

CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL EN UNA IPS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ

ELABORADO POR:

CRISTIAN FELIPE GUAITERO ORÓSTEGUI
JUAN CAMILO GUARANGUAY GUTIÉRREZ

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
BOGOTÁ, 2018

CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL EN UNA IPS
DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ

ELABORADO POR:

CRISTIAN FELIPE GUAITERO OROSTEGUI
JUAN CAMILO GUARANGUAY GUTIÉRREZ

Investigación para optar el título de Enfermero

OSCAR JAVIER GONZÁLEZ HERNÁNDEZ
Enfermero, Magister en Enfermería
Director del Trabajo

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
BOGOTÁ, 2018

CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL EN UNA IPS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ

RESUMEN

Cristian Felipe Guaitero Oróstegui*
Juan Camilo Guaranguay Gutiérrez *

OJ González H**

Introducción: Calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como “la percepción que el individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto cultural y sus valores, relacionada con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes”, donde se estructura frente a aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, incluyendo la percepción de su existencia, y afrontamiento de las enfermedades. Así, los trastornos mentales, dependiendo de diferentes factores, posiblemente pueden potenciar aspectos que afecten la calidad a nivel individual, familiar y social, siendo una carga de cuidado para él y sus cuidadores. Para esta investigación, se decide tomar el Instrumento de Calidad de Vida de Betty Ferrell para Personas con Enfermedad Crónica. Objetivo: Determinar la percepción de calidad de vida en pacientes de una unidad psiquiátrica en una IPS de Bogotá. Metodología: Estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal que presenta y determina la percepción de calidad de 134 pacientes con enfermedad mental en una IPS en Bogotá. Resultados: Se encontró al analizar los resultados de los 134 pacientes, que entre un 13 y 17% presentan una baja calidad de vida por desviación estándar, pero por interpretación de ítems de acuerdo a las respuestas de los participantes, el bienestar físico presente mayor compromiso en su calidad de vida. Conclusiones: Se logra interpretar a través del instrumento de calidad de vida de Ferrell, entre un 51 y 75% de los participantes indicaron puntuaciones negativas frente a su calidad de vida, por lo que indica alteración en algunos pacientes

Palabras clave: Calidad de vida, enfermería, trastornos mentales, salud mental y enfermedad crónica (DeCS).

* Estudiantes de último semestre, Programa de Enfermería

** Docente Asesor

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH MENTAL ILLNESS IN AN INSTITUTION IN THE CITY OF BOGOTÁ

ABSTRACT

Introduction: Quality of life according to the World Health Organization (WHO) is defined as "the perception that the individual has of its place in existence, in the cultural context and its values, related to its objectives, expectations, norms and restlessness ", where it is structured in front of physical, psychological, social and spiritual aspects, including the perception of its existence, and coping with diseases. Thus, mental disorders, depending on different factors, can potentially enhance aspects that affect quality at the individual, family and social level, being a burden of care for him and his caregivers. For this investigation, it is decided to take Betty Ferrell's Quality of Life Instrument for People with Chronic Illness. Objective: To determine the perception of quality of life in patients of a psychiatric unit in an IPS of Bogotá. Methodology: Study with a quantitative, descriptive and cross-sectional approach that presents and determines the perception of quality of 134 patients with mental illness in a IPS in Bogotá. Results: It was found when analyzing the results of the 134 patients, that between 13 and 17% presented a low quality of life by standard deviation, but by interpretation of items according to the responses of the participants, the physical wellbeing present greater commitment in their quality of life. Conclusions: It is possible to interpret through the instrument of quality of life of Ferrell, between 51 and 75% of the participants indicated negative scores against their quality of life, so it indicates alteration in some patients.

Keywords: Quality of life, nursing, mental disorders, mental health and chronic illness (MeSH).

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida empezó a ser conceptualizada haciendo referencia exclusivamente a las condiciones de vida y del medio ambiente, pero cuando diferentes autores, empezaron a observar la importancia y a evidenciar otros aspectos que este término comprende, se hizo necesaria la búsqueda de una definición que cobijara todas las características definitorias de este. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “la percepción que el individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto cultural y su sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes”¹. Es por ello, que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, “la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien”².

En este contexto, se han generado varios espacios mundiales para analizar esta situación. Por ejemplo en 1986 durante la conferencia internacional sobre promoción de la salud en Ottawa, se proponen puntos fundamentales que se constituyen como “prerrequisitos” para garantizar el buen nivel de vida y de salud, que se consideran como necesidades primarias para alcanzar el bienestar; entre estos se encuentra la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, la justicia social, la equidad y el ecosistema estable³, elemento importante para un buen vivir en los contextos sociales en que se vive.

Debido al “buen vivir o al sentirse bien consigo mismo”, ha permitido que la práctica médica y familiar, adquiriera como objetivo el preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. En este sentido, las personas con enfermedades crónicas requieren seguimiento y evaluación periódica con relación a mejorar o mantener su estado funcional de salud, debido a que el tiempo en el que se desarrollan estas enfermedades se extiende hasta finalizar su ciclo de vida⁴.

En un estudio con pacientes crónicos en Colombia, se demostró que al comprender su enfermedad y al llevar más tiempo con ella, posiblemente permite

¹ CARDONA Doris, AGUDELO Héctor. Construcción cultural del concepto calidad de vida. En: Rev. Facultad Nacional de Salud Pública. No. 1 (junio, 2005). P. 12 ISSN 0120-386

² VELARDE, Elizabeth. FIGUEROA, Carlos. Evaluación de la calidad de vida. Salud pública. Méx vol.44 no.4 Cuernavaca jul. 2002

³ Carta de Ottawa para la promoción de la salud, Ottawa conferencia internacional sobre promoción de la salud 1986 p34

⁴ TESTA MA, SIMONSON OC. Assesment of quality of life out comes. N ENI Jmed. 1996; 334: 835-840

estar más alerta de las consecuencias sociales, económicas, físicas y emocionales que acarrea la misma⁵, características que son importantes y que son vistas de forma positiva o negativa para cada individuo. En este contexto, en las enfermedades crónicas no transmisibles, se encuentran las enfermedades mentales, siendo un grupo grande asociado a factores genéticos, antecedentes familiares, biológicos o por causa de una lesión traumática del cerebro la cual puede conducir a un trastorno mental, siendo estos y entre otros factores, los que dificultan la percepción de estos individuos, sobre su bienestar físico y emocional.

Por ende, la creación y aplicación de herramientas destinadas a facilitar la adquisición de datos importantes sobre calidad de vida en pacientes con trastornos mentales, es fundamental en el sentido de orientar, las prácticas e intervenciones que se deben tener con estas personas con una condición de salud diferente⁶.

Se han encontrado múltiples instrumentos que permiten medir la calidad de vida en pacientes con un trastorno mental, como por ejemplo para esquizofrenia: el cuestionario Sevilla de Calidad de Vida para pacientes con esquizofrenia (SF-36) para ser utilizado en contexto clínico; la SQLS (Schizophrenia quality of life scale) para medir también calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Para el presente estudio, de acuerdo al estado de arte realizado, se encontraron una escala que permite evaluar la calidad de vida de personas con enfermedad crónica, que como se mencionaba anteriormente, la enfermedad mental está dentro de estas. El instrumento se denomina **Calidad de Vida de Betty Ferrell para personas con enfermedad crónica**. Este se consideró viable para la aplicación no solo específica a una patología, sino para poder contemplar la diversidad de enfermedad mental que va en aumento en el país y a nivel mundial. Este instrumento, además, analiza la calidad de vida por dimensiones a saber: física, psicológica, social y espiritual, permitiendo recoger y diligenciar brevemente la información contenida en la herramienta y por último servirá de impulso para que otros estudios puedan integrar el instrumento en otras patologías crónicas.

A través de este tipo de herramientas, se permite generar un diagnóstico situacional de los pacientes quienes cursan con este tipo de enfermedades, y comprender como es su calidad de vida, que aspectos se ven más impactados y que recursos protectores existen para sobrellevar la enfermedad. Además, al

⁵ VINACCIO ST, QUICENO JA. Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnósticos de artritis reumatoide. En línea: Psicología desde el caribe vol 30 nº3, 2013. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n3/v30n3a08.pdf>

⁶ SUARES, María. Validación de la escala SQLS para medir la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en Colombia. Bogotá, 2012. Trabajo para optar al título de especialista en psiquiatría. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría.

entender esta realidad, permite al personal de la salud poder proponer acciones de manera continua y oportuna para mejorar el proceso de recuperación de los sujetos de cuidado, facilitando una adherencia a este proceso y a comprender este tipo de enfermedades crónicas. Y permite que las personas a través de estas experiencias se cualifiquen y logren una atención más humana.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Históricamente la enfermedad como fenómeno, ha implicado grandes retos para la humanidad, reflejados en cambios de los estilos de vida, formas de tratamiento en el proceso de adaptación de acuerdo a su evolución.

Teniendo en cuenta esta evolución, la enfermedad puede tener una connotación aguda o crónica, todo depende de las implicaciones que esta tenga. Según Yeo & Sawyer, el personal de la salud ha dado a conocer la enfermedad crónica como una condición de salud de duración extendida en el tiempo, mayor de 6 meses y a menudo de por vida, que implica algún grado de limitación en la vida cotidiana del individuo y puede conllevar discapacidad, con largos períodos de cuidado y supervisión, ya sea como consecuencia de su severidad y/o de los efectos del tratamiento⁷.

Por otro lado, Bishop y Lee, definen la enfermedad crónica como “un evento estresante y un gran desafío adaptativo, que implica cambios en el estilo de vida y un proceso de ajuste, a veces de por vida, a diversos cambios físicos, psicológicos, sociales y ambientales que conlleva la enfermedad y su tratamiento, logrando eventualmente generar una incapacidad permanente en quien la padece”⁸.

En este sentido, Grau menciona que, además, independientemente de los recursos que posea el individuo, el diagnóstico de una enfermedad crónica resulta una experiencia inesperada, traumática y desestabilizadora⁹. Por ello, es necesario desarrollar un proceso de adaptación a la enfermedad crónica, el que tendrá como uno de sus resultados, una determinada calidad de vida, siendo factores importantes para este resultado el curso del tratamiento, la limitación funcional, el estrés psicosocial asociado con la enfermedad, las características personales y del entorno sociofamiliar¹⁰.

Al respecto, para minimizar los efectos biopsicosociales que puede tener la enfermedad crónica y favorecer el desarrollo evolutivo normal de una persona con un diagnóstico mental, se deben identificar aquellas características personales que

⁷ YEO Michele, SAWYER Susan. ABC of adolescence: Chronic illness and disability. En: Clinical Review. No. 3 (marzo, 2005). p. 721-723. BMJ 2005; 330:721-3

⁸ BISHOP Malachy. Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and disability: Preliminary analysis of a conceptual and theoretical synthesis. En: Rehabilitation Counseling Bulletin. No. 4 (octubre, 2008). p. 219- 231.

⁹ GRAU Claudia. Intervención temprana en niños con enfermedades crónicas. En: Ediciones Pirámide. (2005). pp. 337-356.

