



INCLUSIÓN Y DESARROLLO

**Discapacidad y calidad de vida
en población adulta
del Municipio de Soledad,
Atlántico – Colombia**

Lida Maritza Gil Obando, Alexandra López López, Shirley Barreiro Novoa,
Yuranis Patricia Molina Heredia y Zulma del Carmen Solano Esparragoza

DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN ADULTA DEL MUNICIPIO DE SOLEDAD, ATLÁNTICO – COLOMBIA

DISABILITY AND QUALITY OF LIFE IN THE ADULT POPULATION OF SOLEDAD, ATLÁNTICO – COLOMBIA

Lida Maritza Gil Obando
lidagil@autonoma.edu.co
Universidad Autónoma de Manizales
Manizales-Colombia

Alexandra López López
alexlo@autonoma.edu.co
Universidad Autónoma de Manizales
Manizales-Colombia

Shirley Barreiro Novoa
shirlybarreiro@mail.uniatlantico.edu.co
Universidad del Atlántico
Barranquilla-Colombia

Yuranis Patricia Molina Heredia
yuranis.molinah@autonoma.edu.co
Universidad Autónoma de Manizales
Manizales-Colombia

Zulma del Carmen Solano Esparragoza
zulma.solano@autonoma.edu.co
Universidad Autónoma de Manizales
Manizales-Colombia

Encuentre este artículo en
<http://revistas.uniminuto.edu/>

DOI: <http://dx.doi.org/10.26620/uniminuto.inclusion.5.2.2018.143-158>

Fecha de recepción: 19 de marzo de 2018
Fecha de aceptación: 28 de mayo de 2018
Fecha de publicación: 30 de junio de 2018

Resumen

Objetivo. Relacionar discapacidad y calidad de vida en personas adultas del municipio de Soledad, Atlántico (Colombia).

Diseño. Enfoque empírico-analítico, estudio descriptivo de alcance correlacional.

Metodología. Participaron 125 personas con discapacidad, mayores de 20 años, con más de seis meses de evolución de la limitación permanente. Se utilizó el cuestionario WHODAS 2.0 para la evaluación de discapacidad y el WHOQOL-Bref para determinar calidad de vida relacionada con la salud.

Resultados. Las áreas de discapacidad que evidenciaron relación significativa (p valor $\leq 0,05$) con los dominios de calidad de vida fueron movilidad, actividades de la vida diaria y participación. El área de movilidad presentó asociación significativa e inversa con todos los dominios de calidad de vida, destacándose la relación entre el dominio físico y movilidad la cual presentó la mayor fuerza de asociación (moderada). Existe relación significativa entre la puntuación global de discapacidad y la de calidad de vida general, con una fuerza moderada y de carácter inversa.

Conclusión. A partir de los resultados encontrados, se establece que en la muestra participante a menor discapacidad mejor percepción de calidad de vida.

Palabras clave: evaluación de la discapacidad, calidad de vida, salud, adultos.

Abstract

Objective. Relate disability and quality of life in adults in the municipality of Soledad, Atlantic (Colombia).

Design. Empirical Approach-analytical, descriptive study of scope correlational.

Methodology. Involved 125 people with disabilities, older than 20 years, with more than six months of evolution of the permanent limitation. We used a questionnaire WHODAS 2.0 for the evaluation of disability and the WHOQOL-BREF to determine quality of life related to health.

Results. The areas of disability that showed significant relationship ($p\text{-value} \leq 0.05$) with the domains of quality of life were mobility, activities of daily living and participation. The area of mobility presented a significant association and inverse to all domains of quality of life, highlighting the relationship between the domain physical and mobility which presented the highest force of association (moderate). Here is significant relationship between the overall score of disability and the general quality of life, with a moderate force and character reverse.

Conclusion. Based on the results found, establishes that in the sample participant to lesser disability better perception of quality of life.

Keywords: disability evaluation, quality of life, health, adults.

INTRODUCCIÓN

En la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la discapacidad es entendida como un concepto multidimensional e incluye tres perspectivas: corporal, individual y social. Es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y sus factores contextuales tanto factores ambientales como personales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

El informe mundial de discapacidad publicado por la OMS en 2011, se reportó que más de 1.000 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad, esta cifra representa alrededor del 15% de la población mundial; de acuerdo con este informe, el panorama muestra que la proporción de la discapacidad está en aumento, que aproximadamente entre 110 y 190 millones de personas experimentan grandes dificultades para vivir en su entorno cotidiano y la discapacidad se relaciona de forma importante con situaciones de vulnerabilidad, pobreza, bajos ingresos socioeconómicos, menor escolaridad, mayor desempleo y dificultades para el acceso a servicios de salud, rehabilitación y vivienda (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

En el país, algunas regiones en particular reúnen factores predisponentes a una significativa prevalencia de la discapacidad, entre ellos se destaca que ha sido escenario durante varias décadas, de situaciones violentas y accidentes con alto nivel de morbi-mortalidad que han involucrado a diferentes grupos poblacionales, el perfil epidemiológico nacional tiene una tendencia heterogénea que muestra en algunas regiones persistencia de enfermedades de origen infeccioso, además se enfrenta a las enfermedades infecciosas reemergentes como la Tuberculosis pulmonar y el cólera y emergentes como el VIH/SIDA. Sumado a lo anterior, el aumento de la esperanza de vida a todas las edades con el consecuente aumento del número de personas mayores, favorece tanto la incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas, como de las del sistema circulatorio y tumores.

