

Percepción de la calidad de vida entre la población con discapacidad visual y movilidad reducida
en la ciudad de Medellín.

María Fernanda Aguirre Marín

Diana Marcela Arcila López

Ana Sofia Gonzales Restrepo

Alisson Polania Salazar

Asesor(a)

Orlando Garay Quevedo

Universidad Católica Luis Amigó

Medellín

Psicología

9 de octubre 2025

Percepción De La Calidad De Vida En Personas Con Discapacidad Visual Y Movilidad Reducida

Planteamiento Del Problema

Según datos recientes de la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2023), aproximadamente 1,300 millones de personas a nivel mundial, lo que equivale al 16% de la población global, enfrentan discapacidades significativas. Esta población se compone por individuos con distintas experiencias y necesidades en el ámbito de la salud, esto a su vez se ve transversalizado por factores como el género, la edad, la identidad de género, la orientación sexual, las creencias religiosas, la raza, la etnia y la situación económica. Además, la OMS señala que las personas con discapacidad tienden a tener menor expectativa de vida, peor estado de salud y mayores dificultades en su vida cotidiana en comparación con el resto de la población.

Ahora, si el foco se centra en Colombia, la estadística arroja que la población en situación de discapacidad en este país se estima en 2,65 millones de personas, que representan el 5,6% de los sujetos de 5 años y más. De ellas el 54,6% son mujeres y el 45,4% son hombres (Departamento Administrativo Nacional de Estadística: [DANE], 2020) adicional a esto, el tipo de discapacidad que más se presenta en la población está asociada a la visual (56.6%) seguido por movilidad reducida (31%), de este dato se deriva que “Las actividades que generan mayor dificultad a la población con discapacidad son ver de cerca, de lejos o alrededor (56,6%) y mover

el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras (31,0%)” (DANE, 2020) para contrarrestar estas deficiencias, según las estadísticas del DANE (2020) “Los mecanismos de apoyo más utilizados según actividad que genera dificultad son las gafas, lentes de contacto, lentes intraoculares, programa computacional adaptado, regleta Braille, perro guía, otros (55,3%); medicamentos o terapias (25,7%); y la ayuda de otras personas (22,7%).

Por otro lado, si se analizan los ámbitos sociales en los cuales se desempeña una persona, en este caso el acceso a la educación básica, secundaria y al mundo laboral, se encuentra que en las personas con discapacidad estas condiciones se ven afectadas, teniendo un índice más bajo en desescolarización en comparación con las personas sin discapacidad, esto lo indica el DANE (2020) con la siguiente estadística el 63,9% de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes con discapacidad asistió a una entidad educativa, mientras que el 79,5% de las personas sin discapacidad entre los 6 a 21 años tuvo la posibilidad de asistir, adicionalmente “las tres principales razones por las que las personas con discapacidad no asistieron a instituciones educativas son: el 22,0% por causa de una enfermedad, el 20,8% por falta de dinero o los costos educativos elevados y el 13,6% porque requiere educación especial.” De igual forma estas brechas se ven marcadas en el mundo laboral, siendo una población del 5,9% de la población en edad laboral, del cual solo el 1,9% representan la fuerza laboral del país, esta brecha a su vez se extiende a el porcentaje de personas con discapacidad que cotizan una pensión en Colombia o tienen las condiciones laborales dignas, teniendo una brecha del 11,8% en comparación a las personas sin discapacidad.

En relación con variables psicológicas se ha encontrado que el afrontamiento es un factor que determina significativamente la calidad de vida en personas con discapacidad, adicional a

esto, la población con discapacidad física parece presentar mayor incidencia de trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y déficit en habilidades e inadecuación sociales. Botero y Londoño (2013).

Los datos anteriormente expuesto, acercan una idea de cuáles son las condiciones de vida de una persona con discapacidad en Colombia y cómo esto afecta la percepción de la misma, teniendo en cuenta que se ven afectadas diversas esferas de la vida tanto a nivel individual y psicológico, en el sentimiento de autosuficiencia y dependencia tanto a cuidadores como a objetos médicos o de apoyo, como de autorrealización al enfrentarse a brechas sociales notoriamente marcadas que impiden un desarrollo personal, intelectual y laboral. A su vez se debe de tener al cuidador como un actor fundamental frente a este proceso, contrarrestando la percepción que se tiene desde su rol de cuidado y apoyo a la persona con discapacidad.

Pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción de la calidad de vida de las personas con discapacidad visual y movilidad reducida pertenecientes a la ciudad de Medellín?

Objetivo general:

Evaluar la percepción de la calidad de vida entre la población con discapacidad visual y movilidad reducida en la ciudad de Medellín.

Objetivos específicos:

- Comprender la percepción de calidad de vida en las personas con discapacidad visual pertenecientes a la ciudad de Medellín.
- Determinar la imagen de calidad de vida que contienen las personas con movilidad reducida en el área metropolitana.
- Comparar la percepción de la calidad de vida entre las personas con discapacidad visual y movilidad reducida en el segundo semestre del 2025.

Marco Teórico

Según la OMS (2011). En la actualidad, aproximadamente el 15% de las personas conviven con alguna discapacidad. Si se analiza este dato, se podría decir que es una cantidad significativa la que convive con algún tipo de estas, sin embargo, el término no está bien delimitado y por ende se cometen errores a la hora de nombrar o determinar si una persona tiene una discapacidad o no. Por consiguiente, en los siguientes párrafos se describe qué es, sus tipos y la terminología correspondiente a ellos.

1. Discapacidad

Este término engloba a quienes presentan limitaciones físicas, mentales, intelectuales o sensoriales de carácter prolongado que, al enfrentarse a distintas barreras, pueden ver restringida su capacidad de participar plenamente y de manera equitativa en la sociedad. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f.).

