

## Proyecto Discapacidad

## Listado de Nombres de Variables por Instrumento

Instrumento 1

Nombre de Variable	Tipo de Variable	Pregunta en Cuestionario
DIRECCION	UPPERCASE	DIRECCION
FECHAS	TEXTBOX	FECHAS:
HABITHOMBRES18A65	NUMBER	HABITANTES HOMBRES 18 A 65
HABITHOMBRESDISCAP	NUMBER	HABITANTES HOMBRES CON DISCAPACIDAD
HABITMUJERES18A65	NUMBER	HABITANTES MUJERES 18 A 65
HABITMUJERESDISCAP	NUMBER	HABITANTES MUJERES CON DISCAPACIDAD
INICIALESMSS	TEXTBOX	INICIALES MSS
LOCALIDADOBARRIO	UPPERCASE	LOCALIDAD O BARRIO
MUNICIPIO	UPPERCASE	MUNICIPIO
NoCORRELATIVO	NUMBER	No. CORRELATIVO
NOMBRESAPELLIDOS	UPPERCASE	NOMBRES Y APELLIDOS DEL JEFE DE FAMILIA
NUMEROHABITHOMB	NUMBER	NUMERO HABITANTES HOMBRES
NUMEROHABITMUJER	NUMBER	NUMERO DE HABITANTES MUJERES
REGIONDEPART	COMBO	REGION DEPARTAMENTAL
RESPONSABLE	UPPERCASE	RESPONSABLE
SITUACIONCASAVISIT	COMBO	SITUACION DE CASA VISITADA

## Instrumento 2

Nombre de Variable	Tipo de Variable	Pregunta en Cuestionario
ANALIZARYSOL	YES/NO	3. ¿Tiene dificultad en analizar y solucionar los problemas diarios?
CAMINAR1K	YES/NO	5. ¿Tiene problemas para caminar largas distancias como por ejemplo 1 KM?
CARDIOVASCULAR	YES/NO	E) CARDIOVASCULAR
CAUSA	COMBO	1. ¿CUAL ES LA CAUSA DE SU PROBLEMA?
CONCENTRARSE	YES/NO	1. ¿Tiene problemas para concentrarse y hacer algo durante 10 minutos?
CUANTASHABITAN	NUMBER	5. ¿CUANTAS PERSONAS HABITAN EN LA CASA?
DEPIELARGOTIEMPO	YES/NO	1. ¿Tiene problemas para estar de pie durante largos períodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?
DIGESTIVO2	YES/NO	H) DIGESTIVO
DIGESTIVO	YES/NO	E) DIGESTIVO
EDAD	NUMBER	1. QUE EDAD TIENE
ENDOCRINO2	YES/NO	J) ENDOCRINO
ENDOCRINO	YES/NO	J) ENDOCRINO
ENFCRO1	UPPERCASE	ENFERMEDAD CRONICA1
ENFCRO2	UPPERCASE	ENFERMEDAD CRONICA2
ENFCRO3	UPPERCASE	ENFERMEDAD CRONICA3
ENFCRO4	UPPERCASE	ENFERMEDAD CRONICA4
ENFCRO5	UPPERCASE	ENFERMEDAD CRONICA5
ENTENDERLOQUEDICEN	YES/NO	5. ¿Tiene problemas para entender lo que dice la gente?
ESPECIFIQUE4	TEXTBOX	ESPECIFIQUE
ESQUELETICAS	YES/NO	N) ESQUELETICAS
ESTADOCIVIL	COMBO	3. ¿CUAL ES SU ESTADO CIVIL?
ESTARSOLOA	YES/NO	4. ¿Tiene problemas para estar solo(a) durante unos días?
ESTRELCONMOVI	YES/NO	L) EST. RELACIONADAS CON MOVIMIENTO