La discapacidad genera impacto personal y social en quien la experimenta, produce modifi-

caciones en el estilo de vida, en el rol físico, laboral, social, familiar, entre otros, esta situación debe entenderse y abordarse de manera integral y articulada. Coherente con ello, el abordaje de la discapacidad deberá trascender lo clínico hacia aspectos relacionados con el funcionamiento humano y la calidad de vida relacionada con la salud. Tradicionalmente se han evaluado las variables corporales, las respuestas sintomáticas, el tipo de discapacidad o la tasa de supervivencia, sin embargo, esta información es insuficiente para mostrar una visión apropiada del efecto del abordaje e intervención a las personas con discapacidad.

En ese sentido, establecer el perfil de discapacidad y la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en personas con discapacidad, se constituye en información indispensable en los procesos de rehabilitación, inclusión, planificación, pues deben existir evidencias que respalden la toma de decisiones para la intervención en los diferentes campos de actuación en torno a la discapacidad

En el municipio de Soledad, departamento del Atlántico - Colombia, las estimaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE- afirman que la población pasó de 177.738 habitantes en el año 1985 a tener 632.183 en el 2016; lo que indica que en los últimos 30 años la población se multiplicó 3,55 veces, cifras muy distintas a las reportadas en el departamento del Atlántico (1,71 veces) y la del país (1,65 veces). De acuerdo a los datos, Soledad pasó de representar el 0,57% en 1985 al 1,3% la población del país en el 2016 (Alcaldía de Soledad, s.f.). De acuerdo a los datos obtenidos en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017), este municipio cuenta con 1.647 personas con discapacidad mayores de 20 años.

La presente investigación tuvo como objetivo establecer la relación existente entre la discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud, información que se considera indispensable en los procesos de rehabilitación e inclusión, como evidencia que respalde la toma de decisiones para la intervención en discapacidad. De esta manera los resultados de este proceso se describieron en términos de variables sociodemográficas y clínicas en personas adultas con discapacidad de la

ciudad de Soledad – Atlántico; se determinó el nivel de calidad de vida relacionada con la salud por dominios de las personas adultas y se relacionó las características sociodemográficas, clínicas y discapacidad de los participantes en el estudio.

Para la evaluación de discapacidad se hizo uso del cuestionario WHO DAS 2.0 (World Health Organization – Disability Assessment Schedule 2.0), (World Health Organization, 2004) cuestionario con comprobadas propiedades psicométricas, validado para uso en lengua castellana y se contó con el permiso de uso de parte de la Organización Mundial de la Salud -OMS- (Asociación Médica Mundial, 1993; Ministerio de Salud y Protección Social, 2013; Vásquez Barquero, Herrera Castanedo, Vázquez Bourgón, & Gaité Pintado, 2006) se compone de 36 ítems o preguntas para determinar la cantidad de dificultad (discapacidad) encontrada en las actividades que una persona hace en su vida cotidiana independientemente del diagnóstico médico. Las áreas incluidas en el instrumento son: Comprensión y comunicación, capacidad para moverse en el entorno (movilidad), cuidado personal (autocuidado), relacionarse con otras personas, actividades de la vida diaria, participación en sociedad. La escala de evaluación para cada área y global determina grados de dificultad o discapacidad según el caso y va desde ninguna dificultad o sin discapacidad, discapacidad leve, moderada, severa y extrema o completa (Rios, 2010). Siendo los mayores puntajes mayor discapacidad.

Para la evaluación de Calidad de Vida relacionada con la Salud se utilizó el WHOQOL Bref (World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument, versión abreviada) es un cuestionario genérico desarrollado por el Grupo de Calidad de Vida de la OMS, cuya versión en español cuenta con comprobadas características psicométricas en cuanto a validez y confiabilidad (Carrasco, 1998). Este instrumento permite evidenciar la autopercepción de las personas respecto a los efectos de la condición de salud y las intervenciones sobre su calidad de vida.

