



Discapacidad y su relación con variables sociodemográficas y clínicas en adultos de San Juan de Pasto - Nariño, Colombia

Disability and its relationship to sociodemographic and clinical variables in adults of San Juan de Pasto, Nariño in Colombia

Lida Maritza Gil-Obando^{1*}, Alexandra López-López², Carmen Liliana Avila-Rendón³, Carlos Hernando Criollo-Castro⁴,
Alexandra Marcela Canchala-Obando⁵, María Paula Serrato-Mendoza⁶

- 1 Fisioterapeuta, Magíster en Discapacidad. Profesora Asociada e Investigadora del Grupo Cuerpo Movimiento. Universidad Autónoma de Manizales. Manizales, Colombia. e-mail: lidagil@autonoma.edu.co
- 2 Fisioterapeuta, Magíster en Discapacidad. Profesora Asociada e Investigadora del Grupo Cuerpo Movimiento. Universidad Autónoma de Manizales. Manizales, Colombia e-mail: alexlo@autonoma.edu.co
- 3 Fisioterapeuta, Magister en Discapacidad. Profesora Asociada e Investigadora del Grupo Cuerpo Movimiento. Universidad Autónoma de Manizales. Manizales, Colombia. e-mail: liliavila@autonoma.edu.co.
- 4 Terapeuta ocupacional, Magíster en Discapacidad. Decano Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Mariana. San Juan de Pasto, Colombia. e-mail: carloscla17@hotmail.com.
- 5 Terapeuta Ocupacional, Magíster en Discapacidad Docente Programa de Terapia Ocupacional, Universidad Mariana. San Juan de Pasto, Colombia. e-mail: marcela_canoban@hotmail.com.
- 6 Terapeuta Ocupacional, Magíster en Discapacidad Terapeuta Ocupacional en el Centro de habilitación del niño CEHANI ESE. San Juan de Pasto, Colombia. e-mail: mariapaula_serrato@hotmail.com.

Fecha de recepción: Mayo 06 - 2016 Fecha de revisión: Septiembre 1º - 2016 Fecha de aceptación: Diciembre 18 - 2016

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. Univ. Salud. 2016;18(3):505-513. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.161803.55>

Resumen

Introducción: La evaluación de discapacidad implica el análisis desde un nivel corporal, personal y social. **Objetivo:** Correlacionar discapacidad con variables sociodemográficas y clínicas de personas adultas de la ciudad de San Juan de Pasto, Colombia. **Materiales y Métodos:** Estudio correlacional, la muestra estuvo constituida por 117 personas con discapacidad, mayores de 20 años con más de seis meses de la limitación, se utilizó el WHODAS-II. **Resultados:** Las variables sociodemográficas edad, rangos de edad, estado civil y ocupación presentaron asociación significativa con movilidad y discapacidad final. Las variables clínicas de diagnóstico médico, tiempo y rangos de tiempo de limitación, tipo de ayuda externa, uso y tipo de medicamentos presentaron asociación significativa con las áreas de movilidad, autocuidado, relacionarse con otras personas, actividades de la vida diaria y participación en sociedad. **Conclusión:** Las personas con discapacidad del estudio en su mayoría fueron hombres, solteros, y con grado de discapacidad leve. La ocupación y las variables clínicas evidenciaron mayor repercusión sobre las actividades de la vida diaria, movilidad y discapacidad global.

Palabras clave: Discapacidad; evaluación de la discapacidad; adultos. (Fuente: DeCS, Bireme).

***Autor de correspondencia**

Alexandra Marcela Canchala-Obando
Universidad Mariana. San Juan de Pasto, Colombia
e-mail: lidagil@autonoma.edu.co

Abstract

Introduction: Disability evaluation involves analysis from a corporal, social and personal level. **Objective:** To correlate disability with sociodemographic and clinical variables of adults in San Juan de Pasto, Colombia. **Materials and Method:** A correlational study was made, whose sample consisted of 117 people with disabilities, who were older than 20 years old with more than six months with the disability. WHODAS II was used. **Results:** The sociodemographic variables: age, age ranges, marital status and occupation presented a significant association with mobility and final disability. The clinical variables: medical diagnosis, time and time ranges of disability, type of external help, use and type of drugs, showed a significant association with the areas of mobility, self-care, relationships with others, daily life activities and participation in society. **Conclusions.** People with disabilities in this study were mostly men, single and credited a degree of mild disability. Occupation and clinical variables showed greater impact on daily life activities, mobility and global disability.

