,19	8,2	2,49
Relación con profesionales sociosanitarios	7,2	2,49	8,4	2,3
Servicios producción artículos de consumo	6,6	3,85		
Servicios construcción	6,8	4,38		
Servicios vivienda	7	4,12		
Servicios utilidad pública	7,6	3,58	8,4	2,3
Servicios protección civil	8,2	2,68	8,2	2,49
Servicios asociación	6	4,61		
Servicios comunicación	7,2	3,7	6,2	2,39
Servicios económicos	7,2	3,7	7	2,82
Servicios seguridad social	7,75	3,86	8	2,45

Servicios sanitarios	8,33	3,14	8,67	2,16
Servicios educación y formación	8	3,39	8,6	2,19
Servicios empleo	8	3,39	8,4	2,3

Organización por bloques: de mayor a menor puntuación

Funciones corporales				
	Frecuencia de barrera		Impacto AVD	
	MEDIA	DT	MEDIA	DT
Movimientos articulaciones	6,5	2,16	7	2,83
Funciones del patrón de marcha	6,42	2,15	7,71	2,29
Funciones fuerza y tono muscular	6,38	2,62	7,38	2,26
Funciones cognitivas superiores	6	2,82	8,5	0,82
Energía e impulsos	6	2,82	6,83	1,33
Funciones intelectuales	6	2,19	7,57	3,1
Funciones psicosociales	5	2,28	6,86	2,62

Estructuras corporales				
	Frecuencia de barrera		Impacto AVD	
	MEDIA	DT	MEDIA	DT
Tronco	6	2	7,5	1,64
Extremidad superior	6	2,68	7,5	3,27

Actividades y participación				
	Frecuencia de barrera		Impacto AVD	
	MEDIA	DT	MEDIA	DT
Relaciones íntimas	8,2	3,03	8,8	1,3
Educación	8	2,35	9,2	1,09
Aprendizaje básico	8	2,92	9,2	1,09
Adquisición de un lugar para vivir	7,8	2,28	8,4	1,67
Cuidado propia salud	7,4	3,13	9,2	1,09
Tiempo libre y ocio	7,33	2,5	7,33	2,34
Preparar comidas	7,2	3,03	7,8	1,48

Vulneración de los derechos humanos	7,2	3,11	9,2	1,3
Aprendizaje (empleo)	6,86	1,46	8,67	1,21
Autosuficiencia económica	6,75	3,77	9,5	1
Realizar una rutina	6,67	2,16	8,33	1,5
Adquisición de bienes y servicios	6,67	3,2	7	3,46
Comer y beber	6,6	1,95	7,8	1,92
Aplicación del conocimiento	6,28	1,79	8,83	1,17
Realizar múltiples tareas	6,28	1,97	7,43	1,13
Realizar una tarea	6,14	1,57	8,14	1,35
Religión y espiritualidad	5,5	2,38	7	2,45

Factores ambientales y personales				
	Frecuencia de barrera		Impacto AVD	
	MEDIA	DT	MEDIA	DT
Servicios sanitarios	8,33	3,14	8,67	2,16
Servicios protección civil	8,2	2,68	8,2	2,49
Servicios educación y formación	8	3,39	8,6	2,19
Servicios empleo	8	3,39	8,4	2,3
Desastres causados por el hombre	7,8	3,19	8,2	2,49
Servicios seguridad social	7,75	3,86	8	2,45
Servicios utilidad pública	7,6	3,58	8,4	2,3
Relación con profesionales sociosanitarios	7,2	2,49	8,4	2,3
Diseño de edificios	7,2	3,56	7,8	2,59
Servicios económicos	7,2	3,7	7	2,82
Servicios comunicación	7,2	3,7	6,2	2,39
Productos de uso personal del día a día	7	3,34	9	1,55
Clima	6,2	2,58	6,8	2,49
Productos de consumo personal	6	2,82	8,28	1,7

Anexo 4: Análisis de los datos cualitativos

Ejemplo de estudio cualitativo para creación de core set de la CIF (Selb et al,2014)	
Pregunta para los profesionales	Componente de la CIF cubierto
Si piensas acerca del cuerpo y mente del usuario... ¿qué lista de problemas son relevantes para él/ella?	Funciones corporales
Si piensa acerca del cuerpo de la persona... ¿en qué partes de su cuerpo se encuentran sus problemas?	Estructuras corporales
Si piensa acerca de la vida diaria de la persona... ¿cuáles son sus dificultades?	Actividades y participación
Si piensa acerca del entorno y las condiciones de la vida de la persona, ¿es facilitador para él/ella?	Factores ambientales: facilitadores
Si piensa acerca del entorno y las condiciones de la vida de la persona, ¿son una barrera para él/ella?	Factores ambientales: barreras
Si piensa acerca de la persona... ¿qué es importante para él/ella y para la forma en que maneja su condición de salud?	Factores personales

Cuestiones de respuesta cualitativa incluidas en el estudio	
Pregunta para los profesionales	Componente de la CIF cubierto
7. ¿Cuál era el recurso desde el cual atendía/atende a los usuarios? Por ejemplo, un dispensario, un hospital, una escuela...	Factores ambientales
8. ¿Tenía a su disposición los materiales necesarios para atenderles?	Factores ambientales: barreras
11. Siguiendo la siguiente división poblacional, ¿cuáles son las patologías más frecuentes?	Estructuras corporales Funciones corporales
12. Dentro de estas patologías, ¿qué aspectos se valoran con mayor frecuencia en los usuarios? A nivel de funciones, estructuras, nivel de independencia...	Estructuras corporales Funciones corporales Actividades y participación
13. En cuanto a la accesibilidad, ¿qué barreras físicas se observan con mayor frecuencia? Por ejemplo, la presencia de escaleras en vez de rampas que limitan el acceso de personas con movilidad reducida.	Factores ambientales: barreras
14. ¿Qué barreras sociales se observan con mayor frecuencia?	Factores ambientales: barreras

15.	¿Qué barreras de participación en las actividades se observan con mayor frecuencia?	Actividades y participación Factores ambientales: barreras
16.	¿Cuáles son las mayores preocupaciones de los usuarios y de sus familiares?	Factores personales
17.	Y como profesional, ¿cuáles son sus mayores preocupaciones, y de sus compañeros, acerca de la atención a los usuarios?	Factores personales
18.	Cuando ha atendido a personas con discapacidad en esta población, ¿qué prioridades manifestaban en cuanto a su estado o posible recuperación? ¿Y sus familiares?	Factores personales
19.	Conociendo a la población y las características de los usuarios con patología, desde su perspectiva profesional, ¿cuáles son sus objetivos prioritarios que trabajar para eliminar las barreras que impiden la participación igualitaria de todas las personas en las actividades de la comunidad?	Factores ambientales: facilitadores

Otras preguntas que incluyen mezcla de componentes de la CIF	
En esta población, ¿qué determinantes sociales de la salud cree que son más vulnerables? Es decir, más fáciles de ser alterados negativamente.	
¿Qué problemas a los que se enfrenta esta población ve relacionados con los determinantes de la salud mostrados en el esquema?	
22.	¿Hay otro u otros aspectos de relevancia acerca de la atención a esta población que no hayan sido mencionados en el cuestionario?
23.	Si desea añadir algo más de información, hágalo en el siguiente hueco:

Transcripción de las respuestas cualitativas del estudio

Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4
Dividir el texto cuando se reconoce un cambio de tema	Identificar los conceptos fundamentales	Identificar las categorías de la CIF a las que corresponden	Seleccionar las categorías de la CIF

Pregunta 8: ¿Tenía a su disposición los materiales necesarios para atenderles?			
Componente de la CIF: Factores ambientales - barreras			
Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4
C1: Muchos materiales los llevábamos mis compañeros y yo, pero a veces teníamos que ingeniárnoslas.	<i>Llevábamos los materiales Teníamos que ingeniárnoslas</i>	e110 Productos o sustancias para el consumo personal e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias	e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias e110 Productos o sustancias para el consumo personal e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria
C3: Nos intentamos adaptar con los recursos que tienen allí.	<i>Adaptar con los recursos de allí</i>	e110 Productos o sustancias para el consumo personal e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria	
C4: No disponíamos de todo el material necesario, pero si existía material en la escuela, llevamos desde España y creamos material durante nuestra estancia.	<i>No disponíamos del necesario Llevamos (...) y creamos material</i>	e110 Productos o sustancias para el consumo personal e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria	
C5: En general contaba con material suficiente, que daba la posibilidad de realizar productos de bajo coste para las sesiones. Habitualmente, cada voluntario hacía algún tipo de material que iba necesitando para sus pacientes, por lo que poco a poco cada grupo iba contando con más	<i>Material suficiente para (...) hacer productos de bajo coste Cada voluntario (...)</i>	e110 Productos o sustancias para el consumo personal e115 Productos y	

material.	<i>hacía material</i>	tecnología para uso personal en la vida diaria	
C6: No	<i>No</i>	e110 Productos o sustancias para el consumo personal e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria	
C7: Había materiales, aunque no todos los que se podrían emplear para dar un buen servicio. Pero la verdad es que dada la situación vivida había de todo para poder realizar una intervención.	<i>Había materiales No todos los necesarios</i>	e110 Productos o sustancias para el consumo personal e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria	
C8: No todos los necesarios. Muchos los llevábamos nosotros de España.	<i>No todos los necesarios</i>	e110 Productos o sustancias para el consumo personal e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria	
C9: Los básicos.	<i>Los básicos</i>	e110 Productos o sustancias para el consumo personal e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria	

		e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias	
--	--	---	--

Pregunta 11: Siguiendo la siguiente división poblacional, ¿cuáles son las patologías más frecuentes?			
Componente de la CIF: Funciones y estructuras corporales			
Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4
C1: PBO, malformaciones, microcefalia, hidrocefalia, autismo, PCI	<i>Parálisis braquial obstétrica</i> <i>Microcefalia</i> <i>Hidrocefalia</i> <i>Autismo</i> <i>Parálisis cerebral infantil</i>	s710 Estructuras de la cabeza y de la región del cuello s720 Estructura de la región del hombro s730 Estructura de la extremidad superior	s710 Estructuras de la cabeza y de la región del cuello s720 Estructura de la región del hombro s730 Estructura de la extremidad superior s740 Estructura de la región pélvica s750 Estructura de la extremidad inferior s760 Estructura del tronco s770 Estructuras musculoesqueléticas adicionales relacionadas con el movimiento s110 Estructura del cerebro
C3: Desnutrición, malformaciones y quemaduras	<i>Desnutrición</i> <i>Malformaciones</i> <i>Quemaduras</i>	s740 Estructura de la región pélvica s750 Estructura de la extremidad inferior	
C4: PCI, síndrome de down, retraso psicomotor, autismo	<i>PCI</i> <i>Síndrome de Down</i> <i>Retraso psicomotor</i> <i>Autismo</i>	s760 Estructura del tronco s770 Estructuras musculoesqueléticas adicionales	
C5: Hipoxias, autismo, síndrome de down	<i>Hipoxias</i> <i>Autismo</i> <i>Síndrome de Down</i>	relacionadas con el movimiento	
C7: Patologías neurológicas y psiquiátricas, traumatismo craneoencefálico, amputaciones y quemaduras	<i>Patología neurológica</i> <i>Patología psiquiátrica</i> <i>Traumatismo craneoencefálico</i>	s110 Estructura del cerebro s120 Médula espinal	

	<i>Amputaciones</i> <i>Quemaduras</i>	y estructuras relacionadas	s120 Médula espinal y estructuras relacionadas b730 Funciones relacionadas con la fuerza muscular b735 Funciones relacionadas con el tono muscular s810 Estructura de las áreas de la piel b750 Funciones relacionadas con los reflejos motores b755 Funciones relacionadas con los reflejos de movimiento involuntario b760 Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios b770 Funciones relacionadas con el patrón de la marcha b260 Función propioceptiva b265 Funciones táctiles b 117 Funciones intelectuales b 122 Funciones psicosociales globales b140 Funciones de la atención
C8: Desnutrición, infecciones bacterianas y víricas, enfermedad mental y cardiopatías	<i>Desnutrición</i> <i>Infecciones</i> <i>Enfermedad mental</i> <i>Cardiopatía</i>	b730 Funciones relacionadas con la fuerza muscular b735 Funciones relacionadas con el tono muscular	
C9: De 0 a 12 años enfermedades respiratorias y diarrea, de 12 a 20 años traumatismos, de 20 a mayores de 50 traumatismos, diabetes, HTA y enfermedades respiratorias.	<i>Enfermedades respiratorias</i> <i>Diarrea</i> <i>Diabetes</i> <i>HTA</i> <i>Traumatismos</i>	s810 Estructura de las áreas de la piel b750 Funciones relacionadas con los reflejos motores b755 Funciones relacionadas con los reflejos de movimiento involuntario b760 Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios b765 Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios b770 Funciones relacionadas con el patrón de la marcha b410 Funciones del	

		corazón b415 Funciones de los vasos sanguíneos b420 Funciones de la presión arterial b260 Función propioceptiva b265 Funciones táctiles b 117 Funciones intelectuales b 122 Funciones psicosociales globales b140 Funciones de la atención b 144 Funciones de la memoria b147 Funciones psicomotoras b152 Funciones emocionales b156 Funciones de la percepción b160 Funciones del pensamiento b164 Funciones cognitivas superiores	b 144 Funciones de la memoria b147 Funciones psicomotoras b152 Funciones emocionales b156 Funciones de la percepción b160 Funciones del pensamiento b164 Funciones cognitivas superiores
--	--	--	---

