

# Calidad de vida de las personas en situación de discapacidad física. Medellín, 2011

*Quality of life of persons with physical disabilities. Medellin, 2011*

*| Qualidade de vida dos portadores de deficiência física. Medellin 2011 |*

Doris Cardona Arango<sup>1</sup>, Alejandra Agudelo Martínez<sup>2</sup>, Lucas Restrepo Molina<sup>3</sup>, Lorena Sánchez Diosa<sup>4</sup>, Ángela María Segura Cardona<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Docente Investigadora. Grupo de Investigación Observatorio de la Salud Pública, Universidad CES. E-mail: dcardona@ces.edu.co, <sup>2</sup> Investigadora Grupo de Investigación Epidemiología y Bioestadística, Universidad CES, <sup>3</sup> Investigador Grupo de Investigación Epidemiología y Bioestadística, Universidad CES, <sup>4</sup> Investigadora Grupo de Investigación Epidemiología y Bioestadística, Universidad CES, Docente Investigadora. <sup>5</sup> Grupo de Investigación Epidemiología y Bioestadística, Universidad CES

Recibido: Abril 02 de 2014 Revisado: Mayo 04 de 2014 Aceptado: Junio 12 de 2014

## **Resumen**

Según la clasificación internacional de deficiencias discapacidades y minusvalías (CIDDM), la discapacidad es una situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales). **Objetivo.** Establecer la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) percibida por las personas con discapacidad física en la ciudad de Medellín, Colombia, año 2009. **Materiales y métodos.** Se realizó un estudio descriptivo transversal con fuente primaria de información. La población de estudio fueron 175 personas con discapacidad física residentes de la ciudad de Medellín, registrados en la Encuesta de Calidad de Vida del año 2011, contactados telefónicamente; se les aplicó un cuestionario sobre la calidad de vida relacionada con la salud (SF-8) preguntas sociales y demográficas. Con esta información se procedió a realizar análisis univariado, bivariado y multivariado. **Resultados.** Según la escala de calidad de vida relacionada con la salud, el 40% (70) y el 6,3% (11) indica tener buena y muy buena calidad de vida. Los factores asociados a la calidad de vida relacionada con la salud, se encontró son el estado civil casado o vivir en unión consensuada, ser mujer, tener un bajo nivel educativo, estar afiliado al régimen subsidiado y no tener afiliación a administradora de riesgos profesionales. **Conclusiones.** Como principal factor asociado a la calidad de vida relacionada con la salud, se encontró el estado civil casado o vivir en unión consensuada, como un factor que aumenta la probabilidad de tener una percepción negativa respecto a su estado, con asociación estadísticamente significativa, pero también se le suman el hecho de ser mujer, tener un bajo nivel educativo, estar afiliado al régimen subsidiado y no tener una afiliación con ninguna administradora de riesgos profesionales, posiblemente por no encontrarse laborando por su condición de discapacidad física, que pudiera ser transitoria o permanente.

**Palabras clave:** Calidad de vida, personas con discapacidad, salud de la persona con discapacidad, limitación de la movilidad, actividades de la vida diaria.

## **Abstract**

According to the international classification of impairments disabilities and handicaps (ICIDH), disability is a disadvantage for a given individual, resulting from an impairment or disability that limits or prevents the fulfillment

of a role that is normal if (depending on their age, sex and social and cultural factors). **Aim.** Set the quality of life related to health (HRQL) people with physical disabilities in Medellín, Colombia, 2009. **Materials and methods.** A cross-sectional descriptive study with primary source of information was performed. The study population included 175 people with physical disabilities residents of the city of Medellín, registered in the Quality of Life Survey of 2011, contacted by telephone; He answered a questionnaire about quality of life related to health (SF-8) social and demographic questions. With this information we proceeded to perform univariate, bivariate and multivariate analysis. **Results.** According to the scale of quality of life related to health, 40% (70) and 6.3% (11) indicated having good and very good quality of life. Factors associated with quality of life related to health were found are married or living in consensual union marital status, female sex, low education, being affiliated to the subsidized regime and have no affiliation with administering such risks. **Conclusions.** As the main factor associated with quality of life related to health, either married or living found in consensual union, as a factor that increases the probability of having a negative perception regarding their status, with statistically significant association, but also we add the fact of being a woman, have a low educational level, being affiliated to the subsidized regime and have no affiliation with any administrator of occupational risks, may not be laboring for being a physical disability, which may be temporary or permanent .