El WHOQOL-BREF es una versión reducida del WHOQOL 100 de la OMS y fue elaborado con un enfoque transcultural, contiene un total de 26 preguntas, una por cada una de las veinticuatro (24) facetas contenidas en el WHOQOL-100 más dos (2) preguntas generales: Calidad de vida ge-

neral y salud general, las cuales se examinan separadamente. Cada ítem tiene cinco (5) opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro (4) dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Este cuestionario es aplicable tanto a población general como con condiciones de salud asociadas (enfermedades u otros problemas de salud, heridas, lesiones, problemas mentales o emocionales, problemas con el alcohol y problema con las drogas) y aunque fue creado para ser auto administrado, también puede ser administrado por un entrevistador. El tiempo de referencia que contempla es de 2 semanas (Congost-Maestre, 2010). En estudios recientes en Colombia se han establecido sus propiedades psicométricas en cuanto a consistencia interna y validez discriminante (Cardona-Arias, 2011).

Los principales aportes de los resultados de este proyecto se resumen en la objetivación de la discapacidad desde perfiles de desempeño por áreas y global, el nivel de percepción de calidad de vida en función de la discapacidad; la promoción del uso de baterías validadas con comprobadas propiedades psicométricas para evaluación de constructos (Discapacidad y calidad de vida) entre comunidades académicas, investigativas, de intervención individual y colectiva y finalmente una mirada a la discapacidad desde modelos biopsicosociales.

REVISIÓN TEÓRICA Y CIENTÍFICA

Discapacidad

Acorde con Vanegas y Gil (2007), la discapacidad como sistema conceptual, ha tenido variaciones que han marcado la forma como se concibe a las personas con discapacidad, desde la determinación por la anomalía, deformidad, castigo, negación hasta la nominación de la discapacidad como elemento agregado a las personas y no como una característica natural de ellas.

Los modelos sociales para abordar la discapacidad suponen que es el entorno social y construido por el hombre el que define la discapacidad; por ello, manifiesta Humphrey, (2000) las barreras físicas y sociales, los estereotipos y las actitudes, se convierten en los factores directamente responsables de las situaciones de desventaja que experimenta la persona o como lo expresa Hahn (1993) “el problema radica en

el fracaso de sociedad y del entorno creado por el ser humano para ajustarse a las necesidades y aspiraciones de las personas con discapacidad y no en la incapacidad de dichas personas para adaptarse a las demandas de la sociedad”

Bajo la mirada biopsicosocial, en la CIF se contemplan los factores contextuales a su vez divididos en factores ambientales y personales que influyen en la discapacidad y en el funcionamiento humano. Los factores ambientales a su vez pueden actuar como “facilitadores” o “barreras” si actúan de forma positiva o negativa en torno de la superación de deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación.

En la CIF los componentes del funcionamiento tienen directa repercusión sobre las condiciones de salud para la posible aparición de nuevas alteraciones (trastornos o enfermedades), a su vez las condiciones de salud repercuten en el funcionamiento. Los componentes del funcionamiento (todos y cada uno de ellos) se relacionan entre sí y se ven influidos por los factores contextuales, tanto ambientales como personales. Al mismo tiempo, los factores contextuales pueden ser determinados por acontecimientos en el nivel corporal, individual o social.

Calidad de vida

La calidad de vida no tiene un consenso general sobre su significado. La OMS la define como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones

Battle Gualda (2000) citado en Carmona, (2000) afirma que la calidad de vida es un concepto complejo y multidimensional que no sólo tiene relación con componentes objetivos como el tipo de trabajo, el nivel socioeconómico o el estado de salud, sino que también depende de cuestiones subjetivas como la escala de valores, las creencias y las expectativas de cada persona, todo ello integrado en un marco biográfico, familiar, social y medio ambiental que cambia con cada persona, grupo o país.

La calidad de vida es un constructo social que a partir de la década de los ochenta adquiere relevancia y se convierte en un vehículo a través del cual la igualdad centrada en el consumidor, el

fortalecimiento y el incremento en la satisfacción con las condiciones de vida podían ser alcanzados. Según Schalock et al., (2002) la creencia de la mayoría fue que, si los apoyos adecuados y apropiados estaban disponibles, la calidad de vida de las personas sería incrementada significativamente

Acorde con Díaz LLanez, (2001), basados en el paradigma cognitivista de que más que a la realidad objetiva el hombre reacciona a la percepción que de ella tiene, comienzan a proliferar estudios directos con el sujeto acerca de su bienestar, y se toman en consideración las expectativas, las necesidades, los reclamos de los seres humanos en sus experiencias personales y su actividad cotidiana como elementos fundamentales que intervienen en la dinámica de los contextos en que interactúan.

Calidad de vida relacionada con la Salud (CVRS)

Tal como sucede con el concepto de calidad de vida, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) no tiene una definición clara y unificada. Herdman & Baró (2000) citan el concepto propuesto por Shumaker y Naughton, que refleja adecuadamente el enfoque tomado por muchos investigadores en este campo:

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional”. El concepto de calidad de vida relacionada con la salud incluye todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente a ella, aunque puedan interactuar.