¹⁰ LIVNEH Hanoach, ANTONAK Richard. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors. En: Journal of Counseling & Development, No.1 (2005) p. 12-20.

promoverán el ajuste a la enfermedad y una mejor calidad de vida. Dentro de esas características estarían el sentido de autoeficacia y la percepción de apoyo social de parte de las personas significativas, además de la posible influencia que podrían tener algunos factores sociodemográficos y culturales tales como sexo, edad, profesión que desarrolla, educación, religión que profesa y el estado emocional o conyugal¹¹.

La investigación respecto al tema evidencia que las creencias de auto-eficacia jugarían un rol importante en el ajuste a las condiciones de salud crónica, y por lo tanto en la calidad de vida resultante¹². Se ha informado que, independientemente del tipo y severidad de la enfermedad, la dimensión de autoeficacia se relaciona con la sintomatología física y el funcionamiento psicosocial tanto en adultos como en adolescentes¹³. Por ejemplo, en el estudio realizado por Grey y colaboradores con las personas con enfermedad crónica, se encontró que la menor calidad de vida tenía una relación significativa con una menor autoeficacia, al igual que con la percepción de dificultad en el manejo de la enfermedad, la utilización de estrategias de afrontamiento de rebelión y la sintomatología depresiva¹⁴.

Por otra parte, entendiendo que la enfermedad mental en su prevalencia a traviesa su curso por un proceso crónico y altamente degenerativo por la no adherencia a los tratamientos y procesos terapéuticos; por esta razón, puede desarrollar una variedad de trastornos o comportamientos. Según la OMS, la enfermedad mental en general, “se caracteriza por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás”¹⁵. Además, dando una sensación de dificultad para poderse adaptar a su entorno cotidiano y social, así formando un cambio en su forma de vivir al desarrollar la enfermedad, lo cual solo hace que se pueda tratar más no curar.

En este proceso de comprender la enfermedad mental, se han generado mecanismos políticos para respaldar el abordaje a la población víctima de estas enfermedades.

¹¹ Cecilia Olivare, Eugenia Urra. Autoeficacia y conductas de salud 2007 En: Cienc. enferm. v.13 n.1 Concepción jun.

¹² HAN Kuemsun, LEE PyoungSook. Factors influencing quality of life in people with chronic illness in Korea. En: Journal of Nursing Scholarship. No. 2 (2003). P. 139-144.

¹³ ROSEMARIE Arnold, RANCHOR Adelita. The relationship between self-efficacy and self-reported physical functioning in chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure. En: Behavioral Medicine, No. 3 (agosto, 2005). P.107-115.

¹⁴ GREY Margaret, BOLAND Elizabeth. Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes. En: American Diabetes Association. No.6 (junio, 1998) P. 909-914.

¹⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Trastorno mental: Datos y cifras. (En Línea) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>. Citado el 09 de diciembre de 2017.

Además, la implementación de leyes y normas públicas que van encaminadas a mejorar los patrones de salud y desarrollo social de los individuos, donde el Estado, es el principal garante de que esto, se ha llevado a cabo e implementado en los artículos 13 y 49 de la Constitución Política de Colombia, donde en resumen, refieren que se protegerán especialmente a aquellas personas que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad económica, física y mental, mediante políticas de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos¹⁶, en el ámbito del Sistema General de Seguridad social en salud, en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

Debido a estas condiciones particulares en la población colombiana, en el año 2013 se publicó la Ley 1616, en la cual se expide la ley en salud mental y se dictan otras disposiciones¹⁷, donde el Estado reconoce las alteraciones mentales como una prioridad en salud pública y que junto al Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 en la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental, buscan mejorar las condiciones y calidad de vida de las personas que estén padeciendo alguna enfermedad de este tipo¹⁸.

Por otro lado, en el artículo 3 de esta misma ley, define la salud mental como un “estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de tal manera que permita a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar; establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad”¹⁹, donde al presentar una alteración en la salud mental de un individuo, los síntomas que se presentan en este tipo de alteración, puede hacer difícil para alguien con una enfermedad mental: trabajar, vivir independientemente o lograr una calidad de vida satisfactoria.

Con relación de ese “buen vivir”, son aquellos aspectos psicosociales que hacen parte de los cuidados en las enfermedades crónicas surgen de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y al pronóstico de dichas patologías, donde el objetivo es mejorar la calidad de vida. El cuidado de apoyo y la supervivencia incluyen temas específicos que deben tratarse con éxito para lograr dicho objetivo²⁰.

¹⁶ GOMEZ Sara. La salud mental a la luz de la Constitución colombiana: análisis de algunas sentencias de la Corte Constitucional, 1992-2009. En línea: Revista Colombiana de psiquiatría. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n3/v39n3a05.pdf>.

¹⁷ CONGRESO DE COLOMBIA. Ley No. 1616 de 2013. Bogotá. 2013. 17 h.

¹⁸ MINISTERIO DE SALUD. Encuesta nacional de salud mental 2015. En: ministerio de salud. Tomo 1. Pág. 346. ISBN 978-958-8903-20-0.

¹⁹ CONGRESO DE COLOMBIA. Óp. Cit., p. 1

²⁰ Barrera, L, Carrillo, G, Chaparro, L, Beatriz, S (2014). Cuidados de enfermería en situaciones de enfermedad crónica, primera edición, editorial Universidad Nacional de Colombia.

La calidad de vida abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social, tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior²¹.

La consideración de estos factores multidimensionales indica un enfoque en la calidad de vida y las alteraciones en el bienestar de los pacientes. Su naturaleza subjetiva desafía la capacidad de los profesionales de la salud para medir su propia efectividad. Algunos pacientes pueden tolerar una discapacidad grave y aún sentirse afortunados de recibir un tratamiento, mientras otros se muestran totalmente insatisfechos con una disfunción mínima²². Por consiguiente, la calidad de vida se define mejor como lo que el individuo dice que ésta es. La percepción de la enfermedad incluye mucho más que la discapacidad física; algunas personas son incapaces de expresar sus valores o definir la calidad de vida sin un poco de ayuda en el proceso de clarificación de valores. No existe un estándar dorado para medirla, cada situación supone inquietudes únicas. Por ello, es importante ahondar en el amplio campo que cubre este concepto con el fin de ofrecer al paciente crónico algo cada vez mejor.

Debido a esto se quiere identificar ¿Cómo es la calidad de vida de pacientes con enfermedad mental en una IPS de la ciudad de Bogotá? Así generando respuesta a algunas problemáticas que se presenta en la forma de vivir de las personas con un diagnóstico de enfermedad mental.

²¹ Pomerleau, O.F. y Brady, J.P. (1979). Behavioral medicine: theory and practice. Baltimore. MA: Williams and Wilkins.

²² Remor, E.A. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por VIH. Atención Primaria, 30, 143-149.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se enfocó en estudiar la calidad de vida de pacientes con enfermedad mental en la ciudad de Bogotá, obteniendo resultados importantes para concretar el nivel de calidad de vida y establecer las comparaciones de diversas conductas, como el consumo de medicamentos, el ejercicio físico, el estrés, las actividades diarias, la sexualidad, entre otras. Lo cual se puede evaluar a través de las manifestaciones de los individuos, de su comportamiento físico, emocional, social y espiritual.

Para analizar una enfermedad mental crónica, es fundamental que siempre se consideren las implicaciones psicológicas y sociales, que transforman la percepción del individuo. El reconocimiento de este hecho ha dado lugar a que los cuidadores formales establezcan objetivos de atención concomitantes: el control de la enfermedad y la calidad de vida. La comprensión de esta última ha evolucionado a la par con la comprensión y el tratamiento médico de las enfermedades mentales que se prolongan en casi toda la vida del individuo²³.

El poder evaluar la calidad de vida de los pacientes a través un instrumento válido y confiable se convierte en una ayuda vital para el personal del área de la salud, ya que a través de ésta se pueden detectar fallas en la forma de proceder del personal de la salud que atiende al paciente, así como de la familia; además, se logra determinar si lo que se hace es suficiente o no, y así diseñar cada vez mejores métodos para ayudar al paciente. Los dos aspectos fundamentales en la evaluación de la calidad de vida son: las variables independientes, como las emociones, la familia, el ambiente social y el lugar de residencia, entre otros, que pueden influir en la calidad de vida del paciente, y las variables dependientes, como las dimensiones física, emocional, social y espiritual²⁴ como lo concibe la herramienta elegida para este estudio.

En este sentido, este trabajo genera un gran aporte a la profesión, ya que ofrece la posibilidad favorecer el proceso de validez del instrumento al ser utilizado por primera vez en esta población específica, como lo son personas con enfermedad mental. De tal manera, que se abre la posibilidad de incursionar en otras enfermedades crónicas que tal vez no se han explorado basados en el constructo que propone el instrumento.

²³ Achille, M.A., Quellte, A., Fournier, S., Hébert, M.J., Girardin, C. y Pâquet, M. (2004). Impact of transplant-related stressors and feelings of indebtedness on psychosocial adjustment following kidney transplantation. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11, 63-73.

²⁴ Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21.

Por otra parte, este tipo de proyectos generan un aporte importante a la disciplina, en el desarrollo de investigación de aplicación descriptiva, de un fenómeno primordial como lo es la calidad de vida, que permite como ya se ha expresado, elementos para poder priorizar la intervención del profesional de enfermería frente a las necesidades tangibles de la persona que se enfrenta día a día a la enfermedad mental.

En cuanto al aporte que genera desde el contexto social, este estudio hace una contribución a trabajar en la disminución del estigma que genera la enfermedad mental en los contextos cotidianos y permita reconocer las capacidades que desarrolla la persona para el afrontamiento a la enfermedad y los esfuerzos personales y colectivos a los cuales se ven enfrentados para comprender día a día su enfermedad. Al realizar este estudio en una IPS, ofrece un panorama actual de sus pacientes y de las estrategias que se pueden establecer para el proceso terapéutico de los pacientes y sus contribuciones paulatinas a su recuperación.

En sintonía con lo anterior, se hace conveniente generar un proceso de rehabilitación basada en comunidad con el paciente, para evitar que se generen reingresos en los servicios de psiquiatría, integrando a los familiares y diseñando estrategias que le permiten un rol protagónico al profesional de enfermería y desde la academia, generar espacios para que los estudiantes logren las habilidades necesarias para abordar a la persona con enfermedad mental, comprender sus condiciones de vida y propiciar un buen vivir.

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar la percepción de calidad de vida que experimentan los pacientes de una unidad psiquiátrica en una IPS de la ciudad de Bogotá.

ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población objeto de estudio a través del instrumento GCPC-UN-D1.
- Identificar los aspectos y dimensiones principales que fundamentan la calidad de vida de los pacientes de acuerdo al instrumento de Calidad de Vida de Betty Ferrell.
- Analizar la percepción que los pacientes tienen referente a la calidad de vida frente a la enfermedad mental.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO Y ENFOQUE

Es un estudio con enfoque cuantitativo, porque analiza la información, mediante el uso de herramientas de recolección numérica para dar respuesta a la pregunta de investigación; además, es de tipo descriptivo y de corte transversal donde se presenta y determina la percepción de calidad de vida de pacientes con enfermedad mental en una IPS de la ciudad de Bogotá.

MUESTRA

La muestra se obtuvo teniendo en cuenta el número de egresos registrados entre los meses de enero y septiembre del año 2017 (tiempo que se consideró para presentar la propuesta a la IPS donde se desarrolló el estudio), contemplados en 3 servicios de la IPS para un total de 911 pacientes.