<b>Nombre de Variable</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Pregunta en Cuestionario</b>
FECHAENTREVISTA	DATE	3. FECHA DE LA ENTREVISTA
GENITOURINARIAS	YES/NO	K) GENITOURINARIAS
GENITOURYREP	YES/NO	K) GENITOURINARIO Y REPRODUCTOR
GRADOINSTRUC	COMBO	2. GRADO DE INSTRUCCION
HEMATOLOGICO	YES/NO	F) HEMATOLOGICO
INDICARTIPO	COMBO	SI CONTESTA QUE SI ES ADQUIRIDA, INDICAR TIPO:
INICIALESMSS	TEXTBOX	INICIALES DEL MSS
INMUNOLOGICO2	YES/NO	F) INMUNOLOGICO
INMUNOLOGICO	YES/NO	G) INMUNOLOGICO
LLEVARSEBIEN	YES/NO	3. ¿Tiene problemas para llevarse bien con personas cercanas a usted?
LUGAR	UPPERCASE	4. LUGAR
MANEJO1	COMBO	MANEJO1
MANEJO2	COMBO	MANEJO2
MANEJO3	COMBO	MANEJO3
MANEJO4	COMBO	MANEJO4
MANEJO5	COMBO	MANEJO5
MANTAMISTAD	YES/NO	2. ¿Tiene problemas para mantener una amistad?
MANTENERCONV	YES/NO	6. ¿Tiene problemas para iniciar o mantener una conversación?
MENTALES	YES/NO	A) MENTALES
METABOLICO2	YES/NO	I) METABOLICO
METABOLICO	YES/NO	I) METABOLICO
MOVERSEENTRO	YES/NO	3. ¿Tiene problemas para moverse dentro de su casa?
NEUROMUSCULAR	YES/NO	M) NEUROMUSCULAR
NOAPLICAACTIVIDAD	CHECKBOX	NO APLICA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
NOAPLICASITRABOEST	CHECKBOX	NO APLICA (SI TRABAJA O ESTUDIA):
NOENTREVISTADO	NUMBER	1. NUMERO DEL ENTREVISTADO
NOMBREENTREV	UPPERCASE	2. NOMBRE DEL ENTREVISTADOR

<b>Nombre de Variable</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Pregunta en Cuestionario</b>
NUEVATAREA	YES/NO	4. ¿Tiene problemas para aprender una nueva tarea como llegar a un lugar donde nunca ha estado?
NUEVOSAMIGOS	YES/NO	4. ¿Tiene problemas para hacer nuevos amigos?
OIDOYOTROS	YES/NO	C) OIDO Y ESTRUCTULAS RELACIONADAS
OJO	YES/NO	B) OJO
PA	COMBO	PA (Ponderación Inciso A) - Funciones
Participaciónensociedad	COMBO	6. Participación en sociedad.
PB	COMBO	PB(Ponderación Inciso B) – Funciones
PC	COMBO	PC (Ponderación Inciso C) – Funciones
PD	COMBO	PD (Ponderación Inciso D) - Funciones
PEA	COMBO	PEA (Ponderación Estructuras Inciso A)
PEB	COMBO	PEB (Ponderación Estructuras Inciso B)
PEC	COMBO	PEC (Ponderación Estructuras Inciso C)
PED	COMBO	PED (Ponderación Estructuras Inciso D)
PEE	COMBO	PEE (Ponderación Estructuras Inciso E)
PEF	COMBO	PEF (Ponderación Estructuras Inciso F)
PEG	COMBO	PEG (Ponderación Estructuras Inciso G)
PEH	COMBO	PEH (Ponderación Estructuras Inciso H)
PEI	COMBO	PEI (Ponderación Estructuras Inciso I)
PEJ	COMBO	PEJ (Ponderación Estructuras Inciso J)
PEK	COMBO	PEK (Ponderación Estructuras Inciso K)
PEL	COMBO	PEL (Ponderación Estructuras Inciso L)
PE	COMBO	PE (Ponderación Inciso E) - Funciones
PEM	COMBO	PEM (Ponderación Estructuras Inciso M)
PF	COMBO	PF (Ponderación Inciso F) - Funciones
PG	COMBO	PG (Ponderación Inciso G) - Funciones
PH	COMBO	PH (Ponderación Inciso H) - Funciones

<b>Nombre de Variable</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Pregunta en Cuestionario</b>
PIEL	YES/NO	O) PIEL Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS
PIELYESTREL2	YES/NO	M) PIEL Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS
PI	COMBO	PI (Ponderación Inciso I) - Funciones
PIV11	COMBO	PIV11 (Ponderación Sección IV Pregunta 1.1)
PIV12	COMBO	PIV12 (Ponderación Sección IV Pregunta 1.2)
PIV13	COMBO	PIV13 (Ponderación Sección IV Pregunta 1.3)
PIV14	COMBO	PIV14 (Ponderación Sección IV Pregunta 1.4)
PIV15	COMBO	PIV15 (Ponderación Sección IV Pregunta 1.5)
PIV16	COMBO	PIV16 (Ponderación Sección IV Pregunta 1.6)
PIV21	COMBO	PIV21 (Ponderación Sección IV Pregunta 2.1)
PIV22	COMBO	PIV22 (Ponderación Sección IV Pregunta 2.2)
PIV23	COMBO	PIV23 (Ponderación Sección IV Pregunta 2.3)
PIV24	COMBO	PIV24 (Ponderación Sección IV Pregunta 2.4)
PIV25	COMBO	PIV25 (Ponderación Sección IV Pregunta 2.5)
PIV31	COMBO	PIV31 (Ponderación Sección IV Pregunta 3.1)
PIV32	COMBO	PIV32 (Ponderación Sección IV Pregunta 3.2)
PIV33	COMBO	PIV33 (Ponderación Sección IV Pregunta 3.3)
PIV34	COMBO	PIV34 (Ponderación Sección IV Pregunta 3.4)
PIV41	COMBO	PIV41 (Ponderación Sección IV Pregunta 4.1)
PIV42	COMBO	PIV42 (Ponderación Sección IV Pregunta 4.2)
PIV43	COMBO	PIV43 (Ponderación Sección IV Pregunta 4.3)
PIV44	COMBO	PIV44 (Ponderación Sección IV Pregunta 4.4)
PIV45	COMBO	PIV45 (Ponderación Sección IV Pregunta 4.5)
PIV51	COMBO	5.1 CUMPLIR CON LOS QUEHACERES DE LA CASA
PIV52	COMBO	5.2 REALIZAR BIEN LOS QUEHACERES DE LA CASA MAS IMPORTANTES
PIV53	COMBO	5.3 ACABAR TODO EL TRABAJO DE LA CASA QUE TENIA QUE HACER
PIV54	COMBO	5.4 ACABAR SUS QUEHACERES DE LA CASA TAN RAPIDO COMO ERA NECESARIO