Keywords: Disability; assessment of disability; adults. (Source: DeCS, Bireme).

Introducción

De acuerdo con la Organización mundial de la Salud (OMS) en el informe mundial de discapacidad 2011, más de 1000 millones de personas en el mundo viven con algún tipo de discapacidad, esta cifra representa alrededor del 15% de la población mundial. La discapacidad afecta de manera desproporcionada a las poblaciones vulnerables y es más común en las mujeres, personas mayores, niños y adultos que son pobres¹.

En Colombia, por su parte el censo del año 2005 estimó una prevalencia de discapacidad del 6,3% para la población colombiana basada en las personas que reportaron por lo menos una limitación permanente para realizar alguna actividad de la vida diaria². A partir del consolidado del Registro para Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), realizado por la fundación Saldarriaga Concha y la fundación Santa Fe en 2009³, los principales resultados reportaron que la población con discapacidad en su mayoría eran de escasos recursos, pertenecían en general a estratos 1 y 2, un gran porcentaje no se encontraban afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), ubicados en las cabeceras municipales y el grupo de edad más afectado era el de los mayores de 60 años, principalmente del género femenino y prevalecía un bajo nivel educativo en la población registrada con un alto porcentaje de inasistencia escolar. De igual forma, describía que el desempleo era uno

de los principales problemas que aquejaba a esta población, donde cerca del 70% de las personas con discapacidad se encontraban desempleadas o excluidas de la fuerza laboral.

Tradicionalmente la discapacidad se ha circunscrito a la evaluación de aspectos clínicos (principalmente referidos a las deficiencias en funciones y estructuras corporales) razón por la cual, el principal interés del presente estudio fue ampliar las miradas convencionales hacia miradas integradoras, donde los determinantes sociales como las características sociodemográficas muestran la influencia en los resultados de discapacidad. Específicamente en la ciudad de Pasto no se encuentran resultados de estudios de este tipo, los cuales serían de gran importancia para la toma de decisiones respecto de inclusión social de personas con discapacidad de los entes gubernamentales, sociedad civil, colectivos e instituciones de salud, educación.

La OMS propone una visión de la salud, y por tanto del funcionamiento y de la discapacidad de las personas desde una conceptualización holística, como resultante de fundamentaciones biológicas, motivaciones psicológicas y condicionamientos sociales¹, este marco ecosistémico supone un reto para evaluaciones integradoras, multidimensionales, que contemplen las múltiples esferas de la persona y que utilicen instrumentos validados y aplicables transculturalmente¹.

El cuestionario WHO-DAS II⁴ es un instrumento que contempla la evaluación de discapacidad desde seis áreas: Comprensión y comunicación; Movilidad; Autocuidado; Relacionarse con otras personas; Actividades de la vida diaria; Participación en la sociedad. La interpretación de los resultados del instrumento guarda relación directa, a mayor puntuación mayor grado de discapacidad.

Este instrumento se reconoce como una herramienta que evalúa de forma multidimensional el funcionamiento y la discapacidad con énfasis en las áreas de actividades y participación, permitiendo a la vez obtener una puntuación global de discapacidad. Se considera que brinda información importante al ser aplicado en personas con discapacidad, ya que como herramienta integral de valoración, hace énfasis en las limitaciones de la actividad y restricciones en la participación experimentadas por las personas⁴.

Materiales y métodos

El estudio fue descriptivo correlacional transversal con 117 adultos con discapacidad de la ciudad de Pasto que al momento de la evaluación debían contar con una edad igual o superior a 20 años, tuvieran limitaciones en la realización de actividades de carácter permanente (excepto limitación en aprendizaje y aplicación del conocimiento que impidiera contestar el cuestionario) y llevaran más de seis meses con la limitación o discapacidad.

Para efectos del cálculo de la muestra se tomó como referencia la desviación estándar del puntaje de área de autocuidado (DS 26,19) reportada en el estudio de Gil et al.⁹, con lo cual se garantiza una adecuada representatividad de la población. De esta manera, para el momento de recolección de la información la ciudad de Pasto contaba con una población general de 282.393 habitantes, se calculó una población esperada con discapacidad de 25.980, nivel de confianza del 95% y margen de error del 5%, a partir de estos datos el tamaño mínimo estimado de la muestra fue de 105 personas.

