

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LAS PERSONAS
DIAGNOSTICADAS CON CHIKUNGUNYA Y SUS PRACTICAS DE CUIDADO
DEL BARRIO KENNEDY DEL MUNICIPIO DE GIRARDOT, AÑO 2016-2**

Auxiliares de investigación

YULI PAOLA OLIVAR QUINTERO

Código: 330210125

CINDY JULIETH ROMERO ROMERO

Código: 330209235

EMMA LIZETH MORENO ROJAS

Código: 330 210 227

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

2016

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LAS PERSONAS
DIAGNOSTICADAS CON CHIKUNGUNYA Y SUS PRACTICAS DE CUIDADO
DEL BARRIO KENNEDY DEL MUNICIPIO DE GIRARDOT, AÑO 2016-2**

Investigadoras

MARIA MARGARITA RODRIGUEZ HERNANDEZ

Docente Ocasional Tiempo Completo

NOHORA OFELIA REYES JIMENEZ

Docente de Carrera.

Auxiliares de investigación

YULI PAOLA OLIVAR QUINTERO

Código: 330210125

CINDY JULIETH ROMERO ROMERO

Código: 330209235

EMMA LIZETH MORENO ROJAS

Código: 330 210 227

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

2016

NOTA DE ACEPTACIÓN

FIRMA PRESIDENTE DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

AGRADECIMIENTOS

Primero que todo darle gracias a Dios porque bajo su bendición nos permitió presentar ante ustedes este trabajo de grado, también por habernos otorgado una familia maravillosa quienes nos apoyaron en este camino profesional, que han creído en nosotras, dándonos ejemplo de superación, humildad y sacrificio; de igual manera agradecer a las docentes asesoras en la investigación María Margarita Rodríguez Hernández y Nohora Ofelia Reyes Jiménez; por su paciencia, Visión crítica de muchos aspectos, por su rectitud en su profesión como docentes, sus consejos que nos guiaron en la formación académica y en el ejercicio de las investigadoras.

Gracias a la universidad, por habernos permitido formarnos como futuras enfermeras, gracias a todas las personas que fueron partícipes de este proceso, ya sea de manera directa e indirecta, gracias a todos ustedes; fueron ustedes los responsables de realizar su pequeño aporte, que el día de hoy se vería reflejado en la culminación de nuestro paso por la universidad.

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	6
LISTA DE FIGURAS	8
LISTA DE ANEXOS	9
1. PROBLEMA.....	13
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2. OBJETIVOS.....	17
3. JUSTIFICACION	18
4. MARCOS DE REFERENCIA	23
4.1. MARCO HISTORICO.....	23
4.2. MARCO GEOGRAFICO GIRARDOT – BARRIO KENNEDY	30
4.3. MARCO TEORICO	33
4.3.1. NATURALEZA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.....	33
4.3.2. CONCEPTOS SEGÚN LA TEORÍA:	34
4.3.3. TEORÍA DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.....	35
4.3.4. LA TEORÍA DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA:.....	36
4.3.5. SISTEMAS DE ENFERMERÍA DE APOYO-EDUCACIÓN.....	36
4.4. MARCO CONCEPTUAL.....	37
4.5. MARCO ETÍCO	49
5. DISEÑO METODOLOGICO	64
5.1. ENFOQUE	64
5.2. TIPO DE ENFOQUE	64
5.3 UNIVERSO	64
5.4 POBLACION.....	65
5.5 MUESTRA	65
5.6 CRITERIOS DE INCLUSION	65
5.7 MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	65
6. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	67
7. ANALISIS DE RESULTADOS	69
8. ANEXOS.....	96

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1.	69
Tabla 2.	69
Tabla 3.	70
Tabla 4.	70
Tabla 5.	72
Tabla 6.	72
Tabla 7.	72
Tabla 8.	74
Tabla 9.	74
Tabla 10.	75
Tabla 11.	76
Tabla 12.	76
Tabla 13.	77
Tabla 14.	78
Tabla 15.	78
Tabla 16.	78

Tabla 17.	80
Tabla 18.	80
Tabla 19.	80
Tabla 20.	81
Tabla 21.	82
Tabla 22.	82
Tabla 23.	83
Tabla 24.	84
Tabla 25.	84

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Tabla 26.	85
Tabla 27.	87
Tabla 28.	88
Tabla 29.	89

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Consentimiento informado	96
Anexo B. Entrevista semiestructurada	97
Anexo C. Instrumento de valoración calidad de vida SF36 versión 2.	98

RESUMEN

El propósito de esta investigación es determinar la calidad de vida relacionada con la salud en la persona diagnosticada con Chikungunya y sus prácticas de cuidado, mediante medidas globales de salud y del estado funcional. La enfermedad del Virus del Chikungunya es transmitido por los mismos mosquitos, involucrados en la transmisión del dengue y la fiebre amarilla por el vector *Aedes Aegypti* y *Aedes Albopictus*; considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como un problema de salud pública emergente en la Región de las Américas; quien a final del año 2013 confirmaron casos de transmisión autóctona en la subregión del Caribe, reconociéndose varios brotes en la isla Francesa de Saint Martin.

“La transmisión en nuestro territorio colombiano y en el municipio de Girardot, dependió de las interacciones entre el ambiente, el agente, la población huésped y el vector, para coexistir en un hábitat específico apropiado determinado por factores ambientales, socioeconómicos, políticos, características biológicas del virus, el vector y la persona afectada.”¹

Esta investigación es un estudio de tipo explorativo, se realizó a las personas diagnosticadas con el virus de Chikungunya en el barrio Kennedy de la ciudad de Girardot teniendo una muestra de 20 personas, se utilizó el instrumento de Calidad de vida relacionada con la salud (SF36 versión 2) el cual consta de 36 preguntas divididas en 8 dimensiones. Este enfoque pretende obtener la recolección de datos para conocer la calidad de vida relacionada con la salud en las personas diagnosticadas con Chikungunya y sus prácticas de cuidado en el barrio Kennedy para el planteamiento y ejecución de estrategias educativas.