Pregunta 12: Dentro de estas patologías, ¿qué aspectos se valoran con mayor frecuencia en los usuarios? A nivel de funciones, estructuras, nivel de independencia...			
Componente de la CIF: Funciones y estructuras corporales, actividades y participación			
Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4
C1: A nivel de funciones corporales: funciones vestibulares, propioceptivas, visión y audición, dolor, sensibilidad, movilidad de articulaciones, postura que tiene, fuerza, tono muscular, reacciones involuntarias de movimiento, coordinación, patrón de la marcha, reflejos motores y funciones de la voz y el habla. (Hacíamos una evaluación bastante exhaustiva) A nivel de independencia: movilidad, comer, beber, ir al baño. A nivel de estructuras: sobre todo el estado de la piel, miembros superiores y miembros inferiores.	<i>Funciones vestibulares</i> <i>Propioceptivas</i> <i>Visión y audición</i> <i>Dolor</i> <i>Sensibilidad</i> <i>Movilidad de articulaciones</i> <i>Postura</i> <i>Fuerza y tono muscular</i> <i>Reacciones involuntarias del movimiento</i> <i>Coordinación</i> <i>Patrón de marcha</i> <i>Reflejos motores</i> <i>Funciones de la voz y el habla</i> <i>Movilidad</i> <i>Comer y beber</i> <i>Ir al baño</i> <i>Estado de la piel</i> <i>Miembros superiores</i> <i>Miembros inferiores</i>	b140 Funciones de la atención b 144 Funciones de la memoria b147 Funciones psicomotoras b152 Funciones emocionales b156 Funciones de la percepción b160 Funciones del pensamiento b164 Funciones cognitivas superiores b167 Funciones mentales del lenguaje b210 Funciones visuales b230 Funciones auditivas b235 Función vestibular b250 Función	b140 Funciones de la atención b 144 Funciones de la memoria b147 Funciones psicomotoras b152 Funciones emocionales b156 Funciones de la percepción b160 Funciones del pensamiento b164 Funciones cognitivas superiores b210 Funciones visuales b230 Funciones auditivas b235 Función vestibular b260 Función propioceptiva b265 Funciones táctiles b280 Sensación de dolor
C3: Lo ideal sería valorar al usuario en todos los niveles, pero como se hace	<i>Nivel funcional</i>		

por vía telemática nos centramos más a nivel funcional.		gustativa	s710 Estructuras de la cabeza y de la región del cuello s720 Estructura de la región del hombro s730 Estructura de la extremidad superior s740 Estructura de la región pélvica s750 Estructura de la extremidad inferior s760 Estructura del tronco s770 Estructuras musculoesqueléticas adicionales relacionadas con el movimiento Aprendizaje básico (d130-d159) Aplicación del conocimiento (d160-d179) d210 Llevar a cabo una única tarea d220 Llevar a cabo múltiples tareas d230 Llevar a cabo rutinas diarias Cambiar y mantener la posición del cuerpo
C4: Se evaluó de forma global las destrezas motoras y praxis, sensorioles-perceptuales y de cognición, así como su influencia en el nivel de independencia actual.	<i>Destrezas motoras y praxis</i> <i>Sensorio-perceptuales</i> <i>De cognición</i> <i>Nivel de independencia</i>	b255 Función olfativa b260 Función propioceptiva b265 Funciones táctiles b280 Sensación de dolor b310 Funciones de la voz b320 Funciones de la articulación	
C5: Se valoran con mayor frecuencia las funciones y destrezas, ya que no se cuenta con recursos como puede ser una simple radiografía para valorar las estructuras corporales (lo que no implica que en la medida de lo posible se valore) y el nivel de independencia tiene algunos aspectos que no se pueden valorar por temas culturales, como es el aseo e higiene personal, vestido, vida en el hogar...	<i>Funciones y destrezas</i> <i>Algunos aspectos no se pueden valorar por temas culturales</i>	s710 Estructuras de la cabeza y de la región del cuello s720 Estructura de la región del hombro s730 Estructura de la extremidad superior s740 Estructura de la región pélvica s750 Estructura de la extremidad inferior s760 Estructura del tronco s770 Estructuras musculoesqueléticas adicionales relacionadas con el movimiento	
C6: Patologías de nivel funcional, dentro de sus limitaciones buscar la máxima funcionalidad.	<i>Nivel funcional</i>		
C7: Grado de autonomía, áreas ocupacionales limitadas y potencialidades. Funciones cognitivas en su mayoría así como físicas pero estructuras solo en patología osteoarticular	<i>Grado de autonomía</i> <i>Áreas ocupacionales</i> <i>Potencialidades</i> <i>Funciones cognitivas</i> <i>Funciones físicas</i> <i>Estructuras</i>		
C9: El nivel de cooperación e independencia	<i>Nivel de cooperación</i> <i>Independencia</i>		

		Aprendizaje básico (d130-d159) Aplicación del conocimiento (d160-d179) d210 Llevar a cabo una única tarea d220 Llevar a cabo múltiples tareas d230 Llevar a cabo rutinas diarias Cambiar y mantener la posición del cuerpo (d41 O-d429) Llevar, mover y usar objetos (d430-d449) Andary moverse (d450-d469) dSIO Lavarse dS20 Cuidado de partes del cuerpo dS30 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción dS40 Vestirse dSSO Comer dS60 Beber dS70 Cuidado de la propia salud	(d41 O-d429) Llevar, mover y usar objetos (d430-d449) Andary moverse (d450-d469) dSIO Lavarse dS20 Cuidado de partes del cuerpo dS30 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción dS40 Vestirse dSSO Comer dS60 Beber dS70 Cuidado de la propia salud
--	--	--	--

Pregunta 13: En cuanto a la accesibilidad, ¿qué barreras físicas se observan con mayor frecuencia? Por ejemplo, la presencia de escaleras en vez de rampas que limitan el acceso de personas con movilidad reducida.			
Componente de la CIF: Factores ambientales - barreras			
Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4
C1: No existen adaptaciones en las casas para niños con discapacidad y muchas casas no están al nivel del suelo, por lo que tienen escaleras para subir a la casa. Muchos de ellos no tienen sillas de ruedas ni sillas especiales para que puedan estar en su propia casa. Además, los terrenos no son llanos por lo que la movilidad en silla de ruedas se dificulta.	<i>No existen adaptaciones en las casas</i> <i>Casas no están a nivel del suelo</i> <i>No tienen sillas de ruedas ni sillas especiales</i> <i>Terrenos no son llanos</i>	d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento e210 Geografía física e150 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología	d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento e210 Geografía física e150 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología
C2: Todos los problemas imaginables: escaleras, aceras rotas y por todos lados (ausencia de rebajes), carreteras con adoquines, puertas estrechas, baños sin adaptar...	<i>Escaleras</i> <i>Aceras rotas</i> <i>Carreteras de adoquines</i> <i>Puertas estrechas</i> <i>Baños sin adaptar</i>	arquitectónica para edificios de uso publico e155 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología	arquitectónica para edificios de uso publico e155 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología
C4: No existe ningún tipo de adaptación para personas con movilidad reducida puesto que la principal barrera está en el acceso al transporte escolar el cual es imposible de realizar si el niño o niña no tiene la capacidad de deambular de forma independiente. Por otro lado en la escuela cada aula tiene un gran escalón que superar para entrar en el (donde si hay un suelo firme), el patio y todo el suelo que rodea tanto la escuela como los hogares, mercados etc es arena lo que dificultaría enormemente el uso de un producto de apoyo para la movilidad como andador, silla de ruedas e incluso bastón.	<i>No existe ningún tipo de adaptación para personas con movilidad reducida</i> <i>Transporte escolar (...)</i> <i>imposible sin deambulación</i> <i>Aulas con escalón</i> <i>Suelo de arena</i>	arquitectónica para edificios de uso privado e515 Servicios, sistemas y políticas de arquitectura y construcción	arquitectónica para edificios de uso privado e515 Servicios, sistemas y políticas de arquitectura y construcción
C5: Se podría decir que todo el pueblo eran barreras para las personas con discapacidad, algunos ejemplos son: calles sin asfaltar, escaleras, agujeros en las calzadas o alcantarillas sin tapar, baños públicos eran letrinas de hoyo...	<i>Calles sin asfaltar</i> <i>Escaleras</i> <i>Agujeros en las calzadas</i> <i>Alcantarillas sin tapar</i> <i>Baños públicos (...)</i>	e520 Servicios, sistemas y políticas de planificación de	e520 Servicios, sistemas y políticas de planificación de los espacios abiertos e525 Servicios,

	<i>letrinas de hoyo</i>	los espacios abiertos e525 Servicios, sistemas y políticas de vivienda	sistemas y políticas de vivienda
C6: Las distancias para acudir tanto al recurso sanitario como a la escuela y sin tener vehículo.	<i>Distancias acudir al recurso y escuela Sin tener vehículo</i>		
C7: No había ningún tipo de accesibilidad en el lugar, de hecho vi muy pocas personas usuarias de sillas de ruedas. Y las que había no usaban estos dispositivos por su coste y generalmente estaban en sus casas	<i>Ningún tipo de accesibilidad Personas usuarias de sillas de ruedas (...) estaban en sus casas</i>		
C8: Las calles no están asfaltadas, escaleras, etc.	<i>Calles no asfaltadas Escaleras</i>		
C9: Durante el desarrollo del proyecto se eliminaron las barreras físicas	<i>Se eliminaron las barreras físicas</i>		

Pregunta 14: ¿Qué barreras sociales se observan con mayor frecuencia?			
Componente de la CIF: Factores ambientales - barreras			
Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4
C1: La mayoría de los niños a los que atendía yo, vivían en pueblos o poblados bastante alejados. No tienen facilidad para ver a otros niños o acudir a colegios.	<i>Niños (...) vivían en pueblos alejados No tienen facilidad para ver a otros niños O acudir a colegios</i>	e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana e415 Actitudes individuales de otros familiares	e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana e415 Actitudes individuales de otros familiares
C2: Desigualdad en el acceso a recursos; prejuicios de la población general hacia las personas con discapacidad.	<i>Desigualdad en el acceso a recursos Prejuicios (...) hacia las personas con discapacidad</i>	e420 Actitudes individuales de amigos e425 Actitudes individuales de conocidos,	e420 Actitudes individuales de amigos e425 Actitudes individuales de conocidos,
C4: La principal barrera social es el desconocimiento de la discapacidad en general y el nivel de participación e independencia que los usuarios podrían llegar a alcanzar sin necesidad de establecerse en un rol de “enfermo”. Por	<i>Desconocimiento de la discapacidad Rol de “enfermo”</i>		compañeros, colegas,

otro lado el entorno socioeconómico impide el desarrollo de profesiones de las personas sanas de los campamentos por lo que el acceso a una ocupación significativa en cuanto a nivel laboral en la edad adulta está totalmente eliminada.	<i>Entorno socioeconómico impide el desarrollo profesional</i>	compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad e460 Actitudes sociales e465 Normas, costumbres e ideologías sociales e498 Actitudes, otras especificadas e340 Cuidadores y personal de ayuda e565 Servicios, sistemas y políticas económicas	vecinos y miembros de la comunidad e460 Actitudes sociales e465 Normas, costumbres e ideologías sociales e498 Actitudes, otras especificadas e340 Cuidadores y personal de ayuda e565 Servicios, sistemas y políticas económicas
C5: Ninguno de los pacientes/familiares quería utilizar un producto de apoyo ya que en el caso de que la discapacidad no se notara eso lo hacía “visible”. Uno de los pacientes con espina bífida permanecía en el suelo arrastrándose con los brazos, en las sesiones se practicaba el uso de silla de ruedas mientras la madre iba aceptando el uso de este producto. A pesar de que ambos terminaron contentos con el resultado, cuando yo me fui aun quedaba que el siguiente grupo visitara el pueblo (a 5 km) para valorar que tipo de silla podríamos utilizar debido a las barreras físicas del entorno.	<i>Ninguno (...) quería utilizar un producto de apoyo</i> <i>Lo hacía “visible”</i> <i>Barreras físicas del entorno</i>		
C6: El papel de la mujer dentro de esta cultura, en la cual su única función es tener familia y el cuidado es estos. Limitando al mismo tiempo la posibilidad de estudiar o realizar cualquier otra tarea.	<i>Papel de la mujer en la cultura</i> <i>Única función tener familia y cuidarla</i> <i>Limitando (...) posibilidad estudiar</i>		
C7: Actitudes sociales, machismo, proxenetismo, toman la discapacidad como algo venido del demonio, o incluso ven que es culpa de la madre por haber hecho X y por eso tiene un niño con discapacidad	<i>Actitudes sociales</i> <i>Machismo</i> <i>Proxenetismo</i> <i>Discapacidad (...) algo venido del demonio</i> <i>Culpa de la madre</i>		
C9: Barreras de acceso por cuestiones económicas	<i>Cuestiones económicas</i>		

Pregunta 15: ¿Qué barreras de participación en las actividades se observan con mayor frecuencia?			
Componente de la CIF: Actividades y participación, factores ambientales - barreras			
Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4
C1: Pocas adaptaciones para que puedan realizar las actividades, por lo que muchas no las realizaban	<i>Pocas adaptaciones Muchas no las realizaban (las actividades)</i>	e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana	e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana
C4: El desconocimiento sobre las capacidades de una persona con algún tipo de enfermedad. Las personas con discapacidad juegan un rol “pasivo” con respecto a sus vidas y el desarrollo de las diferentes actividades de la vida diaria que se ejecutan en su entorno.	<i>Desconocimiento sobre las capacidades de una persona con alguna enfermedad Personas con discapacidad (...) rol “pasivo”</i>	e415 Actitudes individuales de otros familiares e420 Actitudes individuales de amigos e425 Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad	e415 Actitudes individuales de otros familiares e420 Actitudes individuales de amigos e425 Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad
C7: El machismo y el proxenetismo. Es una ciudad con turismo sexual. La mujer queda rebaja a ejercer la prostitución o realizar trabajos en diferentes recursos tipo lupanares.	<i>Machismo Proxenetismo Turismo sexual Mujer rebajada a ejercer la prostitución</i>	e430 Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad e435 Actitudes individuales de personas en cargos subordinados e440 Actitudes individuales de cuidadores y	e430 Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad e435 Actitudes individuales de personas en cargos subordinados e440 Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda
C9: La falta de costumbre de actividades comunitarias	<i>Falta de actividades comunitarias</i>		

		personal de ayuda e460 Actitudes sociales e465 Normas, costumbres e ideologías sociales	e460 Actitudes sociales e465 Normas, costumbres e ideologías sociales
--	--	---	--