Se realizó un muestreo no probabilístico de personas voluntarias con la técnica de bola de nieve en instituciones de rehabilitación, agremiaciones y colectivos de personas con discapacidad de la ciudad de Pasto. A cada participante seleccionado, se le comunicaron los propósitos y condiciones de la investigación y tras la firma del consentimiento informado (previamente aprobado por el Comité de Ética de la UAM) se procedió a la evaluación. Fueron respetados los derechos de autor del cuestionario WHO-DAS II, para ello se contó con la autorización de la Organización Mundial de la Salud, previa solicitud del permiso de uso⁴⁻⁶.

El WHO-DAS II de 36 ítems (versión extensa) define que el perfil de funcionamiento de la persona puede ser evaluado a través de la exploración de seis áreas, como también un puntaje de discapacidad final o global, los entrevistados declaran el nivel de dificultad que experimentan al realizar la actividad concreta, tomando en consideración la forma como la realizan habitualmente, incluyendo el uso de cualquier tipo de asistencia mecánica o la ayuda de una persona⁴. Las áreas incluidas en el instrumento son: Comprensión y Comunicación, Movilidad, Cuidado personal, Relacionarse con otras personas, Actividades de la vida diaria y Participación en sociedad⁴.

La escala de evaluación para cada área y para el instrumento en su totalidad determina grados de dificultad o discapacidad según el caso. Esta escala va desde ninguna dificultad o sin discapacidad (0 - 4%), dificultad o discapacidad leve (5 - 24%), moderada (25 - 49%), severa (50 - 94%) hasta dificultad o discapacidad completa o extrema (95 - 100%). El WHO-DAS II está diseñado para evaluar la discapacidad a personas de seis (6) años o más. Puede ser aplicado a personas con antecedentes culturales, educacionales y niveles cognoscitivos marcadamente diferentes.

El análisis de todos los datos se realizó con el software estadístico SPSS versión 20. Se realizaron análisis descriptivos de todas las variables. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Sminrov para determinar normalidad de las

variables y se emplearon diferentes coeficientes de relación como Eta, Spearman o Pearson, se consideró la significancia estadística cuando el p Valor fue \leq a 0,05. Para la fuerza de asociación se utilizó la interpretación de los valores del índice Kappa, así: Inferior a 0,0 sin acuerdo, de 0,0 a 0,20 insignificante, de 0,21 a 0,40 baja, de 0,41 a 0,60 moderada, de 0,61 a 0,80 buena y de 0,81 a 1,00 muy buena.

Consideraciones Éticas

Estudio aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad Autónoma de Manizales, se clasificó en “riesgo mínimo” acorde con el artículo 11 de la Resolución 008430⁷, pues se realizaron pruebas de evaluación de carácter no invasivo, que no atentaron contra la integridad física y moral de los participantes. Cumplió además con los principios enunciados en la Declaración de Helsinki⁸ 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.

Resultados

Análisis univariados

Las características sociodemográficas y clínicas de los participantes en el estudio de la ciudad de Pasto se resumen en la tabla 1. El perfil sociodemográfico de la muestra evidenció predominio de hombres, solteros, con una media de edad de 43 ± 14 años, un cuarto de los participantes se encontraba desempleado por motivo de salud, seguido por aquellos que trabajan de manera independiente (19,7%) y estudiantes (13,7%).

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas

Variable		(FA)	(%)
Genero	Hombre	74	63,2
Nivel de estudios alcanzado	Profesional	26	22,2
	Ninguno	8	6,8
Estado civil	Soltero	70	59,8
Ocupación Actual	Desempleado por motivo de salud	30	25,6
Afiliación a seguridad social en salud	Subsidiado	56	47,9
Ingresos del núcleo familiar	Menos de 1 SMMLV	61	52,1
Estrato socioeconómico	Estrato 2	50	42,7
Intervalos de edad	50 a 59 años	29	24,8
Diagnóstico médico	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	42	35,9
Uso de ayudas externas	Si	69	59,0
Tipo de ayuda externa	Bastón	24	20,5
Uso de medicamentos	No	71	60,7
Rango de tiempo de la limitación permanente	Más de 10 años	69	59,0

