



Lista ampliada de preguntas sobre funcionamiento del Grupo de Washington

Introducción

La lista ampliada de preguntas sobre funcionamiento del Grupo de Washington ha sido elaborada, probada y adoptada por el Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad. Las preguntas reflejan los avances en la conceptualización de la discapacidad y emplean la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud como marco conceptual.

La lista ampliada del Grupo de Washington ha sido ideada para su uso en encuestas de salud a la población, así como en encuestas centradas específicamente en la discapacidad. También puede incluirse en encuestas centradas en otros temas en aquellos casos en que la encuesta se haya diseñado de tal forma que:

- a) se recoja información amplia sobre los miembros de la familia mayores de edad seleccionados; y
- b) se recopile la información directamente del encuestado, y no de un representante, salvo que el encuestado sea incapaz de participar a causa de un problema de salud o a una limitación funcional.

A fin maximizar la comparabilidad internacional, la lista ampliada recoge información sobre las dificultades que puede tener una persona para realizar actividades de funcionamiento básico, entre las que se incluyen: ver, oír, caminar o subir escaleras, recordar o concentrarse, valerse por sí mismo, comunicación (expresiva y receptiva), actividades de la parte superior del cuerpo, afecto (depresión y ansiedad), dolor y cansancio. La lista ampliada del Grupo de Washington se compone de 34 preguntas, más 3 preguntas adicionales “optativas” relativas a estos diez ámbitos del funcionamiento. Las seis preguntas de la lista breve de preguntas sobre funcionamiento se incluyen en la lista ampliada del Grupo de Washington.

Las preguntas han sido diseñadas para recopilar información sobre la población adulta a partir de los 18 años. La lista ampliada del Grupo de Washington no ha sido diseñada para utilizarse con niños, ya que no incluye aspectos fundamentales del desarrollo infantil importantes para identificar la discapacidad en los niños, y puede que la formulación de las preguntas de algunos ámbitos no sea pertinente (o adecuada) para niños y adolescentes. El módulo sobre funcionamiento infantil del Grupo de Washington y UNICEF fue diseñado específicamente para atender las necesidades que implica identificar y medir la discapacidad en niños.

El sitio web del Grupo de Washington [<http://www.washingtongroup-disability.com/>] contiene documentos de consulta, como información sobre cómo realizar traducciones, datos sobre pruebas cognitivas, especificaciones sobre las preguntas y orientaciones para las entrevistas, además de directrices analíticas, incluidas las sintaxis SPSS, SAS y STATA.

Cabe señalar que todas las preguntas tienen cuatro categorías de respuestas, que deben leerse a continuación de cada pregunta.

Lista ampliada de preguntas sobre funcionamiento del Grupo de Washington

Preámbulo a la Lista ampliada del Grupo de Washington:

El entrevistador lee en voz alta: “Las preguntas siguientes hacen referencia a las dificultades derivadas de un PROBLEMA DE SALUD que usted puede experimentar al realizar determinadas actividades”.

VISIÓN

VIS_1 ¿Usa [usted/él/ella] gafas?

1. Sí
2. No
7. *No contesta*
9. *No sabe*

VIS_2 ¿Tiene [usted/él/ella] dificultad para ver, [*Si VIS_1 = 1: incluso cuando usa sus gafas? ¿Diría que... [Lea las categorías de respuesta]*?

1. No tiene ninguna dificultad
2. Tiene cierta dificultad
3. Tiene mucha dificultad
4. Le resulta imposible
7. *No contesta*
9. *No sabe*

[Nota: Este punto se corresponde con la pregunta 1 de la Lista breve de preguntas sobre funcionamiento del Grupo de Washington].

OPCIONAL Las preguntas VIS_3 y VIS_4 sobre visión son optativas:

VIS_3 ¿Tiene [usted/él/ella] dificultad para ver con claridad la cara de una persona que está al otro lado la habitación, [*si VIS_1 = 1: incluso cuando usa sus gafas*]? ¿Diría que... [*Lea las categorías de respuesta*]?

1. No tiene ninguna dificultad
2. Tiene cierta dificultad
3. Tiene mucha dificultad
4. Le resulta imposible
7. *No contesta*
9. *No sabe*

VIS_4 ¿Tiene [usted/él/ella] dificultad para ver con claridad la imagen impresa en una moneda, [si VIS_1 = 1: incluso cuando usa sus gafas? ¿Diría que... [Lea las categorías de respuesta]?

1. No tiene ninguna dificultad
2. Tiene cierta dificultad
3. Tiene mucha dificultad
4. Le resulta imposible
7. No contesta
9. No sabe

[Nota: Si así lo desean, los países pueden sustituir el ejemplo de “la imagen impresa en una moneda” por un elemento equivalente].