Pregunta 16: ¿Cuáles son las mayores preocupaciones de los usuarios y de sus familiares?			
Componente de la CIF: Factores personales			
Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4
C1: En muchos casos es hablar o poder “hacer más cosas”. Los niños con discapacidad principalmente quieren poder ir al colegio con otros niños. También manifestaban interés por la alimentación y el desarrollo psicomotor, así como la movilidad funcional y el vestido. En muchos casos, son los familiares quienes le realizaban la mayoría de actividades como vestido y demás.	<i>Hablar</i> <i>Poder hacer más cosas</i> <i>Ir al colegio con otros niños</i> <i>Alimentación</i> <i>Desarrollo psicomotor</i> <i>Movilidad funcional</i> <i>Vestido</i> <i>Familiares (...)</i> <i>realizaban la mayoría de las actividades</i>	e510 Servicios, sistemas y políticas de producción de artículos de consumo e515 Servicios, sistemas y políticas de arquitectura y construcción e565 Servicios, sistemas y políticas económicas e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general e580 Servicios, sistemas y políticas	e510 Servicios, sistemas y políticas de producción de artículos de consumo e515 Servicios, sistemas y políticas de arquitectura y construcción e565 Servicios, sistemas y políticas económicas e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias
C2: Ofrecer el mejor cuidado a los niños/as y tener los mejores medios para la rehabilitación, a fin de que se recuperen lo antes posible	<i>Ofrecer mejor cuidado a los niños/as</i> <i>Mejores medios para la rehabilitación</i> <i>Recuperarse lo antes posible</i>		
C4: El acceso al alimento y sanidad.	<i>Acceso alimento</i> <i>Sanidad</i>		
C6: La mayor preocupación es no lograr esa funcionalidad mencionada en	<i>Ser capaces de</i>		

apartados anteriores, ser capaces de desempeñar alguna ocupación. La nutrición de estos usuarios también es una gran preocupación.	<i>desempeñar alguna ocupación</i> <i>Nutrición</i>	sanitarias elIO Productos o sustancias para el consumo personal	elIO Productos o sustancias para el consumo personal Educación (d810-d839) d910 Vida comunitaria d940 Derechos humanos d660 Ayudar a los demás e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana
C7: Sobrevivir	<i>Sobrevivir</i>	e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria	
C9: El disponer de dinero para pagar los gastos de la enfermedad	<i>Disponer de dinero</i>	e 120 Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos Educación (d810-d839) d910 Vida comunitaria d940 Derechos humanos Interacciones interpersonales generales (d71 O-d729) d660 Ayudar a los demás	

Pregunta 17: Y como profesional, ¿cuáles son sus mayores preocupaciones, y de sus compañeros, acerca de la atención a los usuarios?			
Componente de la CIF: Factores personales			
Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4
C1: Que se sigan las pautas recomendadas por los profesionales cuando no estamos allí para poder conseguir nuevas mejorías. En el caso de mis compañeros (cirujanos) que se realicen las curas necesarias y se sigan los protocolos.	<i>Seguimiento pautas Curas Seguir protocolos</i>	d910 Vida comunitaria d920 Tiempo libre y ocio d940 Derechos humanos Educación (d810-d839)	d940 Derechos humanos Educación (d810-d839) dSIO Lavarse dS20 Cuidado de partes del cuerpo dS30 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción dS40 Vestirse dSSO Comer dS60 Beber e110 Productos o sustancias para el consumo personal e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria e 120 Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos e410 Actitudes individuales de miembros de la familia
C2: Seguridad, salubridad y ética	<i>Seguridad Salubridad Ética</i>	dS20 Cuidado de partes del cuerpo dS30 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción dS40 Vestirse dSSO Comer dS60 Beber e110 Productos o sustancias para el consumo personal e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria	
C3: Como se hace por medio telemático, nos interesa rehabilitar a los niños o niñas lo antes posible, debido a que a cierta edad abandonan el colegio y ya no sabemos nada más de ellos.	<i>Rehabilitar a los niños/as lo antes posible (...) a cierta edad abandonan el colegio Ya no sabemos nada más de ellos</i>	dSIO Lavarse dS20 Cuidado de partes del cuerpo dS30 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción dS40 Vestirse dSSO Comer dS60 Beber e110 Productos o sustancias para el consumo personal e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria	
C4: Uno de los puntos clave a trabajar en este entorno sería hacia la formación de las personas que conforman los campamentos. Existen varias escuelas de educación especial y dentro de los campamentos hay personas adultas con algún tipo de alteración, por lo que la formación del resto de habitantes que conforman el campamento encaminado hacia una visión rehabilitadora e integradora de las personas con discapacidad en la rutina diaria llevaría al enfoque de dichas escuelas hacia un punto de vista más activo y a largo plazo donde se establezcan objetivos funcionales a conseguir con los alumnos y no un mero “parche” puntual.	<i>Formación de las personas (...) del campamento Visión rehabilitadora Enfoque de las escuelas (...) punto de vista más activo</i>	tecnología para uso personal en la vida diaria e 120 Productos y tecnología para la movilidad y el	
C5: La falta de recursos y de apoyo social con la que contaban, así como la falta de accesibilidad en establecimientos públicos, calles o incluso, sus propios hogares, por lo que muchos no podían salir de casa con frecuencia. Por otra parte, la falta de recursos sanitarios provocaba que un niño viajase con su madre durante 5 horas cada vez que podían venir a rehabilitación.	<i>Falta de recursos y apoyo social Falta accesibilidad a establecimientos públicos No podían salir de casa</i>		

	<i>con frecuencia Falta de recursos sanitarios</i>	transporte personal en espacios cerrados y abiertos	cercana e415 Actitudes individuales de otros familiares e420 Actitudes individuales de amigos e450 Actitudes individuales de profesionales de la salud e460 Actitudes sociales e465 Normas, costumbres e ideologías sociales e510 Servicios, sistemas y políticas de producción de artículos de consumo e515 Servicios, sistemas y políticas de arquitectura y construcción e520 Servicios, sistemas y políticas de planificación de los espacios abiertos e525 Servicios, sistemas y políticas de vivienda e565 Servicios, sistemas y políticas
C6: No lograr esa funcionalidad mínima necesaria para que el usuario pueda sobrevivir.	<i>No lograr funcionalidad mínima necesaria para sobrevivir</i>	e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana	
C7: La trata de blancas, mi mayor preocupación era como los seres humanos podemos permitir que suceda ese turismo sexual sin ningún tipo de control. Por no hablar de otras drogas.	<i>Trata de blancas Drogas</i>	e415 Actitudes individuales de otros familiares	
C8: La falta de higiene que se observa en términos generales.	<i>Falta de higiene</i>	e420 Actitudes individuales de amigos	
C9: El poder disponer de insumos y medicinas para la atención sanitaria. Así como disponer de un sistema de atención de calidad y mantenido independientemente de la ayuda de cooperación	<i>Disponer de medicinas Sistema de atención de calidad Mantenido sin ayuda</i>	e450 Actitudes individuales de profesionales de la salud e455 Actitudes individuales de "profesionales "relacionados con la salud" e460 Actitudes sociales e465 Normas, costumbres e ideologías sociales e510 Servicios, sistemas y políticas de producción de	

		artículos de consumo e515 Servicios, sistemas y políticas de arquitectura y construcción e520 Servicios, sistemas y políticas de planificación de los espacios abiertos e525 Servicios, sistemas y políticas de vivienda e565 Servicios, sistemas y políticas económicas e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias	económicas e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias
--	--	--	---

Pregunta 18: Cuando ha atendido a personas con discapacidad en esta población, ¿qué prioridades manifestaban en cuanto a su estado o posible recuperación? ¿Y sus familiares?			
Componente de la CIF: Factores personales			
Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4
C1: Mayor movilidad, mayor independencia en la alimentación, acceso a la educación y vestido (en ese orden). Por parte de sus familiares, lo que más se demandaba es que fuesen más independientes en el día a día	<i>Mayor movilidad Mayor independencia en la alimentación Acceso a educación Vestido Más independientes</i>	Educación (d810-d839) d940 Derechos humanos d910 Vida comunitaria dSIO Lavarse	Educación (d810-d839) d940 Derechos humanos d910 Vida comunitaria dSIO Lavarse dS20 Cuidado de partes del cuerpo
C2: Curarse cuanto antes	<i>Curarse cuanto antes</i>	dS20 Cuidado de partes del cuerpo dS30 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	dS30 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción
C4: Dentro de la escuela se manifestaba la necesidad de que el niño avanzara a nivel de competencias educativas del tipo aprender a escribir o a leer. Las familias hacían más hincapié en la movilidad general del niño, sobre todo en cuanto a deambulación (teniendo en cuenta que las adaptaciones en el caso de que el niño no adquiriera esta habilidad son escasas o nulas).	<i>Avanzar a nivel de competencias educativas Aprender a escribir/leer Movilidad del niño Deambulación</i>	dS40 Vestirse dSSO Comer dS60 Beber dS70 Cuidado de la propia salud	dS40 Vestirse dSSO Comer dS60 Beber dS70 Cuidado de la propia salud
C5: En el caso de que fuera una lesión traumatológica, recuperarla casi por completo, pero en general, en referencia a la discapacidad no había preferencias ni opiniones claras, lo que se demostraba en una falta de conocimiento sobre lo que ocurría.	<i>Recuperarse (de la lesión traumatológica) Falta de conocimiento (sobre la discapacidad)</i>	Cambiary mantener la posición del cuerpo (d41 O-d429) Andary moverse (d450-d469)	Cambiary mantener la posición del cuerpo (d41 O-d429) Andary moverse (d450-d469)
C6: Mejorar el estado nutricional.	<i>Mejorar el estado nutricional</i>	d330 Hablar Aprendizaje básico (d130-d159)	d330 Hablar Aprendizaje básico (d130-d159)
C7: El hecho de ser útiles, por desgracia el que no es útil no sobrevive. Muchas niñas son vendidas por padres con recursos económicos muy bajos. Los familiares tienen la preocupación de sacar adelante a otros hijos y para ellos el hecho de tener un hijo con discapacidad es realmente grave.	<i>Ser útiles Niños son vendidas por padres con recursos económicos muy bajos</i>	d210 Llevar a cabo	d210 Llevar a cabo una única tarea
C9: La solución a sus discapacidades o la adaptación al menos para realizar una vida digna	<i>Solución a la discapacidad Adaptación Vida digna</i>		d220 Llevar a cabo múltiples tareas

		una única tarea d220 Llevar a cabo múltiples tareas d230 Llevar a cabo rutinas diarias	d230 Llevar a cabo rutinas diarias
--	--	--	---

Pregunta 19: Conociendo a la población y las características de los usuarios con patología, desde su perspectiva profesional, ¿cuáles son sus objetivos prioritarios que trabajar para eliminar las barreras que impiden la participación igualitaria de todas las personas en las actividades de la comunidad?			
Componente de la CIF: Factores ambientales - facilitadores			
Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4
C1: Movilidad y educación	<i>Movilidad Educación</i>	Cambiar y mantener la posición del cuerpo (d41 O-d429) Andar y moverse (d450-d469) Trabajo y empleo (d840-d859) d910 Vida comunitaria d920 Tiempo libre y ocio d930 Religión y espiritualidad d940 Derechos humanos e110 Productos o sustancias para el consumo personal e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria e125 Productos y tecnología para la comunicación e130 Productos y tecnología para la	Cambiar y mantener la posición del cuerpo (d41 O-d429) Andar y moverse (d450-d469) d910 Vida comunitaria d940 Derechos humanos e110 Productos o sustancias para el consumo personal e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria e125 Productos y tecnología para la comunicación e130 Productos y tecnología para la
C2: El dinero, básicamente, y que este se reparta de forma adecuada	<i>Dinero Repartirlo de forma adecuada</i>		
C4: Formación al entorno escolar y familiar para el entendimiento de la patología del usuario y lo que ello implica. Evaluación real y funcional del estado del usuario lo que permita promocionar una intervención acorde a las necesidades especiales de cada uno de ellos. Promoción de una intervención y abordaje hacia la situación actual del usuario teniendo en cuenta la participación activa en su entorno bien sea dentro del domicilio (como ayuda en las rutinas diarias dentro de un hogar en la edad adulta) como en una posible ocupación remunerada.	<i>Formación al entorno escolar y familiar Evaluación real y funcional del estado del usuario Promoción de intervención y abordaje de participación activa en su entorno</i>		
C5: Principalmente las barreras arquitectónicas sería el objetivo prioritario, realizando también actividades para el conocimiento social y combatir la desinformación.	<i>Barreras arquitectónicas Conocimiento social Combate desinformación</i>		
C6: Crear actividades y productos de apoyo de bajo coste para facilitar la participación de los usuarios en sus actividades de la vida diaria.	<i>Crear actividades Y productos de apoyo de</i>		

	<i>bajo coste Facilitar la participación (...) en AVD</i>	personal en la vida diaria e 120 Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en	educación e460 Actitudes sociales e465 Normas, costumbres e ideologías sociales e565 Servicios, sistemas y políticas económicas e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias e150 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso publico
C7: Mi objetivo alcanzar el mayor grado de autonomía posible, aunque el mayor problema es el social allí.	<i>Alcanzar el mayor grado de autonomía Mayor problema es el social</i>	espacios cerrados y abiertos e125 Productos y tecnología para la comunicación e130 Productos y tecnología para la educación e135 Productos y tecnología para el empleo e460 Actitudes sociales e465 Normas, costumbres e ideologías sociales e565 Servicios, sistemas y políticas económicas e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social e575 Servicios, sistemas y políticas	
C8: Teniendo en cuenta que mi experiencia ha sido en países tercermundistas, un objetivo a trabajar seria la mejora de higiene tanto en el ámbito laboral como en el personal, así como intentar la llegada de más recursos y más obra social como restauración de edificios y construcción de caminos y carreteras.	<i>Mejora de la higiene en el ámbito laboral y personal Llegada de más recursos Más obra social Restauración edificios Construcción de caminos y carreteras</i>		
C9: La formación e información que permita ver que los logros comunitarios son la consecuencia de un trabajo comunitario	<i>Formación e información que permita ver los logros comunitarios</i>		

		de apoyo social general e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias e585 Servicios, sistemas y políticas de educación y formación e590 Servicios, sistemas y políticas laborales y de empleo	
--	--	--	--

Otras preguntas: determinantes sociales de la salud (OMS, 2009)

21: A continuación, se expone un esquema de los determinantes sociales de la salud según la Organización Mundial de la Salud (2005). Una vez analizado, responda a las siguientes preguntas.

