

Relación entre el funcionamiento y calidad de vida en personas con discapacidad

Relationship between performance and quality of life in people with disabilities

Kathelyn Esther Gaviria-Bustamante¹, Concepción Elena Amador-Ahumada², Yaneth Herazo-Beltrán³, Diana Hernández Galvis⁴.

¹Fisioterapeuta, Magister en Salud Pública, investigador del Programa de Fisioterapia Universidad del Sinú Sede Montería. <http://orcid.org/0000-0002-2116-4907>

²Enfermera, Magister en Enfermería Universidad Nacional de Colombia, Docente la Universidad de Córdoba. Colombia <http://orcid.org/0000-0002-0008-3374>

³Fisioterapeuta, Magister en Salud Pública, Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia. <https://orcid.org/0000-0003-3752-4353>

⁴Enfermera, Magister en Enfermería, Universidad del Sinú, <https://orcid.org/0000-0001-5958-8214>

Se resalta que no existen conflictos de intereses por parte de ninguno de los participantes y que el mismo no ha sido presentado ni parcial, ni totalmente en ninguna otra revista científica.

Autor correspondencia: Kathelyn Esther Gaviria – Bustamante. Barrio Villa Campestre Crr: 15B N°47-36 Montería- Córdoba. Teléfono celular: 3176718252 kathelyn@gmail.com

Resumen

Objetivo: Estimar la asociación entre el nivel de funcionamiento y la calidad de vida en personas con discapacidad.

Metodología: Estudio correlacional transversal en 334 sujetos voluntarios con discapacidad, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia a partir de la base de datos de la Secretaría de Salud Municipal de Montería – Córdoba, Colombia, aplicando una entrevista sociodemográfica, el cuestionario de la calidad de vida relacionada con la salud S-F36, y el instrumento WHODAS 2.0. El análisis de datos se realizó utilizando las pruebas de normalidad de Kolmogorov, las correlaciones con el estadístico Spearman y el coeficiente eta.

Resultados: la media de la calidad de vida total fue de 55,8 ± 21,2 puntos, la dimensión de salud mental presentó mayor promedio, la de menor fue la dimensión física. La media del funcionamiento global fue de 35,4 ± 26,7 puntos. Los dominios de menor y mayor promedio fueron Relaciones y Actividades de la vida diaria respectivamente. Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre las variables.

Conclusión: Existe relación entre el nivel de funcionamiento y la calidad de vida de las personas con discapacidad, dicha relación es inversa en función de la edad, es decir, a menor edad mayor calidad de vida y funcionamiento.

Palabras clave: Funcionamiento, calidad de vida, discapacidad.

Health Secretariat of Montería - Córdoba, Colombia, applying a sociodemographic interview, the related quality of life questionnaire with health S-F36, and the WHODAS 2.0 instrument. The data analysis was performed using the Kolmogorov normality tests, the Spearman statistic correlations and the eta coefficient.

Results: the mean of the total quality of life was 55.8 ± 21.2 points, the highest average was seen in the dimension of mental health and the lowest was the physical dimension. The average overall performance was 35.4 ± 26.7 points. The domains of minor and major average were relations and activities of daily life, respectively. There was a statistically significant association between the variables.

Conclusion: There is a relationship between the level of functioning and the quality of life of people with disabilities, this relationship is in function of age, that is, the youngest is associated with a higher quality of life and functioning.

Keywords: functioning, quality of life, disability.

Abstract

Objective: To estimate the association between the level of functioning and the quality of life of people with disabilities.

Methods: Cross-sectional correlation study in 334 voluntary subjects with disabilities, selected by a non-probabilistic convenience sampling based on the database of the Municipal

Introducción

Los avances en el cuidado de la salud reflejados en la disminución de la mortalidad y el incremento de la longevidad han favorecido la permanencia de las enfermedades crónicas, lo cual ha aumentado la frecuencia de la discapacidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera la discapacidad como un problema de salud pública, porque afecta el 15% de la población mundial, aquejando de manera significativa todas las dimensiones de las personas que viven con esta condición¹. En Colombia según cifras arrojadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en el año 2005 se reportó que el 6,3% de la población pertenece a este grupo y actualmente según el observatorio nacional de la discapacidad hay 1.462.772 personas con discapacidad.

En la actualidad se evidencia que no existe un real proceso de localización de las personas con discapacidad, muy a pesar de esto, la Secretaría Municipal de Salud estima que alrededor de 6141 personas padecen esta condición, lo que corresponde al 1,37% de la población, de los cuales 3.419 son hombres y 2.714 mujeres. Además del desconocimiento, la desinformación y la ausencia de investigaciones desarrolladas en esta área, hacen del departamento de Córdoba uno de los menos favorecidos en la obtención de información para establecimiento de políticas públicas claras¹.

López y col. (2010), definen la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como la percepción individual del bienestar limitada a las áreas de la salud y los dominios relacionados con ella². Dada su individualidad puede considerarse como un aspecto subjetivo, puesto que la persona manifiesta su percepción según su estado emocional, psicosocial del momento. En este concepto convergen múltiples factores, que se evalúan a través de distintas dimensiones, desde la dimensión física, psicológica y social³.