Por esta misma línea Botero y Londoño, 2013 hablan de la discapacidad como una forma de funcionamiento de la persona en relación con las capacidades que tiene y las expectativas de su entorno personal y social. En ese orden de ideas, es necesario tener en cuenta cómo se relacionan las personas con su entorno social cuando conviven con una discapacidad, uno de los

factores que se debe tener en cuenta para ello es el lenguaje que se determina para denominar tanto a los tipos de discapacidad como quienes conviven con ella, es por ello que se tiene en cuenta la terminología correcta en los siguientes párrafos.

1.1 Personas Con Discapacidad

Según el preámbulo y el Artículo I de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad “Aquellas personas que, teniendo deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (2006, p4). Dentro de esta realidad no se puede dejar de lado el papel que cumple el lenguaje en el desarrollo de la vida de las personas, debido al impacto que ha de tener el cómo ser nombrados por el otro y por consiguiente cómo se auto percibe. Es por lo mismo que enmarcado en el territorio donde se desenvuelven los sujetos de investigación, se toma como referencia la ley colombiana 1618 de 2013 la cual da como terminología correcta el uso, de persona con discapacidad o en situación de discapacidad para referirse a las mismas. En el mismo sentido desde la Convención Internacional por los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas (ONU) en 2020 se dispuso que el término adecuado para referirse a este grupo de la población sea Personas con Discapacidad.

Si bien el término correcto es persona con discapacidad, dentro de este mismo se abre un abanico de terminologías que van ligadas al tipo de discapacidad con el que convive la persona. en este orden se tiene los siguientes tipos de discapacidad.

1.2 Tipos De Discapacidad

1.2.1 Discapacidad Congénita Y Discapacidad Adquirida

Dentro del rubro de la discapacidad, se encuentran dos tipos base, que habla de la naturaleza de esta, esto hace referencia a si se vive con una discapacidad desde el nacimiento cómo sería el caso de la congénita, la cual es nombrada como anomalías congénitas y consisten en un grupo de alteraciones que tienen origen antes del nacimiento. Sin embargo, no se presentan normalmente al momento del nacimiento, sino en los primeros 3 años de vida, Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2022). A esta definición se le atribuye que “Los trastornos congénitos pueden contribuir a la discapacidad de larga duración, que impone una gravosa carga a las propias personas, sus familiares, los sistemas de salud y las sociedades.” (OMS, 2020).

Por otro lado, hay un tipo de discapacidad con la cual las personas no han convivido en una gran parte de su vida, esta es la discapacidad adquirida, con este término se entiende que esta puede ser “producto de diversas circunstancias, ya sean violentas, accidentales o relacionadas con una enfermedad, las cuales se generan de manera inesperada un estado de crisis psicosocial” (Marín, 2008, p4). Este tipo de discapacidad por su naturaleza exige un nivel más alto de resiliencia y habilidades de afrontamiento psicológico, las cuales se detallarán en transcurso de estos párrafos, incluso requiere un nivel más elevado que el del primer tipo, debido a la naturaleza inesperada y nueva forma de relacionamiento con el mundo que exige para la persona. Asimismo, desde hace aproximadamente tres décadas, se han venido desarrollando investigaciones en las cuales se relaciona la resiliencia con la discapacidad, en especial en

situaciones donde esta última es producto de enfermedades crónicas y/o accidentes, en adultos jóvenes y mayores (Bosch, 2012).

Una vez teniendo claro cuál puede ser el origen de una discapacidad y sus implicaciones, la clasificación no se queda en estos dos grupos, pues ahora se discriminan en qué esferas de la funcionalidad de la persona afectan, en sentido la primera clasificación sería discapacidad intelectual.

1.2.2 Discapacidad Intelectual

La discapacidad intelectual es una “disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje y aprendizaje, entre otros), así como de las funciones motoras (síndrome de Down, autismo y el síndrome de Asperger)” citar lo que puede impactar de manera significativa el desempeño diario en el día a día de las personas que conviven con ella como los cuidadores que los tienen a su cargo, cabe aclarar que la demanda en el cuidado de estas discapacidades está en el nivel de gravedad en el que se encuentre. En este orden de ideas, es importante tener en cuenta la terminología correcta para referirse a este tipo de discapacidad y las personas que viven con ella, la cual es determinada como persona con discapacidad intelectual o cognitiva, así mismo con el caso de personas con síndrome de Down y personas con autismo.

1.1.3 Discapacidad Motriz

Esta se puede entender únicamente desde la dimensión física, “incluye a las personas con discapacidad para caminar, manipular objetos y de coordinación de movimientos para realizar actividades de la vida cotidiana” (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

[INEGI], 2000, p. 22) la terminología correcta para referirse a este tipo de discapacidad es persona con discapacidad física o movilidad reducida.

1.1.4 Discapacidad Sensorial

La discapacidad sensorial comprende a las personas con deficiencias visuales, auditivas y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje (ceguera y sordera). En este punto es valioso hacer hincapié en la ceguera, ya que esta es la que cuenta con un índice mayor en la afección en la calidad de vida de las personas que presentan algún tipo de discapacidad visual.

1.1.4.1 Discapacidad Visual

La cual es propiamente definida según Escudero (2011, p172). como “el deterioro visual ubicado entre la visión normal y la ausencia de función visual o ceguera, han sido la visión parcial, visión defectuosa, debilidad visual, visión subnormal y baja visión” además es importante añadir que esta discapacidad impacta significativamente en el deterioro de la salud mental de la persona que convive con ella, lo cual abordaremos a profundidad en los siguientes apartados del texto. En cuanto a la manera en la que se deben de nombrar a las personas con esta discapacidad es con el término persona con discapacidad visual o persona ciega.

1.1.4.2 Discapacidad Auditiva

Por otro lado, la sordera o discapacidad auditiva la cual se define como “la pérdida o anomalía de la función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo, y tiene su consecuencia inmediata en una discapacidad para oír, lo que implica un déficit en el acceso al lenguaje oral.” Carrascosa García, J., (2015). Es otra de las afecciones que más impacta en la calidad de vida de las personas, siendo la audición fundamental para el desarrollo del lenguaje, así lo afirma el

Centro de Recursos Educativos para la Discapacidad Auditiva [CREDA] (s.f.). Partiendo de que la audición es la vía principal a través de la cual se desarrolla el lenguaje y el habla, debemos tener presente que cualquier trastorno en la percepción auditiva de la persona, a cualquier edad, va a afectar a su desarrollo lingüístico y comunicativo.