Determinantes estructurales				
Contexto social	Contexto político	Contexto económico	Contexto cultural	Rol del individuo den la comunidad
Determinantes intermedios				
Familia	Ambiente escolar	Ambiente laboral	Condiciones materiales	
Determinantes proximales				
Comorbilidad de enfermedades	Edad	Sexo	Etnia	Predisposición genética a sufrir una enfermedad
PERSONA				

En esta población, ¿qué determinantes cree que son más vulnerables? Es decir, más fáciles de ser alterados negativamente.			
Componente de la CIF:			
Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4
C1: Determinantes intermedios	<i>Familia</i> <i>Ambiente escolar</i> <i>Ambiente laboral</i> <i>Condiciones materiales</i>	e460 Actitudes sociales e545 Servicios, sistemas y políticas de protección civil	e460 Actitudes sociales e545 Servicios, sistemas y políticas de protección civil
C2: Los determinantes proximales creo que no se pueden alterar, ni en un sentido ni en el otro. Los determinantes intermedios son los que más influencia directa pueden ejercer	<i>Familia</i> <i>Ambiente escolar</i> <i>Ambiente laboral</i>	e550 Servicios, sistemas y políticas legales	e550 Servicios, sistemas y políticas legales

sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Son bastante vulnerables, y pueden ser alterados tanto por la propia persona como por factores externos a ella. Los determinantes estructurales escapan del control interno de la persona, y sí pueden ser alterados por las decisiones políticas y económicas. Éstas son las que generan una situación de vulnerabilidad en la salud de la persona, y no en cuanto a su grado de alteración.	<i>Condiciones materiales</i> <i>Contexto social</i> <i>Contexto político</i> <i>Contexto económico</i> <i>Contexto cultural</i> <i>Rol del individuo en la comunidad</i>	e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias d940 Derechos humanos e460 Actitudes sociales e465 Normas, costumbres e ideologías sociales e110 Productos o sustancias para el consumo personal e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria e120 Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos	e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias d940 Derechos humanos e460 Actitudes sociales e465 Normas, costumbres e ideologías sociales e110 Productos o sustancias para el consumo personal e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria e120 Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos
C3: Determinantes estructurales (contexto social, económico y cultural) Determinantes intermedios (ambiente laboral y condiciones materiales) Determinantes proximales (comorbilidad de enfermedades)	<i>Contexto social</i> <i>Contexto económico</i> <i>Contexto cultural</i> <i>Ambiente laboral</i> <i>Condiciones materiales</i> <i>Comorbilidad de enfermedades</i>		
C4: Determinantes estructurales (sobre todo político y económico) y determinantes intermedios (ambiente escolar y laboral)	<i>Contexto político</i> <i>Contexto económico</i> <i>Ambiente escolar</i> <i>Ambiente laboral</i>		
C5: Determinantes estructurales	<i>Contexto social</i> <i>Contexto político</i> <i>Contexto económico</i> <i>Contexto cultural</i> <i>Rol del individuo en la comunidad</i>		
C6: Los determinantes estructurales e intermedios, en general es una población muy	<i>Familia</i>		

vulnerable.	<i>Ambiente escolar</i> <i>Ambiente laboral</i> <i>Condiciones materiales</i> <i>Contexto social</i> <i>Contexto político</i> <i>Contexto económico</i> <i>Contexto cultural</i> <i>Rol del individuo en la comunidad</i>	e125 Productos y tecnología para la comunicación e130 Productos y tecnología para la educación e135 Productos y tecnología para el empleo e150 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso publico e155 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso privado	e125 Productos y tecnología para la comunicación e130 Productos y tecnología para la educación e135 Productos y tecnología para el empleo e150 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso publico e155 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso privado
C7: Se parte de unos determinantes estructurales nulos partiendo de un contexto social y político tóxico, donde se viola a diario los derechos humanos sobre todo en los niños y en las mujeres. El contexto económico es un país pobre donde diversas adversidades y catástrofes naturales lo empobrecen más. En cuanto a los determinantes intermedios no hay regulación de educación ni laboral, la mayor parte de las mujeres son explotadas sexualmente y no se cuentan con condiciones materiales mínimas. Muchas familias se ven obligadas a realizar brutalidades a otros miembros.	<i>Contexto social y político tóxico</i> <i>Viola a diario los derechos humanos</i> <i>País pobre</i> <i>Catástrofes naturales lo empobrecen más</i> <i>No hay regulación de educación ni laboral</i> <i>Mujeres explotadas sexualmente</i> <i>No se cuentan con condiciones materiales mínimas</i> <i>Familias (...) obligadas a realizar brutalidades a otros miembros</i>		

C9: Los determinantes intermedios basados la mayoría de las ocasiones en alteraciones de los estructurales	<i>Determinantes intermedios Basados en alteraciones de los estructurales</i>		
--	---	--	--

¿Qué problemas a los que se enfrenta esta población ve relacionados con los determinantes de la salud mostrados en el esquema?			
Componente de la CIF:			
Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4
C1: Imposibilidad de acceso a las escuelas, pobre acceso a los servicios sanitarios, enfermedades, no tiene poder económico y las condiciones en las que viven no son las idóneas.	<i>Imposibilidad de acceso a las escuelas Pobre acceso a servicios sanitarios Enfermedades No tienen poder económico Condiciones en las que viven no son las idóneas</i>	e460 Actitudes sociales e545 Servicios, sistemas y políticas de protección civil e550 Servicios, sistemas y políticas legales e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias d940 Derechos humanos e460 Actitudes	e460 Actitudes sociales e545 Servicios, sistemas y políticas de protección civil e550 Servicios, sistemas y políticas legales e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias d940 Derechos humanos e460 Actitudes
C2: Los principales problemas que he detectado durante mi estancia de un mes en Guatemala están relacionados principalmente con los determinantes estructurales. Poco se puede hacer si el reparto de los recursos está mal gestionado, no sólo desde el gobierno, sino también desde las propias organizaciones. También existen determinados prejuicios en relación con la participación o rol de una persona con discapacidad en la sociedad, que condicionan su real inclusión. Por otra parte, determinadas actitudes de las familias, como la sobreprotección, negación o resignación pueden llevar a que las personas con discapacidad no alcancen los recursos, medios o intervenciones que necesitan. Las características del ambiente escolar tampoco benefician la completa participación del niño/a con discapacidad,	<i>Determinantes estructurales Reparto de recursos mal gestionado Prejuicios (...) participación o rol de una persona con discapacidad Sobreprotección</i>		

porque no contemplan la diversidad como una realidad y se estancan en patrones tradicionales de profesor (directivo) y alumno (pasivo).	<i>familiar Negación o resignación discapacidad Personas con discapacidad no alcanzan los recursos, medios o intervenciones necesarios Ambiente escolar tampoco beneficia No contempla la diversidad</i>	sociales e465 Normas, costumbres e ideologías sociales e110 Productos o sustancias para el consumo personal e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria e 120 Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos e125 Productos y tecnología para la comunicación e130 Productos y tecnología para la educación e135 Productos y tecnología para el empleo e150 Diseño, construcción, materiales de construcción y	sociales e465 Normas, costumbres e ideologías sociales e110 Productos o sustancias para el consumo personal e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria e 120 Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos e125 Productos y tecnología para la comunicación e130 Productos y tecnología para la educación e135 Productos y tecnología para el empleo e150 Diseño, construcción, materiales de construcción y
C3: Considero que una afectación lleva a la otra, si la persona se encuentra en un contexto social y económico desfavorecido repercutirá a la familia, al ambiente escolar y laboral. Teniendo en cuenta la comorbilidad de enfermedades que hay en lugares como Mali.	<i>Contexto social y económico desfavorecido repercute en la familia, ambiente escolar y laboral Comorbilidad de enfermedades</i>		
C4: Sobre todo el contexto político y económico puesto que limitan el crecimiento de la población hacia su independencia lo que implica un nulo ambiente laboral que a su vez perjudica el acceso a un buen sistema de salud y por tanto a una rehabilitación e intervención integral y funcional de las personas que dentro de esta población sufren algún tipo de discapacidad.	<i>Contexto político y económico Limitan el crecimiento de la población Nulo ambiente laboral Perjudica acceso a un buen sistema de</i>		

	<i>salud y (...) de rehabilitación</i>	tecnología arquitectónica para edificios de uso publico	tecnología arquitectónica para edificios de uso publico
C6: Problemas relacionaos con el contexto político y económico, es una población pobre y llena de corrupción. En cuanto al contexto cultural se relacionan los problemas a los que se enfrentan las mujeres	<i>Contexto político y económico Población pobre Llena de corrupción Contexto cultural se relacionan los problemas a los que se enfrentan las mujeres</i>	e155 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso	e155 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso
C7: Problemas sociales, individuales, de enfermedad... realmente no hay regulación de ningún tipo	<i>Problemas sociales e individuales De enfermedad No hay regulación de ningún tipo</i>	privado e585 Servicios, sistemas y políticas de educación y formación	privado e585 Servicios, sistemas y políticas de educación y formación
C8: Falta de recursos esenciales y básico para la vida, falta de tecnología, de servicios, etc,	<i>Falta de recursos esenciales y básicos para la vida Falta de tecnología De servicios</i>		
C9: El contexto social y político que aboca a dificultades económicas y que influyen en la familia y ambiente escolar	<i>Contexto social y político (...) lleva a dificultades económicas (...), familiares y escolares</i>		

22. ¿Hay otro u otros aspectos de relevancia acerca de la atención a esta población que no hayan sido mencionados en el cuestionario?

Paso 1	Paso 2	Paso 3	Paso 4
C7: La explotación sexual de muchas personas, para muchos es un destino turístico sexual	<i>Explotación sexual Destino turístico sexual</i>	e460 Actitudes sociales e545 Servicios, sistemas y políticas de protección civil	d940 Derechos humanos e460 Actitudes sociales e545 Servicios, sistemas y políticas de protección civil
C9: La imbricación de los diferentes determinantes hacen muy difícil la salida de la pobreza al situarse en un currículo vicioso de escasa formación y desestructuración familiar que aboca a malos empleos en un contexto de dificultades sociales , enfermedad y pobreza favorecido muchas ocasiones desde el estamento político	<i>Muy difícil la salida de la pobreza Círculo vicioso de escasa formación Desestructuración familiar Política lo favorece</i>	e550 Servicios, sistemas y políticas legales e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias d940 Derechos humanos e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana	e550 Servicios, sistemas y políticas legales e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana

23. Si desea añadir algo más de información, hágalo en el siguiente hueco:

Paso 1		
Respuesta C2: He participado como voluntaria, a través de la entidad COOPERATOUR durante un mes en Guatemala. Posteriormente, he trabajado en un proyecto de investigación para las familias con niños con discapacidad en Nicaragua. Quizá la experiencia de Guatemala, lejos de ser gratificante (que sí lo fue en parte) me dejó una sensación de frustración y apatía. En realidad, las entidades en las que participé tienen recursos humanos y materiales suficientes para trabajar y para ofrecer un buen servicio a los usuarios. Sin embargo, la desorganización (muchas veces NO sabían qué encargarnos), los tiempos (nunca hay prisa para nada, se lo toman todo con calma) y un sistema propio marcado por la corrupción y el alineamiento de la población) han creado una situación de desaprovechamiento de dichos recursos, que hace replantearme si sería necesario considerar una reforma completa de cómo se encuentra organizado el sistema de cooperación al desarrollo. Por otra parte, en un mes de voluntariado no se consigue prácticamente nada. El trabajo se realiza a largo plazo, y los resultados (en este caso, en la salud de la población) no se ven hasta muy muy largo plazo. Además, el hecho de venir desde el mundo “occidental” intentando imponer nuestras ideas, modelos y recursos no son aplicables en un sistema que presenta unos determinantes estructurales e intermedios totalmente diferentes a los de nuestras regiones.		
Paso 2	Paso 3	Paso 4
<i>Desorganización de las entidades con recursos</i> <i>Tiempo mal empleado</i> <i>Corrupción</i> <i>Desaprovechamiento de recursos</i> <i>Imponer nuestras ideas occidentales (...) no son aplicables en un sistema que presenta unos determinantes estructurales e intermedios totalmente diferentes</i>	e565 Servicios, sistemas y políticas económicas e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias e585 Servicios, sistemas y políticas de educación y formación e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana e430 Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad e460 Actitudes sociales e465 Normas, costumbres e ideologías sociales	e565 Servicios, sistemas y políticas económicas e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias e585 Servicios, sistemas y políticas de educación y formación e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana e430 Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad e460 Actitudes sociales e465 Normas, costumbres e

		ideologías sociales
--	--	----------------------------

Paso 1		
Respuesta C4: En este tipo de poblaciones se ve cómo el sistema político y económico de una comunidad determina el nivel de salud y educación de su población y por tanto el trato y los objetivos que se tienen con las personas más vulnerables, en este caso los niños y niñas con discapacidad de forma que el trabajo con ellos es siempre de mantenimiento sin un objetivo funcional ni real que permita la verdadera calidad de vida de estas personas y de sus familias. Esto crea un ambiente de retroalimentación que hace difícil su abordaje puesto que el mismo sistema anteriormente descrito provoca dificultades en la asistencia sanitaria a las mujeres embarazadas y sus partos lo que a su vez provoca un aumento en la cantidad de niños y niñas que nacen con algún tipo de retraso psicomotor, alteraciones del neurodesarrollo o enfermedades neurológicas.		
Paso 2	Paso 3	Paso 4
<i>Sistema político y económico de la comunidad determina el nivel de salud y educación</i> <i>Objetivos con personas vulnerables (...) son siempre mantenimiento sin objetivo funcional que permita su calidad de vida</i> <i>Ambiente de retroalimentación (negativa)</i> <i>Sistema provoca dificultades en la asistencia sanitaria a mujeres embarazadas y sus partos</i> <i>Aumento en la cantidad de niños/as que nacen con retraso psicomotor, alteraciones o enfermedades neurológicas</i>	e565 Servicios, sistemas y políticas económicas e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias e585 Servicios, sistemas y políticas de educación y formación e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana e430 Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad e460 Actitudes sociales	e565 Servicios, sistemas y políticas económicas e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias e585 Servicios, sistemas y políticas de educación y formación e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana e430 Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad e460 Actitudes sociales

Paso 1		
Respuesta C5: Debido a la falta de recursos y asistencia médica no contábamos con la información necesaria para valorar algunos de los ítems propuestos por la cif como lóbulos cerebrales, tronco encefálico... Por otra parte, tampoco la pronunciación o la fluidez de comunicación ya que contábamos con traductores marroquíes en la sala y eran ellos quien hablaba con los usuarios y sus familias (algunos de los usuarios si podían comunicarse directamente con el equipo cuando sabían inglés o francés). Por otra parte, las AVD como son el vestido, la ducha, tareas domésticas... no se podían valorar ni intervenir por temas culturales.		
Paso 2	Paso 3	Paso 4
<i>Falta de recursos y asistencia médica</i> <i>No contábamos con la información necesaria</i> <i>Faltaba fluidez en la comunicación (entre profesional y usuario)</i> <i>Algunas AVD no se podían valorar por temas culturales</i>	e110 Productos o sustancias para el consumo personal e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria e125 Productos y tecnología para la comunicación e355 Profesionales de la salud e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana e460 Actitudes sociales e565 Servicios, sistemas y políticas económicas e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias	e110 Productos o sustancias para el consumo personal e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria e125 Productos y tecnología para la comunicación e355 Profesionales de la salud e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana e460 Actitudes sociales e565 Servicios, sistemas y políticas económicas e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias

Resumen de las categorías seleccionadas

Funciones corporales	
Categoría	Número de veces que se repite
b730 Funciones relacionadas con la fuerza muscular	1
b735 Funciones relacionadas con el tono muscular	1
b750 Funciones relacionadas con los reflejos motores	1
b760 Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios	1
b770 Funciones relacionadas con el patrón de la marcha	1
b260 Función propioceptiva	2
b265 Funciones táctiles	2
b 117 Funciones intelectuales	1
b 122 Funciones psicosociales globales	1
b140 Funciones de la atención	2
b 144 Funciones de la memoria	2
b147 Funciones psicomotoras	2
b152 Funciones emocionales	2
b156 Funciones de la percepción	2
b160 Funciones del pensamiento	2
b164 Funciones cognitivas superiores	2
b210 Funciones visuales	1
b230 Funciones auditivas	1
b235 Función vestibular	1
B280 Sensación de dolor	1

Estructuras corporales	
Categoría	Número de veces que se repite
s110 Estructura del cerebro	1
s120 Médula espinal y estructuras relacionadas	1
s710 Estructuras de la cabeza y de la región del cuello	2

s720 Estructura de la región del hombro	2
s730 Estructura de la extremidad superior	2
s740 Estructura de la región pélvica	2
s750 Estructura de la extremidad inferior	2
s760 Estructura del tronco	2
s770 Estructuras musculoesqueléticas adicionales relacionadas con el movimiento	2
s810 Estructura de las áreas de la piel	1

Actividades y participación	
Categoría	Número de veces que se repite
Aprendizaje básico (d130-d159)	2
Aplicación del conocimiento (d160-d179)	1
d210 Llevar a cabo una única tarea	2
d220 Llevar a cabo múltiples tareas	2
d230 Llevar a cabo rutinas diarias	2
Cambiar y mantener la posición del cuerpo (d41 O-d429)	1
Llevar, mover y usar objetos (d430-d449)	1
Andar y moverse (d450-d469)	3
dS10 Lavarse	3
dS20 Cuidado de partes del cuerpo	3
dS30 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	3
dS40 Vestirse	3
dSSO Comer	3
dS60 Beber	3
dS70 Cuidado de la propia salud	2
d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	1
Educación (d810-d839)	3
d910 Vida comunitaria	3
d940 Derechos humanos	7

d660 Ayudar a los demás	1
Cambiary mantener la posición del cuerpo (d41 O-d429)	2
d330 Hablar	1

Factores personales y ambientales	
Categoría	Número de veces que se repite
e110 Productos o sustancias para el consumo personal	7
e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria	6
e 120 Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos	3
e125 Productos y tecnología para la comunicación	4
e130 Productos y tecnología para la educación	3
e135 Productos y tecnología para el empleo	2
e150 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso publico	4
e155 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso privado	3
e210 Geografía física	1
e340 Cuidadores y personal de ayuda	1
e355 Profesionales de la salud	1
e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana	8
e415 Actitudes individuales de otros familiares	3
e420 Actitudes individuales de amigos	3
e425 Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad	2
e430 Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad	3
e435 Actitudes individuales de personas en cargos subordinados	1
e440 Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda	1
e450 Actitudes individuales de profesionales de la salud	1
e460 Actitudes sociales	12
e465 Normas, costumbres e ideologías sociales	7
e510 Servicios, sistemas y políticas de producción de artículos de consumo	2
e515 Servicios, sistemas y políticas de arquitectura y construcción	3

e520 Servicios, sistemas y políticas de planificación de los espacios abiertos	2
e525 Servicios, sistemas y políticas de vivienda	2
e545 Servicios, sistemas y políticas de protección civil	3
e550 Servicios, sistemas y políticas legales	3
e565 Servicios, sistemas y políticas económicas	7
e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social	9
e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general	8
e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias	10
e585 Servicios, sistemas y políticas de educación y formación	3

Anexo 5: Categorías seleccionadas a partir del análisis de datos

Funciones corporales

Resultados cuantitativos

Funciones corporales				
	Frecuencia de barrera		Impacto AVD	
	MEDIA	DT	MEDIA	DT
Movimientos articulaciones	6,5	2,16	7	2,83
Funciones del patrón de marcha	6,42	2,15	7,71	2,29
Funciones fuerza y tono muscular	6,38	2,62	7,38	2,26
Funciones cognitivas superiores	6	2,82	8,5	0,82
Energía e impulsos	6	2,82	6,83	1,33
Funciones intelectuales	6	2,19	7,57	3,1
Funciones psicosociales	5	2,28	6,86	2,62

Resultados cualitativos

Funciones corporales	
Categoría	Número de veces que se repite
b730 Funciones relacionadas con la fuerza muscular	1
b735 Funciones relacionadas con el tono muscular	1
b750 Funciones relacionadas con los reflejos motores	1
b760 Funciones relacionadas con el control de los movimientos voluntarios	1
b770 Funciones relacionadas con el patrón de la marcha	1
b260 Función propioceptiva	2
b265 Funciones táctiles	2
b 117 Funciones intelectuales	1
b 122 Funciones psicosociales globales	1
b140 Funciones de la atención	2
b 144 Funciones de la memoria	2
b147 Funciones psicomotoras	2
b152 Funciones emocionales	2
b156 Funciones de la percepción	2
b160 Funciones del pensamiento	2
b164 Funciones cognitivas superiores	2
b210 Funciones visuales	1
b230 Funciones auditivas	1
b235 Función vestibular	1
B280 Sensación de dolor	1

Vínculo entre ambos

Obtenido en ambos resultados	Funciones relacionadas con la fuerza muscular
	Funciones relacionadas con el tono muscular
	Funciones relacionadas con el patrón de marcha
	Funciones intelectuales
	Funciones psicosociales globales
	Funciones cognitivas superiores
Obtenido en respuestas cuantitativas	Energía e impulsos
	Movimientos de las articulaciones
Obtenido en respuestas cualitativas	Funciones relacionadas con los reflejos motores
	Funciones relacionadas con el control de movimientos voluntarios
	Funciones de la atención
	Funciones de la memoria
	Función propioceptiva
	Funciones psicomotoras
	Funciones emocionales
	Funciones de la percepción
	Funciones vestibulares
	Funciones táctiles
	Funciones del pensamiento
	Funciones visuales
	Sensación de dolor
	Funciones auditivas

Estructuras corporales

Resultados cuantitativos

Estructuras corporales				
	Frecuencia de barrera		Impacto AVD	
	MEDIA	DT	MEDIA	DT
Tronco	6	2	7,5	1,64
Extremidad superior	6	2,68	7,5	3,27

Resultados cualitativos

Estructuras corporales	
Categoría	Número de veces que se repite
s110 Estructura del cerebro	1
s120 Médula espinal y estructuras relacionadas	1
s710 Estructuras de la cabeza y de la región del cuello	2
s720 Estructura de la región del hombro	2
s730 Estructura de la extremidad superior	2
s740 Estructura de la región pélvica	2
s750 Estructura de la extremidad inferior	2
s760 Estructura del tronco	2
s770 Estructuras musculoesqueléticas adicionales relacionadas con el movimiento	2
s810 Estructura de las áreas de la piel	1

Vínculo entre ambos

Obtenido en ambos resultados	Estructuras de la extremidad superior
	Estructura del tronco
Obtenido en respuestas cuantitativas	X
Obtenido en respuestas cualitativas	Estructura del cerebro
	Estructuras de la extremidad inferior
	Estructuras de las áreas de la piel
	Médula espinal y estructuras relacionadas
	Estructuras de la cabeza y de la región del cuello
	Estructura de la región del hombro
	Estructura de la región pélvica
	Estructuras musculoesqueléticas adicionales relacionadas con el movimiento

Actividades y participación

Resultados cuantitativos

Actividades y participación				
	Frecuencia de barrera		Impacto AVD	
	MEDIA	DT	MEDIA	DT
Relaciones íntimas	8,2	3,03	8,8	1,3
Educación	8	2,35	9,2	1,09

Aprendizaje básico	8	2,92	9,2	1,09
Adquisición de un lugar para vivir	7,8	2,28	8,4	1,67
Cuidado propia salud	7,4	3,13	9,2	1,09
Tiempo libre y ocio	7,33	2,5	7,33	2,34
Preparar comidas	7,2	3,03	7,8	1,48
Vulneración de los derechos humanos	7,2	3,11	9,2	1,3
Aprendizaje (empleo)	6,86	1,46	8,67	1,21
Autosuficiencia económica	6,75	3,77	9,5	1
Realizar una rutina	6,67	2,16	8,33	1,5
Adquisición de bienes y servicios	6,67	3,2	7	3,46
Comer y beber	6,6	1,95	7,8	1,92
Aplicación del conocimiento	6,28	1,79	8,83	1,17
Realizar múltiples tareas	6,28	1,97	7,43	1,13
Realizar una tarea	6,14	1,57	8,14	1,35
Religión y espiritualidad	5,5	2,38	7	2,45

Resultados cualitativos

Actividades y participación	
Categoría	Número de veces que se repite
Aprendizaje básico (d130-d159)	2
Aplicación del conocimiento (d160-d179)	1
d210 Llevar a cabo una única tarea	2
d220 Llevar a cabo múltiples tareas	2
d230 Llevar a cabo rutinas diarias	2
Cambiar y mantener la posición del cuerpo (d41 O-d429)	1
Llevar, mover y usar objetos (d430-d449)	1
Andar y moverse (d450-d469)	3
dS10 Lavarse	3
dS20 Cuidado de partes del cuerpo	3
dS30 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	3
dS40 Vestirse	3
dSSO Comer	3
dS60 Beber	3
dS70 Cuidado de la propia salud	2
d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	1
Educación (d810-d839)	3
d910 Vida comunitaria	3
d940 Derechos humanos	7
d660 Ayudar a los demás	1
Cambiar y mantener la posición del cuerpo (d41 O-d429)	2
d330 Hablar	1