Ahora el funcionamiento y la discapacidad de una persona se pueden concebir como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, entre otros), los factores contextuales bien sean personales o ambientales y los determinantes sociales abordados por la salud pública⁴. La discapacidad genera impacto personal y social en quien la experimenta, produce modificaciones en el estilo de vida, en el papel físico, laboral, social, familiar, entre otros. El abordaje de la discapacidad deberá trascender lo clínico hacia aspectos relacionados con el funcionamiento humano y la calidad de vida relacionada con la salud⁵.

La calidad de vida en un individuo puede estar relacionada con el entorno o lugar de existencia, aspectos culturales, que denotan la influencia de la sociedad en la conformación del ser, las expectativas y lo que anhela alcanzar, pero sobre todo lo que puede o no desarrollar. Este concepto está impactado de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno⁵⁻⁷. En este sentido Arango y col.⁸ en sus investigaciones indicaron que en las personas con discapacidad existía una prevalencia de calidad de vida regular o mala en 53,7%, en el nivel educativo 58,8% solo alcanzaron estudios primarios y los que padecían una discapacidad adquirida que representan el 91,4% indicaron tener mala o regular calidad de vida⁸. Así mismo, Solano y col.⁵, afirman que a mayor limitación en las actividades de la movilidad, de la vida diaria y en la participación, más baja es la percepción de calidad de vida⁵.

En el departamento de Córdoba (Colombia), no se ha desarrollado aún investigación formal sobre la determinación del nivel de funcionamiento en relación con la calidad de vida en las personas con discapacidad. Ante este desconocimiento la sociedad, subvalora las habilidades y destrezas de esta población, además del enfrentamiento a factores como pobreza, analfabetismo, pocas oportunidades económicas y de emprendimiento, barreras de accesibilidad, desplazamiento

que victimizan y agravan su estado, favoreciendo la discriminación y exclusión social. Es por ello que el Consejo Nacional de Política Económica y Social – CONPES, precisa de la necesidad de contribuir y establecer el diagnóstico sobre la población con discapacidad y evidenciar entre otros “*la existencia de discriminación y desconocimiento de las capacidades de esta población*”⁹. Por lo anterior, el presente estudio pretende establecer la relación entre el nivel de funcionamiento, la calidad de vida y las variables sociodemográficas de interés en los sujetos de estudio. Como objetivos específicos se encuentran: 1. Caracterizar los aspectos sociodemográficos y la condición de discapacidad en la población con discapacidad de Montería. 2. Determinar el nivel de funcionamiento de las personas con discapacidad a partir del desempeño en los dominios de cognición, movilidad, cuidado personal, relaciones, actividades cotidianas y participación pertenecientes al estudio. 3. Analizar la calidad de vida de las personas con discapacidad en cada una de las dimensiones función física, papel físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, papel emocional, salud mental que participan en el estudio. 4. Establecer la relación entre el nivel de funcionamiento, la calidad de vida y las variables sociodemográficas de interés en los sujetos de estudio.

Materiales y métodos

Para el logro de los objetivos se realizó un estudio de tipo correlacional no experimental con abordaje cuantitativo transversal, en la ciudad de Montería capital del departamento de Córdoba, Colombia, durante el periodo transcurrido desde mayo de 2016 hasta noviembre de 2017. Contó con una población de 6.141 personas con discapacidad que residen en la ciudad Montería según datos del DANE. A partir de esta población y la base de datos disponible en la Secretaría Municipal, se determinó una muestra de 362 sujetos seleccionados a través de un muestreo intencional no probabilístico por conveniencia, localizados en el área urbana del municipio y quienes aceptaron participar en la investigación.

Para obtener los datos se estudiaron las variables sociodemográficas con una entrevista estructurada de preguntas cerradas elaborado por las investigadoras del estudio, el nivel de funcionamiento a través del instrumento WHODAS 2.0, herramienta creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de la clasificación internacional del funcionamiento y la salud (CIF), para la medición de la salud y la discapacidad en la población y en la práctica clínica, el cual determina el nivel de funcionamiento en seis dominios: cognición, movilidad, cuidado personal, relaciones, actividades cotidianas, participación. El instrumento contiene 5 dominios y un total de 36 ítems. Cada ítem se califica con una puntuación que oscila entre 5 valores, con una escala tipo Likert desde ninguna, leve, moderada, severa y extrema/no puede hacerlo. Dependiendo de la puntuación del paciente en cada dominio explican los procedimientos de la OMS hasta obtener una cifra porcentual de 0 a 100%, que muestra el grado

de funcionamiento o discapacidad donde a mayor porcentaje obtenido, mayor nivel de discapacidad. Es un instrumento sencillo, confiable, aplicable y disponible en más de 30 idiomas¹⁰.

Por otro lado, la calidad de vida relacionada con la salud se estudió a través del cuestionario SF-36, el cual es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios diseñada por el Health Institute, New England Medical Center de Boston Massachusetts, USA, a mediados de los noventa, que detecta estados positivos o negativos de salud, explorando la salud física y la salud mental centrada en el estado funcional y el bienestar emocional. El instrumento consta de 36 ítems contemplando 8 dimensiones, se tiene en cuenta para su evaluación la propuesta de dos formas diferentes de puntuación para medir la calidad de vida relacionada con la salud.