**Key words:** Quality of Life, disabled persons, health of the disabled, mobility limitation, activities of daily living.

### Resumo

De acordo com a Classificação Internacional de Deficiências deficiência e desvantagens (ICIDH), a deficiência é uma desvantagem para um determinado indivíduo, resultante de uma deficiência ou incapacidade que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal se (dependendo de sua idade, sexo e fatores sociais e culturais). **Objetivo.** Defina a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de pessoas com deficiência física em Medellín, Colômbia, de 2009. **Materiais e métodos.** Foi realizado um estudo descritivo transversal com fonte primária de informação. A população do estudo incluiu 175 pessoas com deficiência físicas residentes da cidade de Medellín, registradas no Quality of Life Survey 2011, contactado por telefone; Ele respondeu a um questionário sobre a qualidade de vida relacionada à saúde (SF-8) questões sociais e demográficas. Com esta informação procedeu-se a realizar univariada, bivariada e análise multivariada. **Resultados.** De acordo com a escala de qualidade de vida relacionada à saúde, 40% (70) e 6,3% (11) indicaram ter boa e muito boa qualidade de vida. Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde foram encontrados são casados ou vivendo em estado consensual união conjugal, sexo feminino, baixa escolaridade, sendo filiado ao regime subsidiado e não ter nenhuma ligação com a administração de tais riscos. **Conclusões.** Como o principal fator associado com a qualidade de vida relacionada à saúde, quer, mas casados ou viviam em união consensual encontrados, como um fator que aumenta a probabilidade de ter uma percepção negativa sobre sua situação, com associação estatisticamente significativa, também somamos o fato de ser mulher, ter um baixo nível de escolaridade, sendo filiado ao regime subsidiado e não ter nenhuma ligação com qualquer administrador dos riscos profissionais, não pode estar trabalhando para ser uma deficiência física, o que pode ser temporária ou permanente .

**Palavras chave:** Qualidade de vida, pessoas com deficiência, saúde da pessoa com deficiência, limitação da mobilidade, atividades cotidianas.

## Introducción

La calidad de vida ha sido definida por muchos autores como un concepto abstracto, amorfo, sin límites claros, difícil de definir y de operacionalizar. En el campo social ha sido definido como equivalente al bienestar, en el bio-médico al estado de salud y en psicología a la satisfacción y al bienestar psicosocial. De igual forma, se distingue de los constructos subjetivos tales como la satisfacción con la vida, la moral o la felicidad; tal como apunta Browne "La calidad de vida es el producto de la interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo y la percepción interna de dichas condiciones" (1).

En este sentido a este concepto se le puede dar un número de interpretaciones más o menos amplias,

según lo que abarquen los factores evaluativos con respecto a la vida de una persona, que se consideren incluidos en ella, Amartya Sen concibe la calidad de vida en términos de actividades que se valoran en sí mismas y en la capacidad de alcanzar estas actividades. Si la vida se percibe como un conjunto de 'haceres y seres' (es decir, de realizaciones) que es valorado por sí mismo, el ejercicio dirigido a determinar la calidad de la vida adopta la forma de evaluar estas 'realizaciones' y la 'capacidad para funcionar'. A diferencia de los enfoques basados en el valor o bienestar que otorgarían las propias mercancías (en que se confunden medios y fines), para este caso, la calidad de vida se determinaría en apoyo a esos 'haceres y seres' (realizaciones) y en la capacidad o habilidad de la persona de lograrlos; en últimas, las cosas que la gente valora hacer y ser (2,3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Este término ha crecido hasta el punto en que puede lograrse una definición conceptual que permite generar una serie de escalas que ayudan a medir la percepción general de la salud. Tanto la calidad de vida, como el dolor y la discapacidad, se dejan influenciar por las experiencias personales, la cultura y las expectativas de vida de los seres humanos, generando así millones de significados diversos para cada uno, lo cual se vuelve confuso para poder definir claramente que es calidad de vida relacionada con la salud (4).