¹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL; Bogotá; Gestión para la vigilancia entomológica y control de la transmisión del dengue; Colombia; 2013.

Palabras clave: Calidad de vida relacionada con la salud, Calidad de vida, Instrumento SF36, virus del Chikungunya, salud, afectación.

ABSTRACT

The purpose of this research is to determine the quality of life related to health in the person diagnosed with chikungunya and their care practices through global measures of health and functional status. Chikungunya virus disease is transmitted by the same mosquitoes, involved in the transmission of dengue and yellow fever by the vector *Aedes Aegypti* and *Aedes Albopictus*; Considered by the World Health Organization (WHO) and the Pan American Health Organization (PAHO) as an emerging public health problem in the Region of the Americas; Who at the end of 2013 confirmed cases of autochthonous transmission in the Caribbean subregion, with several outbreaks on the French island of Saint Martin.

Transmission in our Colombian territory and in the municipality of Girardot depended on the interactions between the environment, the agent, the host population and the vector, to coexist in an appropriate specific habitat determined by environmental, socioeconomic, political, biological Virus, vector and the affected person.

It is an exploratory type investigation carried out on people diagnosed with chikungunya virus in the Kennedy neighborhood of the city of Girardot having a sample of 20 people, we used the health related quality of life instrument (SF36 version 2) Which consists of 36 questions divided into 8 dimensions.

Key words: Health - related quality of life, quality of life, SF36 instrument, chikungunya virus, Health, affectation.

1. PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto que se nutre de los tres anteriores (salud, estado de salud y calidad de vida) y que agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo, como aquellos que, externos a este, interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud. Algunos autores aportan definiciones muy amplias de la calidad de vida relacionada con la salud, como “la evaluación subjetiva por parte de las personas, relativa a como aspectos diferentes relacionadas con su estado de salud pueden estar influyendo sobre su habilidad para lograr mantener un nivel de funcionamiento general que les permita perseguir las metas que son valiosas en sus vidas, todo lo cual quedaría reflejado en su nivel de bienestar.”²

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de la vida de esta. Frente a la etiología no hay mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan inicio a la enfermedad, entre estos factores está el ambiente, estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida entre otros, y la presencia de una enfermedad persistente que pueda pasar a ser crónica. Hay muchos tipos de enfermedades crónicas, desde la hipertensión a la diabetes, hasta la artritis reumatoide y el cansancio crónico (Centers for Disease Control and Prevention, 2009). A nivel psicosocial, las enfermedades crónicas producen altos niveles de estrés teniendo un efecto negativo sobre el ajuste psicológico de las personas que las padecen y requieren un periodo de adaptación de parte del individuo y de la familia (Dobbie y Mellor, 2008). Stanton, Reverson y Tennen (2007) identificaron cinco procesos relacionados con el ajuste a las enfermedades crónicas: como la adaptación a sus actividades diarias, la

² Badia X (1995). La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos. En: J. Sacristan, J. Badia y J. Rovira, editores. Farmacoeconomía, Madrid: Editores médicos.

conservación del estado funcional, la percepción de la calidad de vida en sus diferentes dimensiones, y la ausencia de trastornos psicológicos y emociones negativas.³

Independientemente de todas las enfermedades crónicas, existe una enfermedad llamada chikungunya que favorece a la alteración de la artritis remautoidea y a la disminución de la calidad de vida de las personas; lo cual esta enfermedad es de origen makonde y significa enfermedad del hombre encorvado o retorcido, debido al fuerte dolor articular provocado por la artritis que caracteriza la enfermedad.

Resulta importante señalar que este virus fue identificado en Tanzania en 1953, y descrito por primera vez por Robinson Marion, en 1955. Es endémico de África y oriundo del África Subsahariana, donde se mantiene un ciclo selvático entre mosquitos y primates no humanos. Provoca brotes esporádicos de la enfermedad en humanos. Existen referencias en África desde el siglo XVIII; también, se había detectado ocasionalmente en zonas de Asia del sur (Sri Lanka), pero con gran probabilidad de ser introducido desde África.⁴ En 2004, apareció un brote en Comores. Durante 2004 y 2005 el virus causó importantes epidemias en algunas islas del Océano Índico, tales como las Islas de la Reunión, Comores, Mayotte, Madagascar, Mauricio, Seychelles y Maldivas. Al parecer esta onda epidémica se inició en 2004 en zonas costeras de Kenya (Mombasa), desde donde se extendió a las islas afectadas en los años subsiguientes. A su vez, entre 2006 y 2008 hubo importantes epidemias de chikungunya en la India, con cientos de miles de casos declarados. Ahora bien, el 6 de septiembre de 2007, el Ministerio de Salud Italiano confirma un brote del virus en su país, con al menos 160 casos en Rabeau, de los cuales falleció un anciano de 83 años de edad, lo que motivó actuaciones urgentes de las autoridades sanitarias en Europa.⁵ Asimismo, en septiembre de 2010 se detectaron 2 casos no importados en la región de Var, en el sureste de Francia; en octubre se notificaron 10 casos en el sur de China en la ciudad de Dongguan.⁶

³ calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. (<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770004>)

⁴ Fiebre de Chikungunya: enfermedad infrecuente como emergencia médica en Cuba. (http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_6_14/san15614.htm).

⁵ Research eu. Informe virus emergentes. La ciencia en estado de alerta. Revista del Espacio Europeo de la Investigación. 2007; 53. p. 9-10.

⁶ European Centre for Disease Prevention and Control. Consultation on mosquito-borne disease transmission in Europe. Paris: ECDC; 2010.