La primera, establecida por el Rand Group haciendo una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100, teniendo en cuenta que no todas las respuestas tienen el mismo valor, debido a que dependen del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta, las cifras más altas indican una mejor calidad de vida, por lo que en población general se esperan valores cercanos a 50 con desviación de 21 puntos, adicionalmente este instrumento presenta dos índices sumarios (mental y físico) que tienen media poblacional de 50 y desviación de 10 puntos¹².

Por otro lado, el Health Institute otorga diferentes valores específicos a cada respuesta, de acuerdo, a unos coeficientes que no siguen una distribución lineal, sin embargo, se mantiene consenso sobre la interpretación de la puntuación que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sea, mejor estado de salud. Se aclara que este instrumento no está diseñado para proporcionar un índice global, aunque en ocasiones se han propuesto puntuaciones resumen de salud física y de salud mental, mediante la combinación de las respuestas de los temas. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación, por lo cual es de gran utilidad su utilización en estudios que pretenden medir la calidad de vida relacionada con salud en diferentes poblaciones y procesos patológicos.

Una vez obtenidos los datos, se consolidaron en una tabla de Microsoft Excel 2016 y luego analizadas mediante el uso del programa SPSS versión 23. El análisis de datos se realizó utilizando las pruebas de normalidad de Kolmogorov, resultando datos no paramétricos por lo tanto se aplicó el estadístico de spherman y el coeficiente de correlación eta para analizar la relación entre 2 variables independiente y dependiente.

Resultados

Dentro de las características sociodemográficas identificadas se encontró que la distribución por sexo tuvo un comportamiento estadístico similar en frecuencias, con igual número de mujeres y hombres, jóvenes entre las edades de 20 a 29 años con 17,6% que nunca han estado casados. El 81,4% de la muestra pertenece a estrato socioeconómico uno y ha cursado 5 años de estudio o menos. En cuanto a la situación ocupacional, 44,2%, manifestó estar desempleados por distintos motivos, así mismo, la movilidad fue la categoría de la discapacidad que más estuvo presente con 35,3%, teniendo 44% una evolución entre 1 y 10 años de condición.

En cuanto al nivel de funcionamiento de las personas con discapacidad a partir del desempeño en los dominios se obtuvo una media de 35,4±26,7 puntos (escala de 0 = funcionamiento total a 100 = funcionamiento nulo). En cuanto a los dominios evaluados por el WHODAS 2.0, el que presentó menor promedio de puntuación fue relaciones con un valor de 17,2±26,4 puntos. El área con mayor promedio de puntuación fue la de actividades de la vida diaria (trabajo) con 47,8 puntos (Tabla 1).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos puntuación global y por dominios del WHODAS 2.0.

Nivel de funcionamiento por dominio y global	Media	Desviación estándar
Cognición	30,7	32,8
Movilidad	38,3	38,4
Cuidado personal	27,2	35,1
Relaciones	17,2	26,4
Actividades de la vida diaria	44,5	46,1
Actividades de la vida diaria (trabajo)	47,8	43,2
Participación	38,7	25,3
Puntuación global	35,4	26,7

En cuanto al nivel de funcionamiento global recodificado a partir de los 6 dominios del WHODAS 2.0, en la muestra se identificó que 33,2% tiene un alto nivel de funcionamiento, 29% bajo nivel de funcionamiento y 25,1% moderado nivel de funcionamiento (Tabla 2). En cuanto al promedio obtenido en las preguntas generales del instrumento WHODAS 2.0, calificados por la persona o el cuidador, se encontró que 45,5% de la muestra ha ganado menos dinero debido a la condición de salud, 39,5% no ha ganado menos y 15,9% no aplica. Con respecto a la pregunta ¿cuántos días no pudo realizar nada de sus actividades habituales o su trabajo debido a una condición de salud?, se evidenció que 92,2% indicó entre 0 y 9 días.

Tabla 2. Distribución del nivel de funcionamiento global de las personas con discapacidad.

Nivel de Funcionamiento Global	Nº	%
Ninguna discapacidad o funcionamiento total.	37	11,0
Discapacidad leve o Alto nivel de funcionamiento.	111	33,2
Discapacidad Moderada o Moderado nivel de funcionamiento.	84	25,1
Discapacidad Severa o Bajo nivel de funcionamiento.	97	29,0
Discapacidad Extrema o Nulo funcionamiento.	5	1,4
Total	334	100

Para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud se utilizó el cuestionario SF-36. Las dimensiones incluidas en el instrumento fueron: función física, papel físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, papel emocional, salud mental, los puntajes más altos representan mejor percepción de calidad de vida (escala de 0 a 100 puntos). En las 334 personas participantes del estudio la media de la calidad de vida total fue de $55,8 \pm 21,2$ puntos. En cuanto a las dimensiones evaluadas, el que presentó mayor promedio de puntuación fue la salud mental 69,2. La dimensión con menor promedio de puntuación fue el papel físico con 47,8 puntos (Tabla 3).

Tabla 3. Estadísticos descriptivos puntuación global y por dimensiones del cuestionario SF-36.