1.1.5 Discapacidad Psicosocial

El último tipo de discapacidad que se nombrará será la discapacidad psicosocial la cual puede ser derivada de una enfermedad mental y que tiene factores bioquímicos y genéticos (depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno esquizoafectivo, ataques de pánico, trastornos fóbicos y trastorno dual, entre otros.), cabe aclarar que ser la última nombrada no está relacionada con la gravedad que tiene esta para la vida de las personas que la padecen, esto con respecto a las cifras que ofrece la OMS en 2022 las cuales indican que en cuanto a las discapacidades psicosociales, se estima que alrededor de 1.3 mil millones de personas, aproximadamente el 16% de la población mundial experimentan una discapacidad significativa. Esto incluye a personas con discapacidades psicosociales, como aquellas derivadas de trastornos mentales graves. Finalmente, se aclara que la terminología correcta para referirse a este tipo de discapacidad es persona con discapacidad psiquiátrica, persona con discapacidad psicosocial o en casos puntuales donde se sabe el diagnóstico de la persona con esquizofrenia, personas con depresión o personas con bipolaridad.

Ahora bien, después de tener un bagaje claro de que es la discapacidad y los tipos que pueden acompañar a las personas, el fin de esta investigación es conocer si hay una relación directa entre la calidad de vida de estas personas y su discapacidad, por lo cual es necesario entender la calidad de vida.

2. *Calidad De Vida*

La calidad de vida, tiene una naturaleza subjetiva, comprender esto es una de las claves para la entender sobre su estructura, esto debido a que está ligada a las aspiraciones y objetivos de cada persona como individuo, La OMS (s.f.) define calidad de vida como la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (Cardona & Higueta, 2014).

Si bien la definición que aporta la OMS tiene en cuenta una cantidad de variables objetivas que ayudan a valorar la calidad de vida de una persona, por intereses de la misma investigación se hará hincapié en el estado psicológico de las personas con discapacidad, es decir, las consecuencias psicológicas que acarrearán estas discapacidades en la vida de las personas, las cuales se mencionaron anteriormente y se explicarán a continuación.

3. *Consecuencias Psicológicas*

Un aspecto íntimamente relacionado con la calidad de vida es la salud mental, con la cual se refiere a alteraciones en la salud con un término que engloba a diversos síntomas: depresivos, angustia-ansiedad, tristeza, falta de ánimo, alteraciones del sueño, alteración social, insatisfacción de vida, entre otras.

La discapacidad tiene un alto grado de afección en la calidad de vida de las personas debido a que según las cifras de la OMS (2022) las personas con algún tipo de discapacidad son quienes tienen una tasa de desempleo más alta. Adicional a esto, las comorbilidades a nivel

mental y psicológico prevalecen generando significativamente patologías como ansiedad y depresión.

Retomando esta última patología, es innegable que la depresión como comorbilidad psicológica, es una patología psiquiátrica que tiene un gran impacto sobre la calidad de vida de una persona con discapacidad. Un estudio demuestra que la calidad de vida de los pacientes que presentan depresión después del tratamiento que ayuda a mitigar su discapacidad es mejor que la de aquellos en la que persiste esta misma, sin embargo, en ambos casos su calidad de vida es menor que la de la población general. Adicional a esto es más probable encontrar síntomas depresivos en pacientes que adquieren algún tipo de discapacidad motora, tal como lo demuestra Hoffman et al, en su estudio de pacientes con lesión medular, donde de 1.035 pacientes un 18% a 21% presentaron depresión mayor entre el primer al quinto año de adquirir la lesión.

En algunos casos igualmente se ha evidenciado que las personas con discapacidad tienen porcentajes más elevados de factores de riesgo para su salud, como el hábito de fumar, una alimentación poco saludable y sedentarismo. Las personas con discapacidad también corren un mayor riesgo de estar expuestas a violencia, lo cual aumenta el riesgo de desarrollar patologías psicológicas más severas. OMS & Banco Mundial. (2011). Igualmente teniendo en cuenta el modelo de adaptación de Callista Roy, citado por Roa (2018). Menciona que para esta población el estímulo focal para la depresión fue la discapacidad, según un estudio realizado; es importante tener en cuenta los estímulos contextuales, que se remiten a factores del entorno haciendo alusión al bajo estrato socioeconómico, al nivel educativo y desempleo a causa de la discapacidad, por lo general, la mayoría de los participantes tuvieron una respuesta ineficaz frente a este proceso de adaptación, evidenciado prevalencia de depresión.

Por otro lado, las personas con discapacidad visual la cual es la población investigada en este caso tienen hasta cuatro veces más riesgo de desarrollar problemas de salud mental como la ansiedad o la depresión (Sightsavers, Universidad de Ilorin & Ministerio de Sanidad del Estado de Kogi, 2022). El impacto de la progresiva pérdida de visión y, en consecuencia, el aumento de la falta de autonomía, el aislamiento social y la discriminación laboral son solo algunos de los factores que contribuyen al hecho de que las personas con baja visión o ceguera sean más propensas a tener problemas de salud mental que el resto. “En la misma línea, diversas investigaciones señalan que la susceptibilidad a la ansiedad y la depresión en casi todas las poblaciones ciegas y con baja visión puede deberse, al menos parcialmente, a la falta de acceso a actividades sociales y placenteras.” (Infocop, 2023)

Así mismo, en el caso de la ansiedad, la cual desde la (American Psychological Association [APA], 2018) es definida como “emoción caracterizada por aprehensión y síntomas somáticos de tensión, estrés o preocupación en la que el individuo anticipa un peligro o una desgracia inminentes”.