Patrick y Erikson (1993), definen la CVRS como “el valor asignado por individuos, grupos de individuos y la sociedad a la duración de la vida modificada por las deficiencias, los estados funcionales, las percepciones y las oportuni-

des sociales, que están influidas por las enfermedades, las lesiones, el tratamiento (médico) o la política (de salud)”. Dado que la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto en el que convergen múltiples factores, ésta debe evaluarse a través de distintas áreas, desde la dimensión física, psicológica y social. En la primera, se evalúan atributos como los síntomas, el funcionamiento físico y la discapacidad; en la dimensión psicológica se consideran el nivel de satisfacción, el bienestar percibido, la ansiedad, la depresión y la autoestima; y en la dimensión social se valoran las relaciones interpersonales del paciente, la actividad diaria y la rehabilitación laboral, entre otros. Esta valoración de la calidad de vida relacionada con la salud incluye aspectos objetivos y subjetivos, con el fin de realizar una evaluación completa e integral del individuo. El concepto de CVRS, enfatiza en el bienestar y satisfacción del sujeto, en la mejora de sus condiciones de vida, en la percepción que ellos tienen sobre su salud y en su recuperación integral, lo que es especialmente importante en las personas con enfermedades crónicas, quienes deben vivir con una condición médica permanente, por lo que es necesario convivir con las limitaciones que ocasiona la enfermedad y el tratamiento, además de modificar de manera importante el estilo de vida.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo con una fase correlacional. La población estuvo constituida por personas mayores de 20 años con discapacidad de la ciudad de Soledad Atlántico. El cálculo de la muestra se estimó con la fórmula para test bilateral (“estimación de una relación lineal”), teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95%, un poder estadístico del 90% y una correlación lineal esperada de 0,3 considerada por Mukaka (2012) como aceptable para este tipo de estudios. La muestra final ajustada al 10% de pérdida fue de 125 personas con discapacidad. Se realizó un muestreo no probabilístico con sujetos voluntarios pertenecientes a asociaciones y colectivos de personas con discapacidad del municipio con la técnica de bola de nieve. El estudio se consideró de “riesgo mínimo” acorde con el artículo 11 de la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud Colombiano (Resolución No 008430, 1993), pues se realizaron pruebas de evaluación clínica de carácter no invasivo, que no atentaron contra la integridad física y moral de los participantes, se protegió la privacidad de los participantes. El estudio cumplió además con los prin-

cipios enunciados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1993) toda vez que su interés fue científico, en todo momento se respetó el derecho del participante a proteger su integridad, se tomaron todas las precauciones del caso para respetar su vida privada y para reducir al mínimo el impacto del estudio en su integridad física y mental. A cada participante se le comunicaron los propósitos y condiciones de la investigación y éste firmó voluntariamente el consentimiento informado (previamente aprobado por el Comité de Ética de la UAM Acta No. 052 de octubre 14 de 2015). Se hizo uso de un cuestionario con información general de aspectos socio-demográficos, para la evaluación de discapacidad se utilizó el cuestionario WHO DAS 2.0 y para la evaluación de Calidad de Vida se hizo uso del cuestionario WHOQOL Bref. El procesamiento de la información se realizó en el software SPSS versión 23.0 (Statistical Package for the Social Science) licenciado por la Universidad Autónoma de Manizales.

Se realizó la prueba de una muestra (Kolmogorov-Smirnov) para determinar la normalidad de las variables de discapacidad y calidad de vida, se encontró distribución no normal ($p < 0,05$) en todas las áreas de discapacidad y global. En las dimensiones de calidad de vida, el dominio ambiental resultó con distribución normal ($p > 0,05$), este resultado indicó el análisis de correlación no paramétrico.

ANÁLISIS Y RESULTADOS

Análisis univariados

La media de discapacidad final (escala de 0 a 100 puntos) encontrada fue de $22,33 \pm 16,91$ puntos. En cuanto a las áreas de discapacidad la que presentó mayor promedio de puntuación (mayor discapacidad) fue la de participación con $28,90 \pm 19,96$ puntos.

Estos resultados evidencian que las personas con discapacidad presentan dificultades en la participación activa en actividades dentro de su entorno social. Ver tabla 1.