Calidad de vida relacionada con la salud por dimensiones y global	Media	Desviación estándar
Función física	48,1	36,3
Papel físico	47,3	46
Dolor corporal	62,6	33,5
Salud general	54,1	18,8
Vitalidad	58,7	21,2
Función social	65,5	30,3
Papel emocional	57,9	44,8
Salud mental	69,2	23,2
Total	55,8	21,2

En cuanto al promedio obtenido en las preguntas generales del cuestionario SF-36, calificados por la persona o el cuidador, se encontró que 40,7% de la muestra manifestó que su estado de salud actual está más o menos igual que hace 1 año, 18,5 está algo peor ahora que hace 1 año. Estos datos describen las condiciones generalizadas, que vivencia la población con discapacidad, como lo son presentar una mayor dificultad para la movilidad y muy a pesar de esto su nivel funcionamiento es muy bueno, específicamente para establecer relaciones personales, esto sin duda alguna se ve reflejado en su estado positivo de calidad de vida y específicamente en la percepción sobre su salud mental, por lo tanto, a mejor calidad de vida, menores serán las posibilidades de padecer otras enfermedades que agraven su condición de salud. Otro aspecto que se menciona durante el desarrollo de la investigación y que se pone en evidencia en estos resultados es el rechazo, discriminación y peor aún la segregación social a la que están expuestas las personas con discapacidad puesto que disminuye la capacidad de interacción que pueden tener en la sociedad.

El funcionamiento global evidenció una asociación estadística significativa con la Calidad de Vida relacionada con la salud global arrojando el valor de $p < 0,001$. Esta asociación tiene una relación inversa con valor de $-0,487$ (Tabla 4). Estos hallazgos permiten establecer la asociación entre funcionamiento y calidad de vida relacionada con la salud. Sin embargo, para interpretar la información del funcionamiento, es preciso recordar que, entre menor valor calificado de discapacidad, se entiende que el funcionamiento está indicado para el estudio como alto. Mientras que en la medición de la calidad de vida relacionada es de 0 - 100, entre, más se acerque a 100 el resultado, indica mejor calidad de vida.

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de funcionamiento y la calidad de vida; tal relación es directamente proporcional a mayor funcionamiento, mayor calidad de vida.

Tabla 4. Correlación entre funcionamiento global y calidad de vida relacionada con la salud

Variables		Funcionamiento global
Calidad de vida global.	Coefficiente de correlación	$-0,487^*$
	Sig. (bilateral)	$<0,001$
	N	334

*Rho: Coeficiente de correlación de Spearman.

Con respecto a las variables sociodemográficas de interés y el funcionamiento global, se analizaron teniendo en cuenta las medias del cálculo del tamaño del efecto (η^2), encontrando que los grupos etarios presentaron relación estadísticamente significativa con una relación a la inversa de valor $-0,178$. La ocupación fue otra variable que presentó un comportamiento con asociación significativa, pero con relación directa de valor $0,394$. El resto de las relaciones sexo y estratos socioeconómico, no tuvieron asociación estadísticamente significativa (Tabla 5).

Tabla 5. Relación entre nivel de funcionamiento y variables sociodemográficas de interés.

Variable	Estadístico	Nivel de funcionamiento global
Sexo	Eta	0,062
	P	0,518
Grupos etario	Rho	$-0,178^{**}$
	P	0,001
Ocupación	Rho	$0,394^{**}$
	P	$<0,001$
Estrato socio económico	Rho	0,036
	P valor	0,513

* $P \leq 0,05$ ** $P \leq 0,01$ Rho: Coeficiente de correlación de Spearman

Es de reconocer que en la muestra el nivel de funcionamiento tiene una relación estadísticamente significativa con los grupos etarios. Esta relación es inversamente proporcional, es decir, que el grupo etario conformado por adolescentes y jóvenes, tienen mayor nivel de funcionamiento en el estudio. En cuanto a la ocupación, se demuestra relación significativa con el funcionamiento, esta relación es directa, es decir que, a mayor funcionamiento mayor es la ocupación. La estadística muestra que el funcionamiento de la persona no está relacionado con el sexo ni con el estrato socioeconómico; evidenciándose independencia estadística en los resultados. Las variables grupos etarios y ocupación se asocia estadísticamente con calidad de vida relacionada con la salud global, presentando una relación a la inversa de $-0,185$ y $-0,189$, respectivamente. Las variables sexo y estrato socioeconómico no tuvieron relación con la calidad de vida relacionada con la salud (Tabla 6).

Tabla 6. Nivel de calidad de vida y variables sociodemográficas de interés.

Variable	Estadístico	Nivel de calidad de vida relacionada con la salud global
Sexo	Eta	0,102
	P	0,875
Grupos etario	Rho	-0,185**
	P	0,001
Ocupación	Rho	-0,189**
	P	0,001
Estrato socio económico	Rho	0,069
	P	0,209

*P ≤ 0,05; **P ≤ 0,01 Rho: Coeficiente de correlación de Spearman

Estos datos indican la asociación significativa entre grupos etarios y calidad de vida, esta relación es inversa, siendo que a mayor edad menor es la calidad de vida relacionada con la salud, por lo tanto, las personas adulto mayor con discapacidad que participaron del estudio presentan disminución en su calidad de vida. El comportamiento entre la variable ocupación y calidad de vida también fue similar, la percepción de los participantes del estudio es que, a menor ocupación mayor es la calidad de vida relacionada con la salud. Las variables sexo y estrato socioeconómico no tuvieron impacto sobre la calidad de vida de las personas con discapacidad, tanto hombres como mujeres pueden tener menores o mayores niveles de calidad de vida relacionada con la salud. Al igual que el estrato socioeconómico no es determinante en la calidad de vida del individuo.

