

Bienestar Subjetivo en Personas con Discapacidad Motriz en México

Subjective Well-Being in People With Motor Disabilities in Mexico

Bem-Estar Subjetivo em Pessoas com Deficiência Motora no México

José Angel Vera Noriega¹

Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo (CIAD)

Jesús Tánori Quintana

Instituto Tecnológico de Sonora, Cd. Obregón, Sonora

Gildardo Bautista Hernández

Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo (CIAD)

Claudia Karina Rodríguez Carvajal

TECNOESTATA SC

Resumen

El objetivo fue delimitar a través de análisis discriminante las variables que se identifican con los deficientes motores con y sin satisfacción con la vida. De una muestra nacional se obtuvo una sub-muestra de 593 personas que reportaron problemas con la conducta motora gruesa y/o fina. Los participantes mostraron diferencias significativas entre los grupos de satisfacción-insatisfacción para: dominios de satisfacción, eudaimonía, balance afectivo, plenitud y expectativa de vida. Para variables discretas fueron significativas: préstamos solicitados, situaciones estresantes y maltrato. Las variables que discriminan a los dos grupos fueron: la satisfacción con el nivel de vida, con la salud, con la vida afectiva y actividades, además de optimismo hacia el futuro y la cercanía al ideal de vida fueron las que discriminaron al 90 % de las personas con discapacidad motora. La regresión logística indica que tienen el doble de probabilidad de sentirse satisfechas con la vida, salud y el optimismo, más que los insatisfechos.

Palabras claves: discapacidad motora, satisfacción con la vida, regresión logística.

Resumo

O objetivo da pesquisa foi delimitar através de análise discriminante as variáveis identificadas com deficientes com e sem satisfação com a vida. A partir de uma amostra nacional, obteve-se uma subamostra de 593 pessoas que relataram problemas com comportamento motor bruto e / ou fino. As pessoas com deficiência motora apresentaram diferenças significativas entre os grupos satisfação-insatisfação para: domínios de satisfação, *eudaimonia*, equilíbrio afetivo, plenitude e expectativa de vida. Na comparação, as variáveis discretas foram significativas: empréstimos solicitados, situações estressantes e maus tratos. As variáveis que discriminaram os dois grupos foram: satisfação com o padrão de vida, saúde, vida afetiva e atividades, bem como otimismo em relação ao futuro e proximidade com o ideal da vida foram aqueles que discriminaram 90% das pessoas com deficiência motora. A regressão logística indica que eles são duas vezes mais propensos a estarem satisfeitos com vida, saúde e otimismo, em vez de insatisfeitos.

Palavras-chave: deficiência motora, satisfação com a vida, regressão logística

Abstract

The research aims to delimit through discriminant analysis, the variables that identify in subjects with motor disabilities with and without life satisfaction. Of a national sample, a subsample of 593 people who reported problems with the coarse and/or fine motor behavior was obtained. People showed significant differences between groups of satisfaction-unsatisfaction to: satisfaction domains, eudemonia, emotional balance, fullness, and life expectancy. In the comparison of discrete variables they were significant: loans requested, stressful situations, and abuse. The variables that discriminate the two groups were: satisfaction with the standard of living, with health, with emotional life, activities in addition to optimism about the future, and the closeness to the ideal of life were those discriminated against to 90 percent of people with motor disabilities. Logistic regression indicates that they are twice as likely to be satisfied with life, health, and optimism, rather than unsatisfied.

Keywords: motor disability, life satisfaction, logistic regression

¹ Dirección de contacto: Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. Carretera a la Victoria Km. 0.6 Hermosillo, Sonora, México C.P. 83000 Apdo. Postal # 1735. E-mail: avera@ciad.mx

Introducción

El censo del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015) reveló que el 5.1 de la población mexicana tiene algún tipo de discapacidad. De estas el 58.3% se refiere a limitaciones motrices como caminar o moverse, 27.2 % a las visuales y 14.5 % las auditivas. Cuevas y Bunger (2010) encontraron que el 13.8% de las personas discapacitadas presenta más de una deficiencia, porcentaje que se eleva a 14.5% en el caso de las mujeres. En estas prevalecen: la deficiencia visual (59.4%), psíquica o psiquiátrica (57.1%) y la física (56.6%); en los hombres la auditiva (60.4%) y la mental (53.2%). En el 23.3% el origen de la discapacidad es congénita y en el 47,9 % es adquirida.