Si se llega a considerar que las expectativas personales de vida, el soporte social que tenga una persona, la autoestima y valoración del ser humano como tal, las habilidades para saber llevar una limitación y/o discapacidad pudieran afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud podrían considerar de forma muy diferente si tiene o no calidad de vida, sería acá donde la percepción de este estado es evaluado individualmente y categorizado como un estado de salud. Bajo este criterio la calidad de vida no debe medirse de forma general, ni por el equipo médico que rodea constantemente un paciente con cierta condición de salud (5).

Se ha evaluado la calidad de vida de diversas maneras a lo largo de los años, en diversos grupos, tipos de padecimientos, discapacidades, ausencias y con múltiples instrumentos y escalas. Actualmente se pretende no solo evaluar a la salud de una persona, sino evaluar más allá de su capacidad física y se toma en cuenta su contexto social y su situación mental. Teniendo en cuenta que la calidad de vida se basa en mediciones con una carga variable subjetiva, es necesario métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables que permitan su captación (4,6).

Las mediciones de calidad de vida pueden usarse para planear programas de tratamiento a corto plazo y para evaluar a grupos con diagnósticos específicos. Estas evaluaciones pueden estar basadas en encuestas directas con referencia al inicio de la enfermedad, al diagnóstico y a los cambios de síntomas en los últimos meses, principalmente en aquellos pacientes con enfermedades crónicas con tratamientos paliativos, y que confieran beneficios en la calidad de vida: como discapacitados, minusválidos y limitados (4,6).

En este estudio, se utilizó el cuestionario SF-8 (7), una versión de 8 ítems que supone la última fase en la evolución de la familia de cuestionarios del SF. Esta nueva versión presenta un único ítem para cada uno de los dominios y permite de manera ágil

el cálculo comparable al SF-36, e incluye también las estimaciones de dos medidas resumen; la física y la mental. Este instrumento fue construido para sustituir al SF-36 y al SF-12 en estudios de salud poblacionales en Estados Unidos y en el ámbito internacional (8,9) y se buscó establecer la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) percibida por las personas con discapacidad física en la ciudad de Medellín, Colombia, año 2013.

## **Materiales y métodos**

Se realizó un estudio descriptivo transversal de fuente primaria de información, tomando como población de estudio 175 personas con discapacidad física que vivían en la ciudad de Medellín, registrados en la Encuesta de Calidad de Vida en el año 2011 (10). Para la obtención de la información se utilizó una encuesta telefónica, donde se indagó por preguntas sociales y demográficas y el cuestionario sobre la calidad de vida relacionada con la salud (SF-8) (11), categorizada en mala/regular y buena/muy buena.

Se hizo control de sesgos de información con la prueba piloto, capacitación al encuestador en el manejo adecuado del instrumento de recolección y se garantizó la confidencialidad de la información suministrada por los participantes, al no preguntar por información personal como nombres y cédula.

Los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS versión 21.0 (licencia de la Universidad CES) para el análisis estadístico de los datos y la generación de cuadros de salida. Se hizo análisis univariado, bivariado y multivariado y se calcularon los puntajes globales físico y mental del SF-8. Se calculó la asociación estadística por medio del estadístico Chi cuadrado, se estimaron los OR y sus respectivos intervalos de confianza del 95% y se consideró asociación estadísticamente significativa, con p menor del 0,05. Con el fin de ajustar las estimaciones encontradas en el análisis bivariado, se realizó un modelo de regresión logística, en el cual se tuvieron en cuenta las variables cuyo valor p fue inferior de 0,25; considerando el criterio de Hosmer Lemeshow.

## **Resultados**

De acuerdo a los resultados encontrados en la escala de calidad de vida (SF-8) relacionada con la salud, se observó que el 40% (70) y el 6,3% (11) indica tener buena y muy buena calidad de vida. Sin embargo la prevalencia de una calidad de vida regular o mala fue del 53,7%. Figura 1.

Al relacionarlo con sexo, se pudo evidenciar que las mujeres presentaron más mala y regular percepción de la CVRS que los hombres; bajo la misma línea la relación mujer/hombre en una regular calidad de vida fue que por cada hombre con calidad de vida regular se presentó 1,4 mujeres. Al hablar de mala percepción se encontró que por cada hombre habian 2,2 mujeres que tenían esta opinión, pero no se evidenció asociación estadística entre esta percepción y el sexo. Tabla 1

Respecto a nivel educativo de la población se pudo observar que el 58,5% (55) de las personas que indicaron tener mala o regular calidad de vida, solo alcanzaron estudios primarios, mientras que el 13,5% (11) de las personas que indicaron buena y muy buena calidad de vida lograron obtener estudios superiores. Sin embargo no existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y la calidad de vida.