Discusión

Actualmente según el Observatorio Nacional de la Discapacidad y el Ministerio de Salud y Protección Social en el departamento de Córdoba, existen alrededor de 37.154 personas con discapacidad, lo que representa el 2,05% de la población, mientras que en Montería, hay 6.614 personas con discapacidad que corresponde al 1,42% de la población, entre los cuales 3.706 son hombres y 2.835 mujeres¹¹. Los sujetos del presente estudio evidenciaron tener baja escolaridad¹² en concordancia con lo reportado por la OMS, la cual indica que las actitudes de los maestros, administradores escolares, otros niños e incluso familiares influyen en la inclusión de los niños con discapacidad en las escuelas convencionales¹, afectando decisivamente su calidad de vida¹³. Asimismo, se evidenció los altos porcentajes de personas del presente estudio que no tienen pareja coincidiendo con los hallazgos de otros autores^{5,3,14}.

El desempleo en las personas con discapacidad de nuestro estudio es otro aspecto de analizar, puesto que en similitud con Solano y col.⁵, las personas con discapacidad están desempleados principalmente por motivos de salud y aquellos que logran tener trabajo, es de forma independiente demostrando inestabilidad e informalidad laboral^{15,16}. La OMS en su informe indica que aquellas familias más pobres, pertenecientes a grupos étnicos minoritarios, con pocos ingresos

económicos y formación académica pobre, presentan un mayor riesgo de tener un niño con discapacidad en comparación a otros¹. Las características de los sujetos estudiados, coinciden con esa premisa, puesto que la mayoría pertenecían al estrato 1, además de esto, diversos autores opinan que la discriminación derivada de la discapacidad, lleva a la exclusión, la marginación, falta de estudios, el desempleo; y todos estos factores aumentan el riesgo de pobreza^{15,17}.

Nuestros hallazgos en los que se muestra la movilidad como principal causa de categoría de la discapacidad, es similar a lo reportado en diferentes estudios. Así, Arango y col.⁸ destacaron las alteraciones motrices como principal causa de discapacidad. Quesada y col.¹², reafirmaron esta tesis resaltando que el tipo de deficiencia encontrada está relacionada con las limitaciones en las actividades de la movilidad con mayores porcentajes en limitaciones para caminar, para estar de pie, para desplazarse, para utilizar algún medio de transporte. Al respecto Murillo y col.¹⁸, permitieron efectuar la inferencia que los niveles de calidad de vida relacionada con la salud disminuyen en enfermedades crónicas y sus diferencias radican en la percepción del dolor y la discapacidad.

La evidencia de la literatura hace complejo estimar la comparación de los resultados obtenidos con la medición del funcionamiento en personas con discapacidad, puesto que los autores revisados abordan el tema desde el déficit o la discapacidad y no desde el funcionamiento. Es así, como en otros estudios mencionan que en la discapacidad global recodificada a partir de las 6 áreas del WHODAS 2.0, se encontró que el 48% de los encuestados presentaron discapacidad leve, situación parecida a la encontrada en diversos estudios^{17,19,20}. En contraste, Daza y col.²¹, determinaron un mayor predominio de discapacidad moderada en el 42% de los participantes en su estudio.

La capacidad más notable que tienen las personas con discapacidad del presente estudio, es establecer relaciones con los demás, tal y como de forma similar lo evidenciaron Solano y col.⁵ y Arango y col.⁸ en sus investigaciones a partir de la aplicación de WHODAS. En ese sentido, sería interesante analizar cuáles son los factores que impiden la plena participación de estos en la sociedad, dado que la calificación para el dominio de participación fue moderada. Situación que no es consecuente con el artículo 29 de la Convención Sobre Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad, que asegura que esta población puede participar plena y efectivamente en la vida política y pública en igual de condiciones⁶.

En cuanto al desempeño de las actividades de la vida diaria-trabajo, la investigación corroboró que las personas no desarrollan estas actividades por su nula o baja capacidad de funcionamiento, en concordancia con otro estudio, el cual considera que para una persona con discapacidad es mucho más difícil encontrar un trabajo o desempeñarse en cualquier cargo sin ningún tipo de titulación o formación¹³. Tal es así, que la mayoría de los evaluados ha dejado de cumplir con sus actividades habituales o de trabajo entre 0 y 9 días por la condición de salud. Asimismo, en otro estudio realizado en España sobre la inclusión laboral de las personas con

discapacidad estimó que el 15% del 70% de las personas entrevistadas confiesa sentir temor frente a las competencias laborales, el 25% teme a una discriminación por parte de sus compañeros de trabajo, el 20% comenta que se siente que su capacidad social y laboral está por debajo de otros trabajadores, y el 30% restante sostuvo que no alcanzaron estudios secundarios por discriminación especialmente para aquellos con discapacidad física²².