AUDICIÓN

HEAR_1 ¿Utiliza [usted/él/ella] una prótesis auditiva?

1. Sí
2. No
7. No contesta
9. No sabe

HEAR_2 ¿Tiene [usted/él/ella] dificultad para oír, [si HEAR_1 = 1: incluso cuando usa la(s) prótesis auditiva(s)]? ¿Diría que... [Lea las categorías de respuesta]?

1. No tiene ninguna dificultad
2. Tiene cierta dificultad
3. Tiene mucha dificultad
4. Le resulta imposible
7. No contesta
9. No sabe

[Nota: Este punto se corresponde con la pregunta 2 de la Lista breve de preguntas sobre funcionamiento del Grupo de Washington].

OPCIONAL La pregunta HEAR_3 sobre audición es optativa:

HEAR_3 ¿Con qué frecuencia usa [usted/él/ella] su(s) prótesis auditiva(s)? ¿Diría que... [Lea las categorías de respuesta]?

1. Siempre
2. De vez en cuando
3. Casi nunca
4. Nunca
7. No contesta
9. No sabe

HEAR_4 ¿Tiene [usted/él/ella] dificultad para oír lo que se dice en una conversación con otra persona en una habitación sin ruido, [si HEAR_1 = 1: incluso cuando usa su(s) prótesis auditiva(s)]? ¿Diría que... [Lea las categorías de respuesta]?

1. No tiene ninguna dificultad
2. Tiene cierta dificultad
3. Tiene mucha dificultad
4. Le resulta imposible
7. No contesta
9. No sabe

HEAR_5 ¿Tiene [usted/él/ella] dificultad para oír lo que se dice en una conversación con otra persona en una habitación con ruido, [si HEAR_1 = 1: incluso cuando utiliza su(s) prótesis auditiva(s)]? ¿Diría que... [Lea las categorías de respuesta]?

1. No tiene ninguna dificultad
2. Tiene cierta dificultad
3. Tiene mucha dificultad
4. Le resulta imposible
7. No contesta
9. No sabe

MOVILIDAD

MOB_1 ¿Tiene [usted/él/ella] dificultad para caminar o subir escalones? ¿Diría que... [Lea las categorías de respuesta]?

1. No tiene ninguna dificultad
2. Tiene cierta dificultad
3. Tiene mucha dificultad
4. Le resulta imposible
7. No contesta
9. No sabe

[Nota: Este punto se corresponde con la pregunta 3 de la Lista breve de preguntas sobre funcionamiento del Grupo de Washington].

MOB_2 ¿Utiliza [usted/él/ella] algún dispositivo o recibe ayuda para desplazarse?

1. Sí
2. No (Pase a MOB_4).
7. No contesta (Pase a MOB_4).
9. No sabe (Pase a MOB_4).

MOB_3 ¿Utiliza [usted/él/ella] alguno de los elementos siguientes?

Entrevistador: Lea la siguiente lista y registre todas las respuestas afirmativas:

		1. Sí	2. No	7. No contesta	9. No sabe
A.	Bastón				
B.	Andador				
C.	Muletas				
D.	Silla de ruedas o <i>scooter</i>				
E.	Prótesis (pierna o pie)				
F.	Ayuda de otra persona				
G.	Otro (especifíquese):				

MOB_4 ¿Tiene [usted/él/ella] dificultad para caminar 100 metros por terreno llano, [si MOB_2 = 1: sin el uso de su dispositivo]? La distancia equivaldría aproximadamente a la longitud de un campo de fútbol o una cuadra en una ciudad. ¿Diría que... [Lea las categorías de respuesta]?

1. No tiene ninguna dificultad
2. Tiene cierta dificultad
3. Tiene mucha dificultad
4. Le resulta imposible (Pase a MOB_6)
7. No contesta
9. No sabe

[Nota: Es posible indicar medidas nacionales equivalentes a 100 metros].

MOB_5 ¿Tiene [usted/él/ella] dificultad para caminar 500 metros por terreno llano, [si MOB_2 = 1: sin el uso de su dispositivo]? La distancia equivaldría aproximadamente a la longitud de cinco campos de fútbol o cinco cuerdas en una ciudad. ¿Diría que... [Lea las categorías de respuesta]?

1. No tiene ninguna dificultad
2. Tiene cierta dificultad
3. Tiene mucha dificultad
4. Le resulta imposible
7. No contesta
9. No sabe

[Nota: Es posible indicar medidas nacionales equivalentes a 500 metros].

MOB_6 ¿Tiene [usted/él/ella] dificultad para subir o bajar 12 escalones? ¿Diría que... [Lea las categorías de respuesta]?

1. No tiene ninguna dificultad
2. Tiene cierta dificultad
3. Tiene mucha dificultad
4. Le resulta imposible
7. *No contesta*
9. *No sabe*

Si MOB_2 = 2, pase a la siguiente sección.