A finales de este mismo año se diagnosticó un caso en La Rioja (España), de una persona que había visitado poco antes el norte de la India. Posteriormente, en septiembre de 2013 se detectó en Valencia un caso de un temerario surfista que había pasado el verano en la costa senegalesa. Estos brotes en Europa, sugirieron por primera vez el impacto potencial de este virus al cambiar su nicho ecológico natural (donde cerca de 2 millones de personas se han infectado con tasas de ataque hasta de 68,0 % en algunas áreas), al desplazarse desde su nicho original: África, sur y sudeste de Asia e islas del Océano Índico a Europa (Italia, España), Australia y el hemisferio occidental en general. Por otra parte, durante diciembre de 2013, la Agencia de Salud Pública del Caribe (Carpha, por sus siglas en inglés) confirmó 10 casos de infectados por el virus chikungunya, causante de una enfermedad similar al dengue, en la isla de San Martín a unos 240 kilómetros al este de Puerto Rico, razón por la cual se da la alerta a la Organización Mundial de la Salud. Esta es la primera vez que se detectan casos localmente adquiridos del citado virus en el Caribe, según la institución regional.⁷

Anteriormente, se habían registrado casos de la enfermedad en América, en países, tales como Estados Unidos, Canadá, la Guyana Francesa, Martinica, Guadalupe y Brasil, pero todos ellos eran de personas que contrajeron la fiebre en viajes a otras zonas del planeta. En enero de 2014 se informó que el virus se propagaba rápidamente en el Caribe, en plena temporada turística de invierno, apenas semanas después de que epidemiólogos detectaran los primeros casos en San Martín. El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) notificó que nuevos casos fueron confirmados en las islas caribeñas francesas de Martinica, Guadalupe, Islas Vírgenes y San Bartolomé. “Es importante destacar que estos casos confirmados no corresponden MEDISAN 2014; 18(6):861 a personas que hubieran viajado, lo cual nos alerta de que el virus ya está entre

⁷ Centers for Disease Control and Prevention. Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas. Washington DC: OPS; 2011.

nuestras poblaciones de mosquitos”, dijo el médico forense de las Islas Vírgenes Británicas, Ronald Georges.⁸

La fiebre chikungunya (CHIKV) es una enfermedad emergente transmitida por mosquitos y causada por un alfa virus, el virus CHIKV. Según el MINISTERIO DE SALUD esta enfermedad es transmitida principalmente por los mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes Albopictus*, las mismas especies involucradas en la transmisión del dengue, la malaria, el zika. La epidemia de CHIKV ha mostrado históricamente una presentación cíclica, con períodos inter epidémicos que oscilan entre 4 y 30 años.⁹

En Colombia Según el Ministerio de Salud confirmó que la cifra oficial de casos del Chikungunya es de 74 mil personas contagiadas, sin embargo, hay 80 mil casos sospechosos y un sub registro de pacientes que se tratan en casa. El Gobierno identificó 51 municipios que están en alerta por la rápida expansión del virus, pues han hecho cálculos de 700 mil pacientes que podrían contagiarse en el país. Esos municipios están distribuidos entre la Costa Norte y en los departamentos de Santander, Cundinamarca, Tolima, Antioquia y algunas regiones del oriente como Arauca, Sara vena, Villavicencio.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo ha sido la calidad de vida en las personas diagnosticadas con chikungunya y sus prácticas de cuidado del Barrio Kennedy del municipio de Girardot?

⁸ Virus chikungunya se propaga en el Caribe. Boletín al día. 2014. [citado 25 Ene 2014]. Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2014/01/16/virus-chikungunya-se-propaga-en-el-caribe/>

⁹ Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas. (http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/CHIKV_Spanish.pdf).

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida relacionada con la salud en la persona diagnosticada con Chikungunya y sus prácticas de cuidado, del barrio Kennedy del municipio de Girardot IIPA - 2016, mediante medidas globales de salud y del estado funcional.

2.2. ESPECIFICOS

- Caracterizar la población diagnosticada con Chikungunya residentes en el barrio Kennedy del municipio de Girardot IIPA - 2016.
- Valorar la calidad de vida relacionada con la salud en la persona diagnosticada con Chikungunya residentes en el barrio Kennedy del municipio de Girardot IIPA - 2016, mediante la aplicación del cuestionario SF-36.
- Identificar las prácticas de cuidado para el manejo de la cronicidad en la persona diagnosticada con Chikungunya.
- Transferir los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud y sus prácticas de cuidado de las personas diagnosticadas con Chikungunya del barrio Kennedy del municipio de Girardot IIPA – 2016.

3. JUSTIFICACION

La creciente consideración de los factores psicológicos y sociales en el proceso salud-enfermedad ha ido sustituyendo a la concepción biologicista que dominó el pensamiento médico durante el siglo XIX y parte del siglo XX. Puede decirse que hasta hace muy poco, el tratamiento médico de la enfermedad crónica se dirigía fundamentalmente al alivio de los síntomas y, si era posible, a la prolongación de la vida. Durante los años 60 y 70 del pasado siglo, los simples indicadores materiales del bienestar humano evolucionaron hacia la consideración de indicadores psicológicos y sociales, por lo cual la categoría calidad de vida se abrió a las dimensiones psicosociales y no tanto a las económicas. Este hecho ejerció una notable influencia en el campo de la salud, contribuyendo a asumir que no sólo era importante la curación de la enfermedad, sino el logro de una vida más funcional y satisfactoria para las personas que aquejaban enfermedades crónicas. De aquí que comenzara a utilizarse el término calidad de vida como un objetivo a alcanzar a punto de partida de tratamientos o procesos de rehabilitación.¹⁰

La calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, socio psicológica, cultural y política) que interactúan con él.¹¹ El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos

¹⁰ Badía Llach X, Lizán Tudela L. Estudios de Calidad de Vida. Cuadernos de atención Primaria. Barcelona: 2005.