Vínculo entre ambos

Obtenido en ambos resultados	Aprendizaje básico
	Educación
	Cuidado de la propia salud
	Comer
	Beber
	Realizar una rutina
	Realizar múltiples tareas
	Realizar una tarea
	Aplicación del conocimiento
	Cuidado de las partes del cuerpo
	Higiene personal
	Lavarse
	Uso fino de la mano
	Vida comunitaria
Obtenido en respuestas cuantitativas	Relaciones íntimas
	Vulneración de los derechos humanos
	Adquisición de un lugar para vivir
	Preparar comidas
	Tiempo libre y ocio
	Autosuficiencia económica
	Aprendizaje (empleo)
	Adquisición de bienes y servicios
	Religión y espiritualidad
Obtenido en respuestas cualitativas	Derechos humanos
	Cuidado de las partes del cuerpo
	Higiene personal
	Lavarse
	Uso fino de la mano
	Vida comunitaria
	Vestirse
	Andar y moverse
	Llevar, mover y usar objetos
	Hablar
	Ayudar a los demás
	Cambiar y mantener la posición del cuerpo

Factores personales y ambientales

Resultados cuantitativos

Factores ambientales y personales				
	Frecuencia de barrera		Impacto AVD	
	MEDIA	DT	MEDIA	DT
Servicios sanitarios	8,33	3,14	8,67	2,16
Servicios protección civil	8,2	2,68	8,2	2,49
Servicios educación y formación	8	3,39	8,6	2,19
Servicios empleo	8	3,39	8,4	2,3
Desastres causados por el hombre	7,8	3,19	8,2	2,49
Servicios seguridad social	7,75	3,86	8	2,45
Servicios utilidad pública	7,6	3,58	8,4	2,3
Relación con profesionales sociosanitarios	7,2	2,49	8,4	2,3
Diseño de edificios	7,2	3,56	7,8	2,59
Servicios económicos	7,2	3,7	7	2,82
Servicios comunicación	7,2	3,7	6,2	2,39
Productos de uso personal del día a día	7	3,34	9	1,55
Clima	6,2	2,58	6,8	2,49
Productos de consumo personal	6	2,82	8,28	1,7

Resultados cualitativos

Factores personales y ambientales	
Categoría	Número de veces que se repite
e110 Productos o sustancias para el consumo personal	7
e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria	6
e 120 Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos	3
e125 Productos y tecnología para la comunicación	4
e130 Productos y tecnología para la educación	3
e135 Productos y tecnología para el empleo	2
e150 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso publico	4
e155 Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso privado	3
e210 Geografía física	1
e340 Cuidadores y personal de ayuda	1
e355 Profesionales de la salud	1
e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana	8
e415 Actitudes individuales de otros familiares	3
e420 Actitudes individuales de amigos	3
e425 Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos	2

y miembros de la comunidad	
e430 Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad	3
e435 Actitudes individuales de personas en cargos subordinados	1
e440 Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda	1
e450 Actitudes individuales de profesionales de la salud	1
e460 Actitudes sociales	12
e465 Normas, costumbres e ideologías sociales	7
e510 Servicios, sistemas y políticas de producción de artículos de consumo	2
e515 Servicios, sistemas y políticas de arquitectura y construcción	3

Vínculo entre ambos

Obtenido en ambos resultados	Productos o sustancias para el consumo personal
	Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria
	Productos y tecnología para la comunicación
	Productos y tecnología para la educación
	Productos y tecnología para el empleo
	Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso público
	Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso privado
	Servicios, sistemas y políticas de utilidad pública
	Servicios, sistemas y políticas de protección civil
	Servicios, sistemas y políticas económicas
	Servicios, sistemas y políticas de seguridad social
	Servicios, sistemas y políticas sanitarias
Obtenido en respuestas cuantitativas	Desastres causados por el hombre
	Relación con profesionales sociosanitarios
Obtenido en respuestas cualitativas	Cuidadores y personal de ayuda
	Profesionales de la salud
	Actitudes individuales de miembros de la familia cercana
	Actitudes individuales de otros familiares
	Actitudes individuales de amigos
	Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad
	Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad
	Actitudes individuales de personas en cargos subordinados
	Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda
	Actitudes individuales de profesionales de la salud
	Actitudes sociales
	Normas, costumbres e ideologías sociales

Anexo 6: Conjunto básico integral

CONJUNTO BÁSICO INTEGRAL: COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Calificadores

Funciones y estructuras corporales, actividades y participación	
0	No hay deficiencia (ninguna, insignificante...)
1	Deficiencia ligera (poca, escasa...)
2	Deficiencia moderada (media, regular...)
3	Deficiencia grave (mucha, extrema...)
4	Deficiencia completa (total)
8	Sin especificar
9	No aplicable

Factores personales y ambientales	
0	No hay barrera (ninguna, insignificante...)
1	Barrera ligera (poca, escasa...)
2	Barrera moderada (media, regular...)
3	Barrera grave (mucha, extrema...)
4	Barrera completa (total)
+0	No hay facilitador (ninguna, insignificante...)
+1	Facilitador ligero (poco, escaso...)
+2	Facilitador moderado (medio, regular...)
+3	Facilitador grave (mucho, extremo...)
+4	Facilitador completo (total)
8	Barrera, sin especificar
+8	Facilitador, sin especificar
9	No aplicable

Funciones corporales		
Función	Definición	Puntuación
b117 – Funciones intelectuales	Funciones mentales generales necesarias para comprender e integrar de forma constructiva las diferentes funciones mentales, incluyendo todas las funciones cognitivas y su desarrollo a lo largo del ciclo vital. Incluye: funciones del desarrollo intelectual; retraso intelectual, retraso mental, demencia.	
b112 – Funciones psicosociales globales	Funciones mentales generales, y su desarrollo a lo largo del ciclo vital, requeridas para entender e integrar de forma constructiva varias funciones mentales que conducen a la obtención de habilidades interpersonales necesarias para establecer interacciones sociales recíprocas tanto a lo referente al significado ya la finalidad. Incluye: autismo.	
b130 – Funciones relacionadas con la energía y los impulsos	Funciones mentales generales de los mecanismos fisiológicos y psicológicos que empujan al individuo a moverse de forma persistente para satisfacer necesidades específicas y alcanzar ciertas metas. Incluye: funciones del nivel de energía, motivación, apetito, ansia y control de los impulsos.	

b140 – Funciones de la atención	Funciones mentales específicas que permiten centrarse en un estímulo externo o experiencia interna durante el periodo de tiempo necesario. Incluye: funciones relacionadas con el mantenimiento de la atención, cambios del objeto de la atención, división de la atención, compartir la atención; concentración y tendencia a estar distraído.	
b141 – Funciones de la memoria	Funciones mentales específicas relacionadas con el registro y almacenamiento de información, así como con su recuperación cuando es necesario. Incluye: funciones de la memoria a corto y largo plazo, memoria inmediata, reciente y remota; amplitud de la memoria; recuperación de recuerdos; recordar; funciones utilizadas en el aprendizaje y en el recuerdo, tales como en la amnesia nominal, selectiva y disociativa.	
b147 – Funciones psicomotoras	Funciones mentales específicas de control tanto de los actos motores como de los psicológicos en el nivel corporal. Incluye: funciones de control psicomotor, tales como retraso psicomotor, excitación y agitación, adopción de postura, catatonia, negativismo, ambivalencia, ecolalia y ecolalia; calidad de la función psicomotora.	
b152 – Funciones emocionales	Funciones mentales específicas relacionadas con los sentimientos y los componentes afectivos de los procesos mentales. Incluye: funciones de la adecuación de la emoción, regulación y rango de la emoción; afecto; tristeza, alegría, amor, miedo, enojo, odio, tensión, ansiedad, júbilo, pena; labilidad emocional; aplanamiento afectivo.	
b156 – Funciones de la percepción	Funciones mentales específicas relacionadas con el reconocimiento y la interpretación de los estímulos sensoriales. Incluye: funciones de la percepción auditiva, visual, olfativa, gustativa, táctil y visoespacial; tales como las alucinaciones o las ilusiones.	
b160 – Funciones del pensamiento	Funciones mentales específicas relacionadas con el componente ideacional de la mente. Incluye: funciones relacionadas con el flujo, forma, control y contenido del pensamiento; funciones del pensamiento con propósito final; funciones del pensamiento sin propósito final; funciones del pensamiento lógico, tales como fuga de ideas, presión, bloqueo e incoherencia del pensamiento, tangencialidad, circunstancialidad, delirios, obsesiones y compulsiones.	
b164 – Funciones	Funciones mentales específicas que dependen	

cognitivas superiores	especialmente de la actividad de los lóbulos frontales del cerebro, incluyendo conductas complejas con propósito final tales como la toma de decisiones, el pensamiento abstracto, la planificación y realización de planes, la flexibilidad mental, y decidir cuál es el comportamiento adecuado en función de las circunstancias; que a menudo se denominan funciones ejecutivas. Incluye: funciones de abstracción y organización de ideas; manejo del tiempo, introspección ("insight") y juicio; formación de conceptos, categorización y flexibilidad cognitiva.	
b210 – Funciones visuales	Funciones sensoriales relacionadas con percibir la presencia de luz y sentir la forma, el tamaño y el color de un estímulo visual. Incluye: funciones de la agudeza visual; funciones del campo visual; calidad de visión; funciones relacionadas con percibir luz y color, agudeza visual a larga o corta distancia, visión monocular y binocular; calidad de la imagen visual; deficiencias tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo, hemianopsia, ceguera al color, visión en túnel, escotoma central y periférico, diplopía, ceguera nocturna y adaptabilidad a la luz.	
b230 – Funciones auditivas	Funciones sensoriales relacionadas con la percepción de los sonidos y la discriminación de su localización, tono, volumen y calidad. Incluye: funciones auditivas, discriminación auditiva, localización de la fuente de sonido, lateralización del sonido, discriminación del habla; deficiencias tales como sordera, deficiencia auditiva y pérdida de audición.	
b235 – Función vestibular	Funciones sensoriales del oído interno relacionadas con la posición, el equilibrio y el movimiento. Incluye: funciones de posición y del sentido de la posición; funciones de equilibrio corporal y movimiento	
b260 – Función propioceptiva	Funciones sensoriales relacionadas con sentir la posición relativa de las partes del cuerpo. Incluye: funciones de cenestesia y kinestesia	
b263 – Funciones táctiles	Funciones sensoriales relacionadas con sentir las superficies de los objetos y su textura o calidad. Incluye: funciones del tacto, sensación de tacto; deficiencias tales como entumecimiento, hormigueo, anestesia, parestesia e hiperestesia.	
b280 – Sensación de dolor	Sensación desagradable que indica daño potencial o real en alguna estructura corporal. Incluye: sensaciones de dolor generalizado o localizado,	

	en una o más partes del cuerpo, dolor en un dermatoma, dolor punzante, quemazón, dolor sordo; deficiencias tales como mialgia, analgesia y hiperalgesia.	
b710 – Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones	Funciones relacionadas con la extensión y la suavidad de movimiento de una articulación. Incluye: funciones relacionadas con la movilidad de una o varias articulaciones vertebrales, hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla, tobillo, pequeñas articulaciones de las manos y de los pies; movilidad generalizada de las articulaciones; deficiencias tales como hiper movilidad articular, rigidez articular, hombro "congelado ", artritis.	
b730 – Funciones relacionadas con la fuerza muscular	Funciones relacionadas con la fuerza generada por la contracción de un músculo o grupo de músculos. Incluye: funciones asociadas con la fuerza de músculos específicos o grupos de músculos, músculos de una extremidad, de un lado del cuerpo, de la mitad inferior del cuerpo, de todas las extremidades, del tronco y del cuerpo como un todo; deficiencias tales como debilidad de los músculos pequeños de las manos y los pies, parálisis muscular, paresia muscular, monoplejía, hemiplejía, paraplejía, tetraplejía y mutismo aquinético.	
b735 – Funciones relacionadas con el tono muscular	Funciones relacionadas con la tensión presente en los músculos cuando están en reposo y la resistencia que ofrecen al intentar moverlos pasivamente. Incluye: funciones asociadas con la tensión de músculos aislados y grupos de músculos, músculos de una extremidad, músculos de un lado del cuerpo, músculos de la mitad inferior del cuerpo, músculos de todas las extremidades, músculos del tronco, y todos los músculos del cuerpo; deficiencias tales como hipertonia, hipotonia, espasticidad muscular.	
b750 – Funciones relacionadas con los reflejos motores	Funciones relacionadas con la contracción involuntaria de los músculos, inducida automáticamente por estímulos específicos. Incluye: funciones relacionadas con el reflejo de extensión, reflejos articulares, reflejos generados por estímulos nocivos y otros estímulos exteroceptivos; reflejo de retirada, reflejo bicipital, reflejo radial, reflejo de cuádriceps, reflejo patelar, reflejo aquileano.	
b760 – Funciones relacionadas con el control de movimientos voluntarios	Funciones asociadas con el control sobre los movimientos voluntarios y la coordinación de los mismos. Incluye: funciones relacionadas con el control de movimientos voluntarios simples y movimientos voluntarios complejos, coordinación de movimientos voluntarios, funciones de apoyo del brazo o pierna,	

	coordinación motora derecha-izquierda, coordinación ojo-mano, coordinación ojo-pie; deficiencias tales como problemas de control y coordinación, ej., la disdiadococinesia.	
b770 – Funciones relacionadas con el patrón de marcha	Funciones relacionadas con los modos de moverse una persona al caminar, correr u otros movimientos de todo el cuerpo. Incluye: patrones para caminar y para correr; deficiencias tales como marcha espástica, hemipléjica, parapléjica, asimétrica y patrón de marcha torpe o rígido.	