El principal diagnóstico médico (según clasificación CIE 10) al cual se atribuyó la limitación permanente o discapacidad fue el grupo de enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo (35,9%), seguido por las enfermedades del ojo y sus anexos (22,2%) y por las enfermedades del oído y apófisis mastoides (21,4%). Más de la mitad de los participantes manifestó el uso de ayudas externas principalmente el bastón. El 59% de los encuestados lleva más de 10 años con la

limitación permanente. En cuanto a discapacidad, la media de puntuación final o global fue de 27,95 puntos (escala de 0 a 100 puntos), mayor proporción de discapacidad leve (53%) y en menor porcentaje moderada (35%) y severa (12%). En la evaluación por áreas, las mayores puntuaciones promedio de discapacidad fueron para participación en sociedad ($37,4 \pm 19,74$) y movilidad ($34,94 \pm 30,79$). Los resultados de discapacidad por áreas y final se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la puntuación final y por áreas con WHO DAS-II

Áreas y final discapacidad	Media	Desv. Tip	Rango	Mínimo	Máximo
Comprensión y Comunicación	18,46	14,82	65,00	0,00	65,00
Movilidad	34,94	30,79	100,00	0,00	100,00
Autocuidado	17,09	26,94	100,00	0,00	100,00
Relacionarse con otras personas	20,51	22,76	92,00	0,00	92,00
Actividades de la vida diaria	33,42	30,09	100,00	0,00	100,00
Actividades de la vida diaria-Trabajo remunerado	21,19	19,40	100,00	0,00	100,00
Participación en sociedad	37,43	19,74	100,00	0,00	100,00
Puntuación final discapacidad WHODAS-II	27,95	17,00	71,00	5,00	76,00

Tabla 3. Relación de discapacidad final y por áreas con variables sociodemográficas y clínicas

Discapacidad por áreas y final (escala de 0 - 100 puntos)									
	Estadístico	Discapacidad final -WHODAS II-	Comprensión y comunicación	Movilidad	Autocuidado	Relacionarse con otras personas	Actividades de la vida diaria	Actividades de la vida diaria-trabajo remunerado	Participación en sociedad
Sexo	Eta	0,053	0,089	0,057	0,129	0,064	0,020	0,063	0,074
	P valor	0,779	0,341	0,705	0,399	0,736	0,829	0,638	0,401
Edad	Rho/r	0,222*	0,135	0,183*	0,089	0,067	0,043	-0,121	0,166
	P valor	0,016	0,146	0,048	0,342	0,474	0,642	0,361	0,074
Rangos de edad	Rho	0,226*	0,108	0,195*	0,102	0,041	0,048	-0,100	0,169
	P valor	0,014	0,248	0,035	0,272	0,663	0,609	0,452	0,069
Nivel de estudios	Rho	0,010	-0,065	0,037	0,200*	-0,203*	0,061	0,139	0,032
	P valor	0,917	0,488	0,696	0,032	0,028	0,511	0,294	0,729
Estado civil	Eta	0,395**	0,305	0,347*	0,424**	0,228	0,307	0,246	0,380**
	P valor	0,005	0,051	0,021	0,005	0,318	0,228	0,051	0,003
Ocupación actual	Eta	0,461**	0,206	0,366	0,387*	0,384*	0,466**	0,105	0,422**
	P valor	0,001	0,779	0,056	0,015	0,036	0,001	0,892	0,005
Afilación a salud	Eta	0,127	0,083	0,115	0,121	0,109	0,177	0,298	0,144
	P valor	0,403	0,853	0,332	0,419	0,448	0,105	0,159	0,543
Rangos de ingresos familiares	Rho	-0,051	-0,079	-0,017	-0,046	-0,158	0,003	-0,034	-0,146
	P valor	0,583	0,396	0,852	0,623	0,088	0,970	0,801	0,117
Estrato	Rho	0,044	0,022	0,040	0,119	0,009	0,009	0,044	-0,065
	P valor	0,638	0,813	0,672	0,200	0,922	0,921	0,739	0,484
Diagnóstico médico	Eta	0,432**	0,276	0,632**	0,478**	0,315*	0,560**	0,427	0,381*
	P valor	0,002	0,264	0,000	0,001	0,022	0,000	0,150	0,035
Tiempo limitación	Rho/r	-0,428**	0,072	-0,390**	-0,398**	0,017	-0,520	-0,460	-0,375
	P valor	0,000	0,440	0,000	0,000	0,852	0,000	0,000	0,000
Rangos de tiempo limitación permanente	Rho	0,418**	0,008	-0,368**	-0,359**	-0,080	-0,454**	-0,314*	-0,349**
	P valor	0,000	0,929	0,000	0,000	0,389	0,000	0,015	0,000
Uso de ayudas externas	Eta	0,091	0,058	0,242**	0,091	0,210*	0,118	0,133	0,052
	P valor	0,547	0,538	0,008	0,470	0,035	0,392	0,314	0,685
Tipo de ayudas externas	Eta	0,552**	0,196	0,706**	0,535*	0,295	0,611**	0,611**	0,456*
	P valor	0,001	0,887	0,000	0,017	0,201	0,000	0,004	0,018
Uso de medicamentos	Eta	0,443**	0,035	0,474**	0,426**	0,069	0,475**	0,272*	0,407**
	P valor	0,000	0,723	0,000	0,000	0,820	0,000	0,037	0,000
Tipo de medicamento	Eta	0,603**	0,305	0,626**	0,651**	0,346	0,558**	0,524	0,497*
	P valor	0,001	0,473	0,000	0,000	0,590	0,004	0,052	0,014