González et al. (2012) estudiaron la relación que tiene algún tipo de discapacidad motriz con la calidad de vida según diferentes indicadores: tiempo con su discapacidad, salud mental y factores sociodemográficos. No se encontraron resultados significativos entre individuos con una salud mental alterada (Goldberg) y las personas con algún nivel de dependencia funcional en The Barthel Index (prueba de Fisher = 0,34). Hay una diferencia de 10 puntos en el componente físico del cuestionario SF-36 entre los individuos con y sin alteración de la salud mental. Sin embargo, este valor no es estadísticamente significativo ($p = 0,06$). La calidad de vida es inferior según el componente físico del SF-36 a medida que aumenta el nivel educativo: estos resultados son estadísticamente significativos. En conclusión, no hay significancia estadística entre la calidad de vida y alteraciones de salud mental en personas con discapacidad.

Arango, Martínez, Molina, Diosa y Cardona (2014), estudiaron la relación entre la percepción de la calidad de vida y la salud mental en personas con discapacidad física. La población de estudio fue de 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) compuesto por preguntas sociales y demográficas. Con esta información se procedió a realizar el análisis univariado, bivariado y multivariado. 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 negativamente con la calidad de vida en la salud fueron: vivir en unión consensuada, ser mujer, tener un bajo nivel educativo, estar afiliado al régimen subsidiado y no tener afiliación a una administradora de riesgos profesionales, posiblemente por no encontrarse trabajando por su condición de discapacidad física, que pudiera ser transitoria o permanente.

De manera similar, Botero y Londoño (2013) evaluaron los factores que determinan la calidad de vida vinculada con la salud en 78 personas con discapacidad física que vivían en Bogotá, a la vez que formaban parte de un proyecto de inclusión laboral dirigida por una ONG y encontraron que el modelo obtenido predecía un 39% de la varianza, incluyendo en orden de peso relativo y aportando variables como condiciones de enfermedad, depresión, afrontamiento centrado en la fantasía, trascendencia, pesimismo, ansiedad y autoeficacia.

En otro estudio se comparó la calidad de vida de las personas con lesión de la médula espinal (LME) y sus compañeros sin discapacidad, e investiga la relación entre la calidad de vida y discapacidad (deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación) durante toda la vida para las personas con LME. Una muestra aleatoria de

270 individuos que sufrieron LME durante los últimos 60 años en Queensland, Australia fue examinada usando un formato de entrevista telefónica guiada. Se encontró que la percepción de calidad de vida fue más baja y estadísticamente significativa en personas con LME en comparación con la norma australiana. El deterioro en la calidad se asocia con alteraciones secundarias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, pero no con el nivel neurológico, la edad o el tiempo transcurrido desde la lesión. Se propone que los servicios de rehabilitación deben mantener su enfoque en el logro funcional y minimizar las afecciones secundarias, al mismo tiempo que permitan la participación (Barker et al., 2009).

Por lo anterior, resulta importante conocer cuáles son los reportes de satisfacción de la vida de personas con problemas de movimiento en una muestra nacional derivada de un estudio del INEGI (2014) sobre el bienestar subjetivo dentro del componente de auto-reporte (Módulo de Bienestar Autorreportado [BIARE] ampliado). El estudio con una muestra inoculada representativa de la república mexicana involucra personas de 18 años hasta de la tercera edad y nos ofrece la posibilidad de conocer algunos patrones de socialización, uso de redes, comunicación, discriminación, violencia, y maltrato como ejes asociados al reporte de satisfacción con la vida. El objetivo del estudio es obtener evidencia empírica confiable de la satisfacción con la vida, captados por el BIARE en el años de 2014 (INEGI, 2015) para México y aportar información sobre el perfil de satisfechos e insatisfacción en relación con las variables de recursos económicos, relaciones sociales y salud en personas con problemas de motricidad en México.