En el estudio de Martínez-Rozo y col.²³ se enfatiza que la Organización Internacional del Trabajo afirma que los miembros de este colectivo tienen más probabilidades de estar desempleados o de ganar menos que quienes no pertenecen a él, y de tener un empleo con escasas perspectivas de promoción y caracterizado por malas condiciones de trabajo. Estos resultados coinciden con los de esta investigación, ya que el 45,5% manifestaron haber ganado menos dinero por la condición de salud. Lo anterior permite vislumbrar la situación crítica que vivencia una persona con discapacidad, pues a la luz de los precarios ingresos que devenga, se ven limitados en todas sus dimensiones del desarrollo, teniendo en cuenta que la pobreza limita las libertades humanas y priva a las personas de su dignidad, y en tal sentido, está asociada a los derechos humanos¹³.

En lo referente al nivel de la calidad de vida relacionada con la salud de las personas con discapacidad de la ciudad de Montería, se obtuvo una puntuación significativa de 55,8 con mayor tendencia a 100 puntos. Sin embargo, Solano y col.⁵, al respecto consideran que la calidad de vida no es algo que puede medirse en un momento dado, es más bien un concepto global, holístico, con un significado abstracto, esencialmente subjetiva que involucra también a las personas que rodean al sujeto, las situaciones en las que vive, y sus planes futuros o de progreso de los estándares de vida.

Frente a los estudios adelantados de la calidad de vida relacionada con la salud, algunos autores como Quesada y col.¹², coinciden con el presente estudio, sobre que la salud mental se encuentra dentro las dimensiones mejor percibidas con sentimiento de felicidad y tranquilidad durante todo el tiempo. Contrario de la concepción propuesta por Sánchez y col.²⁴, ya que estos consideran necesarias la intervención en las variables psicológicas en personas con enfermedades crónicas por poseer menores niveles de calidad de vida.

La función social fue otra dimensión donde las personas manifestaron percibir una buena calidad de vida contrario a esto, Solano y col., en una investigación, concluyeron que los pacientes con trastornos mentales tienen comprometida su calidad de vida, desfavoreciendo la capacidad de adaptación, lo que conlleva al tener una restricción en la participación debido a que no puede interactuar socialmente dado su condición y a los medicamentos suministrados⁵.

El Papel físico, es la dimensión en la que las personas con discapacidad obtuvieron menor desempeño. En consonancia con nuestros hallazgos, Quesada y col.¹², encontraron que la dimensión del SF-36 con menor promedio de puntuación (pobre percepción de calidad de vida) fue la salud física. Resul-

tados similares son los reportados en el estudio de Villarraga y col.²⁵, donde el papel físico tuvo el promedio más bajo.

Al efectuar el análisis bivariado entre el funcionamiento global y la calidad de vida global se encontró correlaciones significativas, por lo tanto, a mayor nivel de funcionamiento mejor es la calidad de vida relacionada con la salud en las personas con discapacidad de Montería. Esta premisa se relaciona con la interpretación en otros estudios¹³ donde se precisa que la mejor percepción de calidad de vida se asocia con menor grado de discapacidad. La formulación de políticas no siempre tiene en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad, o bien no se hacen cumplir las políticas y normas existentes. Es necesario adelantar discusiones que den cuenta del nivel de funcionamiento como aspectos positivos de las personas y no desde lo negativo de la condición, de ser así, se abordaran sujetos de una manera más acertada a partir sus capacidades mejorando la percepción de calidad de vida²⁶.

Existe una relación significativa en inversa entre las variables nivel de funcionamiento global y grupo etario, es decir que a menor edad mayor es el nivel de funcionamiento por lo tanto el grupo etario conformado por adolescentes y jóvenes tienen mayor nivel de funcionamiento. Contrariamente a lo mencionado por Zavala y col.²⁷, quienes mostraron mayor autoreporte en el funcionamiento familiar y social en ancianos generando mayor autoestima. Con relación a la ocupación también se encontró significancia positiva, es decir que a mayor funcionamiento indiscutiblemente mayor es la capacidad de ocupación de las personas. Como se resalta, para las variables sociodemográficas hay una correlación alta positiva entre las variables ocupación actual y los dominios de cuidado personal¹³.

Con respecto a la correlación entre las características sociodemográficas de interés y la calidad de vida relacionada con la salud¹², se estimó una asociación significativa (inversa) entre las dos variables, esto indica que a mayor edad menor es la calidad de vida relacionada con la salud, por lo tanto, las personas adulto mayor con discapacidad que participaron del estudio presentan disminución en su calidad de vida. Como lo mencionan Arango y col.²⁸ en su estudio, el mayor compromiso en la calidad de vida se encontró en los rangos de edad de las personas mayores. En cuanto a la relación entre la calidad de vida y la ocupación de los participantes del estudio, se encontró una relación significativa e inversa, esto demuestra que las personas con discapacidad que tienen menor ocupación gozaran de mayor nivel de calidad de vida, paradójico a lo expuesto por Becerra y col.²⁹, quienes utilizando otro instrumento de medición, encontraron la correlación entre las variables de ocupación y la puntuación general de calidad de vida, evidenciando que los pacientes al estar realizando diferentes trabajos se encuentren activos lo que les permite no centrarse únicamente en el problema e interactuar con otros, posibilitando de esa manera que su calidad de vida en general sea buena.