*p valor ≤ 0,05 ** p valor ≤ 0,01 r: Coeficiente de correlación de Pearson rho: Coeficiente de correlación de Spearman

Análisis Bivariados

En la tabla 3 se observan las relaciones entre discapacidad (por áreas y final) con las diferentes variables sociodemográficas y clínicas. Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre la discapacidad final con la edad, la ocupación y el estado civil, las demás variables no mostraron relaciones significativas. Se destaca la ocupación por su mayor fuerza de asociación con discapacidad final y las áreas de actividades de la vida diaria y participación en sociedad.

La mayoría de variables clínicas tuvieron relación significativa con discapacidad en el área de actividades de la vida diaria, movilidad y la discapacidad final. La relación entre movilidad y tipo de ayuda externa fue la que presentó mayor fuerza de asociación.

El tiempo de limitación permanente tuvo relación estadísticamente significativa e inversa con movilidad, autocuidado, actividades de la vida diaria, participación en sociedad y discapacidad final.

Discusión

La presente investigación determinó la relación existente entre las variables sociodemográficas y clínicas con discapacidad. Se encontró que la mayoría de población con discapacidad de la ciudad de San Juan de Pasto estudiada fueron hombres.

Estos datos son similares a los reportados en estudios a nivel internacional por Ortega et al.¹⁰, en España, y a nivel nacional por Imbachí et al.¹¹, Daza et al.¹², y Suarez et al.¹⁰ en Pasto, Popayán y Cali; resultados semejantes fueron encontrados en otras ciudades de Colombia¹³⁻¹⁸. Lo anterior muestra que los datos reportados a nivel nacional e internacional siguen una tendencia de discapacidad mayor en hombres, en su gran mayoría solteros¹¹⁻¹⁹ y adultos jóvenes^{11,12,20}.

Al analizar la variable escolaridad en la población investigada se evidenció una mayor proporción en el grupo que alcanzó estudios universitarios o profesionales (22,2%). Estos hallazgos difieren de

los presentados por Contreras et al.²¹, quienes reportan que el 54,4% de la población estudiada se encuentra en nivel educativo de básica primaria, con los hallazgos de Henao y Perez²³ y los resultados de Gómez et al.¹⁹, y otros estudios encontrados a nivel nacional^{13,18}, que al igual que la OMS registra que menos del 2% de la población con discapacidad alcanza estudios universitarios.

Un cuarto de los participantes del estudio estaban desempleados por motivo de salud, situación similar se encuentra en el estudio de Leonardi et al.²², y es coherente con los datos reportados por la OMS¹, donde se informa que el desempleo es uno de los factores característicos de esta población, además los datos mundiales indican que las tasas de empleo son más bajas para los hombres con discapacidad.