Método

Participantes

La población a la que se orienta este módulo es a un solo adulto por hogar (18 años cumplidos o más), seleccionada en cada uno de los hogares que residen en las viviendas asignadas. Se entrevistó a 39.274 personas en 44.518 viviendas a nivel nacional y se integraron a la base del módulo de Bienestar Autorreportado (BIARE) elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Sin embargo, en este trabajo solo se tomaron en cuenta a 914 personas que respondieron sí a la pregunta “¿utiliza de manera permanente muletas, silla de ruedas, andadera, bastón, una prótesis en piernas o brazos o algún tipo de ayuda para poder moverse?”

Instrumentos

Se utilizaron los datos provenientes del módulo de Bienestar Autorreportado (BIARE). Bienestar porque se pretende captar la situación en la que se encuentran las personas y Autorreportado, porque es la misma persona, desde su propia percepción, la que dice cómo ve y valora su situación (bienestar). El cuestionario “BIARE Ampliado” elaborado por el INEGI (2014) consta de dos partes, cada una a su vez subdividida en secciones. La primera parte está centrada en la captación de los tópicos básicos del bienestar subjetivo.

a) La dimensión *Satisfacción con la vida en general* tiene dos preguntas específicas que permiten valorar el cómo se sienten las personas con su vida en un momento determinado.

Por ejemplo “¿Podría decirme que tan satisfecho está actualmente con su vida?” y la métrica es de 0=totalmente insatisfecho a 10=totalmente satisfecho.

b) *Satisfacción con dominios o aspectos específicos* cuyo objetivo es captar la satisfacción que las personas tienen con ciertos aspectos específicos llamados dominios de satisfacción. Contiene catorce preguntas, por ejemplo, “¿qué tan satisfecho está con su vivienda?” y se contesta con una métrica de 0=totalmente insatisfecho a 10=totalmente satisfecho.

c) *Eudaimonía* se refiere al sentido de plenitud, a algo que trasciende los criterios de bienestar puramente hedonistas. Contiene 11 preguntas: 9 con valencia positiva (“siempre soy optimista con respecto a mi futuro”) y 2 con valencia negativa y se contesta con 0=totalmente en desacuerdo 10 totalmente de acuerdo.

d) *Estados afectivos* que se refiere al balance entre los estados anímicos positivos y negativos que experimentó el entrevistado durante el día anterior a la entrevista. Contiene 10 preguntas; cinco con estados anímicos positivos y cinco con estados anímicos negativos “¿se sintió con energía y vitalidad?”. Contestan con 0=en ningún momento del día y 10=todo el día.

e) *Plenitud* se refiere a la información sobre la temática de satisfacción con la vida, pero ahora bajo la vertiente de realización personal.

La segunda parte capta elementos de caracterización y contextualización del individuo, pertinentes para poner en perspectiva las respuestas dadas en la primera parte: 1) Características Sociodemográficas; 2) Eventos y situaciones recientes; 3) Vida social, participación y crecimiento personal y 4) Aspectos Biográficos. Los criterios de validez convergente de constructo y confiabilidad se encuentran en el documento de la OCDE (2013).

Procedimiento

La base de datos se obtuvo de la página del INEGI, institución oficial del gobierno mexicano encargada de realizar evaluaciones estadísticas en los diversos rubros y actividades del país y garantiza que la encuesta BIARE 3024 es confiable en términos del tamaño de muestra y la metodología de levantamiento. El INEGI realizó la encuesta “BIARE Ampliado” directa cara a cara. BIARE es un cuestionario necesariamente en primera persona ya que de otro modo perdería su sentido. Considerando que un tercero en el hogar no puede dar las respuestas en nombre de la persona seleccionada bajo el criterio de proximidad de fecha de cumpleaños, en caso de que la persona no estuviera presente se abrió la oportunidad de sustituir la primera selección con una segunda en función de quienes estén presentes en el hogar.

“¿Utiliza de manera permanente muletas, silla de ruedas, andadera, bastón, una prótesis en piernas o brazos o algún tipo de ayuda para poder moverse?” Posteriormente se tomó como referencia la pregunta “¿qué tan satisfecho estás con tu vida en general?” para generar dos grupos: satisfechos e insatisfechos. Las personas cuyas respuestas fueron de 0 a 3 eran los que percibían poca satisfacción, y se les denominó como “insatisfechos” y a aquellos con puntuación de 7 en adelante como “satisfechos” porque es el grupo que percibe mayor satisfacción. Posteriormente se realizó análisis de estadística descriptiva para detectar los valores extremos o casos de anomalía estadística, encontrándose que los 914 eran viables para realizar análisis de pruebas estadísticas. Se realizaron análisis discriminantes y regresiones logísticas a través del SPSS 23.