Sin lugar a dudas, se evidencia la relación continua entre el aumento del funcionamiento que conlleva a la mejoría de la

percepción de la calidad de vida, así mismo, si la persona con discapacidad tiene un buen desempeño en el funcionamiento, a pesar de la condición, tendrá mayor capacidad para desempeñar una ocupación; de ser así, mejoraría la percepción de su calidad de vida favorablemente. Una vez más se demuestra que la discapacidad no es una limitante para participar plenamente de las actividades y las funciones indicadas por la sociedad. Por ello, si no se transforma la percepción que se tiene con respecto a las personas con discapacidad desde los aspectos negativos que restan habilidades a los positivos que suman, no se avanzará hacia unas políticas de inclusión social.

Conclusión

Esta investigación contó con igual número de mujeres y hombres, en su mayoría jóvenes, pertenecientes a estrato socioeconómico uno, desempleados, que han cursado 5 años de estudio o menos y que nunca han estado casados. La movilidad fue la categoría de la discapacidad que más estuvo presente, con una evolución entre 1 y 10 años de condición.

La mayor proporción de las personas con discapacidad en cuanto al desempeño consideraron tener un alto nivel de funcionamiento. El dominio con mayor funcionamiento fue en las relaciones interpersonales y el cuidado personal, a diferencia del desempeño en las actividades de la vida diaria-trabajo que fue nulo, incluso aquellos que lo obtenían, ganaban en su mayoría menos dinero, además, de tener que suspender sus actividades entre 0 y 9 días debido a su condición de salud.

Los problemas en el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física es lo que más afecta la percepción satisfactoria de la calidad de vida, seguramente se pueden adelantar acciones que desde la sociedad busquen facilitadores en los entornos donde se realizan estas actividades.

A mayor funcionamiento mayor es la calidad de vida, por lo tanto es necesario hacer hincapié en que las personas con discapacidad a pesar de tener una condición de salud permanente, esta, no define sus capacidades y que por el contrario, si su funcionamiento es bueno, percibirá tener una mejor calidad de vida.

El funcionamiento global de una persona con discapacidad está relacionado directamente con la variable sociodemográfica ocupación, esto indica que, si existe un buen funcionamiento a pesar de la discapacidad, la persona debe tener un mejor desempeño en el desarrollo de su ocupación. A menor edad de la persona con discapacidad, mayor es su funcionamiento y por ende la calidad de vida. La ocupación y la calidad de vida presentaron una relación significativamente inversa, por lo tanto, una persona con discapacidad sin ocupaciones tiene una mejor calidad de vida. Así mismo, a menor edad, mayor funcionamiento y calidad de vida, por lo tanto, Los jóvenes con discapacidad pertenecientes a la investigación tienen mejor funcionamiento y calidad de vida relacionada con la salud.

AGRADECIMIENTOS

A las personas con discapacidad de la ciudad de Montería que aceptaron ser partícipes de este estudio sin ningún interés. Al ejército de hormigas conformado por los estudiantes de Fisioterapia en rotación del barrio Níspero 2017-2 por su entrega, dedicación y compromiso. Al profesor Daniel Antonio Martínez Causil, por su apoyo en el procesamiento y análisis estadístico de la información. Finalmente, a todos los que de una u otra forma contribuyeron a este proceso con sus palabras, momentos de ánimo y apoyo incondicional.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad 2011. Ginebra; 2011.
2. Padilla-Muñoz A. Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *Int. Law: Rev. Colomb. Derecho Int.* 2010; (16):381-414.
3. Obando LMG, López AL, Novoa SB, Heredia YPM, Esparragoza Z. Discapacidad y calidad de vida en población adulta del Municipio de Soledad, Atlántico-Colombia. *Inclusión y Desarrollo.* 2018;5(2):143-58 DOI <https://doi.org/10.26620/uniminuto.inclusion.5.2.2018>.
4. Castellanos SF, López L. Discapacidad y cultura: desafío emergente en investigación. *av.enferm.* 2009; 27(1): 110-123.
5. Solano Z, Barreiro S, Molina Y. Discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas con discapacidad en la ciudad de Soledad-Atlántico, Colombia. 2017. Repositorio Institucional UAM [Online]. 2017 DOI: <http://hdl.handle.net/11182/142>
6. Ríos MIH. El concepto de discapacidad: De la enfermedad al enfoque de derechos. *Revista CES Derecho.* 2015;6(2):46-59.
7. García RMB, Del-Pino-Casado R. Intervenciones no farmacológicas para reducir la depresión, sobrecarga y ansiedad en personas cuidadoras de mayores con demencia: un metaanálisis. *Metas de enfermería.* 2018; 21(2): 20-32.
8. Arango DC, Martínez MAA, Molina LR, Diosa LS, Cardona ÁMS. Calidad de vida de las personas en situación de discapacidad física. Medellín, 2011. *CES Salud Pública.* 2014; 5(2):137-146.
9. Rodríguez EJ. Análisis de la política pública Colombiana de seguridad del paciente y sus implicaciones para enfermería: Universidad Nacional de Colombia; 2011. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/7069/1/539471.2011.pdf> .
10. Ortiz-Quiroga DM, Ariza Y, Pachajoa H. Evaluación de discapacidad en los defectos congénitos: una mirada desde la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). *Revista Ciencias de la Salud.* 2017;15(1):23-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5372>.
11. Gómez-Aristizábal LY, Avella-Tolosa A, Morales LA. Observatorio de Discapacidad de Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2015;33(2):277-285. doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a14
12. Quesada EDM, Tamayo PG. Calidad de vida relacionada con salud en personas con limitación en las actividades de la movilidad del municipio de Neiva 2009-2011. 2012.
13. Obando LMG, López AL, de la Ossa MMA, Blanco MLH. Calidad de vida en adultos en situación de discapacidad: características sociodemográficas en Sincelejo (Sucre, Colombia). *Areté.*