Para la selección de la muestra se utilizó en principio la siguiente fórmula con un 5% de margen de error y un 90% de confiabilidad.

Donde:
$$n = (Z^2pqN) / (Ne^2 + Z^2pq)$$

n: muestra representativa y, por tanto, el número de cuestionarios aplicados.

z: nivel de confianza (z) = de 90% = 1.65

N: Universo potencial (N): 911 pacientes

e: Grado o porcentaje de error (e) = del 5% = 0.05

p: probabilidad de ocurrencia (P): del 50% = 0.5

q: probabilidad de no ocurrencia (Q): del 50%. = 0.5

A partir de esta, se obtuvo una muestra de 208 pacientes. Luego del proceso de recolección y de acuerdo a la dinámica de los egresos de los servicios de la Unidad Mental de la IPS y el giro cama, se logró constituir una muestra intencional de 134 pacientes quienes cumplieron con los requisitos de inclusión.

DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Instrumento # 1 GCPC-UN-D

Para la determinación de los participantes, se empleó la ficha de caracterización de la diada cuidador- persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D desarrollada por la Universidad Nacional de Colombia, que contiene 3 dimensiones distribuidas

en dos columnas, una para el cuidador y otra para el paciente que comprende condiciones y perfil sociodemográfico de la diada, percepción de carga y apoyo, apropiación de las tecnologías de información y comunicación (TIC); esta fue desarrollada y validada en el contexto de América Latina²⁵.

Además, incluye 22 ítems, que obtuvieron una calificación del 100% de comprensibilidad y claridad, dada por los participantes y con validez facial y de contenido para América Latina. El tiempo para su diligenciamiento estuvo entre 10 y 20 minutos. Durante la aplicación no se requirieron nuevos ajustes. Los expertos valoraron el 100% de los ítems como claros, coherentes, suficientes, relevantes y esenciales para cada una de las dimensiones a las que pertenecían de acuerdo a los autores del instrumento²⁶. Se realizó la solicitud formal del instrumento a al Grupo de Cuidado al Paciente Crónico de la Universidad Nacional de Colombia para el uso de esta ficha en este estudio. La ficha de caracterización de la diada paciente-cuidador se verá en el **ANEXO 1**.

Instrumento # 2 Calidad de Vida de Betty Ferrell.

Para determinar la calidad de vida en pacientes con enfermedad mental y luego del estado de arte realizado, se seleccionó la versión del Instrumento de Calidad de Vida de Betty Ferrell validada para Colombia por el Grupo de Cuidado al Paciente Crónico de la Universidad Nacional de Colombia, este proceso liderado por las Enfermeras Lina Corredor y Mabel Carrillo. Esta herramienta, inicialmente se elaboró para evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer por la Enfermera Betty Ferrell (Autora Original) y para sus cuidadores familiares, donde las pruebas de confiabilidad y validez en su idioma original (inglés), obtuvo una confiabilidad test- retest de 0.89²⁷.

Actualmente, cuenta con 4 dimensiones que son: bienestar físico, bienestar psicológico, bienestar social y espiritual, y formas de afrontamiento a la enfermedad. El instrumento cuenta con 41 ítems con una escala de opción de única respuesta con valor de 1 a 5 (dependiendo de la pregunta se califica si 1 es mayor que 5 y viceversa), y la interpretación de los resultados se realiza de

²⁵ CARRILLO GONZÁLEZ, Gloria. BARRETO OSORIO, Ruth. Competencia para cuidar en el hogar de personas con enfermedad crónica y sus cuidadores en Colombia. En: Revista de Facultad de Medicina. No. 4 (abril, 2014); p. 665-675. ISSN 2357-3848.

²⁶ BASTO BARAJAS Angie, OLIVEROS GALVIS Denis, RIBERO GARCIA Lisseth. Percepción de la diada paciente-cuidador familiar en el uso de las tecnologías de información y comunicación en el cuidado de su enfermedad. Bucaramanga, 2015. Trabajo de Grado (Enfermera Profesional). Universidad de Santander. Programa de Enfermería.

²⁷ CORREDOR PARRA, L.; CARRILLO GONZÁLEZ, G. Validez y confiabilidad del instrumento de calidad de vida de Betty Ferrell en español, para personas con enfermedad crónica. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, v. 18, n. 1, p. 129-148, 7 dez. 2015. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/12041>

manera descriptiva, debido a que en el último proceso de validez no se generaron rangos de interpretación.

Para el 2004, el grupo de cuidado al paciente crónico de la Universidad Nacional De Colombia contó con la aprobación, para el uso de este instrumento con la traducción en español, quienes identificaron que los componentes que constituyen la herramienta permitían que fuera aplicable a personas con enfermedad crónica en general. Y a través de estudios se ha logrado ratificar esta herramienta mediante pruebas psicométricas, para que los datos y la información que sea recolectada en un futuro sean válidos y confiables respecto a la calidad de vida de personas con enfermedad crónica a nivel nacional y latinoamericano.

Se consideró fundamental, completar pruebas psicométricas de confiabilidad, validez facial, de contenido y validez de constructo del instrumento en la versión español, en pacientes que cursan con una enfermedad crónica en general, no sólo cáncer, que fueron abordadas en la tesis mencionada anteriormente²⁸. El instrumento de Calidad de Vida de Betty Farrell se verá en el **ANEXO 2**.

CRITERIOS

Los criterios de inclusión y exclusión que se consideraron para el presente proyecto son:

De Inclusión:

- Personas mayores de 18 años.
- Diagnosticadas con enfermedad mental mayor a 6 meses.
- Pacientes con la prueba de PFEIFFER que indique estado mental óptimo.
- Con criterio médico positivo para la resolución de preguntas.
- Que se encuentren modulados y en el punto de su egreso de su estancia hospitalaria.

De Exclusión:

- Personas donde el representante legal no autoriza aplicar el instrumento.
- Personas quienes respuesta verbal y comprensión se encuentre alterada.
- Menores de edad.
- Aquellos pacientes que no deseen participar de la investigación

²⁸ CORREDOR PARRA, Lina. Óp. Cit.

ASPECTOS ÉTICOS

Para la elaboración de este estudio y el abordaje de los pacientes, se realizó bajo los parámetros éticos y científicos de investigación en salud que existe en la normativa colombiana, específicamente en la Resolución 8430 de 1993²⁹. Se tendrá en cuenta todos los criterios exigidos en el título III, y se contará con la previa autorización del comité de ética de la Universidad De Ciencias Aplicadas y Ambientales y del lugar donde se llevará a cabo la investigación. Se contó con los avales pertinentes para la aplicación de la ficha de caracterización y el instrumento de calidad de vida de Betty Ferrel, presentados en los **ANEXO 3** y el **ANEXO 4** respectivamente.

Mediante la ley 911 del 2004³⁰ que regula el ejercicio y la práctica del profesional de enfermería en Colombia, permitió considerar aspectos importantes para llevar a cabo la investigación, entre ellos están los de garantizar los cuidados de calidad, abogar por los derechos de las personas vulnerables y que estén limitados en ejercer su autonomía, no participación en ningún tipo de trato cruel, y la de informar y solicitar el consentimiento a las personas sujetas a procedimientos, prácticas de docencia e investigación.

Además, se tuvieron en cuenta los siguientes principios éticos:

- Confidencialidad, en el sentido de que no se revelará información personal y se guardará y tomará la información suministrada por los pacientes solo con fines investigativos.
- Respeto, al momento de que algún paciente desee brindar recomendaciones o inconformidades sobre el desarrollo de la investigación.
- Autonomía de elección frente a participar de la investigación y/o al informar salir del estudio, mediante la aprobación del consentimiento informado presentado en el **ANEXO 5**.
- Beneficencia y No maleficencia, al no actuar en contra de causar daño a los pacientes y no intervenir en casos de malestar física o emocional.
- Justicia, para el abordaje equitativo de los pacientes.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se utilizaron dos instrumentos para la recolección de la información como se venía mencionando, que permitieron abarcar datos sociodemográficos, información de la patología y calidad de vida en los pacientes. Además, la aplicación del

²⁹ MINISTERIO DE SALUD. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Disponible en: http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf

³⁰ TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA. Ley 911 de 2004. Bogotá, Octubre – 2004.

consentimiento informado antes de que los pacientes brindaran algún tipo de información para el estudio, lo cual es de suma importancia en cualquier proceso de investigación.

ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Para el análisis de los resultados, se realizó un análisis descriptivo de los resultados, debido a que los instrumentos en sus versiones actuales no disponen de rangos de interpretación. Además, a través del Programa SPSS 0.32 se determinaron las desviaciones estándar de la muestra seleccionada para realizar una interpretación de los resultados por las dimensiones propuestas en el instrumento de Ferrell, para presentar de manera más detallada la percepción que existe en los participantes frente a la calidad de vida.

RESULTADOS

Como se mencionó anteriormente, para el presente estudio se tuvo en cuenta la aplicación de dos instrumentos de recolección: Ficha de caracterización para los pacientes y el instrumento de Calidad de Vida para paciente crónico, donde los resultados se presentan a continuación.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de los pacientes con enfermedad mental

Ítems	Rangos	Numero de respuestas	Porcentaje
SPMSQ	0 – 2	124	100
	3 – 4	0	
	5 – 7	0	
	8 – 10	0	
PULSES	6 – 8	124	100
	9 – 11	0	
	12 – 24	0	
Diagnóstico Médico	Esquizofrenia	88	66
	T.A.B	32	23
	T. Depresivo	14	10
	T. de Ansiedad	0	
	T. de personalidad	0	
	T.E.P	0	
Género	Mujer	40	30
	Transgénero	1	1
	Hombre	93	69
Edad	18-20	16	12
	21-30	47	35
	31-40	25	19
	41-50	23	17
	51-60	14	10
	60-en adelante	9	7
Grado de escolaridad	Primaria	42	31
	Bachiller	68	51

	Técnico	14	10
	Tecnólogo	4	3
	Profesional	6	4
Lugar de procedencia	Bogotá D.C	88	66
	Otros	46	44
Lugar de residencia	Urbano	102	76
	Rural	32	24
Estado civil	Soltero (a)	101	75
	Casado (a)	5	4
	Viudo (a)	3	2
	Separado (a)	15	11
	Unión libre	10	7
Ocupación	Hogar	25	19
	Empleado (a)	31	23
	Trabajo independiente	48	36
	Estudiante	11	8
	Desempleado	6	4
	Pasante	1	1
	Trabajo informal (Reciclaje, vigilante de carros, etc)	12	9
Estrato socio económico	1	73	55
	2	43	32
	3	12	9
	4	6	4
	5	0	
	6	0	
Tiempo que lleva con la enfermedad	6 meses a un año	8	10
	1 a 2 años	16	12
	2 a 5 años	29	22
	5 a 10 años	33	25
	11 a 20 años	31	23
	21 a 30 años	12	9
	31 a 40 años	3	2
	41 a 50 años	1	
	51 o más años	1	1