Se realizaron análisis de estadística paramétrica a través de la prueba *t* de Student para comparaciones entre el grupo definido como *satisfechos* y el grupo *de insatisfechos* en su

percepción de satisfacción con la vida con respecto a su satisfacción en los dominios específicos de satisfacción. Además, se utilizó la regresión logística para identificar las variables que mejor predecían el grupo de satisfechos e insatisfechos. La variable dependiente satisfacción global con la vida es una variable categórica dicotómica: satisfechos-insatisfechos. En función de análisis se utilizaron como variables predictoras, las siguientes variables ordinales continuas: satisfacción nivel de vida, satisfacción con su salud, persona optimista respecto a su futuro, satisfacción con su vida afectiva, satisfacción de actividad realizada y muy cercano a su ideal en la vida.

Resultados

De la muestra total, 801 personas se reportaron como insatisfechas ubicándose en el cero, uno y dos de la escala de totalmente insatisfecho representando sólo el 3.3% y el 72.9% que corresponde a 29606 se reportan como totalmente satisfechos. Para la población con problemas motores tenemos 925 personas del total de la muestra que representa el 2.4%. De este total el 8.1% se reporta como totalmente insatisfecho con un total de 74 personas y 519 que corresponden al 56.8% del total de personas con problemas motores que se reporta como totalmente satisfechos con la vida.

En cada uno de los dominios específicos de satisfacción las personas con discapacidad motriz satisfechas obtuvieron puntajes más altos en contraste con los insatisfechos y las diferencias estadísticas se acentúan en satisfacción con el nivel de vida salud ($t=11.01$, $p=000$), con la salud ($t=13.74$, $p=000$) con la perspectiva de futuro ($t=8.71$, $p=000$) y con la vida social ($t=7.46$, $p=000$).

Asimismo, se encontraron diferencias significativas en satisfacción por sí mismo ($t=7.12$, $p=000$), persona optimista respecto a su futuro ($t=7.59$, $p=000$), libertad de decidir en la vida ($t=3.83$, $p=000$), hacer algo en la vida que valga la pena ($t=4.78$, $p=000$), persona afortunada ($t=5.84$, $p=000$), cómo me va depende de mí ($t=4.92$, $p=000$), tener un propósito en la vida ($t=4.85$, $p=000$) y logros en la vida ($t=5.84$, $p=000$) que corresponden a la dimensión de eudaimonía y cuyas medias fueron mayores en el grupo de satisfechos en todas las variables.

Con respecto a la dimensión de balance afectivo, se encontraron diferencias significativas en: Con buen humor ($t=3.87$, $p=000$), Experimentó tranquilidad ($t=4.91$, $p=000$), Con energía o vitalidad ($t=5.32$, $p=000$), Con alegría y satisfacción ($t=5.71$, $p=000$), Con preocupación y ansiedad ($t=-5.25$, $p=000$), en el cual, las medias más altas obtuvieron las personas satisfechas, excepto en preocupación y ansiedad.

En relación con la dimensión de plenitud, se encontraron diferencias significativas en la cual, las personas satisfechas puntuaron más alto en persona feliz ($t=7.53$, $p=000$), necesidades materiales cubiertas ($t=7.31$, $p=000$), condiciones de vida excelentes ($t=7.26$, $p=000$), próximo a de su ideal en la vida ($t=7.32$, $p=000$), metas alcanzadas ($t=5.94$, $p=000$), vida cercana a la ideal ($t=6.42$, $p=000$) y satisfecho con su vida ($t=6.63$, $p=000$).

También se realizaron tablas de contingencia con la prueba de chi cuadrada al grupo de personas con problemas motrices con satisfacción e insatisfacción con la vida y la relación con la frecuencia con la cual se requirió el apoyo económico de otras personas. Se encontraron diferencias significativas en el préstamo para alimentación ($X^2=14.602$, $p=000$), préstamo para el agua ($X^2=4.595$, $p=000$), préstamos para la luz ($X^2=14.882$, $p=005$), préstamos para

colegiaturas ($X^2=7.916, p=005$) y préstamo para medicinas ($X^2=5.162, p=000$) en las personas con deficiencia motriz, lo que significa que difieren en su percepción de recurrir a préstamos según la cual el porcentaje de insatisfechos que recurrieron a préstamos son mayores frente a los satisfechos.