Las personas entre los 46 a 60 años de edad reportaron en mayor proporción percibir una mala o regular calidad de vida con un 40,4% (38); en este mismo grupo de edad el 33,3% (27) de las personas indicaron percibir un buena y muy buena calidad de vida.

Relacionado con el estado civil, se observó que las personas que son casadas o viven bajo unión libre, tienen 2,01 veces la probabilidad de percibir una mala

o regular calidad de vida respecto a las personas con estado civil soltero (OR=2,01; IC95%: 1,01-3,98), siendo esta relación significativa estadísticamente con un valor p=0,04. Se encuentra que las personas con estado civil viudo presentan 3,64 veces la probabilidad de percibir una mala o regular calidad de vida, respecto a las personas solteras (OR=3,64; IC95%:1,15-11,51) con una asociación estadística (valor p=0,02).

El 91,4% de las personas con discapacidad adquirida indicaron tener mala o regular calidad de vida, el 90,1% (73) de quienes indicaron tener una buena o muy buena calidad de vida, tienen el mismo tipo de discapacidad. El 9,8% (8) de las personas que señalaron tener buena y muy buena calidad de vida presentaban discapacidad congénita. Esta relación no es estadísticamente significativa.

En relación con el tipo de familia se halló que no existe asociación estadísticamente significativa con la variable dependiente; sin embargo, es de resaltar que el 51,0% de las personas que indicaron tener mala o regular calidad de vida, viven bajo familia nuclear compuesta; el 53,0% de las personas que perciben una buena o muy buena calidad de vida, viven bajo familia extensa. Las variables afiliación al sistema de salud, pensiones y riesgos profesionales no tuvieron asociación estadística con la calidad de vida percibida.

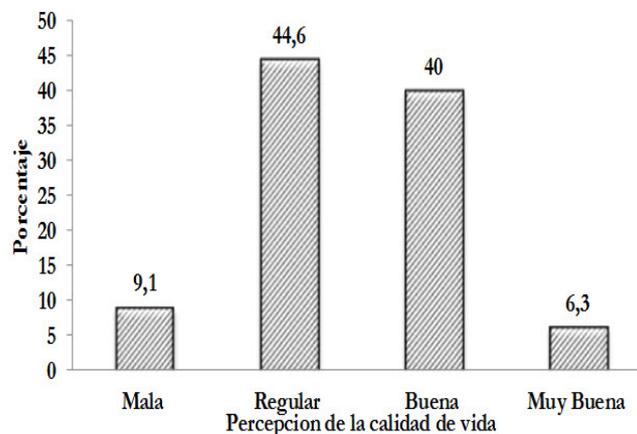


Figura 1. Distribución porcentual de personas con discapacidad física según la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud. Ciudad de Medellín, 2012.

**Tabla 1.** Características asociadas a la calidad de vida (OR crudos e intervalos de confianza) en personas con discapacidad física. Ciudad de Medellín, 2012.