Religión	Católico (a)		82	61					
	Cristiano (a)		30	22					
	Otros		5	4					
	Creyente		7	5					
	Ninguno		10						
Nivel de Compromiso Religioso	Alto		34	25					
	Medio		53	40					
	Bajo		47	35					
Tiene un único cuidador	Si		96	72					
	No		38	28					
Número de horas de ayuda que requiere diariamente para su cuidado	1-4 horas		23	17					
	1-6 horas		13	10					
	1-8 horas		13	10					
	1-10 horas		5	4					
	1-12 horas		16	12					
	1-24 horas		30	23					
	No necesita		8	10					
	No tiene cuidador		26	19					
APOYO CON QUE CUENTA			Total						
Psicológico	SI	79	134	NIVEL DE SATISFACCIÓN	1	2	3	4	
	NO	55			6	12	25	36	46
Familiar	SI	111	134		14	15	27	55	50
	NO	23			16	16	25	46	45
Religioso	SI	103	134		26	29	18	30	49
	NO	31			29	11	24	43	40
Económico	SI	103	134						
	NO	31							
Social	SI	107	134						
	NO	27							
La persona que lo cuida es	Esposo (a)		8						
	Hijo (a)		8						
	Amigo (a)		4						
	Madre / padre		61						

	Abuelo (a)	1	4
	Hermano (a); Tío (a); Cuñado (a)	20	15
	Ninguno	32	24
Percibe que, para su familia, usted como paciente es una carga	Muy alta	19	14
	Alta	29	22
	Moderada	32	23
	Baja	54	40

Niveles de bienestar	0	1	2	3	4	Porcentaje (Mayor población)
Físico	6	9	24	35	60	70
Psicológico – emocional	3	13	32	42	44	64
Social	12	14	24	38	47	63
Espiritual	8	10	21	26	69	70

Nivel de conocimiento							Porcentaje							
Para su cuidado usted se apoya de las TIC's	Si	37					28							
	No	97					72							
Nivel de apoyo percibido con el uso de las TIC's en el cuidado de su enfermedad	Alto	17					13							
	Medio	26					19							
	Bajo	91					68							
(Siendo 1 el menos útil y 5 el más útil)														
Ordene por prioridad las TIC's	Televisión	1	2	3	4	5	NÚMERO DE PACIENTES							
		30	17	21	22	44								
	Radio	1	2	3	4	5								
		24	23	15	44	28								
	Computador	1	2	3	4	5								
		29	39	40	16	10								
	Teléfono	1	2	3	4	5								
		17	28	38	22	29								
	Internet	1	2	3	4	5								
		43	29	19	19	24								
	TIC'S	NIVEL CONOCIMIENTO				POSIBILIDAD DE ACCESO				FRECUENCIA DE USO				
		Alto	Medio	Bajo	Total	Alto		Medio	Bajo	Total	Alto	Medio	Bajo	Total

Televisión	59	51	24	134	42	48	44	134	30	54	50	134
Radio	79	34	21	134	41	63	30	134	58	44	31	133
Computador	41	28	65	134	14	46	74	134	18	32	84	134
Teléfono	55	41	38	134	31	49	54	134	37	39	58	134
Internet	48	30	56	134	33	43	58	134	33	33	68	134

FUENTE: DATOS INVESTIGACIÓN

De la ficha de caracterización de la diada cuidador - persona con enfermedad crónica donde de los 134 participante que se entrevistaron, las patologías que predominaron en el estudio fueron la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar y el trastorno depresivo, siendo la primera enfermedad con la mayor prevalencia en la población la esquizofrenia con un 66%.

Dentro de los participantes se encontró en cuanto al género, femenino un 30%, masculino un 69% y una persona se identificó como transgénero. Los rangos de edad la población objeto de estudio se encontraban entre los 17 y 71 años, de estos el 35% de participantes se encontraban entre 21 y 30 años. Sobre la escolaridad de los participantes el 82% corresponden a aquellos que tienen una educación primaria y secundaria completa e incompleta y la población restante tienen estudios técnicos (10%), tecnólogos (3%) y profesional (4%).

La mayoría de los encuestados, refieren provenir de Bogotá con un 66% y los demás participantes provenientes de municipios, pueblos o ciudades de otras partes del país en un 44%.

El 71% de los pacientes entrevistados se encuentran solteros y el resto de la población del estudio están casados, son viudos, separados o se encuentran en una relación, donde el 68% de las personas están trabajando ya sea como independientes o contratados y el 19% se ocupan o ayudan en el oficio del hogar.

Frente a los datos recolectados sobre los cuidadores de los pacientes con enfermedad mental, 96 de los participantes (72%) indican que si tienen un único cuidador y 38 participantes restantes (28%), no cuentan con uno. Sin embargo, cuando se pregunta sobre las horas de ayuda que requieren para su cuidado por parte de un cuidador, el 10% indica no necesitar de alguien y un 19% señala no tener quien lo cuide. Además, son los padres quienes se reflejan como aquellos que más están a cargo del cuidado de estos pacientes con un 46%, donde 54 de los participantes (40%) se perciben como una carga baja para su(s) cuidador(es), y entre los rangos de percepción alta y muy alta que corresponden a 48 pacientes (36%) en este mismo ítem.

La percepción de los niveles de bienestar para esta investigación donde indicaron los participantes en el mayor grado de satisfacción fue de 4 (calificación de 1 – 4), reflejados con 60 pacientes para el bienestar físico (70%), 44 pacientes en el bienestar psico-emocional (64%), 47 para el bienestar social con un 63% y 69 en el bienestar espiritual con un 70% de la población total.

Referente a las tecnologías de la información y la comunicación (Tics) se puede destacar que el 72% de los sujetos de estudio no apoyan su cuidado con base a información brindada en las nuevas tecnologías y que además la percepción que ellos refieren frente al apoyo de estas hacia ellos corresponde a una valoración baja con un 62%

Escala de Calidad de Vida de Betty Ferrell

Para la obtención de los resultados de este instrumento hubo dos momentos, primero el análisis de cada uno de los ítems para revisar las respuestas de los 134 participantes debido a que las respuestas de la escala están expresadas tanto en positivo como negativo.

Al revisar la literatura y entrar en contacto con las autoras que han validado la versión en español para Colombia, aún no se dispone unos rangos para establecer una interpretación general o por dimensiones. Frente a esto, los autores del presente estudio solicitaron apoyo estadístico para ver la posibilidad de análisis y de acuerdo a la muestra, una de las opciones que se eligió fue un análisis por desviación estándar³¹, que para este caso se utilizó en el análisis de las categorías que contempla el estudio: bienestar físico (subcategorías: carga física y carga percibida sobre el desempeño de los roles); bienestar psicológico; bienestar social y espiritual (subcategorías: espiritual e interacción social); y formas de afrontamiento a la enfermedad.

Bienestar físico

En esta dimensión se evaluó la percepción que tienen los pacientes en cuanto al bienestar físico, entendido en dos subcategorías denominadas carga física y carga percibida sobre el desempeño de los roles. De acuerdo con lo anterior se encontró al analizar los ítems de esta dimensión que los pacientes consideraron como aspectos negativos más relevantes frente a su calidad de vida, el desempeño laboral, el futuro incierto, el cambio en su autopercepción, los cambios en el sueño, y el agotamiento y cansancio frente a la enfermedad. En la tabla 2 se

³¹ QUEVEDO F. Medidas de Tendencia Central y Dispersión. Medwave 2011;11(3). Disponible en: <http://www.smo.edu.mx/colegiados/apoyos/estadis4.pdf>

muestra las preguntas con alteración, y con su respectiva semaforización para mayor comprensión.

Tabla 2. Ítems con alteración semaforizados

	PREGUNTA		1	2	3	4	5		PORCENTAJE
1	<i>¿Es difícil para usted soportar el cansancio/agotamiento provocados por su enfermedad?</i>	Nada difícil	33	17	15	18	51	Muchísimo	51
2	<i>¿Son para usted molestos los cambios de apetito?</i>	Nada molesto	37	17	20	22	38	Muchísimo	45
4	<i>¿Son incómodos para usted los cambios en el sueño ocasionados por la enfermedad?</i>	Nada incómodo	35	13	16	23	47	Muchísimo	52
16	<i>¿Percibe usted que su enfermedad o tratamiento ha causado cambios en su apariencia?</i>	Nada en absoluto	27	19	25	23	40	Muchísimo	47
17	<i>¿Ha ocasionado su enfermedad cambios en la forma de verse usted como persona?</i>	Nada en absoluto	26	18	20	27	43	Muchísimo	52
31	<i>¿Hasta qué punto ha interferido su enfermedad y tratamiento con su empleo?</i>	Nada en absoluto	14	11	24	37	48	Muchísimo	63
32	<i>¿Percibe que su enfermedad y tratamiento han interferido con sus actividades /que haceres en el hogar?</i>	Nada en absoluto	42	12	16	20	44	Muchísimo	47
38	<i>¿Actualmente ve su futuro como incierto?</i>	Nada en absoluto	41	8	12	21	52	Muchísimo	54

De acuerdo al análisis por desviación estándar establecida para la interpretación del bienestar físico y sus subcategorías explicadas con anterioridad, indica que un 16.4% de todos los participantes presentan una calidad de vida por debajo de la media, correspondiendo a una totalidad de 22 participantes que se encuentran en este parámetro. Los rangos establecidos para la interpretación de este valor se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Puntaje según desviación estándar para bienestar físico.

74	DOS DESVIACIONES ESTANDAR POR ENCIMA DE LA MEDIA
62	UNA DESVIACIÓN ESTANDAR POR ENCIMA DE LA MEDIA
37	UNA DESVIACIÓN ESTANDAR POR DEBAJO DE LA MEDIA
25	DOS DESVIACIONES ESTANDAR POR DEBAJO DE LA MEDIA

Bienestar Psicológico

Para el análisis del bienestar psicológico encontramos que los ítems que evalúan la angustia frente a al diagnóstico inicial de su enfermedad y la angustia que sienten en cierto tiempo sin medicación, fueron los aspectos que se vieron influenciados hacia una respuesta negativa de los pacientes del estudio (Tabla 4).

Además, cabe destacar que, aspectos como la aceptación de los tratamientos frente a la patología, el temor de sufrir alguna otra enfermedad y alguna complicación del trastorno, se evidencian con una percepción de los pacientes inclinada hacia algo positivo en su calidad de vida (Tabla 5).

Tabla 4. Ítems con alteración

	PREGUNTA		1	2	3	4	5		PORCENTAJE
18	<i>¿Le generó angustia conocer el diagnóstico inicial de su enfermedad?</i>	Nada de angustia	46	10	10	21	47	Muchísima angustia	51
20	<i>¿Le genera angustia el tiempo que transcurre sin medicación?</i>	Nada de angustia	54	13	18	17	32	Muchísima angustia	50

Tabla 5. Ítems evaluados positivamente (bienestar psicológico)

	PREGUNTA		1	2	3	4	5		PORCENTAJE
19	<i>¿Le genera angustia el tratamiento que está recibiendo actualmente?</i>	Nada de angustia	70	10	12	17	25	Muchísima angustia	60
24	<i>¿Siente usted temor de sufrir una enfermedad adicional a la que ya tiene?</i>	Nada en absoluto	59	6	16	8	45	Muchísimo	49
25	<i>¿Teme usted que su enfermedad le pueda ocasionar deterioro?</i>	Nada en absoluto	51	14	7	17	45	Muchísimo	49

De acuerdo a los resultados mediante desviación estándar del bienestar psicológico, se observa que el 15.6% de los participantes se encuentran por debajo de la media, lo que representa una alteración frente a su calidad de vida. La tabla 6 muestra los rangos asignados para este bienestar.