¹¹ Grau Avalos J, Victoria García-Viniegras CR, Hernández Menéndez E. Calidad de Vida y Psicología de la Salud. En: Hernández Menéndez E y Grau Abalo J. Psicología de la Salud. Fundamentos y Aplicaciones. México: Universidad de Guadalajara; 2006.

positivos o negativos. De acuerdo a Dulcey y col. el concepto de bienestar subjetivo y satisfacción con la vida en la vejez es criterio de un envejecimiento exitoso.¹²

Según VICTORIA GARCÍA-VINIEGRAS la salud no es sólo un componente importante de la calidad de vida, sino también un resultado de ella. Cuando otras dimensiones que integran la calidad de vida como puede ser la familia, la laboral o la sociopolítica se deterioran, no implican únicamente una calidad de vida inadecuada, sino que pueden conducir a la aparición de enfermedades. Tener salud en su concepción más amplia, no sólo implica sentirse bien físicamente, es además tener planes y proyectos futuros, involucrarse en ellos de manera activa para alcanzarlos y derivar de eso satisfacciones personales. El fracaso en el logro de esas satisfacciones puede convertirse en una fuente de stress con implicación negativa para la salud considerada integralmente. La calidad de vida está estrechamente vinculada a las aspiraciones y el nivel de satisfacción con respecto a los dominios más importantes en que una persona desarrolla su vida. Existe una interacción entre lo social y lo psicológico, donde lo social influye en lo psicológico a través del sentido que tenga para el sujeto y lo psicológico influye en lo social de acuerdo con la postura que el individuo asume. Los niveles de satisfacción que el Hombre alcanza, no sólo dependen de las condicionantes externas, sino también de las internas, es decir, de su autovaloración y la jerarquía motivacional. En la estructura del área subjetiva de la calidad de vida tenemos, pues, como núcleo central, una dimensión psicológica la cual expresa el nivel de correspondencia entre las aspiraciones y expectativas trazadas por el sujeto y los logros que ha alcanzado o puede alcanzar a corto o mediano plazos. El bienestar tiene que ver con la valoración del resultado logrado con una determinada forma de haber vivido. Los indicadores de corte objetivo resultan necesarios, pero requieren un complemento indispensable: el distinguir cómo se expresan estos valores sociales en el individuo y cuán importantes resultan

¹²Llantá MC, Grau J, Chacón M, Romero T, Grau R. Calidad de vida percibida en niños con cáncer y reportada por padres y médicos. Revista Psicología y Salud, Universidad Veracruzana. 2000;1(10).

para él. De aquí la importancia del estudio del bienestar psicológico como dimensión subjetiva de la calidad de vida.¹³

Según la OPS y la OMS reporta que el número de casos notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 35 de 2014 de la Salud asciende a 659.367, en América. Entre los países reportados entre Asia y África se encontraron 2 millones de personas infectadas para el año del 2004; en Europa e Italia 205 casos en el 2007. Desde la confirmación de la transmisión autóctona del virus chikungunya en la Región de las Américas en 2013 y 2014, se ha documentado transmisión autóctona en 50 países de la Región de las Américas (30 países y territorios en el Caribe: Cuba, República Dominicana, Guadalupe, Haití, Martinica, Puerto Rico, San Bartolomé, Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Islas Caimán, Curazao, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Sint Maarten (Países Bajos), Suriname, Trinidad y Tobago, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes, 7 países de Istmo Centroamérica: Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá, Guatemala y Belice; un país: Brasil y un territorio en Sudamérica y en un país de Norteamérica: México) datos actualizados 23 de octubre de 2015.¹⁴

El determinante principal que permitiría la introducción del virus Chikungunya es el desplazamiento de viajeros portadores del virus desde áreas con transmisión activa hacia territorio colombiano, específicamente a áreas con presencia de *Aedes aegypti* y/o *Aedes Albopictus*¹⁵. Según el Ministerio de Salud Pública en Colombia, las condiciones para la circulación y transmisión del virus son óptimas ya que nuestro país presenta los vectores del dengue, el *Aedes aegypti* y/o *Aedes Albopictus*¹⁶.

¹³Victoria García-Viniegras, C.R. El Bienestar Psicológico: Dimensión Subjetiva de la Calidad de Vida. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2005.

¹⁴ Número de casos reportados de chikungunya en países o territorios de las Américas 2013-2014 (por semanas) (actualizados al 23 de octubre del 2015).

¹⁵ Plan Nacional de respuesta frente a la introducción del virus chikungunya en Colombia Bogotá; D.C agosto 2014.

¹⁶ Alerta Epidemiológica Fiebre por chikungunya y dengue en las Américas 29 de agosto del 2014.

En Colombia Durante el año 2014 se presentaron un total de 106.763 casos, en lo corrido del año 2015 y hasta la semana epidemiológica 51 se notificaron 358.850 casos, de los cuales 355.175 fueron confirmados por clínica, 3.192 confirmados por laboratorio y 483 sospechosos. Se ha demostrado la circulación viral en 35 entidades territoriales quienes han notificado casos confirmados por laboratorio y sospechosos¹⁷. Según Sivigila acumulado 2015 por entidad territorial de procedencia, en la distribución de casos autóctonos de chikungunya en la región Central, se han reportado casos confirmados por laboratorio y por clínica en las entidades territoriales de: Antioquia, Caldas, Cundinamarca, Huila, Risaralda, Quindío y Tolima con un total de 117.318 casos¹⁸. Cundinamarca ocupa el puesto número cuarto con respecto a casos notificados según Sivigila en la región central de Colombia con un total de 17.946 entre casos confirmados por clínica, laboratorio y casos sospechosos.¹⁹

Dentro del cuadro clínico de la enfermedad del chikungunya, se describe 3 formas, Aguda, subaguda y crónica; en la Aguda, presenta temperatura mayor de 39° C, dolores articulares de grandes y pequeñas articulaciones, cefalea, mialgias, rash y conjuntivitis y dolores de espalda; se extiende de 3–10 días. En la Subaguda la mayoría de los pacientes mejoran a los 10 días de iniciada la enfermedad; sin embargo, algunos de ellos pueden sufrir recaídas con síntomas de dolores reumáticos (poli artritis distal); también pueden presentar alteraciones vasculares periféricas (síndrome Raynaud). En la Crónica los síntomas más comunes son la artralgia, que puede llegar a presentarse como una artropatía destructiva, la cual

¹⁷ Entidades territoriales: Amazonas, Atlántico, Arauca, Antioquia, Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cartagena, Casanare, Cauca, Choco, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Putumayo, Nariño, Norte de Santander, Sucre, Santander, Santa Marta, Quindío, Risaralda, Tolima, San Andrés, Guainía, Guaviare, Valle del Cauca, Vaupés y Vichada

¹⁸ Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud. Colombia.