Características	Percepción de la calidad de vida (SF8)				X <sup>2</sup>	Valor P	OR	IC 95%		
	Mala o regular (n=94)		Buena o muy buena (n=81)					LI	LS	
	N	%	N	%						
Sexo	Mujer	57	60,64	39	48,15	2,726	0,099	1,659	0,910	3,026
	Hombre	37	39,36	42	51,85			1,000	-	-
Nivel educativo	Ninguno	6	6,38	0	0,00	0,000	0,998	IND		
	Primaria	55	58,51	38	46,91	3,152	0,076	2,654	0,904	7,792
	Secundaria	27	28,72	32	39,51	0,584	0,445	1,547	0,505	4,735
	Ed. superior	6	6,38	11	13,58			1,000	-	-
Grupos de edad	18 a 24 años	5	5,32	5	6,17			1,000	-	-
	25 a 45 años	13	13,83	18	22,22	0,199	0,656	0,722	0,173	3,019
	46 a 60 años	38	40,43	27	33,33	0,252	0,616	1,407	0,371	5,344
	61 a 70 años	18	19,15	16	19,75	0,027	0,870	1,125	0,274	4,611
	71 años y mas	20	21,28	15	18,52	0,160	0,689	1,333	0,326	5,455
Estado civil	Soltero	25	26,60	35	43,21			1,000	-	-
	Casado/U libre	46	48,94	32	39,51	4,024	0,045*	2,012	1,016	3,986
	Divorciado/Sep	10	10,64	9	11,11	0,698	0,403	1,556	0,552	4,386
	Viudo	13	13,83	5	6,17	4,831	0,028*	3,640	1,150	11,519
Origen de la discapacidad	Adquirida	86	91,49	73	90,12	0,098	0,755	1,178	0,421	3,295
	Congénita	8	8,51	8	9,88			1,000	-	-
Tipo de familia	Nuclear comp	48	51,06	28	34,57	0,043	0,836	0,857	0,199	3,699
	Extensa	26	27,66	43	53,09	2,548	0,110	0,302	0,070	1,314
	Monoparental	4	4,26	4	4,94	0,480	0,488	0,500	0,070	3,550
	Ensamblada	4	4,26	1	1,23	0,275	0,600	2,000	0,150	26,734
	Nuclear sencilla	6	6,38	2	2,47	0,141	0,707	1,500	0,181	12,459
	Vive solo	6	6,38	3	3,70			1,000	-	-
Régimen de Afiliación al SGSSS	Contributivo	23	24,47	31	38,27			1,000	-	-
	Subsidiado	69	73,40	50	61,73	3,494	0,062	1,860	0,970	3,565
	Ninguno	2	2,13	0	0,00	0,000	0,999	IND		.
Afiliación a pensión	Si	21	22,34	31	38,27	0,073	0,787	0,677	0,040	11,440
	No	72	76,60	49	60,49	0,073	0,787	1,469	0,090	24,054
	No sabe	1	1,06	1	1,23			1,000	-	-
Afiliación ARP	Si	2	2,13	6	7,41			1,000	-	-
	No	91	96,81	75	92,59	2,416	0,120	3,640	0,714	18,564
	No sabe	1	1,06	0	0,00	0,000	1,000	IND		.

IND indeterminado

\* Asociación estadística

**Factores asociados a la calidad de vida – Escala SF-8**

Se pudo observar que las personas casadas o en unión libre presentaron 2,41 veces el riesgo de tener una mala o regular calidad de vida en comparación

con las personas solteras (OR 2,41, IC 95% 1,16-5,02), al ajustar el modelo por las variables sexo, nivel educativo, afiliación a la salud y afiliación a riesgos profesionales; se presentó una asociación estadísticamente significativa. Tabla 2

**Tabla 2.** Factores asociados a la calidad de vida (OR ajustados e intervalos de confianza) en personas con discapacidad física. Ciudad de Medellín, 2012.

Características demográficas		OR crudo	OR ajustado	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
Sexo	Hombre	1,000	1,000	-	-
	Mujer	1,659	1,604	0,810	3,177
Nivel educativo	Educación superior	1,000	1,000	-	-
	Ninguno	IND	IND		
	Primaria	2,654	1,786	0,527	6,055
	Secundaria	1,547	1,075	0,309	3,746
Estado civil	Soltero	1,000	1,000	-	-
	Casado/Unión libre	2,012	2,419*	1,165	5,024
	Divorciado/Separado	1,556	1,615	0,542	4,814
	Viudo	3,640	2,195	0,621	7,757
Régimen de afiliación al SGSSS	Contributivo	1,000	1,000	-	-
	Subsidiado	1,860	1,439	0,658	3,149
	Ninguno	IND	IND		
Afiliación ARP	Si	1,000	1,000	-	-
	No	3,640	2,173	0,380	12,417
	No sabe	IND	IND		

IND indeterminado

Como principal factor asociado a la calidad de vida relacionada con la salud, se encontró el estado civil casado o vivir en unión consensuada, como un factor que aumenta la probabilidad de tener una percepción negativa respecto a su estado, con asociación estadísticamente significativa, pero también se le suman el hecho de ser mujer, tener un bajo nivel educativo, estar afiliado al régimen subsidiado y no tener una afiliación con ninguna administradora de riesgos profesionales. Lo anterior, posiblemente se debe a que estas personas no se encontraban

laborando por su condición de discapacidad física, que pudiera ser transitoria o permanente.(12)(11)

### Discusión

En Colombia, el censo realizado en el año 2005 (13) implementó el registro para la focalización y caracterización de personas con discapacidad estimando una prevalencia de discapacidad del 6,4% para la población general basada en las personas que reportaron mínimo una limitación permanente para

realizar alguna actividad de la vida diaria, es decir, que teniendo en cuenta la población total para Colombia en este mismo año (42.090.502), se calculó que existen en el país 2.651.701 personas con por lo menos una limitación (71,2%)(14).