Tabla 6. Puntaje según desviación estándar para Bienestar Psicológico.

36	DOS DESVIACIONES ESTANDAR POR ENCIMA DE LA MEDIA
29	UNA DESVIACIÓN ESTANDAR POR ENCIMA DE LA MEDIA
14	UNA DESVIACIÓN ESTANDAR POR DEBAJO DE LA MEDIA
8	DOS DESVIACIONES ESTANDAR POR DEBAJO DE LA MEDIA

Bienestar social y espiritual

Es importante resaltar que, para este estudio, el bienestar social y espiritual presenta una percepción positiva en los ítems que valora. El porcentaje de participantes que propenden hacia una respuesta buena fue mayor al de aquellos que indicaron un resultado negativo en todas las preguntas, donde el sentir esperanza frente al manejo de su condición, la importancia de contar con espacios de reflexión diaria y la participación en actividades religiosas, correspondieron a los porcentajes más altos de bienestar (tabla 7)

Tabla 7. Ítems evaluados positivamente (bienestar social y espiritual)

	PREGUNTA		1	2	3	4	5		PORCENTAJE
35	<i>¿Es para usted importante participar en actividades religiosas como hacer oración, ir a la iglesia o al templo?</i>	Nada importante	22	7	11	23	71	Muy importante	70
36	<i>¿Es importante para usted tener un espacio de reflexión diaria?</i>	Nada importante	15	9	11	26	73	Muy importante	74
41	<i>¿Siente esperanza/expectativa en el manejo de su condición actual?</i>	Nada en absoluto	20	4	7	23	80	Muchísimo	77

Cuando se interpretan los resultados obtenidos mediante la desviación estándar, se logra encontrar que el 13.4% de los participantes, presentan alteración en el bienestar social y espiritual, por lo que no se explica mediante este tipo de análisis que factores o situaciones están incidiendo en la alteración presentada por medio de esta metodología. Tabla 8 muestra los rangos por desviación estándar para este bienestar.

Tabla 8. Puntaje según desviación estándar para Bienestar social y espiritual.

65	DOS DESVIACIONES ESTANDAR POR ENCIMA DE LA MEDIA
35	UNA DESVIACIÓN ESTANDAR POR ENCIMA DE LA MEDIA
22	UNA DESVIACIÓN ESTANDAR POR DEBAJO DE LA

	MEDIA
18	DOS DESVIACIONES ESTANDAR POR DEBAJO DE LA MEDIA

Formas de afrontamiento a la enfermedad

Al analizar los resultados obtenidos en los ítems que se comprenden en esta sección, se evidencia que el porcentaje de participantes que indicaron una respuesta positiva en estas preguntas fue superior al de los que puntuaron hacia lo negativo, donde el 75% de ellos, le encuentran sentido a su vida. Además, el sentir control sobre su vida y la percepción de calidad de vida se encuentran con un porcentaje superior al 55%.

Tabla 9. Ítems evaluados positivamente (formas de afrontamiento)

	PREGUNTA		1	2	3	4	5		PORCENTAJE
10	¿Cómo percibe su calidad de vida actualmente?	Sumamente mala	20	13	24	39	38	Excelente	57
11	¿Qué tan feliz se siente actualmente?	Absolutamente infeliz	11	23	20	27	53	Muy feliz	60
12	¿Siente que tiene control sobre los diferentes aspectos que afectan su vida diaria?	Nada en absoluto	22	19	18	38	37	Completamente	56
13	¿Qué tan satisfecho se siente con su vida actualmente?	Absolutamente insatisfecho	18	17	18	32	50	Completamente Satisfecho	61
40	¿Le encuentra sentido actualmente a su vida?	Nada en absoluto	17	5	12	19	81	Muchísimo	75

Por último, se destaca que al igual que con el bienestar social y espiritual, la situación al analizar mediante desviación estándar el número de participantes en los que se encuentra con una calidad de vida baja, representa un 17% de toda la muestra, pero no indicaría si se debe a factores propios del individuo, a la sociedad o acceso a servicios lo que esté afectando las formas de afrontamiento a la enfermedad. En tabla 10 se muestra los rangos de desviación estándar.

Tabla 10. Puntaje según desviación estándar para formas de afrontamiento a la enfermedad.

36	DOS DESVIACIONES ESTANDAR POR ENCIMA DE LA MEDIA
32	UNA DESVIACIÓN ESTANDAR POR ENCIMA DE LA MEDIA
18	UNA DESVIACIÓN ESTANDAR POR DEBAJO DE LA MEDIA
11	DOS DESVIACIONES ESTANDAR POR DEBAJO DE LA MEDIA

DISCUSIÓN

La calidad de vida esta mediada alrededor de la relación que tiene el individuo con su entorno donde puede verse afectada cuando se adquiere una enfermedad que puede ser crónica y que altera la percepción de ese buen vivir, evidenciado en la amplificación de la sintomatología por la cual está cursando, y por ende afectando la percepción de que tiene la persona enferma, el rol que desempeña, su autopercepción y en ultimas el impacto negativo en su calidad de vida³².

Es en este sentido cuando nos referimos que desde el bienestar físico al presentar un desequilibrio entre le enfermedad y la situación de vida del individuo, se observa que la calidad de vida se empieza a alterar desde diferentes aspectos del día a día. En este estudio, condiciones como el agotamiento o cansancio producido por la enfermedad, el desarrollo normal de un trabajo, el quehacer del hogar, y alteraciones somáticas como cambios en el apetito y cambios en el patrón del sueño, condicionan a ver desfavorablemente la calidad de vida por parte de los pacientes. Es así, que como mencionan Carral y cols concluyeron en su estudio que los enfermos con una o más complicaciones de la vida diaria presentaron puntuaciones significativamente inferiores a los pacientes sin complicaciones conocidas en las dimensiones de función física y rol físico³³. Por lo que son condicionantes y complicaciones en la percepción de la calidad de vida de cualquier paciente con cualquier enfermedad.

Según World Health Organization, “el funcionamiento psicológico pone de relieve niveles elevados de estrés psicológico entre los pacientes con enfermedades crónicas. Por ende, cuando se evalúa los aspectos físicos de la calidad de vida, se puede sobreestimar la prevalencia del estrés de los trastornos que reflejan manifestaciones somáticas de perturbaciones físicas, tales como el cansancio físico y la pérdida del impulso sexual o del apetito”³⁴. Para la investigación, posiblemente el estrés generado por vivir este tipo de patologías donde el pensar, sentir y actuar no siempre coinciden y se expresan de la mejor forma posible, conlleve a la alteración que se presenta en los participantes del estudio, siendo el agotamiento y los cambios del sueño (siendo este último como un síntoma en la mayoría de los trastornos mentales), los aspectos más afectados y percibidos a partir de la escala de calidad de vida de Betty Ferrell.

³² López C. Cuidados enfermeros. España: Editorial Masson; 2004. p. 24.

³³ Carral SL et al. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 ingresados en un hospital de tercer nivel. Rev. Endocrine y Nutrition 2000; 47(4): 108-12.

³⁴ World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action (WHO/MNC/03.01). Washington: Author.

Inicialmente se menciona que la calidad de vida está compuesta por todas las condiciones tanto internas como externas que permiten el buen desarrollo de esta, permitiendo el buen desarrollo de cada individuo. Es “la percepción del individuo que tiene de su lugar en la existencia, en el contexto cultural y su sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes”³⁵. Por este motivo, el desarrollo como persona, está mediado por las interacciones con otros individuos que, a su vez van fortaleciendo esos procesos donde se ven reflejados los valores inculcados desde el hogar y la sociedad, para la proposición y cumplimiento de objetivos en la vida.

Por ende, la alteración de la calidad de vida de cada persona, juega un papel muy importante en el contexto cultural, puesto que afectar cualquiera de las dimensiones que esta abarca, implica el mal desarrollo de una vida saludable, reflejado en la aparición de enfermedades, a partir de González U. que defiende el anterior enunciado frente a que “la buena calidad de la vida y una alta responsabilidad ante la protección de la salud evitan más enfermedades y muertes que un eficiente servicio médico asistencial”³⁶.

Otra categoría que se vio afectada y que en cierto punto es preocupante, fue el bienestar psicosocial, debido a que en el porcentaje de pacientes que contestaron de forma negativa a ciertas preguntas fue en promedio del 50% de población total. Una de estas preguntas que más llaman la atención mencionaba *el transcurso del paciente sin medicación*, donde ellos reflejan que si pasan un largo tiempo sin ella, no les preocupa, por el contrario, refieren sentirse mejor, cuando la realidad es otra y pacientes con enfermedades como la esquizofrenia o un T.A.B en fase maniaca, sin la terapéutica correspondiente pueden llegar a ocasionar algún mal que comprometa la vida de ellos y/o los demás. Por esta y muchas otras razones inferimos que el reingreso que se observó en la recolección de la muestra sea el factor predisponente para que, en menos de 15 días, los pacientes que egresan del servicio tengan que volver a este, con la simple acción de evitar tomar la medicación.

Por último, cabe mencionar que los cuidadores cumplen una función importante en el manejo de las enfermedades de estos pacientes. El dato de que el 72% de los pacientes tiene por lo menos un cuidador indica que, aunque el estigma que muchos tienen frente a personas con este tipo de enfermedades hace considerar

³⁵ CARDONA Doris, AGUDELO Héctor. Construcción cultural del concepto calidad de vida. En: Rev. Facultad Nacional de Salud Pública. No. 1 (junio, 2005). P. 12 ISSN 0120-386

³⁶ GONZÁLEZ PEREZ, Ubaldo. La Salud, la Enfermedad, la Responsabilidad y la Calidad de la Vida. Rev Cubana Salud Pública, Ciudad de La Habana, v. 36, n. 3, p. 277-279, sept. 2010. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300016&lng=es&nrm=iso>. accedido en 21 oct. 2018.

que estos procesos de educar a los demás para un trato digno y en equidad para todas las personas, independientemente de las enfermedades, discapacidades o intelectos, han sido adecuados en la sociedad. Además, hay que destacar que no solo la salud del paciente es la base fundamental en el binomio Paciente-Cuidador, porque es esa persona quien brinda el cuidado que también debe estar saludable.

CONCLUSIONES

Se determinó que aproximadamente que aproximadamente un 78% de los pacientes participantes tienen una adecuada percepción de su calidad de vida, de acuerdo a la evaluación expresada a través del instrumento de Ferrell. Dentro de los aspectos que se identificaron como resultado del estudio, es que los participantes al egreso consideraron que tienen esperanza frente al proceso que están viviendo y le encuentran sentido a su vida a pesar de las situaciones que deben vivir por su enfermedad.

Los hallazgos de este estudio permitieron identificar que la mayor prevalencia en patologías presentes fue la esquizofrenia, de los cuales el género masculino predominó en el estudio con edades que se encontraban entre los 21 y 30 años. Además, la posición económica en la que se encontraban estos pacientes (55%), permite inferir que el acceso y la disponibilidad de los tratamientos con los que están beneficiados, no permiten una recuperación integral y oportuna, sumando que no todos los individuos que cruzan por una crisis o exacerbación de sus síntomas se intervienen adecuadamente.