Se encontraron diferencias significativas en las personas con deficiencia motriz, según la cual hubo una mayor proporción de los insatisfechos que pasaron hospitalizados ($X^2=5.608, p=015$), se divorciaron o terminaron con su pareja ($X^2=8.550, p=017$), pérdida de posesiones materiales importantes ($X^2=15.850, p=001$), sufrieron algún tipo de agresión física ($X^2=15.262, p=001$), pasaron por una demanda judicial. ($X^2=10.672, p=001$), o en una situación que les provocó frustración ($X^2=36.149, p=000$), con respecto a los satisfechos con discapacidad motriz.

Se encontraron diferencias significativas en las personas con deficiencia motriz, en la cual hubo una mayor proporción de los insatisfechos que reportaron experimentar maltrato por la edad ($X^2=14.518, p=000$), maltrato por el sexo ($X^2=8.820, p=007$), maltrato por discapacidad ($X^2=32.040, p=000$), maltrato por enfermedad ($X^2=23.156, p=000$), maltrato por el físico ($X^2=11.717, p=003$) y maltrato por ser extranjero ($X^2=8.107, p=042$) con respecto a los satisfechos con discapacidad motriz.

Después de los análisis descriptivos bivariantes se estableció por separado, y finalmente en conjunto, si las variables satisfacción por dominios, eudaimonía, plenitud y de balance de afectos diferencian a satisfechos e insatisfechos en mexicanos con una deficiencia motriz a través de un *análisis de la función discriminante*. Se procede inicialmente llevando a cabo análisis discriminantes para cada una de las dimensiones por separado, iniciando con los dominios de la satisfacción, siguiendo con eudaimonía, balance afectivo y plenitud para obtener, a través de estas, las variables que discriminan en cada uno de los factores e incluirlos en una ecuación final discriminante que se presenta en la tabla 1, la cual nos indica las variables que discriminan a los grupos de satisfechos e insatisfechos en personas con problemas motrices.

Lo anterior se enriquece con la matriz de coeficientes estandarizados que permite estudiar cuáles variables son más influyentes en las funciones discriminantes. En este caso, el haber estado satisfecho hace cinco años, estar satisfecho con la salud, con uno mismo y con la vida tiene mayor importancia al momento de predecir la pertenencia a los grupos de satisfechos e insatisfechos. La matriz de estructuras representa las correlaciones entre la funciones discriminante y las variables, por ejemplo estar satisfecho con la vivienda correlaciona alta con la función discriminante, aunque el aporte sea menor para diferenciar a los grupos (ver tabla 1). Además, la función discriminante clasificó el 95.3% de casos agrupados originales de manera correcta y es más eficaz para clasificar a los satisfechos que a los insatisfechos.

Después de establecer que variables discriminan, a los satisfechos e insatisfechos, se llevó a cabo un análisis de regresión logística, donde resultó un modelo con un valor de r^2 de .63, lo que permite concluir que las variables predictoras integran un modelo con un poder predictivo adecuado. Los valores de los coeficientes Betas fueron significativamente positivos, lo que significa que la probabilidad de pertenecer al grupo de satisfechos se incrementa en la medida que se presenta satisfacción con el nivel vida, satisfacción con la salud y ser una persona optimista respecto a su futuro. Asimismo, la mayor probabilidad de pertenencia al grupo de satisfechos está dada por la condición de estar satisfecho con el nivel de vida de estas personas con deficiencia motriz (ver tabla 2).

Tabla 1

Resultados del análisis discriminante para las variables predictoras de los determinantes de variables discriminantes en las dimensiones del BIARE de vida para agrupar a los satisfechos-insatisfechos de personas con problemas motrices

	λ de Wilks.	Coefficiente de función discriminante canónica estandarizada	Matriz de Estructuras
Satisfacción nivel de vida	.75	.42	.75
Satisfacción con su salud	.75	.37	.69
Persona optimista respecto a su futuro	.73	.24	.59
Satisfacción de actividad realizada	.73	.17	.56
Satisfacción con su vida afectiva	.73	.17	.47
Cerca de su ideal en la vida	.73	.16	.55

Autovalor: .37; correlación canónica .52; λ de Wils .72; Significancia .000; validación cruzada.