Si MOB_3 = D “Silla de ruedas o scooter”, pase a la siguiente sección.

MOB_7 Cuando usa su dispositivo o recibe ayuda, ¿tiene [usted/él/ella] dificultad para caminar 100 metros por terreno llano? La distancia equivaldría aproximadamente a la longitud de un campo de fútbol o una cuadra en una ciudad. ¿Diría que... [Lea las categorías de respuesta]?

1. No tiene ninguna dificultad
2. Tiene cierta dificultad
3. Tiene mucha dificultad
4. Le resulta imposible(*Pase a MOB_8*)
7. *No contesta*
9. *No sabe*

MOB_8 Cuando usa su dispositivo o recibe ayuda, ¿tiene [usted/él/ella] dificultad para caminar 500 metros por terreno llano? Equivaldría aproximadamente a la longitud de cinco campos de fútbol o cinco cuadas en una ciudad. ¿Diría que... [Lea las categorías de respuesta]?

1. No tiene ninguna dificultad
2. Tiene cierta dificultad
3. Tiene mucha dificultad
4. Le resulta imposible
7. *No contesta*
9. *No sabe*

COMUNICACIÓN

COM_1 Cuando emplea su lenguaje habitual, ¿tiene [usted/él/ella] dificultad para comunicarse, por ejemplo, para entender a los demás o para que [lo/la] entiendan? ¿Diría que... [Lea las categorías de respuesta]?

1. No tiene ninguna dificultad
2. Tiene cierta dificultad
3. Tiene mucha dificultad
4. Le resulta imposible
7. *No contesta*
9. *No sabe*

Para más información sobre el Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad consulte el sitio web:

[Nota: Este punto se corresponde con la pregunta 6 de la Lista breve de preguntas sobre funcionamiento del Grupo de Washington].

COM_2 ¿Utiliza [usted/él/ella] el lenguaje de señas?

1. Sí
2. No
7. *No contesta*
9. *No sabe*

CONOCIMIENTO (CAPACIDAD DE RECORDAR)

COG_1 ¿Tiene [usted/él/ella] dificultad para recordar o concentrarse? ¿Diría que... [Lea las categorías de respuesta]?

1. No tiene ninguna dificultad
2. Tiene cierta dificultad
3. Tiene mucha dificultad
4. Le resulta imposible
7. *No contesta*
9. *No sabe*

[Nota: Este punto se corresponde con la pregunta 4 de la Lista breve de preguntas sobre funcionamiento del Grupo de Washington].

COG_2 ¿Tiene [usted/él/ella] dificultad para recordar, concentrarse o ambos? ¿Diría que... [Lea las categorías de respuesta]?

1. Solamente tiene dificultad para recordar
2. Solamente tiene dificultad para concentrarse (*Pase a la sección siguiente*)
3. Tiene dificultad tanto para recordar como para concentrarse
7. *No contesta*
9. *No sabe*

COG_3 ¿Con qué frecuencia tiene [usted/él/ella] dificultad para recordar? ¿Diría que... [Lea las categorías de respuesta]?

1. A veces
2. Con frecuencia
3. Siempre
7. *No contesta*
9. *No sabe*

COG_4 ¿Tiene [usted/él/ella] dificultad para recordar algunas cosas, muchas cosas o casi todo? ¿Diría que... [*Lea las categorías de respuesta*]?

1. Algunas cosas
2. Muchas cosas
3. Casi todo
7. *No contesta*
9. *No sabe*

CUIDADO PERSONAL

SC_SS ¿Tiene [usted/él/ella] dificultad para valerse por sí mismo, como lavarse el cuerpo o vestirse? ¿Diría que... [*Lea las categorías de respuesta*]?

1. No tiene ninguna dificultad
2. Tiene cierta dificultad
3. Tiene mucha dificultad
4. Le resulta imposible
7. *No contesta*
9. *No sabe*

[*Nota: Este punto se corresponde con la pregunta 5 de la Lista breve de preguntas sobre funcionamiento del Grupo de Washington*].

PARTE SUPERIOR DEL CUERPO

UB_1 ¿Tiene [usted/él/ella] dificultad para levantar una botella de 2 litros de agua o refresco desde la cintura hasta la altura de los ojos? ¿Diría que... [*Lea las categorías de respuesta*]?

1. No tiene ninguna dificultad
2. Tiene cierta dificultad
3. Tiene mucha dificultad
4. Le resulta imposible
7. *No contesta*
9. *No sabe*

UB_2 ¿Tiene [usted/él/ella] dificultad para usar sus manos y dedos? Por ejemplo, al recoger objetos pequeños como un botón o un lápiz, o al abrir y cerrar recipientes o botellas.