A nivel nacional Henao y Pérez²³, y la Fundación Saldarriaga Concha³, también reportan igual comportamiento, el desempleo es uno de los principales problemas que aqueja a esta población, donde cerca del 70% de las personas con discapacidad se encuentran desempleadas o excluidas de la fuerza laboral^{12,18}. González et al.²⁴ afirman que en relación con el empleo de la población con discapacidad, la mayoría se encuentra sin trabajo, lo cual repercute en no tener un ingreso familiar fijo, lo que afecta su ingreso familiar y aumenta el impacto social de la enfermedad.

Cerca de la mitad de los participantes en el estudio de la ciudad de Pasto pertenecen al régimen subsidiado, resultado similar se encontró en la ciudad de Popayán en el estudio de Daza et al.¹², pero difieren de otros estudios encontrados a nivel nacional como el de Gómez et al.¹⁹, en Bucaramanga, donde la mitad de la población estudiada pertenecía al régimen contributivo.^{12-14,16}. En general a nivel internacional y nacional, las personas con discapacidad generalmente se encuentran en el régimen subsidiado, no reciben la atención de salud que necesitan, y casi la mitad no pueden pagar una atención en salud^{1,3}. Respecto a la variable de ingresos familiares, más de la mitad de las personas con discapacidad estudiadas tienen ingresos inferiores a un Salario Mínimo Mensual

Legal Vigente (SMMLV). Cabe resaltar que la mayoría de estudios revisados no tienden a reportar los ingresos familiares de las poblaciones estudiadas pero en el informe mundial de discapacidad de la OMS afirma que la mayoría de las personas con discapacidad tienen ingresos bajos.

A nivel internacional los estudios de Mirón et al.²⁵ en España, y Gonzáles et al.¹⁵ en Chile, reportaron que la mayor proporción de la población estudiada tenía ingresos familiares bajos. Con respecto a la variable estrato, se evidencio que casi la mitad de la muestra estudiada reporto pertenecer a estrato 2, estos resultados concuerdan con los estudios de García et al.¹⁷, Gómez et al.¹⁹, e Imbachí et al.¹¹, los cuales mostraron que la mayor cantidad de personas participantes en dichos estudios pertenecen a estratos socioeconómicos considerados como bajos.

En relación a las características clínicas, se evidencia que el diagnóstico médico en mayor porcentaje fue de enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, los resultados evidencian que más de la mitad de personas con discapacidad estudiadas hacen uso de ayudas externas, y el dispositivo que más usan fue bastón. En los resultados del estudio de Quesada y Tamayo¹⁸, más de la mitad de personas no hacían uso de ayudas externas, de las que respondieron sí, el dispositivo que más usaban fue silla de ruedas. Más de la mitad de la población estudiada lleva más de 10 años con la limitación o discapacidad, lo cual coincide con los resultados a nivel nacional de Valencia et al.¹⁴ y Arango et al.²⁰.

A partir de los resultados sociodemográficos, con discapacidad por áreas y final (WHO DAS-II) de la muestra de personas con discapacidad de la ciudad de San Juan de Pasto, se evidenció relación estadísticamente significativa con una fuerza de asociación moderada, para la variable ocupación actual con las áreas de actividades de la vida diaria y discapacidad final, donde la media más alta es para desempleados por motivo de salud, lo que tal vez permite evidenciar que las personas estudiadas que tienen alto puntaje de discapacidad tienen mayor dificultad en la

ejecución de actividades de la vida diaria y en la ejecución de alguna ocupación, resultados que se asemejan a los presentados por Henao y Perez²³, donde la variable situación ocupacional obtuvo una asociación significativa con la discapacidad, Así mismo, mencionan que el desempleo por lesión medular puede considerarse como una variable que contribuye a predecir la discapacidad en esta población, estos autores referencian un estudio australiano²⁶ el cual menciona que la tasa de empleo disminuye, pasando de un 78% antes de la lesión a un 29% posterior a la misma, lo cual genera un impacto negativo en la calidad de vida y bienestar de la persona.

En coherencia con lo anterior, Daza et al.¹² encuentran relación significativa entre la variable ocupación con el área de actividades de la vida diaria y discapacidad global, destacan que la situación ocupacional mostró una alta correlación con la discapacidad global seguida de las variables, índice motor ASIA, cantidad de complicaciones clínicas en el último año y años de escolaridad. Sin embargo, la variable desempleado por la lesión, derivada de la variable situación ocupacional, es la variable que evaluada de forma aislada, se constituye como la que mejor evidencia la discapacidad en esta población, prediciendo cerca del 30% de la discapacidad global. Además Sanchez et al.²⁷, mencionan que la situación ocupacional puede marcar una pauta importante en los procesos de inclusión social de individuos con lesión medular, al favorecer procesos de rehabilitación más integrales que a su vez pueden contribuir a la disminución de experiencia de la discapacidad.