En cuanto al grado de discapacidad recodificada a partir de las 6 áreas del WHODAS 2.0, se encontró que el 60,8% de los encuestados presento discapacidad leve. El estudio muestra que las personas participantes tienen un grado de discapacidad leve. Ver tabla 2

La calidad de vida medida con el WHOQOL bref evidenció en la muestra participante que el dominio de relaciones interpersonales obtuvo el promedio más alto de puntuación (mejor percepción) mientras que el dominio ambiente la puntuación es más baja. Resultados obtenidos muestran que las personas con discapacidad a pesar de las barreras actitudinales que la sociedad manifiesta ante paradigmas que giran en torno a la discapacidad, tienen buena percepción ante su realidad y restricciones que les proporciona el medio ambiente, a pesar de estos factores son

optimistas y se esfuerzan por alcanzar metas. Ver tabla 3

Resultados bivariados

En el análisis bivariado, se encontró que las áreas de discapacidad: movilidad, actividades de la vida diaria y participación presentaron asociación estadísticamente significativa ($p \text{ valor} \leq 0,05$) con todos los dominios de calidad de vida, la fuerza de dichas asociaciones estuvo entre baja y moderada y de carácter inverso. Lo anterior

Tabla 1. Estadísticos descriptivos puntuación final y por áreas del WHODAS 2.0.

Áreas y Final Discapacidad	Media	Desv. Tip	Mínimo	Máximo
Cognición	16,68	15,97	0,00	55,00
Movilidad	27,20	33,09	0,00	100,00
Cuidado Personal	9,92	21,07	0,00	100,00
Relaciones	10,93	12,58	0,00	58,33
Actividades de la vida diaria	16,05	21,92	0,00	100,00
Participación	28,90	19,96	0,00	91,67
Puntuación final de discapacidad -WHODAS 2.0-	22,33	16,91	0,00	69,57
n=125				

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017).

Tabla 2. Grado de Discapacidad WHODAS 2.

Áreas y Final Discapacidad	Media	Desv. Tip
Ninguna	9	7,2
Leve	76	60,8
Moderada	27	21,6
Severa	13	10,4
Extrema	0	0
Total	125	100

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017).

Tabla 3. Estadísticos descriptivos puntaje total por dominios del WHOQOL Bref.

Dominios (WHOQOL Bref) (0 a 100)	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Calidad de vida general	0	100	74,38	18,66
Psicológico	25,00	100,00	73,20	19,76
Físico	41,67	100,00	76,30	12,84
Relaciones Interpersonales	33,33	100,00	79,26	15,32
Ambiente	18,75	100,00	67,42	16,03
n=125				

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017).

hace posible afirmar 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 vida.

La calidad de vida general presentó asociación significativa (p valor $\leq 0,05$) e inversa con global de discapacidad, la fuerza de la asociación fue moderada (-.50 a -.70) este hallazgo permite suponer que a menor discapacidad mejor es la percepción de calidad de vida de los participantes en el estudio.

Con la relación de las variables mencionadas están estrechamente ligadas, es decir las personas que presentan una discapacidad motora o visual, la movilidad esta restringida debido a la falta de infraestructura adecuada no pensando en un Diseño Universal, transporte publico poco accesible; lo que conlleva a limitaciones en la participación de actividades de la vida diaria como mayor independencia, estabilidad laboral; lo que lleva a inferir que entre más discapacidad presentada la calidad de vida es menor debido a las restricciones que el medio les proporciona. Ver tabla 4

DISCUSIÓN

El análisis de la relación entre discapacidad y la calidad de vida de personas adultas de la ciudad de Soledad- Atlántico, permitió elaborar un perfil de la situación actual de los participantes de este estudio, es así como se evidenció en las áreas de discapacidad la que presentó mayor promedio de puntuación (mayor discapacidad) fue la de participación con $28,90 \pm 19,96$ puntos, en

correspondencia a estos hallazgos Aduen Castro, Melendez Caballero, Peñas Medina, Rueda Celedon, & Núñez Bravo (2013), realizó un estudio con personas que presentaban trastornos mentales y tenían comprometida su calidad de vida, desfavoreciendo la capacidad de adaptación y restricción en la participación. Estos resultados también coinciden con otro estudio de 107 personas portadores de lepra se mostró que, a mayor grado de incapacidad dado por los males causados, insatisfacción con el desempeño de sus actividades cotidianas, y en el nivel de calidad de vida, esto referido en mayor grado en el dominio de participación y la interacción con las personas a su alrededor (Da Silva Viana, Freire de Aguilar, Freire de Vasconcelos, & Cardoso de Aquino, 2017).

En cuanto al grado de discapacidad recodificada a partir de las 6 áreas del WHODAS 2.0, se encontró que el 60,8% de los encuestados presento discapacidad leve, estos resultados se comparan con los de Gil y otros en la Ciudad de Pasto, 2016 (Gil Obando, López López, Ávila Rendón, Criollo Castro, C. H. Chanchala Obando, & Serrato Mendoza, 2016), donde se halló mayor proporción de discapacidad leve (53%).