Este trastorno, si bien afecta a la población mundial en general, se presenta con más prevalencia en las personas ciegas, con discapacidad intelectual y discapacidad motriz. Según la OMS (s.f.) aproximadamente el 4% de la población mundial padece actualmente un trastorno de ansiedad. Adicional a esto en los resultados de un estudio se obtiene que la baja visión y la ceguera son factores que incrementan el riesgo de desarrollo de la ansiedad, esto debido a la anhedonia (capacidad reducida para sentir placer) y el dejar de realizar actividades con las que antes disfrutaban o podían realizar con autonomía, dichas condiciones pueden desembocar en la aparición de síntomas ansiosos.

Por otro lado, las tasas de trastornos mentales en personas con discapacidad son tres a cuatro veces mayores, esto es debido según Escamilla-Soto, Montoya-Rojas y Quintero-Cadavid (2023) a “el consecuente deterioro asociado y los problemas comórbidos de salud, además de las dificultades familiares y sociales y el consumo de sustancias psicoactivas”. de igual forma los mismos autores en un estudio realizado en una escuela de personas con discapacidad intelectual baja en medio del COVID - 19 se demostró que las restricciones en la socialización aumentaron los síntomas ansiosos en las personas con discapacidad.

Con respecto a la presencia de esta sintomatología ansiosa en personas con discapacidad motriz, un estudio realizado por Cedeño & Noroña (2023) en la cual se analiza la relación entre la ansiedad y la calidad de vida en personas con discapacidad motora, se revela que el 53.1% experimenta alta ansiedad estado, el 98.3% presenta alta ansiedad rasgo, y el 67.8% tiene una calidad de vida muy baja. El análisis hecho por los autores demuestra una relación significativa entre ansiedad rasgo, la cual hace referencia a la ansiedad como característica establecida de la personalidad (Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1970) y la discapacidad que presentan, siendo la segunda concatenante de la primera.

Metodología

Diseño

Esta investigación adoptó un enfoque cuantitativo no experimental orientado a medir a través de pruebas psicométricas la percepción de calidad de vida en personas con discapacidad visual y discapacidad física, mediante este enfoque se permite obtener datos objetivos y cuantificables sobre las variables involucradas en el estudio, así mismo tiene un alcance de tipo descriptivo debido a que busca indagar sobre la percepción de las personas con discapacidad y

características importantes frente a la percepción de calidad de vida y sus variables, es importante tener en cuenta que el objeto de estudio ya se encuentra presente, es decir, la población está y se estudia desde distintos contextos debido a que se trata con una dimensión tan variable como lo es la calidad de vida. La descripción dependerá del contexto individual, pero así mismo brinda más precisión sobre las dimensiones del fenómeno.

Muestreo

Al tratarse de una población con un acceso específico considerando el alcance para el acercamiento con la misma, el tipo de muestreo que se acomoda a la necesidad de la investigación, es el intencional. De aquí consiste en seleccionar la población según sea más provechoso para los resultados y también que no se encuentre el límite para abordarla. Estas características definen el muestreo en uno no probabilístico el cual se dirige a la población específicamente con discapacidad sea visual o con movilidad reducida, no da lugar a la probabilidad o al azar dentro de la selección, sino que, se eligen por las características requeridas para el cumplimiento de los objetivos.

Instrumento

El índice de Barthel (IB), fue creado por Dorothea W. Barthel, quien lo desarrolló en colaboración con Florence Mahoney en el año 1965 en el Hospital Estatal de Maryland según (Trigás Ferrín, s. f.) este instrumento en su versión original “mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia, esto en su versión original” (Baztán et al., 1993), además, este instrumento cuenta con 10 ítems con los que se valora lo ya propuesto. El objetivo detrás de su aplicación es servir de insumo para el impacto que se efectúa según el

tipo de discapacidad y validar cualquier tipo de discrepancia o correlación con las mismas, sabiendo que es de importancia tener en cuenta el nivel de sostenibilidad propia para las distintas actividades que permean a la persona con discapacidad.

Se implementará el cuestionario SF-36 creado por John E. Ware Jr. y Cathy Donald Sherbourne en 1992, como parte del Medical Outcomes Study (MOS), con el propósito de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud según Vilagut et al (2005). Está compuesto por 36 ítems en su primera versión, que pretenden recoger todos los aspectos relevantes para caracterizar la salud de un individuo. Con estas preguntas se trata de cubrir, al menos, 8 aspectos o dimensiones: Función Física, Rol Físico; Dolor Corporal; Salud General; Vitalidad; Función Social; Rol Emocional y Salud Mental.” Por dimensión se presentan escalas de puntuación que fácilmente se interpretan según su caracterización donde a mayor es el valor obtenido, mejor es el estado de salud. La interpretación de las variables permite darle apertura al panorama que rodea a la persona con discapacidad, un ámbito que deja de ser objetivo y se centra en la unión con lo subjetivo de la función social, su rol emocional y demás mencionadas con anterioridad, dando como resultado una evaluación integral de lo que compete a la percepción de la calidad de vida. (*Cuestionario de salud SF-36*, s. f.)

El DASS-21 es un cuestionario de autoinforme compuesto por 21 ítems, creado por Peter F. Lovibond y Sheila H Lovibond, en 1995. Diseñado para medir la gravedad de síntomas comunes de depresión, ansiedad y estrés. Cada ítem se responde en una escala tipo Likert de cuatro puntos que evalúa la frecuencia e intensidad de síntomas experimentados durante el último mes. Este instrumento también permite obtener puntajes específicos para cada categoría, los cuales reflejan el grado de afectación emocional según la dimensión. Cada dimensión refleja

un componente fundamental del bienestar emocional y su interpretación conjunta ofrece una visión integral del estado psicológico general del individuo. (Guerrero, S.f)

Por último, se utilizará el EQ-5D, test creado por un grupo internacional de investigadores de Inglaterra, Finlandia, Los Países Bajos, Noruega y Suecia; en 1897 “un instrumento genérico de medición donde el propio individuo valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones y luego en una escala visual analógica de evaluación más general” (Herdman, Badia, & Berra, 2001). Este instrumento abarca dos sistemas, el descriptivo el cual está conformado por movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión, donde cada una se va a desglosar en tres niveles de gravedad. La intencionalidad detrás de estos es abarcar todo lo relacionado a los puntos más rutinarios dentro del contexto que abarca a cada persona, determinar aspectos como niveles de deterioro, malestar e independencia desde sus labores diarias con una totalidad de 7 ítems.