En los resultados de las variables clínicas con discapacidad por áreas y final (WHO-DAS II), en la muestra de personas con discapacidad de la ciudad de San Juan de Pasto, se evidenció relación estadísticamente significativa con fuerza de asociación buena, entre las variables diagnóstico médico, tipo de ayudas externas y tipo de medicamentos con el área de movilidad, en cuanto a la variable de diagnóstico médico se encontró que la mayoría de personas refirieron traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias, lo que pudo generar mayor

limitación en la movilidad, como caminar o desplazarse largas distancias requiriendo el uso de ayudas externas como silla de ruedas.

En contraste Quesada y Tamayo¹⁸, a pesar de utilizar un instrumento diferente al de la presente investigación, con relación a las características de discapacidad, encuentran un mayor predominio de deficiencias en la estructura del sistema nervioso y estructuras relacionadas con el movimiento; a pesar de tener un diagnóstico médico diferente, los dos muestran asociación con el área de movilidad. Cabrera J²⁸ expone que el componente de la movilidad hace referencia a actividades o tareas físicas simples, las cuales pueden generar restricción en la participación, siendo un componente más complejo por lo cual abordar este tipo de limitación desde procesos de rehabilitación integrales contribuye a la inclusión social de la persona.

Otros estudios encontrados tienen similitud con los resultados de la presente investigación, aunque muestran una fuerza de asociación más baja con relación a las variables diagnóstico médico con discapacidad final, cabe resaltar que, en contraste, para Imbachí¹¹, Acosta¹⁶ y Arango²⁰, estos resultados tienen una relación significativa con una fuerza de asociación más fuerte. De acuerdo a estos resultados se evidencia que la variable diagnóstico médico se encuentra presente de manera constante en relación con la mayoría de áreas de discapacidad.

Pese a que no se encontraron asociaciones significativas con afiliación al sistema general de seguridad social en salud, ingresos familiares y estrato socioeconómico con discapacidad, estos resultados no permiten concluir que no son determinantes en los resultados de discapacidad.

Agradecimientos: Los autores expresamos nuestros agradecimientos a las personas con discapacidad participantes en el estudio y a las instituciones de rehabilitación y colectivos de personas con discapacidad de la ciudad de Pasto.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. Organización Mundial de la salud. Informe Mundial de discapacidad [Internet] 2011. [Citado: citado 9 de noviembre de 2014]; pp. 1-27. Disponible en: http://www.who.int/entity/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf?ua=1
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo General 2005. Boletín Discapacidad-Colombia: Actualización. Bogotá: DANE; [Internet] 2005. [Citado: citado 9 de noviembre de 2014]; 1-27. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/censos/boletines/discapacidad.pdf>
3. Fundación Saldarriaga Concha. Informe Discapacidad Fundación Saldarriaga Concha. Día mundial de las Personas con discapacidad [Internet]. Pacto de Productividad. 2012 [citado 9 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.pactodeproductividad.com/pdf/informediapacidadfsc.pdf>
4. Vázquez Barquero J, Herrera Castanedo S, Vázquez Bourgón E, Gaité Pintado L. Cuestionario para la evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (Versión española del World Health Organization Disability Assessment Schedule II) WHO-DAS II. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones; 2006.
5. Üstün TB. Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0. World Health Organization; 2010. 145 p.
6. Üstün TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, et al. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. Bull World Health Organ. 2010;88(11):815-23.
7. Ministerio de Salud, Resolución N° 008430 DE 1993; Gobierno de Colombia [Internet]. Bogotá, Colombia. Ministerio de Salud [citado 9 de noviembre de 2014] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/R ESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf
8. Asociación Médica Mundial [Internet]. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [citado 10 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
9. Ávila CL, Gil LM, López A. Grado de discapacidad y calidad de vida relacionada con la salud de adultos con discapacidad en Manizales (Colombia). 2013. Tesis Maestría. Universidad Autónoma de Manizales; 2013.
10. Ortega MA, Herce MB y Cols, Impacto del medio rural o urbano sobre la discapacidad residual tras un ictus. Enfermería Clínica. 2013;23(5):182-188. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862113001307>
11. Imbachí LR, Roldán E, Silva A. Modelo predictivo de discapacidad en adultos con lesión medular de San Juan de Pasto (Colombia): resultados desde WHO-DAS II. Tesis Maestría. Universidad Autónoma de Manizales; 2012.