Así mismo se puede concluir, que es importante que las 4 dimensiones que son principales para la calidad de vida según el instrumento de Betty Ferrell, donde se encontró que los pacientes tienen cierta alteración en la dimensión física, debido a que tienen mayor dificultad en el desempeño laboral, el no saber qué va a pasar con su vida en un futuro, cambios en su autoimagen, y un agotamiento y cansancio frente a su enfermedad.

RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar estudios que profundicen en cada una de las patologías mentales, debido a que en Colombia está aumentando la tasa de pacientes que son diagnosticados con depresión etc., profundizar en la educación a familiares y pacientes frente a la adherencia de los tratamientos farmacológicos, para evitar el reingreso de los pacientes en las unidades de salud mental, y generar investigaciones para el manejo de rehabilitación en comunidad.

Además, de propiciar por estudios que se enfoquen en la carga de estrés que este tipo de pacientes presentan por la patología que presentan, siendo enfermería (estudiantes y maestros), con el apoyo multidisciplinario de otras especiales, para el abordaje de este tipo de investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Achille, M.A., Quellte, A., Fournier, S., Hébert, M.J., Girardin, C. y Pâquet, M. (2004). Impact of transplant-related stressors and feelings of indebtedness on psychosocial adjustment following kidney transplantation. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11, 63-73.
2. BASTO BARAJAS Angie, OLIVEROS GALVIS Denis, RIBERO GARCIA Lisseth. Percepción de la diada paciente-cuidador familiar en el uso de las tecnologías de información y comunicación en el cuidado de su enfermedad. Bucaramanga, 2015. Trabajo de Grado (Enfermera Profesional). Universidad de Santander. Programa de Enfermería.
3. BISHOP Malachy. Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and disability: Preliminary analysis of a conceptual and theoretical synthesis. En: *Rehabilitation Counseling Bulletin*. No. 4 (octubre, 2008). p. 219- 231.
4. CARDONA Doris, AGUDELO Hector. Construcción cultural del concepto calidad de vida. En: *Rev. Facultad Nacional de Salud Pública*. No. 1 (junio, 2005). P. 12 ISSN 0120-386
5. CARRILLO GONZÁLEZ Gloria, BARRETO OSORIO Ruth. Competencia para cuidar en el hogar de personas con enfermedad crónica y sus cuidadores en Colombia. En: *Revista de Facultad de Medicina*. No. 4 (abril, 2014); p. 665-675. ISSN 2357-3848.
6. Carta de Ottawa para la promoción de la salud, Ottawa conferencia internacional sobre promoción de la salud 1986 p34
7. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley No. 1616 de 2013. Bogotá. 2013. 17 h.
8. CORREDOR PARRA, L.; CARRILLO GONZÁLEZ, G. Validez y confiabilidad del instrumento de calidad de vida de Betty Ferrell en español, para personas con enfermedad crónica. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, v. 18, n. 1, p. 129-148, 7 dez. 2015. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/12041>
9. GOMEZ Sara. La salud mental a la luz de la Constitución colombiana: análisis de algunas sentencias de la Corte Constitucional, 1992-2009. En línea: *Revista Colombiana de psiquiatría*. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n3/v39n3a05.pdf>.
10. GRAU Claudia. Intervención temprana en niños con enfermedades crónicas. En: *Ediciones Pirámide*. (2005). pp. 337-356.
11. GREY Margaret, BOLAND Elizabeth. Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes. En: *American Diabetes Association*. No.6 (junio, 1998) P. 909-914.
12. HAN Kuemsun, LEE PyoungSook. Factors influencing quality of life in people with chronic illness in Korea. En: *Journal of Nursing Scholarship*. No. 2 (2003). P. 139-144.

13. LIVNEH Hanoch, ANTONAK Richard. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors. En: Journal of Counseling & Development, No.1 (2005) p. 12-20.
14. MASCAYANO Franco, LIPS Walter, MENA Carlos, MANCHEGO Cristóbal. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. ISSN: 0185-3325
15. MINISTERIO DE SALUD. Encuesta nacional de salud mental 2015. En: ministerio de salud. Tomo 1. Pag 346. ISBN 978-958-8903-20-0.
16. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Trastorno mental: Datos y cifras. (En Línea) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>. Citado el 09 de diciembre de 2017.
17. QUEVEDO F. Medidas de Tendencia Central y Dispersión. Medwave 2011;11(3). Disponible en: <http://www.smo.edu.mx/colegiados/apoyos/estadis4.pdf>
18. Pomerleau, O.F. y Brady, J.P. (1979). Behavioral medicine: theory and practice. Baltimore. MA: Williams and Wilkins.
19. Remor, E.A. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por VIH. Atención Primaria, 30, 143-149.
20. ROSEMARIE Arnold, RANCHOR Adelita. The relationship between self-efficacy and self-reported physical functioning in chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure. En: Behavioral Medicine, No. 3 (agosto, 2005). P.107-115.
21. Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y Enfermería, 2, 9-21.
22. SUARES María. Validación de la escala SQLS para medir la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en Colombia. Bogotá, 2012. Trabajo para optar al título de especialista en psiquiatría. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría.
23. TESTA MA, SIMONSON OC. Assesment of quality of life out comes. N ENI Jmed. 1996; 334: 835-840
24. TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA. Ley 911 de 2004. Bogotá, Octubre – 2004.
25. VELARDE Elizabeth, FIGUEROA Carlos Evaluación de la calidad de vida. Salud pública Méx vol.44 no.4 Cuernavaca jul. 2002
26. VINACCIO ST, QUICENO JA. Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombiano
27. YEO Michele, SAWYER Susan. ABC of adolescence: Chronic illness and disability. En: Clinical Review. No. 3 (marzo, 2005). p. 721-723. BMJ 2005; 330:721–3

ANEXOS

Anexo 1. FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE LA DIADA CUIDADOR- PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA GCPC-UN-D

FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE LA DIADA CUIDADOR- PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA GCPC-UN-D ¹																																																																																													
Institución donde se diligencia el instrumento: _____																																																																																													
INFORMACIÓN DEL PACIENTE	INFORMACIÓN DEL CUIDADOR																																																																																												
Nombre: _____ Teléfono: _____	Nombre: _____ Teléfono: _____																																																																																												
1. IDENTIFICACIÓN DE CONDICIONES DEL PACIENTE Y SU PERFIL SOCIODEMográfico	1. IDENTIFICACIÓN DE CONDICIONES DEL CUIDADOR Y SU PERFIL SOCIODEMográfico																																																																																												
1.1 Valoración del paciente -PULSES total: 6-8 <input type="checkbox"/> 9-11 <input type="checkbox"/> 12-24 <input type="checkbox"/> -Test SPMSQ: (N. errores) 0-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-7 <input type="checkbox"/> 8-10 <input type="checkbox"/>	1.1 Valoración del Cuidador -PULSES total: 6-8 <input type="checkbox"/> 9-11 <input type="checkbox"/> 12-24 <input type="checkbox"/> -Test SPMSQ: (N. errores) 0-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-7 <input type="checkbox"/> 8-10 <input type="checkbox"/>																																																																																												
1.2 Diagnósticos Médicos: _____	1.2 Diagnósticos Médicos: _____																																																																																												
1.3 Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	1.3 Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino																																																																																												
1.4 Edad _____ años	1.4 Edad _____ años																																																																																												
1.5 Grado Máximo de escolaridad _____	1.5 Grado Máximo de escolaridad _____																																																																																												
1.6 Departamento de Procedencia _____	1.6 Departamento de Procedencia _____																																																																																												
1.7 Lugar de Residencia: _____ Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>	1.7 Lugar de Residencia: _____ Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>																																																																																												
1.8 Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre	1.8 Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre																																																																																												
1.9 Ocupación <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleado (a) <input type="checkbox"/> Trabajo Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otros _____	1.9 Ocupación <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleado (a) <input type="checkbox"/> Trabajo Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otros _____																																																																																												
1.10 Estrato socioeconómico 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1.10 Estrato socioeconómico 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>																																																																																												
1.11 Tiempo que lleva con enfermedad crónica _____	1.11 ¿Cuida a la persona a su cargo desde el momento de su diagnóstico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																												
1.12 Religión Nivel de Compromiso Religioso Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/>	1.12 Religión Nivel de Compromiso Religioso Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/>																																																																																												
2 PERCEPCIÓN DE CARGA Y DE APOYO																																																																																													
2.1 ¿Tiene un único cuidador? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> otro (s). ¿Cuál (es)? _____	2.1 ¿Es usted el único cuidador? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> otro (s). ¿Cuál (es)? _____																																																																																												
2.2 Número de horas de ayuda que requiere diariamente para su cuidado _____	2.2 Tiempo que lleva como cuidador _____																																																																																												
2.3 Indique con una x los apoyos con los que cuenta y califique su nivel de satisfacción con respecto a los mismos, siendo 1 el mínimo y 4 el máximo:	2.3 Número de horas que usted cree que dedica diariamente al cuidado de su familiar _____																																																																																												
2.4 Indique con una x los apoyos con los que cuenta como cuidador y califique su nivel de satisfacción con respecto a los mismos, siendo 1 el mínimo y 4 el máximo:	2.4 Indique con una x los apoyos con los que cuenta como cuidador y califique su nivel de satisfacción con respecto a los mismos, siendo 1 el mínimo y 4 el máximo:																																																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Apoyo con que cuenta</th> <th rowspan="2">Marque con x</th> <th colspan="4">Nivel de satisfacción</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Psicológico</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Familiar</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Religioso</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Económico</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Social</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Otro. ¿Cuál?</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Apoyo con que cuenta	Marque con x	Nivel de satisfacción				1	2	3	4	Psicológico						Familiar						Religioso						Económico						Social						Otro. ¿Cuál?						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Apoyo con que cuenta</th> <th rowspan="2">Marque con x</th> <th colspan="4">Nivel de satisfacción</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Psicológico</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Familiar</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Religioso</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Económico</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Social</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Otro. ¿Cuál?</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Apoyo con que cuenta	Marque con x	Nivel de satisfacción				1	2	3	4	Psicológico						Familiar						Religioso						Económico						Social						Otro. ¿Cuál?					
Apoyo con que cuenta			Marque con x	Nivel de satisfacción																																																																																									
	1	2		3	4																																																																																								
Psicológico																																																																																													
Familiar																																																																																													
Religioso																																																																																													
Económico																																																																																													
Social																																																																																													
Otro. ¿Cuál?																																																																																													
Apoyo con que cuenta	Marque con x	Nivel de satisfacción																																																																																											
		1	2	3	4																																																																																								
Psicológico																																																																																													
Familiar																																																																																													
Religioso																																																																																													
Económico																																																																																													
Social																																																																																													
Otro. ¿Cuál?																																																																																													

¹ Instrumento para la caracterización de la diada (Paciente-Cuidador) en situaciones de enfermedad crónica. Grupo de Cuidado al Paciente Crónico y su Familia, Universidad Nacional de Colombia, Versión 2. 06 de Marzo de 2014.