¹⁹ Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, Semana epidemiológica número 51 de 2015 (20 dic. - 26 dic.) página 26

recuerda la artritis reumatoide. Estos síntomas pueden perdurar por más de 3 meses o varios años y puede llegar a provocar invalidez en el adulto mayor.²⁰

En Girardot Cundinamarca según el reporte de SIVIGILA del año 2015 del E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana Unidad Funcional Girardot y de la Nueva Clínica San Sebastián de esta misma ciudad, se han observado un incremento alarmante de los casos confirmados por el chikungunya en especial en el Barrio Kennedy; siendo esta una de las principales enfermedades con más recurrencias en nuestro municipio, dado a que nos encontramos en una zona con clima tropical y endémica que contribuye a desencadenar la propagación del vector.

Con base en lo anteriormente expuesto, se hace necesario indagar algunas perspectivas teóricas de la calidad de vida relacionada con la salud y algunos de los recursos o soportes sociales de la población del Barrio Kennedy del Municipio de Girardot – Cundinamarca con el fin de identificar aspectos involucrados en el bienestar para orientar a las autoridades sanitarias hacia la definición de las políticas públicas, que faciliten la definición de estrategias, el diseño de normas y de programas de atención. Es importante tener en cuenta que la calidad de vida es un factor constitutivo del desarrollo humano de las personas y de los pueblos, por lo tanto, es necesario propiciarla en forma continua y efectiva.

²⁰ Artículo de revisión: Fiebre de Chikungunya: enfermedad infrecuente como emergencia médica en Cuba pág. 4.

4. MARCOS DE REFERENCIA

4.1. MARCO HISTORICO

El virus del Chikungunya se aisló por primera vez en Tanzania a principios de la década de 1950. Históricamente el virus ha considerado ser endémico en países asiáticos, africanos y de la india. Sin embargo, desde el año 2004 ha aparecido brotes y casos reportados en los continentes europeo, americano, el caribe e islas del Océano Índico; inclusive en regiones geográficas donde vectores competentes son endémicos.²¹

En febrero de 2005, comenzó un brote en las islas del Océano Índico, con el cual se relacionaron numerosos casos importados en Europa, sobre todo en 2006 cuando la epidemia estaba en su apogeo en el Océano Índico. En 2006 y 2007 hubo un gran brote en la India, por el que también se vieron afectados otros países de Asia Sudoriental. Desde 2005, la India, Indonesia, las Maldivas, Myanmar y Tailandia han notificado más de 1,9 millones de casos. En 2007 se notificó por vez primera la transmisión de la enfermedad en Europa, en un brote localizado en el nordeste de Italia en el que se registraron 197 casos, confirmándose así que los brotes transmitidos por *Ae. Albopictus* son posibles en Europa.²²

En diciembre de 2013, Francia notificó dos casos autóctonos confirmados mediante pruebas de laboratorio en la parte francesa de la isla caribeña de St. Martin. Este fue el primer brote documentado de fiebre chikungunya con transmisión autóctona en las Américas. Desde entonces se ha confirmado la transmisión local en más de 43 países y territorios de la Región de las Américas.²³

²¹ Harter, S. (2014). Virus del Chikungunya. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 71(612), 737-749.

²² Martín-Farfán, A., Calbo-Torrecillas, F., & Pérez-de Pedro, I. (2008). Fiebre importada por el virus de Chikungunya. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica, 26(6), 343-344.

²³ Acosta-Reyes, J., Navarro-Lechuga, E., & Martínez-Garcés, J. C. (2015). Enfermedad por el virus del Chikungunya: historia y epidemiología. Revista Científica Salud Uninorte, 31(3).

El 21 de octubre de 2014, Francia confirmó 4 casos adquiridos localmente en Montpellier. A finales de 2014 se notificaron brotes en las islas del Pacífico. En la actualidad hay un brote en las Islas Cook y las Islas Marshall; el número de casos ha disminuido en la Polinesia francesa, Kiribati y Samoa. La OMS respondió a pequeños brotes registrados a finales de 2015 en la ciudad de Dakar (Senegal) y en el Estado de Punjab (India).²⁴

En las Américas, en 2015 se notificaron a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 693 489 casos sospechosos y 37 480 confirmados. La mayoría carga correspondió a Colombia, con 356 079 casos sospechosos. La cifra es inferior a la de 2014, cuando en la región se notificaron más de 1 millón de casos sospechosos.

La tendencia a la disminución se mantiene en 2016. Hasta el 18 de marzo se habían notificado a la OPS 31 000 casos, es decir, cinco veces menos que en el mismo periodo de 2015. Pese a esta tendencia, la fiebre chikungunya sigue constituyendo una amenaza para la región, y la Argentina ha notificado recientemente su primer brote de la enfermedad.²⁵

En Colombia a *la semana epidemiológica 53 de 2014 se notificaron 96.687 por las diferentes fuentes casos, clasificados como sospechosos, confirmados por clínica, confirmados por laboratorio, negativos por laboratorio y descartados*²⁶ Ver tabla 1.

²⁴ Acosta-Reyes, J., Navarro-Lechuga, E., & Martínez-Garcés, J. C. (2015). *Chikungunya fever: history and epidemiology*. *Revista Salud Uninorte*, 31(3), 621-630.

²⁵ OMS. Abril de 2016; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs327/es/>

²⁶ Salud, D. d. (2014). *Semana Epidemiologica número 53*. Bogotá D. C. – Colombia : Instituto Nacional de Salud Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública .

Tabla N° 1 Total de casos de chikungunya notificados, Colombia, 3 enero de 2015

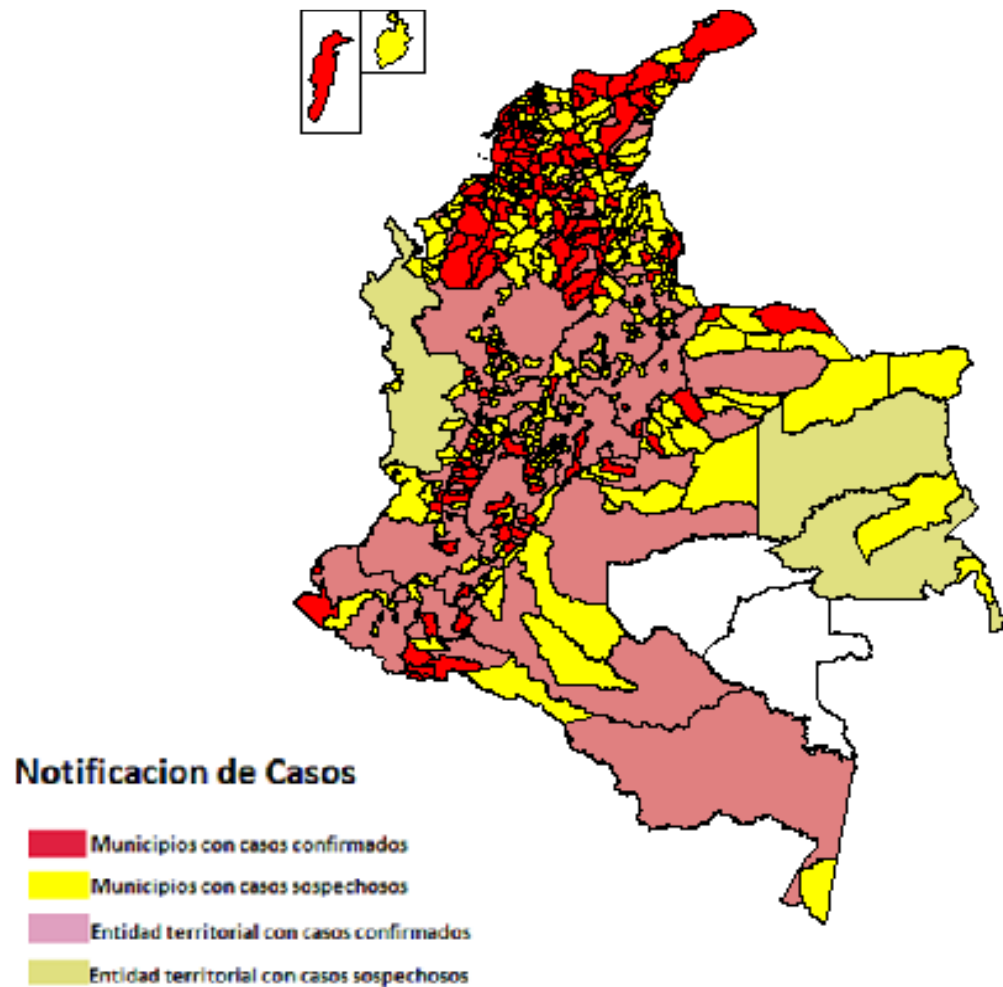
Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio	Casos sospechosos	Descartados por error de digitación	Descartados por clínica	Negativos por laboratorio
90 481	611	5 375	14	23	217

Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Se llegó a presentar circulación viral en 30 entidades territoriales en las que se notifican casos confirmados por laboratorio y sospechosos en Amazonas, Atlántico, Arauca, Antioquia, Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Cartagena, Casanare, Cauca, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Putumayo, Nariño, Norte de Santander, Sucre, Santander, Santa Marta, Quindío, Risaralda, Tolima, San Andrés, Providencia y santa Catalina y Valle del Cauca; para este caso la entidad territorial aparecerá en rojo. ²⁷Ver figura 1.

²⁷Salud, D. d. (2014). Ibid página 10.

Grafico N°1 Entidades territoriales y municipios con casos confirmados y sospechosos de Chikungunya, Colombia, 3 enero de 2015.



Fuente: Sivigila, Laboratorio de Virología, Instituto Nacional de Salud. Colombia

Para URZÚA, A. El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida.²⁸ Desde entonces las investigaciones en relación la calidad de vida relacionada con la salud, han aumentado, uno de estos estudios es el realizado por la IPS especializada de Medellín en el 2012, En su artículo titulado

²⁸ URZÚA, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-365.

Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide tratados en una IPS especializada. Que tenía por objetivo determinar la calidad de vida relacionada con la salud y algunos factores asociados, en personas con artritis reumatoide de una institución de referencia de la ciudad de Medellín. La Metodología: estudio transversal en una muestra representativa de 366 pacientes. La información se obtuvo de la aplicación del sf-36, instrumento genérico para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud. Resultados: el promedio de la edad de los pacientes fue de 56 años (de = 12,9), con predominio de las mujeres, en un 91%. Cuando se consideró la valoración que hace el paciente del cambio en la salud actual con respecto a la de hace un año, tanto los jubilados, como aquellos con depresión y algún problema cardiovascular, refirieron estar igual o peor que el año anterior. El rol emocional, la función social y la salud mental en los pacientes presentaron puntajes medianos entre 68 y 100 puntos sobre un total de 100, mientras que el rol físico, el dolor corporal, la función física, la salud general y la vitalidad variaron entre 41 y 55 puntos. Los hombres obtuvieron menor puntuación en la salud general; esta, en la mayoría de los dominios del sf-36, fue menor para quienes presentaron depresión, para los que tenían como niveles socioeconómicos bajo o medio y para los jubilados²⁹