Estructuras corporales		
<i>Estructura</i>	<i>Definición</i>	<i>Puntuación</i>
s110 – Estructura del cerebro	Incluye: lóbulos corticales, cerebro medio, diencefalo, ganglios basales y estructuras relacionadas, cerebelo, tronco cerebral y nervios craneales.	
s120 – Médula espinal y estructuras relacionadas	Incluye: médula espinal cervical, torácica, lumbosacra y cola de caballo.	
s710 – Estructura de la cabeza y la región del cuello	Incluye: huesos del cráneo, cara y región del cuello, articulaciones de la cabeza y de la región del cuello, músculos, ligamentos y fascias.	
s720 – Estructura de la región del hombro	Incluye: huesos, articulaciones, músculos, ligamentos y fascias de la región del hombro.	
s730 – Estructura de la extremidad superior	Incluye: estructura del brazo, antebrazo y mano, huesos, articulaciones, músculos, ligamentos y fascias del brazo, antebrazo y mano.	
s740 – Estructuras de la región pélvica	Incluye: huesos, articulaciones, músculos, ligamentos y fascias de la región pélvica.	
s750 – Estructura de la extremidad inferior	Incluye: estructuras del muslo, pierna, tobillo y pie; huesos, articulaciones, músculos, ligamentos y fascias del muslo, pierna, tobillo y pie.	
s760 – Estructura del tronco	Incluye: columna vertebral cervical, torácica, lumbar y sacra, coxis; músculos, ligamentos y fascias del tronco.	
s770 – Estructuras musculoesqueléticas adicionales relacionadas con el movimiento	Incluye: huesos, articulaciones, músculos, ligamentos extra-articulaciones, fascias, aponeurosis extramuscular, septums y bursas.	
s810 – Estructuras de las áreas de la piel	Incluye: piel de la cabeza y la región del cuello, región del hombro, extremidad superior, región pélvica, extremidad inferior, tronco y espalda.	

Actividades y participación		
<i>Actividad</i>	<i>Definición</i>	<i>Puntuación</i>
d130-d159 – Aprendizaje básico	Incluye: copiar, repetir, aprender a leer, aprender a escribir, aprender a calcular, adquisición de habilidades.	
d160-d179 –	Incluye: centrar la atención, pensar, leer, escribir,	

Aplicación del conocimiento	calcular, resolver problemas, tomar decisiones.	
d210 – Llevar a cabo una única tarea	Llevar a cabo, acciones sencillas o complejas y coordinadas relacionadas con los componentes mentales y físicos implicados en una tarea, como iniciar una tarea, organizar el tiempo, espacio y materiales para una realizarla, pautar su desarrollo y llevarla a cabo, mantenerla en marcha o completarla. Incluye: llevar a cabo una tarea simple o compleja; llevar a cabo una única tarea independientemente o en grupo.	
d220 – Llevar a cabo múltiples tareas	Llevar a cabo acciones coordinadas sencillas o complejas que son componentes de tareas múltiples, integradas y complejas, tanto secuencial como simultáneamente. Incluye: llevar a cabo tareas múltiples; completar tareas múltiples; llevar a cabo tareas múltiples independientemente y en grupo.	
d230 – Llevar a cabo rutinas diarias	Llevar a cabo, acciones coordinadas simples o complejas para planear, dirigir y completar los requerimientos de las obligaciones o tareas diarias, como llevar la economía doméstica y hacer planes para distintas actividades a lo largo del día. Incluye: dirigir y completar las rutinas diarias; dirigir el nivel de actividad personal.	
d330 - Hablar	Mediante el lenguaje hablado, producir palabras, frases y discursos que tienen significado literal e implícito, como expresar un hecho o contar una historia en lenguaje oral.	
d410-d429 – Cambiar y mantener la posición del cuerpo	Incluye: cambiar las posturas corporales básicas, mantener la posición del cuerpo, transferir el propio cuerpo.	
d430 – Levantar y llevar objetos	Levantar un objeto o llevar algo de un sitio a otro, como ocurre al levantar una taza o al llevar a un niño de una habitación a otra. Incluye: levantar objetos, llevar objetos en las manos o en los brazos, en los hombros, en la cadera, en la cabeza o en la espalda; bajar objetos.	
d440 – Uso fino de la mano	Realizar acciones coordinadas relacionadas con manejar, recoger, manipular y soltar objetos, utilizando la mano y los dedos incluyendo el pulgar, como es necesario para coger monedas de una mesa, o girar el mando de sintonía de una radio o el pomo de una puerta. Incluye: recoger, manipular y soltar.	
d450-d469 – Andar y moverse	Incluye: andar, desplazarse por el entorno arrastrándose, trepando, corriendo, saltando o nadando, desplazarse por distintos lugares, desplazarse	

	utilizando algún tipo de equipamiento.	
d510 - Lavarse	Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del cuerpo, utilizando agua y materiales o métodos apropiados de lavado y secado, como bañarse, ducharse, lavarse las manos y los pies, la cara y el pelo, y secarse con una toalla. Incluye: lavarse las partes del cuerpo, todo el cuerpo; y secarse	
d520 – Cuidado de las partes del cuerpo	Cuidado de partes del cuerpo, como por ejemplo la piel, la cara, los dientes, el cuero cabelludo, las uñas y genitales, que requieren un nivel de cuidado mayor que el mero hecho de lavarse y secarse. Incluye: cuidado de la piel, dientes, pelo, uñas de las manos y los pies	
d530 – Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	Planificación y realización de la eliminación de desechos humanos (flujo menstrual, orina y heces) y la propia limpieza posterior. Incluye: regulación de la micción, defecación y cuidado menstrual	
d540 - Vestirse	Llevar a cabo las acciones y tareas coordinadas precisas para ponerse y quitarse ropa y el calzado en el orden correcto y de acuerdo con las condiciones climáticas, y las condiciones sociales, tales como ponerse, abrocharse y quitarse camisas, faldas, blusas, pantalones, ropa interior, saris, kimonos, medias, sombreros, guantes, abrigos, zapatos, botas, sandalias y zapatillas. Incluye: ponerse o quitarse la ropa y el calzado y elegir una vestimenta apropiada	
d550 – Comer	Llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local, cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos, reunirse para comer, en banquetes o cenas.	
d560 – Beber	Sujetar el vaso, llevarlo a la boca y beber de manera adecuada para la cultura local, mezclar, revolver y servir líquidos para beber, abrir botellas y latas, beber a través de una paja/popote/sorbete o beber agua corriente como de un grifo o fuente; mamar/lactar.	
d570 – Cuidado de la propia salud	Asegurar la salud y el bienestar físico y mental, como manteniendo una dieta equilibrada, realizando actividad física a un nivel adecuado, manteniendo una temperatura adecuada, evitando daños para la salud, adoptando prácticas sexuales seguras, incluyendo el uso de preservativos, siguiendo los planes de vacunación y haciéndose chequeos médicos de forma regular.	

	Incluye: asegurar el propio bienestar físico; control de la dieta y la forma física; mantener la propia salud.	
d610 – Adquisición de un lugar para vivir	Comprar, alquilar, amueblar y organizar una casa, apartamento u otra vivienda. Incluye: comprar o alquilar un lugar para vivir y amueblarlo	
d620 – Adquisición de bienes y servicios	Seleccionar, obtener y transportar todos los bienes y servicios necesarios para la vida diaria, como seleccionar, obtener, transportar y almacenar comida, bebida, ropa, productos de limpieza, combustible, artículos para la casa, utensilios, baterías de cocina, aparatos domésticos y herramientas; procurarse servicios y utilidades domésticas. Incluye: comprar y almacenar para satisfacer las necesidades diarias	
d630 – Preparar comidas	Idear, organizar, cocinar y servir comidas sencillas y complicadas para uno mismo o para otras personas, como decidir el menú, seleccionar alimentos y bebidas, reunir los ingredientes para preparar una comida, poner al fuego los alimentos y preparar comidas y bebidas frías, y servir la comida. Incluye: preparar comidas sencillas y complicadas	
d660 – Ayudar a los demás	Ayudar a miembros de la casa y a otras personas en su aprendizaje, en la comunicación, en el autocuidado o en el desplazamiento dentro o fuera de la casa; preocuparse por el «bienestar» de los miembros de la casa y de otras personas. Incluye: ayudar a los demás en el autocuidado, a desplazarse, en la comunicación, en las relaciones interpersonales, en la nutrición y en el mantenimiento de la salud.	
d770 – Relaciones íntimas	Crear y mantener relaciones cercanas o sentimentales entre individuos, como entre marido y mujer, entre amantes o entre parejas sexuales. Incluye: relaciones sentimentales, conyugales y sexuales	
d810-d839 – Educación	Incluye: educación no reglada, preescolar, escolar, formación profesional, educación superior.	
d840 – Aprendizaje (preparación para el trabajo)	Participar en programas relacionados con la preparación para el trabajo, como realizar las tareas necesarias para un aprendizaje, internado, tener un contrato de aprendizaje.	
d870 – Autosuficiencia económica	Tener el control sobre recursos económicos, obtenidos de fondos públicos o privados, con el objetivo de garantizar una seguridad económica para las necesidades presentes y futuras. Incluye: recursos económicos personales y derechos	

	sobre economía pública.	
d910 – Vida comunitaria	Participar en todos los aspectos de la vida social comunitaria, tales como participar en organizaciones benéficas, clubes u organizaciones sociales profesionales. Incluye: asociaciones formales e informales; ceremonia	
d920 – Tiempo libre y ocio	Participar en cualquier tipo de juego, actividad recreativa o de ocio, tales como juegos y deportes informales u organizados, programas de ejercicio físico, relajación, diversión o entretenimiento, ir a galerías de arte, museos, cines o teatros; participar en manualidades o aficiones, leer por entretenimiento, tocar instrumentos musicales; ir de excursión, de turismo y viajar por placer. Incluye: juegos, deportes, arte y cultura, manualidades, aficiones y socialización.	
d930 – Religión y espiritualidad	Participar en actividades, organizaciones o prácticas religiosas o espirituales, organizaciones y prácticas encaminadas a promover la realización personal, encontrar un significado, un valor religioso o espiritual, establecer conexiones con un poder divino, como al acudir a una iglesia, templo, mezquita o sinagoga, rezando o cantando con un motivo religioso, y la contemplación espiritual. Incluye: religión organizada y espiritualidad.	
d940 – Derechos humanos	Disfrutar de todos los derechos reconocidos nacional e internacionalmente que debe tener toda persona por el mero hecho de existir, como los derechos humanos reconocidos por las Naciones Unidas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidades (1993); el derecho a la autodeterminación o autonomía; y el derecho de controlar el propio destino.	

Factores personales y ambientales		
Factores	Definición	Puntuación
e110 – Productos o sustancias para el consumo personal	Cualquier sustancia natural o fabricada por el hombre, recogida, procesada o manufacturada para la ingesta. Incluye: comida y medicamentos.	
e115 – Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria	Equipamiento, productos y tecnologías utilizados por las personas en las actividades cotidianas, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente, situados en, sobre o cerca de la persona que vaya a utilizarlos. Incluye: productos generales y de ayuda y tecnología	

	para uso personal.	
e125 – Productos y tecnología para la comunicación	Equipamiento, productos y tecnología utilizados por las personas para transmitir y recibir información, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente, situados en, sobre o cerca de la persona que vaya a utilizarlos. Incluye: productos y tecnología generales y de ayuda para la comunicación.	
e130 – Productos y tecnología para la educación	Equipamiento, productos, procesos, métodos y tecnología utilizados para la adquisición de conocimiento, experiencia o habilidades, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente. Incluye: productos y tecnología generales y de ayuda para la educación.	
e135 – Productos y tecnología para el empleo	Equipamiento, productos y tecnología utilizados en el ámbito laboral para facilitar el trabajo. Incluye: productos y tecnología generales y de ayuda para el empleo.	
e150 – Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso público	Productos y tecnología que constituyen el ambiente fabricado por el hombre del individuo, y que abarca tanto espacios cerrados como abiertos. Dicho ambiente ha sido planeado, diseñado y construido para uso público, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente. Incluye: diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica de entradas y salidas, instalaciones e indicadores de dirección.	
e155 – Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso privado	Productos y tecnología que constituyen el ambiente fabricado por el hombre del individuo, y que abarca tanto espacios cerrados como abiertos. Dicho ambiente ha sido planeado, diseñado y construido para uso privado, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente. Incluye: diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica de entradas y salidas, instalaciones e indicadores de dirección.	
e235 – Desastres causados por el hombre	Alteraciones o perturbaciones en el ambiente natural, causadas por el hombre, que pueden alterar gravemente la vida cotidiana de las personas, incluyendo sucesos o condiciones asociados a conflictos y guerras, como el desplazamiento de las personas, destrucción de la infraestructura social, de las casas y las tierras, desastres ambientales y la contaminación de la tierra, el agua o la atmósfera (ej., vertidos tóxicos).	
e340 – Relaciones con cuidadores y personal de ayuda	Individuos que proporcionan los servicios necesarios para el cuidado de otros en sus actividades cotidianas, y para que mantengan el rendimiento en el trabajo, en la	