Tabla 2

Resumen del análisis de regresión logística para la predicción de la satisfacción en la población con problemas motrices de México

Variable	B	SE	OR	95% CI	Wald	p
Satisfacción nivel de vida	.502	.082	1.651	[1.406, 1.939]	37.41	.000
Satisfacción con la salud	.433	.079	1.543	[1.322, 1.799]	30.43	.000
Persona optimista respecto del futuro	.337	.085	1.401	[1.186, 1.654]	15.74	.000

CI= intervalo de confianza para el odds ratio (OR)

Discusión y Conclusiones

Del total de las personas entre 18 y 70 años de edad que viven en México 47.3% están satisfechos con su vida, 27.6% para personas con problemas motrices, 36.1% están moderadamente satisfechos, 41.5% en discapacitados motrices, satisfechos, 11.8% están poco satisfechos, 20.5 para el grupo especial y 4.8% están insatisfechos, 10.5% en el grupo de discapacidad motriz. Para la sub- muestra con problemas motrices tenemos 7.09 para una media nacional de 7.95 y para la población con algún tipo de discapacidad auditiva es de 7.30, datos muy parecido con una población de usuarios vulnerables de servicios de salud de Chile (Oyanedel, Vargas, Mella y Páez, 2015).

Lo anterior indica que tenemos casi un punto de diferencia en la percepción de satisfacción con la vida de las personas con problemas motrices comparado con la media nacional y aún más bajo que la media de personas con discapacidad auditiva (INEGI, 2015). Un análisis pendiente sería verificar si en términos estadísticos estas diferencias son significativas ya que, por ejemplo, cuando se ha estudiado la relación con la Calidad de vida en la salud se observa que las personas con discapacidad física en comparación con otros grupos poblacionales, parecen no tener diferencias con quienes padecen enfermedades crónicas, e incluso tienen una mejor percepción de calidad de vida que estas en esferas como rol social y función física, pero menor puntaje en los roles físico y emocional, y la experimentación de dolor crónico (Botero & Londoño, 2013).

El balance afectivo promedio es positivo, lo que indica que en general la intensidad de las emociones positivas de la población es mayor que la de las negativas, ejemplo de otros grupos vulnerables son con las comunidades indígenas, consideradas poblaciones vulnerables, de México (Vera, Bautista, & Tánori, 2017) y otros países (Tomy, Mellor, Fullery-Tyzkiewicz, Cummins, & Tanton, 2017). Este balance, cuyos valores posibles recorren del -1.00 al +1.00, resulta ser de +0.48 mientras que para los discapacitados es de .46. Dar elogios o reconocimientos favorece el bienestar. Las personas que reciben elogios o reconocimientos tienen un balance afectivo de 0.52, mientras que el nivel del balance afectivo promedio de las personas que no recibieron elogios o reconocimientos es de 0.39. Las diferencias significativas entre los grupos de satisfechos- insatisfechos se encuentra con los aspectos del afecto positivo y sólo con preocupación y ansiedad en la parte negativa. Se observa que las personas con problemas motrices experimentan en mayor frecuencia los afectos positivos y no parece existir diferencia con los negativos excepto por la ansiedad, datos que coinciden con personas con problemas de audición (Vera, Rodríguez, & Grubits, 2017) Tal vez las personas satisfechas han aprendido estilos de afrontamiento las dificultades de sus discapacidades de manera revalorativo social o bien las limitaciones físicas que presentan no son severas, no presentan problemas de funcionalidad y autonomía en la realización de actividades cotidianas porque pertenecen a comunidades amigables e incluyentes (Botero & Londoño, 2013) o simplemente se nació con la discapacidad y en el contexto familiar y social se ajustó para incluirlo y superar sus limitaciones (González et al. 2012).