<b>Nombre de Variable</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Pregunta en Cuestionario</b>
PIV55	COMBO	5.5 REALIZAR SU TRABAJO DIARIO
PIV56	COMBO	5.6 REALIZAR BIEN LAS TAREAS MAS IMPORTANTES DE SU TRABAJO
PIV57	COMBO	5.7 ACABAR TODO EL TRABAJO QUE SE NECESITABA HACER
PIV58	COMBO	5.8 ACABAR SU TRABAJO TAN RAPIDO COMO ERA NECESARIO
PIV61	COMBO	6.1 ¿ha tenido dificultad para participar al mismo nivel que el resto....?
PIV62	COMBO	6.2 ¿Ha tenido dificultad debido a barreras u obstáculos existentes en su entorno?
PIV63	COMBO	6.3 ¿Ha tenido dificultad para vivir con dignidad o respeto debido a las actitudes y acciones de otras personas?
PIV64	COMBO	6.4 ¿Ha invertido tiempo para buscar ayuda para su estado de salud?
PIV65	COMBO	6.5 ¿Ha tenido dificultad emocional en su estado de salud?
PIV66	COMBO	6.6 ¿Ha tenido que invertir dinero de sus ingresos y de su familia en su estado de salud?
PIV67	COMBO	6.7 ¿Ha tenido dificultad su familia debido a su estado de salud?
PIV68	COMBO	6.8 ¿Ha tenido dificultad para realizar por si mismo cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?
PJ	COMBO	PJ (Ponderación Inciso J) – Funciones
PK	COMBO	PK (Ponderación Inciso K) – Funciones
PL	COMBO	PL (Ponderación Inciso L) – Funciones
PM	COMBO	PM (Ponderación Inciso M) – Funciones
PN	COMBO	PN (Ponderación Inciso N) – Funciones
PO	COMBO	PO (Ponderación Inciso O) – Funciones
PONERSEDEPIE	YES/NO	2. ¿Tiene problemas para ponerse de pie durante largos períodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?
PROBLEMASBANARSE	YES/NO	1. ¿Tiene problemas para bañarse?
PROBLEMASCOMER	YES/NO	3. ¿Tiene problemas para comer?
PROBLEMASVESTIRSE	YES/NO	2. ¿Tiene problemas para vestirse?
RECIBEREHABILIT	YES/NO	1. ¿HA ESTADO RECIBIENDO ATENCION POR ALGUN PROGRAMA DE REHABILITACION?