Resultados

Tabla 1

Datos de caracterización de la muestra evaluada

Variable	Frecuencia	% del Total
Género		
Femenino	25	43.9 %
Masculino	32	56.1 %
Tipo de discapacidad		
Física	31	54.4 %
Visual	26	45.6 %
Estrato		
1	13	22.8 %
2	18	31.6 %
3	22	38.6 %
4	2	3.5 %
5	2	3.5 %

Variable	Frecuencia	% del Total
Estado civil		
Casada/o	6	10.5 %
Separada/o	4	7.0 %
Soltera/o	38	66.7 %
Unión libre o de hecho	8	14.0 %
Viuda/o	1	1.8 %
Nivel Educativo		
Estudio de posgrado	4	7.0 %
Estudio técnicos y tecnológicos	13	22.8 %
Estudios de pregrado	16	28.1 %
Primaria	9	15.8 %
Secundaria	15	26.3 %
Sexo		
Hombre	31	54.4 %
Mujer	25	43.9 %

La población participante en la investigación estuvo conformada por 57 personas con algún tipo de discapacidad, Del total, el 56,1 % son hombres y el 43,9 % mujeres, el 54,4 % presenta discapacidad física, mientras que el 45,6 % corresponde a discapacidad visual, La edad promedio de los participantes fue de 42,1 años (D.E.=16,1), registrándose una edad mínima de 19 años y una máxima de 80 años, lo que refleja una muestra diversa en el rango etario. La mayoría de los participantes pertenece a los estratos 1, 2 y 3 (93 %), Solo un 7 % se ubica en los estratos 4 y 5 y se observa que el 28,1 % cuenta con estudios de pregrado, el 22,8 % con formación técnica o tecnológica, el 26,3 % con secundaria completa, el 15,8 % con educación primaria, y únicamente el 7 % ha alcanzado estudios de posgrado.

Tabla 2

Indicadores de diferencia observada entre los grupos de muestra

Descriptivas de Grupo						
	Grupo	Media	DE	Estadístico	p	Tamaño del Efecto
Edad	Física	44.77	16.58	298	0.193	0.2067
	Visual	38.96	15.30			
Depresión	Física	6.13	4.90	236	0.906	0.0228
	Visual	6.05	5.59			
Ansiedad	Física	4.45	4.19	329	0.234	0.1849
	Visual	5.81	4.87			
Estrés	Física	6.52	4.88	312	0.146	0.2258
	Visual	8.12	4.44			
Función Física	Física	19.68	6.04	125	< .001	0.6911
	Visual	27.31	4.80			
Rol físico	Física	6.45	1.65	357	0.434	0.1141
	Visual	6.69	1.69			
Dolor corporal	Física	7.23	2.68	288	0.062	0.2866
	Visual	8.58	2.48			
Salud general	Física	6.48	1.71	281	0.047	0.3040
	Visual	7.42	1.86			
Vitalidad	Física	13.42	3.62	327	0.224	0.1886
	Visual	12.19	3.84			
Función social	Física	7.16	1.61	255	0.011	0.3672
	Visual	6.23	1.11			
Rol emocional	Física	5.48	1.06	276	0.018	0.3164
	Visual	4.73	1.34			
Salud mental	Física	13.87	3.73	394	0.885	0.0236
	Visual	13.85	3.53			
EuroQoL-5D	Física	21.19	4.10	285	0.057	0.2940
	Visual	23.19	3.90			
Índice de Barthel	Física	25.19	2.94	160	< .001	0.6030
	Visual	28.23	2.12			

Nota. Prueba U de Mann–Whitney; tamaño del efecto estimado mediante correlación biserial de rangos. Criterios de interpretación: pequeño ($r = 0,10-0,29$), moderado ($r = 0,30-0,49$), grande ($r \geq 0,50$), según Cohen (1988).

Con el objetivo de evaluar las diferencias entre los dos grupos de participantes, se aplicó la prueba no paramétrica U de Mann–Whitney, dado que los datos no cumplieron con el supuesto

de normalidad requerido para las pruebas paramétricas. Esta prueba permitió identificar si existían diferencias estadísticamente significativas en las medianas de las variables evaluadas. Adicionalmente, se calculó el tamaño del efecto (r) utilizando la correlación biseriada de rangos, con el fin de estimar la magnitud de dichas diferencias.

Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en todas las variables analizadas. Las diferencias más pronunciadas se evidencian en función física ($U = 125$; $p < 0,001$; $r = 0,691$) y nivel de independencia funcional medido por el Índice de Barthel ($U = 160$; $p < 0,001$; $r = 0,603$).

Por su parte, las dimensiones de salud general ($r = 0,304$), función social ($r = 0,367$) y rol emocional ($r = 0,316$) presentaron efectos de magnitud moderada, indicando que, si bien existen diferencias entre grupos, su impacto es menos pronunciado.

Tabla 3

Correlaciones presentadas entre las variables medidas

Matriz de Correlaciones				
	Depresión	Ansiedad	Estrés	Índice de Barthel
EuroQoL-5D	-0.495***	-0.373**	-0.379**	0.277*
Función física	-0.370*	-0.215	-0.161	0.473***
Rol físico	-0.450**	-0.553***	-0.402**	0.170
Dolor corporal	-0.517***	-0.501***	-0.406**	0.243
Salud general	-0.294	-0.311*	-0.152	0.124
Vitalidad	0.193	0.287*	0.341**	0.157
Función social	0.202	0.078	0.071	-0.303*
Rol emocional	-0.584***	-0.470***	-0.381**	-0.184

Matriz de Correlaciones				
	Depresión	Ansiedad	Estrés	Índice de Barthel
Salud mental	0.402**	0.385**	0.283*	0.169

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Con el propósito de explorar la relación existente entre las variables planteadas en los objetivos del estudio, se realizó un análisis de correlaciones bivariadas mediante el coeficiente de Spearman, con el fin de identificar el grado y la dirección de la asociación entre las dimensiones que componen la calidad de vida.