Los aspectos o dominios de vida en los que los mexicanos manifiestan mayor satisfacción en la escala de 0 a 10 son: vida familiar (8.6 vs. 8.4), autonomía (8.5 vs. 8.1), salud (8.2 vs. 6.2) y vida afectiva (8.2 vs 7.8), datos consistentes con los encontrados por Vera, Velasco, Grubits, y Salazar, (2016). En contraste, los aspectos peor calificados son: situación económica (6.5 vs. 7.2), país en el que vive (6.8 vs 7.2), tiempo disponible (6.8 vs. 7.4) y educación (6.9 vs. 7.7). De estas resultaron útiles para discriminar grupos de satisfacción por su peso factorial en la matriz de estructura primero la satisfacción con la vida familiar, siguiendo salud y vida afectiva. La percepción de país, economía por arriba de la media nacional se asocia con el uso de servicios de salud y brinda una aproximación de su percepción sobre la calidad de los servicios. En 2014, nueve de cada mil habitantes del país decidieron no atenderse cuando tuvieron un problema de salud; entre la población con discapacidad, la relación es once de cada mil. Los hombres, con y sin discapacidad, son los que menos hacen uso de los servicios de salud (15 y 14 de cada mil, respectivamente), mientras que entre las mujeres que se atienden seis de cada mil de las que viven con discapacidad y cinco de cada mil de las que viven sin esa condición. El 35.3% de las personas con discapacidad acuden a los centros de salud u hospitales de la Secretaría de Salud, 32.5% se atiende en alguna institución de seguridad social, 14% en un centro de salud privado y resalta que 8.2% recurre a los consultorios de farmacias (INEGI, 2014).

De un total de 100 situaciones consideradas por las que puede atravesar un individuo adulto, las asociadas a los niveles más altos de satisfacción y balance anímico o afectivo son: el no presentar condiciones de pobreza y vulnerabilidad; el participar de las redes sociales; el haber tenido un ascenso o un aumento de sueldo y el confiar en cinco o más amistades. Por su parte las asociadas a los niveles más bajos de satisfacción con la vida y de balance afectivo

son el no confiar ni en un solo familiar, el no tener amistades, el considerar que su nivel de vida actual es inferior al de su niñez, el considerar que no ha tomado decisiones importantes en la vida y, sobre todo, el que la drogadicción esté presente en el hogar. La presencia de drogas en casa impacta la percepción con una media de 6.3 mientras que la media para familias con una persona con discapacidad auditiva es de 7.35 y con discapacidad motriz 7,03.

En el extremo opuesto de niveles de satisfacción y balance se sitúan quienes necesitaron de ayuda para solventar su gasto corriente, quienes no pudieron entrar a trabajar a un lugar de su elección (ello aún más que el haberse quedado sin trabajo) pero, sobre todo, queda en la parte más baja, el haber perdido en el período posesiones materiales importantes (INEGI, 2014). En la población con discapacidad motriz tenemos que la diferencia entre los extremos de satisfacción está estadísticamente diferenciados por estas variables y que coincide con la hipótesis de formar parte de un proyecto de inclusión laboral es fundamental para mejorar la calidad de vida (Botero & Londoño, 2013). En resumen, encontramos cinco variables asociadas a los niveles más bajos de bienestar subjetivo en personas con discapacidad motriz: a) la existencia de adiciones en el hogar; b) Experimentar un nivel de vida inferior al que se tuvo en la niñez; c) No confiar en ningún familiar; d) No haber tomado decisiones importantes en la vida (percepción de falta de libertad personal) y e) el no tener amistades.

Referencias

- Arango, D. C., Martínez, M. A. A., Molina, L. R., Diosa, L. S., & Cardona, Á. M. S. (2014). Calidad de vida de las personas en situación de discapacidad física. Medellín, 2011. *Revista CES Salud Pública*, 5(2), 137.
- Barker, R. N., Kendall, M. D., Amsters, D. I., Perhouse, K. J., Haines, T. P., y Kuipers, P. (2009). The relationship between quality of life and disability across the lifespan for people with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 47(2), 149-155.
- Botero, P. A., & Londoño, C. (2013). Factores psicosociales predictores de la calidad de vida en personas en situación de discapacidad física. *Acta Colombiana de Psicología*, 16(2), 125-137.
- Cuevas, L. G., & Bunge, B. S. (2010). Epidemiología de la discapacidad y desarrollo de la red de rehabilitación en la última década. *Rev Hosp Clín Univ Chile*, 21, 289-297.
- González, S., Tello, J., Silva, P., Lüders, C., Butelmann, S., Fristch, R., & David, P. (2012). Calidad de vida en pacientes con discapacidad motriz según factores sociodemográficos y salud mental. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 50(1), 23-34.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Marco conceptual de la entrevistadora de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014*. Aguascalientes, México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Indicadores de bienestar subjetivo de la población adulta en México*. Disponible http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_10_7.pdf
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2013). *Guidelines on measuring subjective well-being, OECD*. doi: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264191655-en>.
- Oyanedel, J. C., Vargas, S., Mella, & C., Páez, D. (2015). Validación del índice de bienestar personal (PWI) en usuarios vulnerables de servicios de salud en Santiago, Chile. *Revista Médica de Chile*, 143(9), 1144-1151.