¿Diría que... [*Lea las categorías de respuesta*]?

1. No tiene ninguna dificultad
2. Tiene cierta dificultad
3. Tiene mucha dificultad
4. Le resulta imposible
7. *No contesta*
9. *No sabe*

AFECTO (ANSIEDAD Y DEPRESIÓN)

En esta sección puede omitirse a los representantes del encuestado si así lo determina el país.

Entrevistador: Si el encuestado pregunta si debe referirse a sus estados emocionales después de haber tomado medicamentos para regular su estado de ánimo, indíquele: “Por favor, responda en función de los medicamentos que [usted/él/ella] haya estado tomando”.

ANX_1 ¿Con qué frecuencia se siente [usted/él/ella] preocupado/a, nervioso/a o ansioso/a? ¿Diría que... [Lea las categorías de respuesta]?

1. Todos los días
2. Cada semana
3. Cada mes
4. Algunas veces al año
5. Nunca
7. *No contesta*
9. *No sabe*

ANX_2 ¿Toma [usted/él/ella] medicamentos para tratar sus estados de ánimo?

1. Sí
2. No (Si responde “Nunca” a ANX_1 y “No” a ANX_2, pase a DEP_1)
7. *No contesta*
9. *No sabe*

ANX_3 Con respecto a la última vez en que [usted/él/ella] se sintió preocupado/a, ansioso/a o nervioso/a, ¿cómo describiría [usted/él/ella] el nivel de esos sentimientos? ¿Diría [usted/él/ella] que... [Lea las categorías de respuesta]?

1. Un poco
2. Mucho
3. Ni poco ni mucho
7. *No contesta*
9. *No sabe*

DEP_1 ¿Con qué frecuencia se siente [usted/él/ella] deprimido/a? ¿Diría [usted/él/ella] que... [Lea las categorías de respuesta]?

1. Todos los días
2. Cada semana
3. Cada mes
4. Algunas veces al año
5. Nunca
7. *No contesta*
9. *No sabe*

DEP_2 ¿Toma [usted/él/ella] medicamentos para la depresión?

1. Sí
2. No (Si ha respondido “Nunca” a DEP_1 y “No” a DEP_2, pase a la siguiente sección)
7. No contesta
9. No sabe

DEP_3 Con respecto a la última vez en que [usted/él/ella] se sintió deprimido/a, ¿en qué grado se sintió [usted/él/ella] deprimido/a?

¿Diría que... [Lea las categorías de respuesta]?

1. Un poco
2. Mucho
3. Ni poco ni mucho
7. No contesta
9. No sabe

DOLOR

En esta sección puede omitirse a los representantes del encuestado si así lo determina el país.

Entrevistador: Si el encuestado pregunta si debe referirse a su dolor cuando toma medicamentos, indíquelo:

“Por favor, responda en función de los medicamentos que [usted/él/ella] haya estado tomando”.

PAIN_1 En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia sintió [usted/él/ella] dolor?
¿Diría que... [Lea las categorías de respuesta]?

(Si ha respondido “Nunca” a PAIN_1, pase a la siguiente sección)

1. Nunca
2. Algunos días
3. Casi todos los días
4. Todos los días
7. No contesta
9. No sabe

PAIN_2 Con respecto a la última vez en que [usted/él/ella] sintió dolor, ¿cuánto dolor sintió?
¿Diría que... [Lea las categorías de respuesta]?

1. Un poco
2. Mucho
3. Ni poco ni mucho
7. No contesta
9. No sabe

Para más información sobre el Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad consulte el sitio web:

<http://www.washingtongroup-disability.com/>.

CANSANCIO

En esta sección puede omitirse a los representantes del encuestado si así lo determina el país.

TIRED_1 En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia se ha sentido [usted/él/ella] muy cansado/a o exhausto/a? ¿Diría que... [*Lea las categorías de respuesta*]?

1. Nunca (*Si ha respondido “Nunca” a TIRED_1, pase a la siguiente sección*)
2. Algunos días
3. Casi todos los días
4. Todos los días
7. *No contesta*
9. *No sabe*

TIRED_2 Con respecto a la última vez en que [usted/él/ella] se sintió muy cansado/a o exhausto/a, ¿durante cuánto tiempo se sintió así? ¿Diría que... [*Lea las categorías de respuesta*]?

1. Parte del día
2. La mayor parte del día
3. Todo el día
7. *No contesta*
9. *No sabe*

TIRED_3 Con respecto a la última vez en que [usted/él/ella] se sintió así, ¿cómo describiría el nivel de cansancio? ¿Diría que... [*Lea las categorías de respuesta*]?

1. Un poco
2. Mucho
3. Ni poco ni mucho
7. *No contesta*
9. *No sabe*