	educación o en otras situaciones de la vida. Su actuación se financia mediante fondos públicos o privados, o bien actúan como voluntarios, como es el caso de los que proporcionan apoyo en el cuidado y mantenimiento de la casa, asistentes personales, asistentes para el transporte, ayuda pagada, niñeras y otras personas que actúen como cuidadores.	
e355 – Relaciones con profesionales de la salud	Todos los proveedores de servicios que trabajan en el contexto del sistema sanitario, como médicos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, otorrinolaringólogos o trabajadores sociales sanitarios.	
e410 – Actitudes individuales de miembros de la familia cercana	Opiniones y creencias generales o específicas de miembros de la familia cercana sobre la persona o sobre otras cuestiones (ej. los asuntos sociales, políticos y económicos) que influyen en el comportamiento y las acciones individuales.	
e415 – Actitudes individuales de otros familiares	Opiniones y creencias generales o específicas de otros familiares sobre la persona o sobre otras cuestiones (ej. los asuntos sociales, políticos y económicos) que influyen en el comportamiento y las acciones individuales.	
e420 – Actitudes individuales de amigos	Opiniones y creencias generales o específicas de amigos sobre la persona o sobre otras cuestiones (ej. los asuntos sociales, políticos y económicos) que influyen en el comportamiento y las acciones individuales.	
e425 – Actitudes individuales de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad	Opiniones y creencias generales o específicas de conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad sobre la persona o sobre otras cuestiones (ej. los asuntos sociales, políticos y económicos) que influyen en el comportamiento y las acciones individuales.	
e430 – Actitudes individuales de personas en cargos de autoridad	Opiniones y creencias generales o específicas de personas en cargos de autoridad sobre la persona o sobre otras cuestiones (ej. los asuntos sociales, políticos y económicos) que influyen en el comportamiento y las acciones individuales.	
e435 – Actitudes individuales de personas en cargos subordinados	Opiniones y creencias generales o específicas de personas en cargos subordinados sobre la persona o sobre otras cuestiones (ej. los asuntos sociales, políticos y económicos) que influyen en el comportamiento y las acciones individuales.	
e440 – Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda	Opiniones y creencias generales o específicas de cuidadores y personal de ayuda sobre la persona o sobre otras cuestiones (ej. los asuntos sociales, políticos y económicos) que influyen en el comportamiento y las acciones individuales.	
e450 – Actitudes individuales de profesionales de la	Opiniones y creencias generales o específicas de profesionales de la salud sobre la persona o sobre otras cuestiones (ej. los asuntos sociales, políticos y	

salud	económicos) que influyen en el comportamiento y las acciones individuales.	
e460 – Actitudes sociales	Opiniones y creencias generales o específicas mantenidas habitualmente por personas de una determinada cultura, sociedad, subcultura u otro grupo social, sobre otras personas o sobre otras cuestiones sociales, políticas y económicas, que influyen en el comportamiento y las acciones grupales o individuales.	
e465 – Normas, costumbres e ideologías sociales	Hábitos, costumbres, reglas, sistemas de valores abstractos, creencias y normativas (ej. ideologías, visión del mundo y filosofías morales) que surgen en contextos sociales y que afectan o crean, costumbres y comportamientos sociales e individuales, tales como normas sociales sobre la moral, el comportamiento religioso y de etiqueta; doctrina religiosa y normas y costumbres resultantes; normas que rigen los rituales o las reuniones sociales.	
e530 – Servicios, sistemas y políticas de utilidad pública	Servicios, sistemas y políticas para proporcionar servicios públicos, como agua, combustible, electricidad, saneamiento, transporte público y servicios fundamentales.	
e545 – Servicios, sistemas y políticas de protección civil	Servicios, sistemas y políticas destinados a proteger a las personas y propiedades.	
e565 – Servicios, sistemas y políticas económicas	Servicios, sistemas y políticas relacionadas con el sistema de producción, distribución, consumo y utilización de bienes y servicios.	
e570 – Servicios, sistemas y políticas de seguridad social	Servicios, sistemas y políticas destinados a proporcionar ayudas económicas a aquellas personas que debido a su edad, pobreza, desempleo, condición de salud o discapacidad, necesitan asistencia pública que se financia bien mediante los impuestos generales o por sistemas de contribución.	
e580 – Servicios, sistemas y políticas sanitarias	Servicios, sistemas y políticas para prevenir y tratar problemas de salud, proporcionando rehabilitación médica y promoviendo un estilo de vida saludable.	

Anexo 7: Conjunto básico abreviado

CONJUNTO BÁSICO ABREVIADO: COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Calificadores

Funciones y estructuras corporales, actividades y participación	
0	No hay deficiencia (ninguna, insignificante...)
1	Deficiencia ligera (poca, escasa...)
2	Deficiencia moderada (media, regular...)
3	Deficiencia grave (mucha, extrema...)
4	Deficiencia completa (total)
8	Sin especificar
9	No aplicable

Factores personales y ambientales	
0	No hay barrera (ninguna, insignificante...)
1	Barrera ligera (poca, escasa...)
2	Barrera moderada (media, regular...)
3	Barrera grave (mucha, extrema...)
4	Barrera completa (total)
+0	No hay facilitador (ninguna, insignificante...)
+1	Facilitador ligero (poco, escaso...)
+2	Facilitador moderado (medio, regular...)
+3	Facilitador grave (mucho, extremo...)
+4	Facilitador completo (total)
8	Barrera, sin especificar
+8	Facilitador, sin especificar
9	No aplicable

Funciones corporales		
Función	Definición	Puntuación
b117 – Funciones intelectuales	Funciones mentales generales necesarias para comprender e integrar de forma constructiva las diferentes funciones mentales, incluyendo todas las funciones cognitivas y su desarrollo a lo largo del ciclo vital.	
b112 – Funciones psicosociales globales	Funciones mentales generales, y su desarrollo a lo largo del ciclo vital, requeridas para entender e integrar de forma constructiva varias funciones mentales que conducen a la obtención de habilidades interpersonales necesarias para establecer interacciones sociales recíprocas tanto a lo referente al significado ya la finalidad.	
b164 – Funciones cognitivas superiores	Funciones mentales específicas que dependen especialmente de la actividad de los lóbulos frontales del cerebro, incluyendo conductas complejas con propósito final tales como la toma de decisiones, el pensamiento abstracto, la planificación y realización de planes, la flexibilidad mental, y decidir cuál es el comportamiento adecuado en función de las circunstancias; que a menudo se denominan funciones ejecutivas.	
b730 – Funciones relacionadas con la fuerza muscular	Funciones relacionadas con la fuerza generada por la contracción de un músculo o grupo de músculos.	
b735 – Funciones	Funciones relacionadas con la tensión presente en los	

relacionadas con el tono muscular	músculos cuando están en reposo y la resistencia que ofrecen al intentar moverlos pasivamente.	
B770 – Funciones relacionadas con el patrón de marcha	Funciones relacionadas con los modos de moverse una persona al caminar, correr u otros movimientos de todo el cuerpo.	

Estructuras corporales		
<i>Estructura</i>	<i>Definición</i>	<i>Puntuación</i>
s730 – Estructura de la extremidad superior	Incluye: estructura del brazo, antebrazo y mano, huesos, articulaciones, músculos, ligamentos y fascias del brazo, antebrazo y mano.	
s760 – Estructura del tronco	Incluye: columna vertebral cervical, torácica, lumbar y sacra, coxis; músculos, ligamentos y fascias del tronco.	

Actividades y participación		
<i>Actividad</i>	<i>Definición</i>	<i>Puntuación</i>
d130-d159 – Aprendizaje básico	Incluye: copiar, repetir, aprender a leer, aprender a escribir, aprender a calcular, adquisición de habilidades.	
d160-d179 – Aplicación del conocimiento	Incluye: centrar la atención, pensar, leer, escribir, calcular, resolver problemas, tomar decisiones.	
d210 – Llevar a cabo una única tarea	Llevar a cabo, acciones sencillas o complejas y coordinadas relacionadas con los componentes mentales y físicos implicados en una tarea, como iniciar una tarea, organizar el tiempo, espacio y materiales para una realizarla, pautar su desarrollo y llevarla a cabo, mantenerla en marcha o completarla. Incluye: llevar a cabo una tarea simple o compleja; llevar a cabo una única tarea independientemente o en grupo.	
d220 – Llevar a cabo múltiples tareas	Llevar a cabo acciones coordinadas sencillas o complejas que son componentes de tareas múltiples, integradas y complejas, tanto secuencial como simultáneamente. Incluye: llevar a cabo tareas múltiples; completar tareas múltiples; llevar a cabo tareas múltiples independientemente y en grupo.	
d230 – Llevar a cabo rutinas diarias	Llevar a cabo, acciones coordinadas simples o complejas para planear, dirigir y completar los requerimientos de las obligaciones o tareas diarias, como llevar la economía doméstica y hacer planes para distintas actividades a lo largo del día. Incluye: dirigir y completar las rutinas diarias; dirigir el nivel de actividad personal.	
d440 – Uso fino de la mano	Realizar acciones coordinadas relacionadas con manejar, recoger, manipular y soltar objetos, utilizando la mano y los dedos incluyendo el pulgar, como es necesario para coger monedas de una mesa, o girar el mando de sintonía de una radio o el pomo de una puerta.	

	Incluye: recoger, manipular y soltar.	
d510 - Lavarse	Lavarse y secarse todo el cuerpo, o partes del cuerpo, utilizando agua y materiales o métodos apropiados de lavado y secado, como bañarse, ducharse, lavarse las manos y los pies, la cara y el pelo, y secarse con una toalla. Incluye: lavarse las partes del cuerpo, todo el cuerpo; y secarse	
d520 – Cuidado de las partes del cuerpo	Cuidado de partes del cuerpo, como por ejemplo la piel, la cara, los dientes, el cuero cabelludo, las uñas y genitales, que requieren un nivel de cuidado mayor que el mero hecho de lavarse y secarse. Incluye: cuidado de la piel, dientes, pelo, uñas de las manos y los pies	
d530 – Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	Planificación y realización de la eliminación de desechos humanos (flujo menstrual, orina y heces) y la propia limpieza posterior. Incluye: regulación de la micción, defecación y cuidado menstrual	
d550 – Comer	Llevar a cabo las tareas y acciones coordinadas relacionadas con comer los alimentos servidos, llevarlos a la boca y consumirlos de manera adecuada para la cultura local, cortar o partir la comida en trozos, abrir botellas y latas, usar cubiertos, reunirse para comer, en banquetes o cenas.	
d560 – Beber	Sujetar el vaso, llevarlo a la boca y beber de manera adecuada para la cultura local, mezclar, revolver y servir líquidos para beber, abrir botellas y latas, beber a través de una paja/popote/sorbete o beber agua corriente como de un grifo o fuente; mamar/lactar.	
d570 – Cuidado de la propia salud	Asegurar la salud y el bienestar físico y mental, como manteniendo una dieta equilibrada, realizando actividad física a un nivel adecuado, manteniendo una temperatura adecuada, evitando daños para la salud, adoptando prácticas sexuales seguras, incluyendo el uso de preservativos, siguiendo los planes de vacunación y haciéndose chequeos médicos de forma regular. Incluye: asegurar el propio bienestar físico; control de la dieta y la forma física; mantener la propia salud.	
d810-d839 – Educación	Incluye: educación no reglada, preescolar, escolar, formación profesional, educación superior.	
d910 – Vida comunitaria	Participar en todos los aspectos de la vida social comunitaria, tales como participar en organizaciones benéficas, clubes u organizaciones sociales profesionales. Incluye: asociaciones formales e informales; ceremonia	

Factores personales y ambientales		
Factores	Definición	Puntuación
e110 – Productos o sustancias para el consumo personal	Cualquier sustancia natural o fabricada por el hombre, recogida, procesada o manufacturada para la ingesta. Incluye: comida y medicamentos.	
e115 – Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria	Equipamiento, productos y tecnologías utilizados por las personas en las actividades cotidianas, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente, situados en, sobre o cerca de la persona que vaya a utilizarlos. Incluye: productos generales y de ayuda y tecnología para uso personal.	
e125 – Productos y tecnología para la comunicación	Equipamiento, productos y tecnología utilizados por las personas para transmitir y recibir información, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente, situados en, sobre o cerca de la persona que vaya a utilizarlos. Incluye: productos y tecnología generales y de ayuda para la comunicación.	
e130 – Productos y tecnología para la educación	Equipamiento, productos, procesos, métodos y tecnología utilizados para la adquisición de conocimiento, experiencia o habilidades, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente. Incluye: productos y tecnología generales y de ayuda para la educación.	
e135 – Productos y tecnología para el empleo	Equipamiento, productos y tecnología utilizados en el ámbito laboral para facilitar el trabajo. Incluye: productos y tecnología generales y de ayuda para el empleo.	
e150 – Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso público	Productos y tecnología que constituyen el ambiente fabricado por el hombre del individuo, y que abarca tanto espacios cerrados como abiertos. Dicho ambiente ha sido planeado, diseñado y construido para uso público, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente. Incluye: diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica de entradas y salidas, instalaciones e indicadores de dirección.	
e155 – Diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología	Productos y tecnología que constituyen el ambiente fabricado por el hombre del individuo, y que abarca tanto espacios cerrados como abiertos. Dicho ambiente ha sido planeado, diseñado y construido para uso privado, incluyendo aquellos adaptados o diseñados	

arquitectónica para edificios de uso privado	específicamente. Incluye: diseño, construcción, materiales de construcción y tecnología arquitectónica de entradas y salidas, instalaciones e indicadores de dirección.	
e530 – Servicios, sistemas y políticas de utilidad pública	Servicios, sistemas y políticas para proporcionar servicios públicos, como agua, combustible, electricidad, saneamiento, transporte público y servicios fundamentales.	
e545 – Servicios, sistemas y políticas de protección civil	Servicios, sistemas y políticas destinados a proteger a las personas y propiedades.	
e565 – Servicios, sistemas y políticas económicas	Servicios, sistemas y políticas relacionadas con el sistema de producción, distribución, consumo y utilización de bienes y servicios.	
e570 – Servicios, sistemas y políticas de seguridad social	Servicios, sistemas y políticas destinados a proporcionar ayudas económicas a aquellas personas que debido a su edad, pobreza, desempleo, condición de salud o discapacidad, necesitan asistencia pública que se financia bien mediante los impuestos generales o por sistemas de contribución.	
e580 – Servicios, sistemas y políticas sanitarias	Servicios, sistemas y políticas para prevenir y tratar problemas de salud, proporcionando rehabilitación médica y promoviendo un estilo de vida saludable.	