También se retoma como soporte la investigación titulada: ANALISIS DE LA TRANSMISION DEL VIRUS DEL CHIKUNGUNYA EN EL MUNICIPIO DE GIRARDOT, UNA APROXIMACIÓN DESDE LAS CIENCIAS COMPLEJAS. Con la finalidad de analizar la transmisión del virus del Chikungunya en el territorio de Girardot, desde la lógica de las ciencias complejas, haciendo una aproximación de análisis desde las categorías de la teoría de redes, durante el segundo periodo de 2014 y el primer periodo de 2015. El estudio se realizó por medio de una investigación mixta (cuanti-cualitativa), teniendo en cuenta una proporción de personas infectadas por el virus y realizando un análisis de la manera en que se transmitió la enfermedad en la población utilizando un Sistema de Información

²⁹ ESCOBAR L, GRISALES H. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide tratados en una IPS especializada, Medellín, 2012. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(1): 75-84.

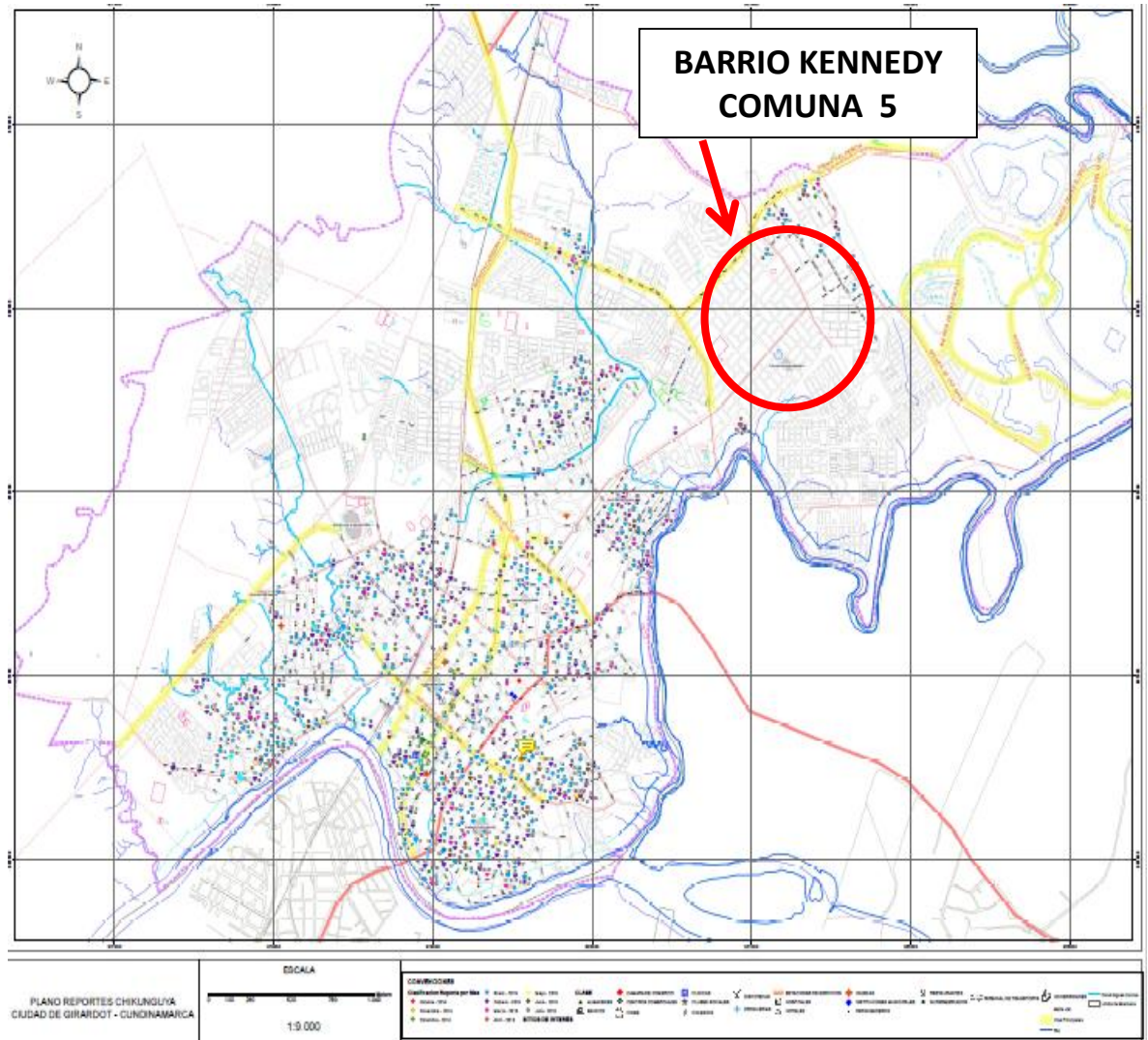
Geográfica (SIG). El ejercicio investigativo se realizó con una población de 1.652 personas notificadas con el Virus de Chikungunya en el Hospital de la Samaritana Unidad Funcional de Girardot, en el periodo Octubre del año 2014 a Julio del año 2015, Estos casos notificados fueron seleccionados por tener los datos de dirección completa y reales a los del municipio de Girardot, georreferenciados en un primer plano evidenciándose en la disipación de la enfermedad por semanas. Ver gráfico 2 y 3.

Este estudio propone hacer especial énfasis en un elemento de la triada ecológica que hasta el momento no se le ha prestado mayor atención para el análisis de las enfermedades transmitidas por vectores como lo es el Huésped. Se ha analizado el huésped desde los hábitos y costumbres que podrían facilitar la reproducción del agente. Sin embargo, los resultados obtenidos describen otra serie de elementos que podrían estar implicados en la rápida transmisión del virus del Chikungunya como es el tipo de red compleja presente en los individuos sujetos de estudio.

Grafico N° 2 Distribución de los diferentes barrios que conforman el Territorio de Girardot



Grafico N° 3 Distribución Chikungunya. En el municipio de Girardot – Barrio Kennedy, segundo periodo de 2014 y primero del 2015.