- Tomyn, A. J., Mellor, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., Cummins, R. A., & Tanton, R. (2017). Geographic differences in Subjective well-being among Indigenous and Non-indigenous Australian Adolescents and adults. *Journal of Community Psychology, 45*(1), 81-99. doi: <https://doi.org/10.1002/jcop.21835>.
- Vera N. J. A., Bautista, H. G., & Tánori Q. J. (2017). Condicionantes de la satisfacción con la vida de los pueblos originarios en México. *Acta de Investigación Psicológica, 7*, 2783-2792. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2017.11.007>
- Vera, J., Velasco, F., Grubits, H., & Salazar, G. (2016). Parámetros de inclusión y exclusión en los extremos de la felicidad y satisfacción con la vida en México. *Acta de Investigación Psicológica, 6*, 2395-2403. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2016.06.002>
- Vera, N. J. A., Rodríguez, C. C. K., & Grubits, F. H. (2017). Satisfacción con la vida en personas con problemas auditivos. En: M. Gamboa, P. C. Hernández, F. Medina, E. Mendoza, M. Ramírez, O. Terré, & F. M. Enríquez (Comp.), *Inclusión y prácticas educativas exitosas* (pp. 163-170). México: IFODES.

Recebido: 29/06/2016

Última revisão: 29/04/2017

Aceite final: 17/05/2017

Sobre los autores:

José Angel Vera Noriega: Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (nivel II) desde 1993, investigador Titular "E" del Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A. C. (desde 1984). Miembro de la Academia Mexicana de la Ciencia. Dedicado a la investigación en tres temáticas vinculadas al desarrollo social, evaluación educativa, planeación del desarrollo y calidad de vida en poblaciones vulnerables y de riesgo. Académico del Doctorado de educación Universidad de Sonora (PNPC) y Desarrollo Regional (PNPC) en el CIADAC. **E-mail:** avera@ciad.mx

Jesús Tánori Quintana: Licenciado en Psicología por la Universidad de Sonora. Maestro en Desarrollo Regional, opción Género y Desarrollo Humano, por el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A. C. (CIAD, A. C.). Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS). Estancia Posdoctoral en el CIAD, A. C. (becado por el CONACYT). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Ha publicado trabajos en las líneas de bienestar subjetivo y calidad de vida, además sobre el proceso de acoso escolar en educación primaria. **E-mail:** jesus.tanori@itson.edu.mx

Gildardo Bautista Hernández: Doctorando y Maestría en Desarrollo Regional. Departamento de Educación, Desarrollo Humano y Bienestar Social. Coordinación en Desarrollo Regional. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo. A. C. Licenciado en Etnopsicología por la Universidad Autónoma Indígena de México. Sinaloa. Docente a nivel licenciatura y maestría en materias como seminario de tesis y psicología social. He publicados artículos, capítulos de libro y ponencias en revistas indizadas en bases de datos como Redalyc, Scopus y Ebsco, en temas relacionados con emociones morales, bienestar subjetivo, conducta antisocial en población adolescente. **E-mail:** gilbher@gmail.com

Claudia Karina Rodríguez Carvajal: Licenciada en psicología y maestra en Desarrollo Regional. Actualmente desarrollando proyectos de investigación y evaluación en educación, desarrollo humano y psicología social. Forma parte de un grupo multidisciplinario que en ciencias sociales. Actualmente directora de TECNOESTATA SC. Empresa dedicada a transferencia de tecnología educativa para instituciones educativas, empresariales e industriales. **E-mail:** claudia.tecnoestata@gmail.com