<b>Nombre de Variable</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Pregunta en Cuestionario</b>
RECORDAR	YES/NO	2. ¿Tiene problemas para recordar cosas importantes que tiene que hacer?
RELACIONARSE41	YES/NO	1. ¿Tiene problemas para relacionarse con personas que no conoce?
RELACIONESSEX	COMBO	5. ¿Tiene problemas para tener relaciones intimas ?
REPRODUCTORAS	YES/NO	L) REPRODUCTORAS
RESPIRATORIO2	YES/NO	G) RESPIRATORIO
RESPIRATORIO	YES/NO	H) RESPIRATORIO
SALIRCASA	YES/NO	4. ¿Tiene problemas para salir de su casa?
SEC10	UPPERCASE	SEC10 Secuelas de Enfermedad Crónica 4
SEC11	UPPERCASE	SEC11 Secuelas de Enfermedad Crónica 4
SEC12	UPPERCASE	SEC12 Secuelas de Enfermedad Crónica 4
SEC13	UPPERCASE	SEC13 Secuelas de Enfermedad Crónica 5
SEC14	UPPERCASE	SEC14 Secuelas de Enfermedad Crónica 5
SEC15	UPPERCASE	SEC15 Secuelas de Enfermedad Crónica 5
SEC1	UPPERCASE	SEC1 Secuelas de Enfermedad Crónica 1
SEC2	UPPERCASE	SEC2 Secuelas de Enfermedad Crónica 1
SEC3	UPPERCASE	SEC3 Secuelas de Enfermedad Crónica 1
SEC4	UPPERCASE	SEC4 Secuelas de Enfermedad Crónica 2
SEC5	UPPERCASE	SEC5 Secuelas de Enfermedad Crónica 2
SEC6	UPPERCASE	SEC6 Secuelas de Enfermedad Crónica 2
SEC7	UPPERCASE	SEC7 Secuelas de Enfermedad Crónica 3
SEC8	UPPERCASE	SEC8 Secuelas de Enfermedad Crónica 3
SEC9	UPPERCASE	SEC9 Secuelas de Enfermedad Crónica 3
SECUELAS1	YES/NO	SECUELAS1 Presencia de Secuelas de Enfermedad Crónica 1 (Si/No)
SECUELAS2	YES/NO	SECUELAS2 Presencia de Secuelas de Enfermedad Crónica 2 (Si/No)
SECUELAS3	YES/NO	SECUELAS3 Presencia de Secuelas de Enfermedad Crónica 3 (Si/No)
SECUELAS4	YES/NO	SECUELAS4 Presencia de Secuelas de Enfermedad Crónica 4 (Si/No)
SECUELAS5	YES/NO	SECUELAS5 Presencia de Secuelas de Enfermedad Crónica 5 (Si/No)

Nombre de Variable	Tipo de Variable	Pregunta en Cuestionario
SENSYDOLOR	YES/NO	B) SENSORIALES Y DOLOR
SEXO	COMBO	SEXO
SISTCARDIOVASC	YES/NO	D) SISTEMA CARDIOVASCULAR
SISTNERVIOSO	YES/NO	A) SISTEMA NERVIOSO
SITUACIONLABORAL	COMBO	4. ¿CUAL OPCION DESCRIBE MEJOR SU SITUACION LABORAL?
TIPOINSTITUC	COMBO	6. TIPO INSTITUCION
UNIDADSALUDVISIT	UPPERCASE	NOMBRE UNIDAD DE SALUD QUE VISITA
VOZHABLA	YES/NO	C) DE LA VOZ Y EL HABLA
VOZYHABLA	YES/NO	D) INVOLUCRADAS EN LA VOZ Y EL HABLA

### **Instrumento 3**

Nombre de Variable	Tipo de Variable	Pregunta en Cuestionario
A1	YES/NO	1. ¿EXISTE PASAMANOS EN LOS PASILLOS DE LA UNIDAD DE SALUD?
A2	YES/NO	2. ¿LOS PASILLOS CUENTAN CON LA MEDIDA MINIMA ESTABLECIDA (1.80)?
A3	YES/NO	3. ¿LAS PUERTAS TIENEN LA MEDIDA MINIMA ESTABLECIDA (0.90)?
A4	YES/NO	4. ¿CUENTAN LOS BAÑOS CON SOPORTES EN LAS PAREDES?
A5	YES/NO	5. ¿CUENTA LA UNIDAD DE SALUD CON RAMPAS?
A6	YES/NO	6. ¿CUENTA LA UNIDAD DE SALUD CON ACERAS?
A7	YES/NO	7. ¿LA UNIDAD DE SALUD CUENTA CON SILLAS DE RUEDAS, BASTONES Y ANDADORES?
A9	YES/NO	9. CUENTA LA UNIDAD DE SALUD CON PROGRAMAS DE PREVENCION Y PROMOCION PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD?
FECHA	DATE	FECHA



<b>Nombre de Variable</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Pregunta en Cuestionario</b>
INICIALESMSSX	TEXTBOX	INICIALES DEL MSS
NOMBREINSTITUCION	TEXTBOX	NOMBRE DE LA INSTITUCION
P8	YES/NO	8. ¿CUENTA LA UNIDAD DE SALUD CON SEÑALIZACION PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD?
PB1	YES/NO	1. TIENE LA UNIDAD DE SALUD PERSONAL GRADUADO EN REHABILITACION?
PB2	YES/NO	2. EL PERSONAL EN LA UNIDAD DE SALUD HA RECIBIDO ALGUN ENTRENAMIENTO, TALLER O SEMINARIO SOBRE REHABILITACION
TIPOINSTITUCION	COMBO	TIPO INSTITUCION