De forma similar se comportó en el estudio "Calidad de vida en pacientes con discapacidad motora según factores sociodemográficos y salud mental" del año 2012 (15), donde al analizar sus resultados basados en la escala SF 36, se halló que en cuanto a la edad, el rango comprendido entre 51 y 55 años presentó el mayor puntaje en el análisis del componente físico, con una media de 53,2. El menor puntaje se obtuvo en mayores de 65 años con una media de 29,6. Indicando esto menor calidad de vida en este rango de edad (15).

En el estudio "Calidad de vida relacionada con salud en personas con limitación en las actividades de la movilidad del municipio de Neiva. 2009-2011"(14), se encontró que el 52% de los participantes corresponde al sexo masculino, la media de edad de los participantes fue de 53 años, una desviación típica  $\pm 19$  años, la mayoría son solteros (43,5%) y están desempleados por motivos de salud (40%), el nivel de estudios primarios es el que predominó entre la población encuestada (43,5%). Características demográficas de la población similares a las halladas en el presente estudio, sin embargo, la mayor proporción de personas encuestadas en esta investigación fue femenina con un 54,8% (96), y se halló que las personas en situación de discapacidad física con edades entre los 18 a 24 años, tenía una muy buena calidad de vida, en comparación con las personas que se encontraban entre los 25 a 45 años que solo reportaron el 9,1% (1), estos valores al compararlos con calidad de vida, y las condiciones físicas de la anterior investigación muestran tener la misma relación.

Pudo hallarse en este estudio que en general la calidad de vida de las personas con discapacidad es entre regular y buena, datos que son semejantes a los arrojados por la investigación "Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México" (16), donde los hallazgos de esta demuestran, en promedio, que la percepción de calidad de vida relacionada con la salud, es buena en los participantes. Sin embargo en este estudio no se observó la tendencia a promedios más bajos en las escalas de salud al incrementar la edad de los participantes.

La CVRS percibida por las personas guarda relación directa con su estatus social. En Estados Unidos de Norteamérica las personas con menores estudios y menores ingresos económicos presentan de 10 a

12 puntos menos que la población general utilizando el cuestionario SF-8 (17). También se objetivan diferencias al comparar sexo y razas. En consecuencia con lo anterior, se halló en este estudio, respecto al nivel educativo, que el 54,5% (6) de las mujeres que indicaron tener una mala calidad de vida, siendo su nivel educativo primaria incompleta, seguido del 40% (2) de los hombres que bajo esta misma línea solo alcanzaron primaria completa; los del régimen subsidiado señalaron principalmente tener una mala calidad de vida con un 87,5% (14), mientras que los del régimen contributivo tuvieron el mayor nivel de calidad de vida con un 45,5% (5).

Teniendo en cuenta que en este caso el estatus académico y las posibilidades de cobertura en salud desmejoran o benefician la calidad de vida de las personas en condiciones de disparidad, es importante impactar positivamente a la población más vulnerable en este sentido; como lo trata el artículo "Calidad de vida y situación de discapacidad" (18), la relación calidad de vida-discapacidad resalta la necesidad de abordarse desde visiones multidimensionales que permitan comprender al ser humano en su integralidad y en la perspectiva del desarrollo.

Los valores obtenidos generalmente en las dimensiones de salud que se obtuvieron en este estudio, reflejan que las personas con discapacidad física de Medellín, presentan una regular o mala calidad de vida; sin embargo es relevante notar que las personas entre los 46 a 60 años son quienes más indican tener esta condición, estos datos coinciden con estudios realizados en Estados Unidos donde las personas mayores son quienes presentan esta misma situación; en el año 2000 el 28,8% las personas mayores de 65 años no institucionalizadas informó vivir con alguna discapacidad física y 9,6% declaró tener alguna limitación para cuidar de sí sin ayuda (19, 20). Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de España correspondiente al año 2001, 36,2% de las personas de 65 años o más necesitaba ayuda de otra persona: 19,2% para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y 17,0% la necesitaba también para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (21, 22).