Con relación a la calidad de vida medida con el WHOQOL bref evidenció en la muestra participante que el dominio de relaciones interpersonales obtuvo el promedio más alto de puntuación (mejor percepción) mientras que el dominio ambiente fue la puntuación más baja; resultados que indican, factores ambientales inciden en la calidad de vida de las personas con discapacidad. Hallazgos que se comparan con una investigación

en la ciudad de Manizales, 2017 donde se encontró que los dominios con mayor puntaje fueron, salud física y salud psicológica, mientras tanto los dominios sociales y ambientales se comportaron con menor promedio (García & Vélez, 2017). Otros estudios nacionales como el de Ibarra Vicioso, Pérez Quintero, & Tijo Soto (2014) en Cali, evidenció en la muestra poblacional, que perciben la discapacidad con mayor dificultad en los factores ambientales.

Al analizar resultados obtenidos en la relación entre la puntuación global en discapacidad y todos los dominios de CVRS, se encontró mayor significancia estadística en los dominios físico, dominio ambiental y relaciones interpersonales, hallazgos comparables con un estudio en Japón, cuyo objetivo fue investigar los factores que influían en la calidad de vida de pacientes después de un accidente cerebrovascular, los resultados mostraron que los dominios físico, ambiental

Tabla 4. Correlación entre CVRS por dimensiones y discapacidad por áreas y final

VARIABLES	CVRS por dominios					
	Estadístico***	Dominio Físico	Dominio Psicológico	Dominio Relaciones Interpersonales	Ambiente	CV general
Cognición	Rho	-,242**	-,172**	-,283**	-,297**	,193
	P Valor	0,001	0,001	0,001	0,001	0,32
Movilidad	Rho	-,649**	-,646**	-,457**	-,663**	,698**
	P Valor	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
Cuidado Personal	Rho	-,242**	-,203**	-,212**	-,238**	-,751**
	P Valor	0,001	0,001	0,001	0,007	0,001
Relaciones	Rho	-0,112	-,216*	-0,135	-0,133	,646*
	P Valor	0,216	0,015	0,134	0,14	0,005
Actividades de la vida diaria AVD	Rho	-,522**	-,427*	-,429**	-,663**	-,697*
	P Valor	0,001	0,015	0,001	0,001	0,005
Participación	Rho	-,551**	-,448**	-,433**	-,626**	-,632*
	P Valor	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
Global de discapacidad	Rho	-,645**	-,592**	-,510**	-,604**	-,624*
	P Valor	0,001	0,001	0,001	0,001	0,005

* $p \leq 0.05$ - ** $p \leq 0.01$

Rho: Coeficiente de correlación de Spearman

Fuente: Elaboración propia de los investigadores (2017).

y relaciones interpersonales, tuvieron mayor relación estadística y se asociaron a un nivel educativo más alto (Organización Mundial de la Salud., 2011).

En coherencia con lo anterior, se encontró que el área de movilidad tuvo mayor significancia estadística con el dominio físico, así como también las actividades de la vida diaria (trabajo remunerado) y participación en la sociedad con el dominio ambiental. Este hallazgo se relaciona con lo indicado por Tate & Forchheimer (2014) en su estudio realizado en EE. UU y Brasil con personas con Lesión Medular. Los cuales encontraron alta relación entre las áreas de discapacidad y la calidad de vida en especial en los Estados Unidos.

En otra investigación la cual se enmarca la importancia de referenciar la calidad de vida en un grupo de población adulta en Chile, se encontró que esta disminuye a medida que las personas son mayores en edad, especialmente en mujeres y con presencia de enfermedades crónicas, esto se ve reflejado en casi todos los dominios excepto ambiente (Urzúa & Caqueo-Úrizar, 2013).

La relación obtenida entre grado de discapacidad global con la calidad de vida relacionada con la salud genera un impacto en el quehacer diario de las personas participantes de este estudio; situación que se intensifica con la problemática social expuesta en el plan de desarrollo social (2016-2019) de Soledad, siendo ésta receptora hoy en día de personas víctimas del conflicto armado, lo que ha conllevado a una súper población que origina recursos insuficientes para atender y proporcionar condiciones favorables en la convivencia de personas con discapacidad (Alcaldía de Soledad, s.f.). De esta manera es importante relacionar lo ocurrido en la ciudad de Soledad con el informe de la OMS, quien afirma que en los países de ingresos altos entre el 20 y el 40% de las personas con discapacidad no tienen cubierta sus necesidades de asistencia para las actividades cotidianas, en muchos países de ingresos bajos y medianos, los gobiernos nacionales no proporcionan servicios adecuados y no son financieramente asequibles para la mayoría de las familias (Jeong et al., 2012).