Los resultados evidenciaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre el EuroQoL-5D y las dimensiones físicas del SF-36, específicamente con función física ($r = 0.685$, $p < .001$), dolor corporal ($r = 0.632$, $p < .001$), rol físico ($r = 0.482$, $p < .001$) y salud general ($r = 0.490$, $p < .001$). En contraste, se observaron correlaciones negativas con las variables emocionales de depresión ($r = -0.495$, $p < .001$), ansiedad ($r = -0.373$, $p < .01$) y estrés ($r = -0.379$, $p < .01$).

Por su parte, el Índice de Barthel presentó una correlación positiva con el EuroQoL-5D ($r = 0.277$, $p < .05$) y una relación aún más significativa con la función física ($r = 0.473$, $p < .001$). Asimismo, la función física mostró una correlación negativa con la depresión ($r = -0.495$, $p < .05$).

El rol físico, entendido como la capacidad de la persona para desempeñar actividades cotidianas, correlacionó negativamente con depresión ($r = -0.450$, $p < .01$), de manera más significativa con ansiedad ($r = -0.553$, $p < .001$) y con estrés ($r = -0.402$, $p < .01$). De igual forma, la ausencia de dolor corporal presentó correlaciones negativas con depresión ($r = -0.517$, $p < .001$), ansiedad ($r = -0.501$, $p < .001$) y en menor medida con estrés ($r = -0.406$, $p < .01$).

Por otro lado, el rol emocional mostró correlaciones negativas con depresión ($r = -0.584$, $p < .001$), ansiedad ($r = -0.470$, $p < .001$) y estrés ($r = -0.381$, $p < .01$). La salud mental, en cambio, presentó correlaciones positivas con depresión ($r = 0.402$, $p < .01$), ansiedad ($r = 0.385$, $p < .01$) y estrés ($r = 0.283$, $p < .05$). Finalmente, la función social mostró una correlación negativa con el Índice de Barthel ($r = -0.303$, $p < .05$)

Discusiones

El desarrollo de esta investigación estuvo guiado por el interés sobre la percepción de la calidad de vida entre los grupos de personas con discapacidad física y visual, alineado a ello se aplicaron una serie de pruebas psicológicas que permitieron la medición cuantitativa que facilitó el análisis correlacional de las variables que inciden en la calidad y la percepción de la misma en ambas poblaciones.

Inicialmente se observó una diferencia estadísticamente significativa en los resultados de ambos grupos en la prueba índice de Barthel y función física medida desde el SF-36, basándose en los resultados se llega a la conclusión que las personas con discapacidad física tienden a percibir menor nivel de independencia a comparación de las personas con discapacidad visual, lo que refleja un impacto en el nivel de funcionalidad y autonomía de los individuos con discapacidad física, en concordancia con lo anterior se ha señalado que “la independencia, definida como la capacidad de realizar por su cuenta las actividades de la vida diaria, y la autonomía, entendida en relación con la dependencia respecto al entorno en el que se desenvuelva el sujeto, son conceptos teóricamente vinculados a la percepción de la calidad de vida personas con discapacidad física y movilidad reducida” (*Independencia, autonomía y calidad de vida: análisis y evaluaciones*, 2016).

Por otra parte, se identificaron discrepancias moderadas en la variable de salud general medida a través del SF-36 y en el EuroQoL-5D, en las cuales se evidencia una mayor percepción de salud general en personas con discapacidad visual en contraste con las personas con discapacidad física, a falta de investigaciones previas que expliquen la raíz de estos resultados, se llega a la hipótesis de que las personas con discapacidad física tienden a reportar una menor percepción de salud general debido al impacto más visible y limitante en las actividades de la vida diaria, lo que repercute directamente en su sensación de salud general y en la calidad de vida percibida. En contraste, las personas con discapacidad visual podrían desarrollar mayores estrategias de adaptación y afrontamiento psicosocial, que amortiguan la percepción negativa de su salud y favorecen una mejor valoración de esta misma. A su vez las variables de salud general y el EuroQoL-5D sostienen una correlación significativa entre ambas, sugiriendo que a menor salud general, menor calidad de vida, lo que indica que la correlación existente entre ambas variables es positiva, esto se comprueba con la investigación de Mogollón, Varela & Vásquez (2018), en la cual se implementó el SF-36 como instrumento en común con esta investigación, los resultados su estudio evidencian que “a medida que disminuye la percepción del estado de salud general, también se reducen los puntajes de calidad de vida relacionada con la salud en los diferentes dominios del SF-36.”

Por otra parte, la función social, el rol emocional y calidad de vida percibida, la cual es medida a través del EuroQoL-5D son variables que demuestran mayor percepción positiva en la población con discapacidad física, si bien la diferencia entre ambos grupos no es tan marcada se asocia a la capacidad y estrategias de afrontamiento con las que cuenta cada grupo. De forma complementaria, Aguilar Fernández y Carballo Alfaro (2023) destacan que los factores asociados a la discapacidad en las actividades de la vida cotidiana no se restringen únicamente a

condiciones físicas, sino que también incluyen variables contextuales, como el apoyo familiar y las condiciones socioeconómicas. En este sentido, la independencia funcional no depende exclusivamente de la capacidad corporal, sino también de la existencia de redes de apoyo que faciliten la realización de las tareas cotidianas.

En relación con las variables emocionales; ansiedad, depresión y estrés, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de discapacidad física y visual, lo que sugiere que el tipo de discapacidad no es un factor determinante en la presencia de estas variables. Estos hallazgos coinciden con los reportes de Pérez et al. (2020), quienes sostienen que el bienestar psicológico está más asociado al apoyo social que al tipo de limitación funcional, esta afirmación a su vez es también sustentada en el párrafo anterior por Aguilar Fernández y Carballo Alfaro (2023).