12. Daza S, Ramirez M, Salazar M, Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular de Popayán (Colombia): resultados desde el WHO-DAS II. Tesis Maestría. Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
13. Suarez LG, Lucio LJ, Cardona LA., Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medula de Cali (Colombia): resultados desde el WHO-DAS II. Tesis Maestría. Universidad Autónoma de Manizales; 2011.
14. Valencia Legarda F, Rivera Rujana DM, Londoño Prieto J, Henao Lema CP, Pérez Parra JE. Modelo predictivo de discapacidad en adultos con lesión medular de Medellín (Colombia): resultados desde WHO-DAS II. Tesis Maestría. Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
15. Gonzales S, Tello J, Silva P, Luders C, Butelmann S, Frisch R, et al. Calidad de vida en pacientes con Discapacidad motora según factores sociodemográficos y salud mental. 2012;50(1):23-34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272012000100003>
16. Acosta M, Parra SJ, Quino AC. Modelo predictivo de discapacidad en adultos con lesión medular de Bogotá (Colombia): resultados desde WHO-DAS II. Tesis Maestría Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
17. García G HIGG, Vera CYV, Lugo A LHLA. Calidad de vida relacionada con la salud en Medellín y su área metropolitana, con aplicación del SF-36. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. vol. 32, núm. 1, enero-abril, 2014, pp. 26-39.
18. Quesada M, Tamayo D. Calidad de Vida Relacionada con Salud en Personas con Limitación en las Actividades de la Movilidad del Municipio de Neiva. Tesis Maestría Universidad Autónoma de Manizales; 2011.
19. Gomez I, Sossa L y Torres L, Modelo predictivo del grado de discapacidad en adultos con lesión medular de Bucaramanga (Colombia): resultados desde el WHO-DAS II. Tesis Maestría. Universidad Autónoma de Manizales; 2012.
20. Arango G, Bolaños A y Fernández B, Calidad De Vida y Discapacidad en Personas Con Enfermedad De Parkinson de la Ciudad de Cali. Tesis Maestría. Universidad Autónoma de Manizales; 2011.
21. Contreras F, Esguerra G y Cols, Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, Bogotá, [Internet].2006. [citado el 28 de noviembre 2014]; 487-499. Disponible desde: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64750305.pdf>
22. Leonardi M, Raggi A, Antozzi C, Confalonieri P, Maggi L, Cornelio F, et al. The relationship between health, disability and quality of life in myasthenia gravis: results from an Italian study. J Neurol. enero de 2010;257(1):98-102.
23. Henao C y Perez J, Situación de discapacidad de la población adulta con lesión medular de la ciudad de Manizales. Hacia promoción. Salud. 2011 Jul. v.16 n.2: pp. 52-67.
24. González B, Heredia A, Hidalgo G, León SG, Estrada JG. Calidad de vida Relacionada con la Salud y trabajo en Pacientes con tuberculosis en Guadalajara, (México). Salud, Barranquilla [serie en Internet]. 2013 [citado el 28 de noviembre 2014]; 29(1): 13-21. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522013000100003&lng=en
25. Mirón Canelo J, Alonso Sardón M, Serrano López de las Hazas A, Sáenz Gonzáles M. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con discapacidad intelectual en España. Revista Panamericana de Salud Pública. 2008;24(5):336-44. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n5/06.pdf>
26. Rowell D, Connelly LB. Personal assistance, income and employment: the spinal injuries survey instrument (sisi) and its application in a sample of people with quadriplegia. Spinal Cord. 2008;46:417-24
27. Sánchez R, Hernández W, Peralta V, Rojano M, Castañeda M. Evaluación de la actividad y participación del paciente con lesión medular a través de un cuestionario basado en la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR). Revista de medicina física y rehabilitación. 2010;22(4):113-117.
28. Cabrera J. Indicadores de Discapacidad en la encuesta de discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Revista Española de Salud Pública. 2007;81(2):167-181.