- 2018;18(1):32-39.
14. Pérez PJE, Henao LC. Relación entre complicaciones clínicas y discapacidad en población colombiana con lesión medular: resultados desde el WHO-DAS II. *Aquichan*. 2013;13(2): 173-185.
 15. Villa Fernández N. Situación laboral de las personas con discapacidad en España. 2015.
 16. Paiva MHP, Pegorari MS, Nascimento JS, Santos ÁdS. Factors associated with quality of life among the elderly in the community of the southern triangle macro-region, Minas Gerais, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2016;21(11):3347-3356. doi: 10.1590/1413-812320152111.
 17. Gil-Obando LM, López-López A, Avila-Rendón CL, Criollo-Castro CH, Canchala-Obando AM, Serrato-Mendoza MP. Discapacidad y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en adultos de San Juan de Pasto-Nariño, Colombia. *Universidad y Salud*. 2016;18(3):505-513.
 18. Murillo YA, Almagro RM, Campos-González ID, Cardiel MH. Calidad de vida relacionada con la salud en artritis reumatoide, osteoartritis, diabetes mellitus, insuficiencia renal terminal y población geriátrica. Experiencia de un Hospital General en México. *Reumatol Clin*. 2015;11(2):68-72.
 19. Flores S, Jiménez DAJ, Castellanos DW, Alger J, Zúñiga L, Gonzales M, et al. Prevalencia de discapacidad y sus características en población de 18 a 65 años de edad, Honduras, Centro América, 2013-2014. *Rev Med Hondur*. 2015; 83(1/2): 7-17.
 20. Alzate ESC, Martínez AC. Factores relacionados con la carga de discapacidad en personas con intento de suicidio, atendidas en la red pública de servicios de salud de Santiago de Cali. *rev.colomb. psiquiatr*. 2013;42(1):29-50. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60085-8](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60085-8).
 21. Daza S, Ramírez M, Salazar M. Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular de Popayán (Colombia): resultados desde el WHO-DAS II [Maestría]. Popayán: Universidad Autónoma de Manizales. 2012.
 22. Duque JAP, Ruiz AL. Intersecciones de género y discapacidad. La inclusión laboral de mujeres con discapacidad. *Soc. Econ*. 2018;(35):158-177. DOI: <https://doi.org/10.25100/sye.v0i35.5652>.
 23. Martínez-Rozo AM, Uribe-Rodríguez AF, Velázquez-González HJ. La discapacidad y su estado actual en la legislación colombiana. *Duazary*. 2015;12(1):49-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.1398>
 24. Pascual Sánchez A, Caballo-Escribano C. Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: poder predictivo de distintas variables psicológicas. *Enferm. glob*. 2017;16(46):281-294. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.243031>
 25. Villarraga AR, Castellanos ALZ, Anaya JM, Tamayo RP. Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Revista colombiana de reumatología*. 2005;12(4):295-300.
 26. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá; 2013.
 27. Zavala M, Vidal D, Castro M, Quiroga P, Klassen G. Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y enfermería*. 2006;12(2):53-62. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532006000200007>
 28. Arango HGP, Bolaños RAM, Fernández HBE. Calidad de vida y discapacidad en personas con enfermedad de Parkinson de la ciudad de Cali 2011. 2012.
 29. Becerra HL, Chalarca FT, González TM. Relación entre calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes mayores de 18 años en tratamiento con leucemia mieloide crónica (LMC) pertenecientes a la institución oncólogos del occidente de la ciudad de Pereira. 2014. URL: <http://hdl.handle.net/10785/2234>

Indices y Bases de Datos:

AVFT está incluida en las bases de datos de publicaciones científicas en salud:

OPEN JOURNAL SYSTEMS

REDALYC (Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal)

SCOPUS de Excerpta Medica

GOOGLE SCHOLAR

Scielo

BIREME (Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud)

LATINDEX (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal)

Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias (Universidad Nacional Autónoma de México)

LIVECS (Literatura Venezolana de Ciencias de la Salud)

LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud)

PERIÓDICA (Índices de Revistas Latinoamericanas en Ciencias)

REVENCYT (Índice y Biblioteca Electrónica de Revistas Venezolanas de Ciencias y Tecnología)

SABER - UCV

EBSCO Publishing

PROQUEST

www.revhipertension.com

www.revdiabetes.com

www.revsindrome.com

www.revistaavft.com