En la misma línea, se encuentran correlaciones negativas entre las variables de depresión y ansiedad con las que miden la percepción de la calidad de vida, estudios recientes han mostrado que la presencia de síntomas de depresión y ansiedad se asocia con percepciones significativamente más bajas de calidad de vida, en este sentido, Salinas Durán et al. (2024) observaron que las personas con discapacidad que presentaban mayores niveles de ansiedad o depresión reportaron un peor funcionamiento y una calidad de vida deteriorada en múltiples dominios, lo que sustenta la correlación negativa que se presenta entre estas variables e indica un impacto significativo de las variables psicológicas en la percepción de la calidad de vida de los sujetos.

En conclusión, los factores más asociados a la percepción de la calidad de vida no dependen únicamente del tipo de discapacidad que presente la persona. En este caso, dicha percepción se encuentra influenciada por diversas variables psicosociales, entre las que se

incluyen las redes de apoyo, el contexto socioeconómico y las estrategias de afrontamiento emocional con las que cuenta cada individuo.

Limitaciones Y Proyección

Durante el desarrollo de la presente investigación orientada a la población con discapacidad visual y física, se presentaron diversas limitaciones que incidieron en el proceso de recolección y análisis de la información. Una de las principales dificultades se relaciona con el acceso a la población participante, debido al escaso interés y compromiso por parte de algunas instituciones para facilitar su participación en procesos académicos y evaluativos. En varios casos, las entidades inicialmente mostraron disposición para colaborar, pero posteriormente desistieron, lo cual retrasó el cronograma y redujo el tamaño de la muestra propuesto en el inicio de la investigación.

Asimismo, algunas instituciones señalaron que, debido a las frecuentes intervenciones de tipo asistencial a las que están acostumbradas las personas con discapacidad han desarrollado una motivación de interés principalmente económico, frente a la participación en proyectos externos. Esta situación generó una menor disposición para vincularse en investigaciones de carácter académico.

Otra limitación identificada fue la amplia comorbilidad observada entre la discapacidad visual o física y la discapacidad cognitiva, lo que dificulta la delimitación precisa de los criterios de inclusión de la muestra y aplicación de la prueba debido a variables que no estaban contempladas dentro de los intereses de la investigación. Por otro lado, los instrumentos seleccionados para la recolección de información presentaban una extensión considerable, por

ende, generó desmotivación en algunos participantes, quienes abandonaron el proceso antes de completarlo. Esta situación afectó la posibilidad de contar con datos completos para el análisis.

Es importante señalar que los resultados también pueden estar influenciados por el contexto en el que se encuentra la población de estudio. Los lugares donde se realizaron las pruebas promueven ciertas creencias colectivas sobre las personas con discapacidad, lo que podría generar sesgos en la percepción que ellas tienen de su propio estado emocional.

Finalmente, se identificó que la mayoría de las personas participantes pertenecían a estratos socioeconómicos bajos, lo que implicó dificultades adicionales para la asistencia en los momentos de recolección de datos y aplicación de pruebas especialmente por los costos asociados al desplazamiento hacia las instituciones. Estas condiciones sociales y económicas representan una limitación importante para garantizar una participación durante el desarrollo de la investigación.

En cuanto a las proyecciones que se presentan a raíz de los resultados obtenidos de la presente investigación, se evidencian diversas líneas de abordaje tanto en el ámbito académico como en el profesional y social. En primer lugar, los hallazgos relacionados con la diferencia significativa en la función física, la independencia funcional y la salud general sugieren la necesidad de diseñar programas de intervención interdisciplinarios que promuevan la autonomía y la rehabilitación integral de las personas con discapacidad física, esto enfocándose en el fortalecimiento de las capacidades remanentes y en el acceso a espacios inclusivos que favorezcan la participación social, con el fin de mejorar las percepciones sobre su calidad de vida.

De igual forma, la tendencia observada en las variables emocionales como el estrés, ansiedad y depresión plantea la importancia de desarrollar estrategias psicoeducativas y programas de acompañamiento emocional orientados a la regulación afectiva y al fortalecimiento de los recursos de afrontamiento. Estos programas podrían implementarse desde las instituciones de salud y educación, con el fin de mitigar el impacto psicológico asociado a la vivencia de la discapacidad.

En el campo investigativo, los resultados abren la posibilidad de profundizar en el análisis de los factores psicosociales y contextuales que median la percepción de calidad de vida en las personas con discapacidad. Futuras investigaciones podrían incorporar muestras más amplias y diversas, así como diseños longitudinales que permitan comprender la evolución de la salud general y emocional a lo largo del tiempo. Además, se sugiere incluir otras dimensiones del bienestar, como la motivación, la autoeficacia y la percepción de apoyo social, para enriquecer la comprensión integral del fenómeno.

Finalmente, desde una perspectiva social y comunitaria, esta investigación proyecta la relevancia de fortalecer políticas públicas y programas de inclusión que contemplen las diferencias entre los tipos de discapacidad. La evidencia encontrada destaca que la discapacidad física conlleva mayores limitaciones funcionales, mientras que la discapacidad visual puede generar mayores desafíos emocionales, lo que subraya la necesidad de abordajes diferenciados que reconozcan las particularidades de cada grupo. Promover entornos accesibles, redes de apoyo sólidas y espacios de sensibilización social contribuirá a mejorar la calidad de vida y el bienestar general de esta población.