<p>2.4 La persona que lo cuida es:</p> <p><input type="checkbox"/> Espos(a) <input type="checkbox"/> Madre/padre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Amigo(a) Otro _____</p>	<p>2.5 ¿Ha tenido experiencias previas como cuidador? Quién(es): _____ Diagnóstico: _____ Tiempo como cuidador: _____</p>																																																												
<p>2.5 Percibe que para su familia, usted como paciente es una carga: Muy Alta <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/></p> <p>2.6 Al mirar su condición y calidad de vida actuales, cómo califica los siguientes niveles de bienestar, siendo 1 el mínimo y 4 el máximo bienestar posible:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Niveles de Bienestar</th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Físico</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Psicológico-Emocional</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Social</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Espiritual</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Niveles de Bienestar	0	1	2	3	4	Físico						Psicológico-Emocional						Social						Espiritual						<p>2.6 Nivel de percepción de carga según ZARIT: No sobrecarga <input type="checkbox"/> Sobrecarga leve <input type="checkbox"/> Sobrecarga intensa <input type="checkbox"/></p> <p>2.7 Al mirar su condición y calidad de vida actuales, cómo califica los siguientes niveles de bienestar, siendo 1 el mínimo y 4 el máximo bienestar posible:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Niveles de Bienestar</th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Físico</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Psicológico-Emocional</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Social</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Espiritual</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Niveles de Bienestar	0	1	2	3	4	Físico						Psicológico-Emocional						Social						Espiritual					
Niveles de Bienestar	0	1	2	3	4																																																								
Físico																																																													
Psicológico-Emocional																																																													
Social																																																													
Espiritual																																																													
Niveles de Bienestar	0	1	2	3	4																																																								
Físico																																																													
Psicológico-Emocional																																																													
Social																																																													
Espiritual																																																													

4. MEDIOS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

<p>4.1. Autovaloración en el uso de las TIC's</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">TIC's</th> <th colspan="3">Nivel conocimiento</th> <th colspan="3">Posibilidad de acceso para apoyar su cuidado</th> <th colspan="3">Frecuencia de uso</th> </tr> <tr> <th>Alto</th> <th>Medio</th> <th>Bajo</th> <th>Alto</th> <th>Medio</th> <th>Bajo</th> <th>Alto</th> <th>Medio</th> <th>Bajo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Televisión</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Radio</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Computador</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Teléfono</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Internet</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Otro. ¿Cuál?</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>4.2. ¿Para su cuidado usted se apoya en TIC's? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>4.3. Nivel de apoyo percibido con el uso de TIC's en el cuidado de su enfermedad Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/></p> <p>4.4 Ordene por prioridad las TIC's que les podrían ser más útiles para recibir información para su cuidado, siendo 1 el menos útil y 5 el más útil:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>TIC'S</th> <th>N°</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Televisión</td><td></td></tr> <tr><td>Radio</td><td></td></tr> <tr><td>Computador</td><td></td></tr> <tr><td>Teléfono</td><td></td></tr> <tr><td>Internet</td><td></td></tr> <tr><td>Otro ¿Cuál?</td><td></td></tr> </tbody> </table>	TIC's	Nivel conocimiento			Posibilidad de acceso para apoyar su cuidado			Frecuencia de uso			Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Televisión										Radio										Computador										Teléfono										Internet										Otro. ¿Cuál?										TIC'S	N°	Televisión		Radio		Computador		Teléfono		Internet		Otro ¿Cuál?		<p>4.1 Autovaloración en el uso de las TIC's</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">TIC's</th> <th colspan="3">Nivel conocimiento</th> <th colspan="3">Posibilidad de acceso para apoyar su cuidado</th> <th colspan="3">Frecuencia de uso</th> </tr> <tr> <th>Alto</th> <th>Medio</th> <th>Bajo</th> <th>Alto</th> <th>Medio</th> <th>Bajo</th> <th>Alto</th> <th>Medio</th> <th>Bajo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Televisión</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Radio</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Computador</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Teléfono</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Internet</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Otro. ¿Cuál?</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>4.2 ¿Para su cuidado o el de su familiar usted hace uso de las TIC's? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>4.3 Nivel de apoyo percibido con el uso de TIC's para el cuidado de su enfermedad o la de su familiar Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/></p> <p>4.4 Ordene por prioridad las TIC's que les podrían ser más útiles para recibir información en el cuidado de su enfermedad o la de su familiar, siendo 1 el menos útil y 5 el más útil:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>TIC'S</th> <th>N°</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Televisión</td><td></td></tr> <tr><td>Radio</td><td></td></tr> <tr><td>Computador</td><td></td></tr> <tr><td>Teléfono</td><td></td></tr> <tr><td>Internet</td><td></td></tr> <tr><td>Otro ¿Cuál?</td><td></td></tr> </tbody> </table>	TIC's	Nivel conocimiento			Posibilidad de acceso para apoyar su cuidado			Frecuencia de uso			Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Televisión										Radio										Computador										Teléfono										Internet										Otro. ¿Cuál?										TIC'S	N°	Televisión		Radio		Computador		Teléfono		Internet		Otro ¿Cuál?	
TIC's		Nivel conocimiento			Posibilidad de acceso para apoyar su cuidado			Frecuencia de uso																																																																																																																																																																																			
	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo																																																																																																																																																																																		
Televisión																																																																																																																																																																																											
Radio																																																																																																																																																																																											
Computador																																																																																																																																																																																											
Teléfono																																																																																																																																																																																											
Internet																																																																																																																																																																																											
Otro. ¿Cuál?																																																																																																																																																																																											
TIC'S	N°																																																																																																																																																																																										
Televisión																																																																																																																																																																																											
Radio																																																																																																																																																																																											
Computador																																																																																																																																																																																											
Teléfono																																																																																																																																																																																											
Internet																																																																																																																																																																																											
Otro ¿Cuál?																																																																																																																																																																																											
TIC's	Nivel conocimiento			Posibilidad de acceso para apoyar su cuidado			Frecuencia de uso																																																																																																																																																																																				
	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo																																																																																																																																																																																		
Televisión																																																																																																																																																																																											
Radio																																																																																																																																																																																											
Computador																																																																																																																																																																																											
Teléfono																																																																																																																																																																																											
Internet																																																																																																																																																																																											
Otro. ¿Cuál?																																																																																																																																																																																											
TIC'S	N°																																																																																																																																																																																										
Televisión																																																																																																																																																																																											
Radio																																																																																																																																																																																											
Computador																																																																																																																																																																																											
Teléfono																																																																																																																																																																																											
Internet																																																																																																																																																																																											
Otro ¿Cuál?																																																																																																																																																																																											

Anexo 2. INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA DE BETTY FERRELL EN ESPAÑOL, PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA

Instrucciones: Estamos interesados en saber cómo la experiencia de tener enfermedad Crónica afecta su calidad de vida. Favor contestar todas las preguntas a continuación basándose en su vida en este momento. Favor marcar con un círculo el número del 1 a 5 que mejor describa sus experiencias:

PREGUNTA								
1	¿Es difícil para usted soportar el cansancio/agotamiento provocados por su enfermedad?	Nada difícil	1	2	3	4	5	Muchísimo
2	¿Son para usted molestos los cambios de apetito?	Nada molesto	1	2	3	4	5	Muchísimo
3	¿Es frecuente para usted sentir dolor?	Nada frecuente	1	2	3	4	5	Muchísimo
4	¿Son incómodos para usted los cambios en el sueño ocasionados por la enfermedad?	Nada incómodo	1	2	3	4	5	Muchísimo
5	¿Hasta qué punto es molesto para usted el estreñimiento?	Nada molesto	1	2	3	4	5	Muchísimo
6	¿Hasta qué punto es molesto para usted sentir náuseas?	Nada molesto	1	2	3	4	5	Muchísimo
7	¿La enfermedad ha afectado su funcionamiento sexual?	Nada en absoluto	1	2	3	4	5	Muchísimo
8	¿Cómo percibe su salud física en general actualmente?	Sumamente mala	1	2	3	4	5	Excelente
9	¿Qué tan difícil ha sido manejar la rutina diaria con su enfermedad?	Nada difícil	1	2	3	4	5	Muchísimo
10	¿Cómo percibe su calidad de vida actualmente?	Sumamente mala	1	2	3	4	5	Excelente
11	¿Qué tan feliz se siente actualmente?	Absolutamente infeliz	1	2	3	4	5	Muy feliz
12	¿Siente que tiene control sobre los diferentes aspectos que afectan su vida diaria?	Nada en absoluto	1	2	3	4	5	Completamente
13	¿Qué tan satisfecho se siente con su vida actualmente?	Absolutamente insatisfecho	1	2	3	4	5	Completamente Satisfecho

14	¿Qué tan buena es su capacidad para concentrarse y recordar cosas actualmente?	Sumamente mala	1	2	3	4	5	Excelente
15	¿Qué tan útil se siente actualmente?	Absolutamente inútil	1	2	3	4	5	Muy útil
16	¿Percibe usted que su enfermedad o tratamiento ha causado cambios en su apariencia?	Nada en absoluto	1	2	3	4	5	Muchísimo
17	¿Ha ocasionado su enfermedad cambios en la forma de verse usted como persona?	Nada en absoluto	1	2	3	4	5	Muchísimo
18	¿Le generó angustia conocer el diagnóstico inicial de su enfermedad?	Nada de angustia	1	2	3	4	5	Muchísima angustia
19	¿Le genera angustia el tratamiento que está recibiendo actualmente?	Nada de angustia	1	2	3	4	5	Muchísima angustia
20	¿Le genera angustia el tiempo que transcurre sin medicación?	Nada de angustia	1	2	3	4	5	Muchísima angustia

PREGUNTA								
21	¿Qué tan ansioso/desesperado se encuentra actualmente?	Nada en absoluto	1	2	3	4	5	Muchísimo
22	¿Con qué frecuencia se siente deprimido o decaído?	Poca frecuencia	1	2	3	4	5	Mucha frecuencia
23	¿Le atemoriza la idea de hacerse nuevos exámenes diagnósticos?	Nada en absoluto	1	2	3	4	5	Muchísimo
24	¿Siente usted temor de sufrir una enfermedad adicional a la que ya tiene?	Nada en absoluto	1	2	3	4	5	Muchísimo
25	¿Teme usted que su enfermedad le pueda ocasionar deterioro?	Nada en absoluto	1	2	3	4	5	Muchísimo
26	¿Percibe usted que su situación actual de salud está empeorando?	Nada en absoluto	1	2	3	4	5	Muchísimo
27	¿Percibe que su familia está preocupada por su enfermedad?	Nada en absoluto	1	2	3	4	5	Muchísimo
28	¿Se siente usted apoyado por otros para manejar su	Nada en absoluto	1	2	3	4	5	Muchísimo

	enfermedad?								
29	¿Su condición de salud actualmente ha afectado negativamente sus relaciones personales?	Nada en absoluto	1	2	3	4	5	Muchísimo	
30	¿Ha sido impactada/afectada su sexualidad por su enfermedad?	Nada en absoluto	1	2	3	4	5	Muchísimo	
31	¿Hasta qué punto ha interferido su enfermedad y tratamiento con su empleo?	Nada en absoluto	1	2	3	4	5	Muchísimo	
32	¿Percibe que su enfermedad y tratamiento han interferido con sus actividades /que haceres en el hogar?	Nada en absoluto	1	2	3	4	5	Muchísimo	
33	¿Se siente usted aislado por motivo de su enfermedad y tratamiento?	Nada en absoluto	1	2	3	4	5	Muchísimo	
34	¿Para usted son costosos su enfermedad y tratamiento?	Nada en absoluto	1	2	3	4	5	Muchísimo	
35	¿Es para usted importante participar en actividades religiosas como hacer oración, ir a la iglesia o al templo?	Nada importante	1	2	3	4	5	Muy importante	
36	¿Es importante para usted tener un espacio de reflexión diaria?	Nada importante	1	2	3	4	5	Muy importante	
37	¿Considera usted que su condición de enfermedad lo ha transformado espiritualmente?	Nada en absoluto	1	2	3	4	5	Muchísimo	
38	¿Actualmente ve su futuro como incierto?	Nada en absoluto	1	2	3	4	5	Muchísimo	
39	¿Asocia usted su enfermedad con cambios positivos en su vida?	Nada en absoluto	1	2	3	4	5	Muchísimo	
40	¿Le encuentra sentido actualmente a su vida?	Nada en absoluto	1	2	3	4	5	Muchísimo	
41	¿Siente esperanza/expectativa en el manejo de su condición actual?	Nada en absoluto	1	2	3	4	5	Muchísimo	