Analizados los resultados es importante tener en cuenta el impacto emocional que generan en las personas con discapacidad y sus familias, las pocas oportunidades en las que se ven enfrenta-

dos. Situación que puede ser comparada con una Investigación realizada por Rodríguez, Verdugo y otros (Rodríguez, Verdugo, & Sánchez, 2008) reflejo en los resultados que las dimensiones en la interacción familiar, la Salud y Seguridad, y el Papel de padres, influyen positivamente sobre la calidad de vida de las familias y la persona con Discapacidad. Esto tiene directa relación a la no generación y/o ejecución de proyectos de políticas públicas basadas en la ley 1618 de 2013 que garantiza la equidad, igualdad de toda persona que presente alguna discapacidad (Ley Estatutaria 1618 del 2013).

La discapacidad y la calidad de vida relacionada con la salud, como conceptos fundamentales en esta investigación demuestran, que es trascendental generar cambios significativos en el núcleo familiar y la comunidad, a fin de priorizar la mejora de las condiciones personales y que la inclusión se vivencie como una verdadera oportunidad de crecer con miras a alcanzar una efectiva inclusión social de las personas que presentan algún tipo de discapacidad.

CONCLUSIONES

La discapacidad leve se evidenció en más de la mitad de la muestra participante, el área de participación presentó mayor promedio de puntuación (mayor discapacidad), mientras que las áreas de cuidado personal y actividades de la vida diaria resultaron reflejaron bajos promedios de puntuación. Estos hallazgos indican que el contexto y las dinámicas sociales y actitudinales que rodean a la persona pueden ser determinantes en la calificación de la discapacidad.

La calidad de vida general fue evaluada con una calificación de 74,38 en una escala de 0 a 100, siendo mayor el puntaje obtenido por el dominio de relaciones interpersonales y el menor por el dominio ambiente. Lo anterior puede sugerir que áreas como la seguridad en la vida diaria, el ambiente físico (polución/ ruido/ tráfico/ clima), los recursos económicos disponibles, las oportunidades para adquirir información y habilidades nuevas, la participación actividades de descanso, recreo y ocio, así como el ambiente interno del hogar ameritan atención especial en la población con discapacidad para tener en cuenta como indicadores de percepción de calidad de vida.

A mayor percepción de calidad de vida menor puntuación de discapacidad y viceversa ●

Referencias bibliográficas

- Aduen Castro, A., Melendez Caballero, R., Peñas Medina, P., Rueda Celedon, T., & Núñez Bravo, N. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con trastornos mentales. *Rev. Salud Mov*, 5(1), 5–14.
- Alcaldía de Soledad. (s.f.). Plan de Desarrollo, Soledad Confiable 2016-2019. Recuperado de <https://www.scribd.com/document/314417795/Plan-de-Desarrollo-de-Soledad-Confiable-2016-2019>
- Asociación Médica Mundial. (1993). Declaración de Helsinki. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).
- Cardona-Arias, J. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA: Comparación del MOSSF-36, WHOQOL-BREF y WHOQOL-HIV-BREF, Medellín, Colombia, 2009. *Colombia Médica*, 42(4), 438–447.
- Carmona, B. (2000). *Mediciones II: Cómo medir la calidad de vida? Cuestionarios y escalas de salud. Manual de epidemiología para reumatólogos*. España: Ergón, D.L.
- Carrasco, R. L. (1998). *Versión española del WHOQOL*. Madrid: Ergón, D.L.
- Congost-Maestre, N. (2010). *El lenguaje de las ciencias de la salud. Los cuestionarios de salud y calidad de vida y su traducción del inglés al español*. Universidad de Alicante.
- Da Silva Viana, L., Freire de Aguilar, M., Freire de Vasconcelos, P., & Cardoso de Aquino, D. M. (2017). El aspecto físico y las repercusiones en la calidad de vida y autonomía de personas mayores afectadas por la lepra. *Enfermería Global*, 16(46), 336–348. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.248681>
- Díaz LLanez, G. (2001). El bienestar subjetivo. Actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(6), 572–579.
- García, J. A., & Vélez, C. (2017). Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2), 191–203.
- Gil Obando, L. M., López López, A., Ávila Rendón, C. L., Criollo Castro, C. H. Canchala Obando, A. M., & Serrato Mendoza, M. (2016). Discapacidad y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en adultos de San Juan de Pasto. Nariño, Colombia. *Rev Univ. Salud*, 18(3), 505–513. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.55>
- Hahn, H. (1993). The political implication of disability definitions and data. *Journal of Disability Policy Studies*, 4(2), 41–52. <https://doi.org/10.1177/104420739300400203>
- Herdman, M., & Baró, E. (2000). La medición de la calidad de vida: fundamentos teóricos. In X. Badía & D. Podzamczar (Eds.), *Calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH* (pp. 19–33). Madrid: Jarpyo Editores.
- Humphrey, J. C. (2000). Researching Disability Politics, Or, Some Problems with the Social Model in Practice. *Disability & Society*, 15(1), 63–86. <https://doi.org/10.1080/09687590025775>
- Ibarra Vicioso, C., Pérez Quintero, G., & Tijo Soto, Y. (2014). *Adherencia a procesos de neurorehabilitación funcional y su relación con la discapacidad y la calidad de vida en adultos con lesión medular de Santiago de Cali*. Universidad Autónoma de Manizales.
- Jeong, B.-O., Kang, H.-J., Bae, K.-Y., Kim, S.-W., Kim, J.-M., Shin, I.-S., ... Yoon, J.-S. (2012). Determinants of quality of life in the acute stage following stroke. *Psychiatry Investigation*, 9(2), 127–133. <https://doi.org/10.4306/pi.2012.9.2.127>
- Ley Estatutaria 1618 del 2013. (2013) Discapacidad, Disposición Para Garantizar el Pleno Ejercicio de los Derechos de las Personas con. Congreso de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Discapacidad en Colombia*. Bogotá. Recuperado de [http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Cifras Registro de discapacidad \(Dic 2013\).pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Cifras%20Registro%20de%20discapacidad%20(Dic%202013).pdf).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/registro-localizacion.aspx>
- Mukaka, M. M. (2012). Statistics corner: A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal*, 24(3), 69–71. <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2016.01.020>

- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, & Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Eds.). Madrid: Grafo, S.A.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Informe mundial de discapacidad. Malta: Banco Mundial. Recuperado de http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
- Resolución No 008430. (1993). Ministerio de salud, República de Colombia. 4 de octubre 1993.
- Rios, L. (2010). *Grado de discapacidad en población adulta con insuficiencia renal crónica- IRC en hemodiálisis*. Medellín: Universidad Autónoma de Manizales.
- Rodríguez, A., Verdugo, M. Á., & Sánchez, M. C. (2008). Calidad de vida familiar y apoyos para los progenitores de personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento. *Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual*, 39(3), 19–34.
- Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L., ... Parmenter, T. (2002). Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: report of an international panel of experts. *Mental Retardation*, 40(6), 457–470. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(2002\)040<0457:CMAAOQ>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2002)040<0457:CMAAOQ>2.0.CO;2)
- Tate, D., & Forchheimer, M. (2014). Review of Cross-Cultural Issues Related to Quality of Life After Spinal Cord Injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 20(3), 181–190. <https://doi.org/10.1310/sci2003-181>
- Urzúa, A. M., & Caqueo-Úrizar, A. (2013). Estructura Factorial y valores de referencia del WHOQoL-Bref en población adulta chilena. *Rev. Méd. Chile*, 141(12). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001200008>
- Vásquez Barquero, J., Herrera Castanedo, S., Vázquez Bourgón, E., & Gaité Pintado, L. (2006). *Cuestionario para la evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (Versión española del World Health Organization Disability Assessment Schedule II)*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones.
- World Health Organization. (2004). Classification, Assessment, and Terminology Team (CAT) - Department for Measurement and Health Information Systems. WHODAS II. Disability Assessment Schedule. Training manual: a guide to administration. Geneva: OMS.
-

**Revista incluida
en los siguientes
agregadores
de contenidos**



<http://clase.unam.mx>



<https://biblat.unam.mx/es/>



<https://www.redib.org>

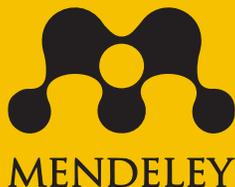
**Revista incluida
en los siguientes
directorios**

Google Académico

<https://scholar.google.es/citations?user=zB01Y2QAAAAJ&hl=es>



<https://independent.lacademla.edu/RevistaInclusionYDesarrollo>



<https://www.mendeley.com/research-papers/?query=Inclusi%C3%B3n+y+desarrollo+Corporaci%C3%B3n+Universitaria+Minuto-de-Dios-Uniminuto>

DOAJ DIRECTORY OF
OPEN ACCESS
JOURNALS

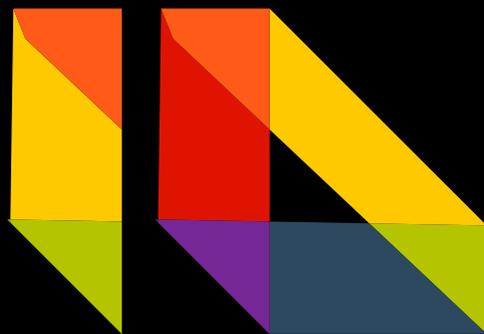
<http://bit.ly/1PWhtD>

**Revista incluida
en la siguiente
red social**



<https://www.facebook.com/Latinoamericana.Redderevistas/>

Asociación revistas
de humanidades y ciencias sociales



INCLUSIÓN Y DESARROLLO

No. 2 Vol. 5 Año 2018 ISSN En línea: 2590-7700