Es importante resaltar, que la información obtenida en esta investigación es valiosa, debido a que la revisión bibliográfica y la consulta académica no arroja resultados que permitan visualizar los factores que se relación directamente con la calidad de vida de personas en condición de discapacidad física en Colombia, y menos específica de la ciudad de Medellín; teniendo en cuenta que la calidad de vida se convierte en un constructo de amplio alcance que va desde el

análisis más objetivo de los aspectos biológicos que hacen referencia a condiciones y componentes de la salud de las personas, hasta los componentes más subjetivos relacionados con la percepción de bienestar por parte de las personas, es importante que en este sentido, la calidad de vida se constituya con una perspectiva complementaria de suma importancia que permite realizar valoraciones objetivas y percibidas de los programas y servicios dirigidos a las personas en situación de discapacidad(18).

## **Conclusiones**

- La discapacidad física es aún un tema muy poco estudiado en el país, a pesar de su alta prevalencia. Debe existir un amplio campo de investigación sobre la salud física en relación a los diversos tipos de discapacidad y su relación con la calidad de vida al tiempo de evolución de esta condición; a pesar de que esta investigación no logra concluir significativamente la relación entre salud física, la calidad de vida y la discapacidad, si abre paso a múltiples herramientas que pudieran ser utilizadas en un futuro con muestras poblacionales más amplias, que permitan generalizar la situación de esta población en el país.
- Pudo evidenciarse que el nivel educativo de las personas que indicaron tener una mala o regular calidad de vida, solo alcanzaron estudios primarios y las personas que indicaron tener una buena y muy buena calidad de vida lograron alcanzar estudios superiores, en este caso la calidad de vida de las personas en condición de discapacidad podría estar relacionada con las ventajas que brinda un mejor nivel educativo, no solo en el campo profesional sino también en el personal. el poco grado escolar influye y afecta las oportunidades laborales y por ende las oportunidades económicas que pueden incidir en el estilo de vida de personas en situación de discapacidad.
- Como principal factor asociado a la calidad de vida relacionada con la salud, se encontró el estado civil casado o vivir en unión consensuada, como un factor que aumenta la probabilidad de tener una percepción negativa respecto a su estado, con asociación estadísticamente significativa, pero también se le suman el hecho de ser mujer, tener un bajo nivel educativo, estar afiliado al régimen subsidiado y no tener una afiliación con ninguna administradora de riesgos profesionales, posiblemente por no encontrarse laborando por su condición de discapacidad física, que pudiera ser transitoria o permanente.

- El concepto de calidad de vida en personas con discapacidad sigue siendo un movimiento, las personas en el estudio incluidas indicaron que las prácticas profesionales, el acceso a los servicios, la definición de los apoyos centrados en las personas con discapacidad, lograrían promover una mejor actuación no solo de la sociedad sino también del sistema, la sensibilización de la comunidad con programas que permitan la inclusión y la involucración de las personas en estas condiciones permitiría aún más su desarrollo en todos los procesos que mejoran notoriamente la calidad de vida de cualquier persona, como lo son las actividades cotidianas, servicios de salud, procesos de vida social, laboral y política, como usuarios, personas y clientes, no como víctimas o extraños.
- Es importante tener en cuenta que son pocos los estudios que permiten hacer la comparación relacionada y ajustada a la calidad de vida relacionada con la salud en personas con discapacidad física, basados en la escala SF-8 utilizada en esta investigación, siendo esta más específica al relacionar los aspectos familiares, mentales, depresivos y de salud de las personas con discapacidad física.

## **Conflicto de intereses**

Se deja constancia que durante la realización del presente estudio no existió conflicto de intereses entre el equipo investigador ni con la Universidad CES, que pudieran haber afectado los resultados del mismo.

## **Agradecimientos**

Los investigadores agradecen a la Dirección de Investigaciones de la Universidad CES, Medellín-Colombia, por la financiación del proyecto de menor cuantía y al Departamento Administrativo de Planeación Municipal, por proporcionarnos la base de datos de la Encuesta de Calidad de Vida 2011.

## **Referencias**

1. Browne JP, O'Boyle CA, McGee HM, Joyce CR, McDonald NJ, O'Malley K, et al. Individual quality of life in the healthy elderly. *Qual life res.* Agosto de 1994;3(4):235-44.