**Anexo 3. AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE LA FICHA DE
CARACTERIZACIÓN**



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Facultad de Enfermería
Grupo de Investigación
Cuidado de Enfermería al Paciente Crónico

**AUTORIZACIÓN DE USO DE LA FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE LA DIADA
CUIDADOR-PERSONA CON ENFERMEDAD CRÓNICA GCPC-UN-D**

No. GCEPC-022-2017

Este acuerdo, se establece el 04 de Diciembre de 2017 y está vigente desde ese momento, se pacta entre Lorena Chaparro Díaz, Líder del grupo de Investigación Cuidado de enfermería al Paciente crónico del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, en adelante **LOS PROVEEDORES**, quienes tienen su domicilio en la Carrera 30 No. 45-03, Edificio 228, oficina 403, Bogotá D.C., Colombia, por una parte, y por la otra Juan Camilo Guaranguay Gutiérrez y Cristian Felipe Guaitero Oróstegui, en calidad de estudiantes del Programa de Enfermería de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales, en adelante **EL RECEPTOR**, quien tienen su domicilio en la Calle 222 No. 55-37 (Residencia de Cristian Guaitero: Calle 64c # 108-60), con fines de colaboración profesional y autorización de uso de la "Ficha de caracterización de la diada Cuidador-Persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D", en adelante **EL MATERIAL**, instrumento conformado y validado por **LOS PROVEEDORES**.

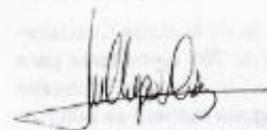
Este acuerdo se establece como respuesta a la solicitud escrita planteada por **EL RECEPTOR**, mediante correo electrónico del 17 de Noviembre de 2017, para que se facilite el uso y aplicación de **EL MATERIAL**, la "Ficha de caracterización de la diada Cuidador-Persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D" **LOS PROVEEDORES** aceptan satisfacer la petición siempre que se acepten y cumplan las siguientes condiciones:

1. Se autoriza la reproducción de **EL MATERIAL** "Ficha de caracterización de la diada Cuidador-Persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D" sólo en la cantidad de **208** ejemplares para la aplicación en las experiencias o actividades del proyecto "Calidad de Vida en Pacientes con Enfermedad Mental en una IPS en la Ciudad de Bogotá". De ninguna manera se autoriza la reproducción y/o distribución indiscriminada de **EL MATERIAL**.
2. **EL MATERIAL** en la versión física en que se entrega, o en cualquiera otro formato en que se presente o se aplique, continúa siendo propiedad de **LOS PROVEEDORES**. **EL MATERIAL** debe ser usado bajo el control inmediato y directo de **EL RECEPTOR**, únicamente por los involucrados en el proyecto de "Calidad de Vida en Pacientes con Enfermedad Mental en una IPS en la Ciudad de Bogotá". **EL MATERIAL** en la versión en que se entrega, o en cualquiera otro formato en que se presente o se aplique, no deberá ser: a) ofrecido en venta como instrumento o como parte de una obra; b) dispuesto o desplegado en un servicio documental en línea de manera que pueda ser descargado o copiado; c) utilizado para ofrecer algún servicio que permita brindar un diagnóstico o producto que se comercialice. Ningún otro derecho, licencia, registro o cualquiera otro beneficio, se otorga a **EL RECEPTOR** por el uso de **EL MATERIAL** como resultado de esta autorización.
3. **EL MATERIAL** no debe ser vendido, distribuido o de cualquiera otra forma puesto a disposición de cualquier tercero para ningún propósito.

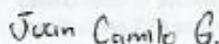
4. **EL MATERIAL** se entrega como fue considerado, diseñado, construido y validado por **LOS PROVEEDORES** y su uso se certifica en las publicaciones científicas y/o Ficha que hacen parte integral de este acuerdo. **EL MATERIAL** se transfiere sin garantías de aplicabilidad o ajuste a algún propósito particular o cualquiera otra garantía, expresa o implícita. **LOS PROVEEDORES** no garantizan ni reivindican que **EL MATERIAL** no infrinja Derechos de Autor, patentes, marcas o cualquiera otro derecho de propiedad intelectual. A menos que exista un requerimiento judicial, **EL RECEPTOR** acepta mantener indemne a **LOS PROVEEDORES**, a la Universidad Nacional de Colombia, a sus directivas y profesores de cualquier responsabilidad en relación con el uso de **EL MATERIAL** por **EL RECEPTOR**. A menos que exista un requerimiento judicial, **EL RECEPTOR** acepta defender e indemnizar a **LOS PROVEEDORES**, a la Universidad Nacional de Colombia, a sus directivas y profesores ante uno o todos los reclamos y daños que en cualquiera forma resultan de la transferencia, uso o aplicación de **EL MATERIAL** por **EL RECEPTOR**.
5. **EL MATERIAL** será utilizado atendiendo todas las normas y reglamentaciones aplicables, incluyendo las normas de la ética y los consentimientos informados que correspondan.
6. La vigencia de este acuerdo es de **1 (UN)** año a partir de la fecha en que se firma, a menos que quiera ser terminado anticipadamente o extendido mediante acuerdo firmado por las partes. Cada parte puede terminar este acuerdo antes de su fecha de expiración mediante nota escrita a la contraparte enviada sesenta días antes del término señalado. Las obligaciones establecidas para **EL RECEPTOR** relacionadas con la protección del derecho de autor que sobre **EL MATERIAL** recae, seguirán vigentes aun finalizado el tiempo del presente acuerdo. Una vez concluido el acuerdo, **EL MATERIAL** deberá ser retornado a **LOS PROVEEDORES** o destruido.
7. Una vez firmado este Acuerdo, **EL RECEPTOR** estará autorizada para recibir **EL MATERIAL** de **LOS PROVEEDORES**, La Universidad Nacional de Colombia y la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales son garantes de la ejecución y cumplimiento del mismo y en consecuencia lo rubrican.

He leído y acepto:

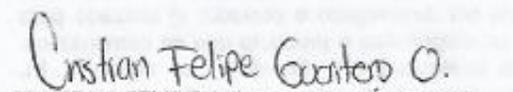
He leído y acepto:



LORENA CHAPARRO DÍAZ
EL PROVEEDOR
Profesora Asociada
Líder Grupo de Investigación
Universidad Nacional de Colombia



JUAN CAMILO GUARANGUAY G.
EL RECEPTOR
Estudiante del Programa de Enfermería y
Universidad de Ciencias Aplicadas
y Ambientales (U.D.C.A.)



CRISTIAN FELIPE GUAITERO ORÓSTEGUI
EL RECEPTOR
Estudiante del Programa de Enfermería
Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales
(U.D.C.A.)

Anexo 4. AUTORIZACIÓN PARA EL USO DEL INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA DE BETTY FARRELL.

Aval Instrumento - Google Chrome

Es seguro | <https://outlook.office.com/owa/projection.aspx>

Responder a todos | Eliminar | Correo no deseado | ...

Aval Instrumento

 **LINA ROCIO CORREDOR PARRA** <rocicorpa@uan.edu.co>
Hoy, 16:26
OSCAR JAVIER GONZALEZ HERNANDEZ

Responder a todos

Bandeja de entrada

  Instrumento definitiv...
27 KB

Mostrar todos 1 archivos adjuntos (27 KB) | descargar | Guardar en OneDrive - Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales - U.D.C.A.

Respetado profesor Óscar,

Mediante este correo me permito dar el aval para el uso del **Instrumento de Calidad de Vida de Betty Ferrell en Español, para Personas con Enfermedad Crónica** de la autoría de la Dra. Betty Ferrell.

Adjunto el instrumento validado en el contexto local y solicitamos que en su investigación citen el artículo: 1. Corredor Parra LR, Mabel Carrillo G. Validez y confiabilidad del instrumento de calidad de vida de Betty Ferrell, para personas con enfermedad crónica [Internet]. Vol. 18, Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2016. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145243501009>.

Quedo atenta a dudas e inquietudes.

Cordialmente;
Lina Rocio Corredor
Docente
Facultad de Enfermería
Universidad Antonio Nariño

Anexo 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO: CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL EN UNA IPS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ

DESCRIPCIÓN:

Usted y su familiar han sido invitados(as) a participar en una investigación sobre la percepción de calidad de vida de personas con una enfermedad mental. Esta investigación es realizada por *Cristian Felipe Guaitero Oróstegui* y *Juan Camilo Guaranguay Gutiérrez*, estudiantes del Programa de Enfermería de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A, y asesorados por el Profesor Oscar Javier González Hernández.

El propósito de esta investigación es, Determinar la percepción de calidad de vida que experimentan los pacientes de una unidad psiquiátrica en Bogotá.

Si acepta a participar en esta investigación, se le solicitará diligenciar dos formatos que contienen: una ficha de caracterización para el paciente y el cuidador donde se diligencian datos básicos y socio-demográficos, y una encuesta sobre calidad de vida que será aquella que permita obtener la información para lograr el propósito de la investigación. Además, contará con el acompañamiento y asesoría de una persona que guiará y resolverá cualquier duda durante el proceso.

CONFIDENCIALIDAD

Todos los datos ofrecidos para este trabajo únicamente serán utilizados con fines docentes y de investigación. Todos los datos serán confidenciales, y en todo momento se mantendrá el anonimato, garantizándole su derecho a la intimidad y a la propia imagen.

Solamente, Cristian Felipe Guaitero Oróstegui y Juan Camilo Guaranguay Gutiérrez, tendrán acceso a las encuestas que puedan identificar directa o indirectamente a un participante.

DERECHOS:

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad.

El tiempo de duración de participación en la investigación contará con el requerido para el diligenciamiento de las encuestas, que se encuentra aproximadamente de 15 minutos.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con Cristian Felipe Guaitero Oróstegui al 3118757443 o al correo cguaitero@udca.edu.co

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre del participante

Firma

Fecha _____

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con quien arriba firma.

Nombre del investigador

Firma

Fecha _____