Referencias

- Aguilar Fernández, E., & Carballo Alfaro, A. M. (2023). Factors associated with disability in basic and instrumental activities of daily living in Costa Rican residents aged 60 and over. *UNED Research Journal*, 14(1). <https://doi.org/10.22458/urj.v14i1.3838>
- American Psychological Association. (2018). *Diccionario de psicología de la APA (2.ª ed.)*. Editorial Médica Panamericana.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). *Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. Psychological Assessment*, 10(2), 176–181. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
- Barrero Solís, C. L., et al. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Asociación Internacional en Pro de la Plasticidad Cerebral. Copyright © 2005
- Botero, M., & Londoño, N. (2013). *Discapacidad y calidad de vida: Una mirada desde la psicología*. Editorial Universidad de Antioquia.
- Bosch, A. (2012). Resiliencia y discapacidad: Una revisión teórica. *Revista Española de Discapacidad*, 1(2), 77-78. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4011361>
- Cardona, D., & Higuera, L. (2014). Calidad de vida: Una revisión desde la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), 40(2), 175-189.
- Carrascosa García, J., (2015). La discapacidad auditiva. Principales modelos y ayudas técnicas para la intervención. *Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad y multiculturalidad*, 1(2).
- Cedeño Casquete, G. C., & Noroña Salcedo, D. R. (2023). Relación entre ansiedad y calidad de vida en personas con discapacidad motora de Manabí. *Revista Scientific*, 8(28), 245–266.
- CREDA. (s.f.). Centro de Recursos Educativos para la Discapacidad Auditiva. <https://www.creda.cat>
- <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2023.8.28.13.245-266>

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2006). *Naciones Unidas*.

<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Cuestionario de salud SF-36. (s. f.). Instrumento de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud. Recuperado de <https://www.sf-36.org/>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2020). Estadísticas sobre discapacidad en Colombia. <https://www.dane.gov.co>

Escamilla-Soto, C., Montoya-Rojas, M., & Quintero-Cadavid, C. (2023). Salud mental en personas con discapacidad intelectual durante la pandemia. *Revista Colombiana de Psicología*, 32(1), 55–70.

Escudero, J. (2011). Discapacidad visual: Definición y clasificación. *Revista Española de Discapacidad*, 2(1), 172.

Guerrero, R. (s. f.). DASS-21 [Cuestionario]. *Scribd*.

<https://es.scribd.com/document/383274769/DASS-21>

Hauser, M. P., García, H. D., & Leporati, J. (2020). Análisis de confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida, Satisfacción y Placer (Q-LES-Q) en trabajadores de salud pública. *Revista Interamericana de Psicología*, 54(3), e1154.

<https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i3.1154>

Herdman, M., Badia, X., & Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención Primaria*, 28(6), 425–429. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70406-4](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70406-4)

Hoffman, J. M., Bombardier, C. H., Graves, D. E., Kalpakjian, C. Z., & Krause, J. S. (2011). A longitudinal study of depression from 1 to 5 years after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(3), 411–418.

<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.10.036>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2022). Informe anual sobre cuidados paliativos.

<https://www.imss.gob.mx>

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).* (2000). Estadísticas sobre discapacidad en México. <https://www.inegi.org.mx>
- Ley 1618 de 2013. Por la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Diario Oficial No. 48.682.
<https://www.funcionpublica.gov.co>
- Marín, M. (2008). Discapacidad adquirida: Impacto psicosocial y afrontamiento. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, 7(1), 3–10.
- Mendoza Muñoz, R. A. (2024). Asociación entre las actividades de la vida diaria y la percepción del estado de salud en personas con discapacidad. *Cuerpo, Cultura y Movimiento*, 14(1), 93-106. <https://doi.org/10.15332/2422474X.971>
- Mendoza, P., & Cabrera, S. (2021). Estrés percibido y estrategias de afrontamiento en personas con discapacidad visual. *Revista de Psicología y Sociedad*, 33(2), 118–130.
<https://doi.org/10.25009/rps.v33i2.2021>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2022). Anomalías congénitas y discapacidad.
<https://www.argentina.gob.ar/salud>
- Mogollón-Pérez, R., Varela-Arévalo, M. T., & Vásquez, M. L. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 20(2), 147–154. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n2.62386>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. OMS.
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241564182>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Trastornos congénitos.
[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects:contentReference\[oaicite:17\]{index=17}](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects:contentReference[oaicite:17]{index=17})
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Salud mental y discapacidad.
<https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Datos mundiales sobre discapacidad.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

Organización mundial de la salud. (s.f.). *Trastornos de ansiedad.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>

Organización Mundial de la Salud & Banco Mundial. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Definición de discapacidad.

<https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>

Roa, M. (2018). Aplicación del modelo de adaptación de Callista Roy en personas con discapacidad. *Revista de Enfermería Actual en Costa Rica*, (35), 1–12.

Salinas Durán, F. A., Cano Restrepo, B. C., Payares Álvarez, K., García-García, H. I., Posada-Borrero, A. M., Lugo-Agudelo, L. H., & Payares-Álvarez, K. (2024). *Discapacidad, funcionamiento, depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes con TCE moderado o grave en Medellín (Colombia).* *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 30(1), 18-28.

Sightsavers, Universidad de Ilorin & Ministerio de Sanidad del Estado de Kogi. (2022). Salud mental y discapacidad visual en Nigeria. <https://www.sightsavers.org>

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.* Consulting Psychologists Press.

Trigás (s. f.). *Índice de Barthel o de discapacidad de Maryland. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) [Documento PDF].* FIAPAM. <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/04/1abvd.pdf>

Infocop. (2023). Salud mental en personas con discapacidad visual. *Consejo General de la Psicología de España.* <https://www.infocop.es/consecuencias-psicologicas-asociadas-a-perdida-de-vision/?utm>

Naciones Unidas (ONU). (2020). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Vilagut, Ferrer, Rajmil, Rebollo, Permanye, Quintana, Santed, Valderas, Ribera, Domingo-, & Alonso, (2005). *El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta Sanitaria, 19(2), 135–150.*

Zubaran, C., Foresti, K., Thorell, M.R., Franceschini, P.R. y Homero, W. (2009). Portuguese version of the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a validation study. *Revista Panamericana de Salud Pública, 25(5) 443–448.* <https://doi.org/10.1590/S1020-49892009000500010>