2. Ricardo Graziano. La viabilidad de una alternativa a las estrategias de promoción del desarrollo. 2002.
3. La perspectiva de la Libertad.pdf [Internet]. [citado 9 de Marzo de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.undp.org.ar/desarrollohumano/LaperspectivadelaLibertad.pdf>
4. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública de México. julio de 2002;44(4):349-61.
5. Nelson EC, Berwick DM. The measurement of health status in clinical practice. Med Care. Marzo de 1989;27(3 Suppl):S77-90.
6. Hutchinson A. Measuring health. Br J Gen Pract. Octubre de 1991;41(351):439.
7. The SF Community - SF-36® Health Survey Update [Internet]. 18:59:03 [citado 8 de Febrero de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>
8. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta Sanitaria. Abril de 2005;19(2):135-50.
9. What we do SF health surveys quality metric incorporated [Internet]. [citado 9 de Marzo de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.qualitymetric.com/WhatWeDo/GenericHealthSurveys/tabid/184/Default.aspx>
10. Colombia - Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ENCV 2011 [Internet]. [citado 31 de Enero de 2014]. Recuperado a partir de: <http://190.25.231.249/metadatos/index.php/catalog/222>
11. The SF Community - The SF-8™ Health Survey [Internet]. 19:08:24 [citado 8 de Febrero de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.sf-36.org/tools/sf8.shtml>
12. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Revista Española de Salud Pública. Marzo de 1997;71(2):127-37.
13. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Censo general boletín discapacidad Colombia: Actualización. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.; 2005.
14. Quesada Espinosa M, Tamayo Perdomo G, Gil Obando LM. Calidad de vida relacionada con salud en personas con limitación en las actividades de la movilidad del municipio de Neiva 2009-2011 [Internet] [Thesis]. 2013 [citado 18 de octubre de 2013]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.autonoma.edu.co:8080/xmlui/handle/11182/332>
15. González S, Tello J, Silva P, Lüders C, Butelmann S, Fristch R, et al. Calidad de vida en pacientes con discapacidad motora según factores sociodemográficos y salud mental. Revista chilena de neuro-psiquiatría. marzo de 2012;50(1):23-34.
16. Zúniga M, Carrillo-Jiménez G, Fos P, Gandek B, Medina-Moreno M. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México. salud pública de México. 1999;41(2):110-8.
17. Seoane B, de la Iglesia F, Nicolás R, Ramos V, Pellicer C, Diz-Lois F. Análisis factorial de la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes que ingresan en una unidad de corta estancia médica. Revista médica de Chile. 2009;137(9):1163-72.
18. Lema CPH, Obando LMG. Calidad de vida y situación de discapacidad. [citado 22 de Octubre de 2013]; Recuperado a partir de: <http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/CALIDAD%20DE%20VIDA/CALIDAD%20DE%20VIDA%20Y%20BUENA%20PRACTICA/Calidad%20de%20vida%20y%20situacion%20de%20discapacidad%20-%20Henno%20y%20Gil%20-%20articulo.pdf>
19. Cristian A. The assessment of the older adult with a physical disability: a guide for clinicians. Clin Geriatr Med. 2006;22:221-38.
20. United States of America. The older Americans act. national family caregiver support Program 2004 [sitio en Internet]. Hallado en: [http://www.aoa.gov/prof/aoaprogram/caregiver/careprof/proguidance/resources/FINAL\\_NFCSP\\_Report\\_July22\\_2004.pdf](http://www.aoa.gov/prof/aoaprogram/caregiver/careprof/proguidance/resources/FINAL_NFCSP_Report_July22_2004.pdf). Ac- ceso el 1 de Julio de 2007.

21. Casado D. La dependencia de las personas mayores en España: un análisis de su evolución durante los años noventa. *Rev Esp Salud Publica*. 2005;79:351–63.
22. Mirón Canelo JA, Alonso Sardón M, Serrano López de las Hazas A, Sáenz González MC. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con discapacidad intelectual en España. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(5):336–44.

**Forma de citar:**

Cardona D, Agudelo A, Restrepo L, Sánchez L, Segura AM. Calidad de vida de las personas en situación de discapacidad física. Medellín, 2012. *Rev CES Salud Pública* 2014; 5(2): 137-146.