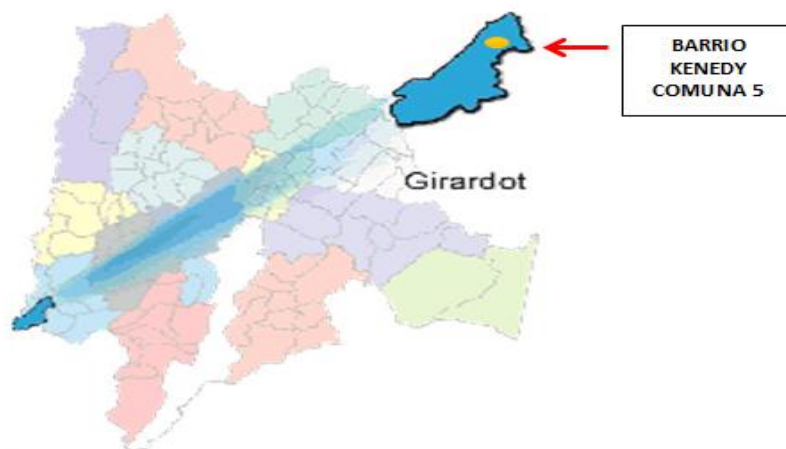


Fuente: Plano de Girardot Georreferenciado, notificados por Chikungunya municipio de Girardot. Investigación ANÁLISIS DE LA TRANSMISIÓN DEL VIRUS DEL CHIKUNGUNYA EN EL MUNICIPIO DE GIRARDOT, UNA APROXIMACIÓN DESDE LAS CIENCIAS COMPLEJAS. Reyes Nohora, Fuquene Diana

4.2. MARCO GEOGRAFICO GIRARDOT – BARRIO KENNEDY

Barrio Kennedy está ubicado en el departamento de Cundinamarca del municipio de Girardot en la comuna 5 ver gráfico 4.

Grafico N° 4 Departamento de Cundinamarca, Situación Geográfica del Municipio de Girardot- Barrio Kennedy.



Fuente: PLEC´S Municipio de Girardot – Autores.

Girardot es un municipio colombiano ubicado en el departamento de Cundinamarca, provincia de Alto Magdalena de la cual es capital. Limita al norte con el municipio de Nariño y Tocaima, al sur con el municipio de Flandes y el Río Magdalena, al oeste con el municipio de Nariño, el Río Magdalena y el municipio de Coello y al este con el municipio de Ricaurte y el Río Bogotá. Girardot es después de Soacha, la ciudad más importante de Cundinamarca por su población, centros de educación superior, economía y extensión urbana. También, es una de las ciudades con más afluencia de turistas y población flotante del país. Girardot conforma una conurbación junto con los municipios de Flandes y Ricaurte que suman una población de 144,248 habitantes.

IDENTIFICACIÓN DEL MUNICIPIO:

- Nombre del municipio: Municipio de Girardot.

- NIT: 890680378-4
- Código Dane: 25307
- Gentilicio: Girardoteño
- Densidad de población: 12.986 (Habitantes/Km2)
- No. Habitantes Cabecera: 99018
- Altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar):
289 metros sobre el nivel del mar.

Girardot es una ciudad especialmente diseñada para el turismo por su clima cálido. En las horas de la mañana su clima oscila entre los 20 y 28 grados, en las horas de la tarde entre 30 y 34 grados y en sus noches alrededor de 27 grados gracias a la brisa fresca proveniente del Río Magdalena. La ciudad de Girardot está a 290 msnm, pero su territorio de 150 km² abarca 70% de relieve montañoso que alcanza 1.000 msnm, dado que se encuentra en un Vértice de la Cordillera Oriental colombiana.

HISTORIA DEL BARRIO KENNEDY

El barrio se fundó en el año 1962 por el señor Gustavo Zamudio y Marcos Efer Rubiano, pero fue constituido el 29 de Marzo de 1964 por autoconstrucción; se vinieron desarrollando las primeras manzanas desde la 1 hasta la 28, empezando este como un barrio potrero llamado portachuelo Kennedy, después se pasaron a bloques conocidos como sector 1 y sector 2; un barrio que fue progresando en desarrollo nombrando presidentes de las juntas; el cual hoy por hoy el barrio cuenta con 4 colegios, 3 escuelas, 2 canchas de fútbol, un coliseo cubierto, un sitio recreativo como la piscina y salón comunal, se cuenta con un puesto de salud, un caí de policía, una iglesia católica y 5 iglesias cristianas.

A partir de 10 años atrás, específicamente en el año 2007 se viene desarrollando como un gran barrio comerciante, en ese entonces el presidente de la junta el señor levins y su administración, gestionaron y obtuvieron para su barrio lo que es un

cajero bancario, una corresponsal del banco Colombia, de ahí en adelante empezaron a llegar los supermercados, droguerías y almacenes de cadenas; por el momento se está gestionando para construir unos bloques para una sede o un politécnico siendo este un proyecto a mediano plazo.

Actualmente el barrio Kennedy se encuentra ubicado en la comuna 5, cuenta con 22.000 habitantes aproximadamente, donde hoy por hoy está dividido por 4 sectores cada uno representado por su presidente; sector 1 Gustavo Zamudio, sector 2 Carlos Alberto Peña, sector 3 Héctor, sector 4 Alexis Trujillo.

Al norte se encuentra con el barrio portachuelo y 1 de enero, al occidente con el barrio altos del peñón y parque central, oriente la magdalena 3.

Grafica N° 5 Junta de Acción Comunal 2016-2020

<p><i>PRESIDENTE</i></p>  <p>ANTONIO JOSÉ ZAMUDIO</p>		<p><i>VICEPRESIDENTE</i></p> <p>ALVARO BETANCURT</p> <p><i>TESORERO</i></p> <p>LUIS FERNANDO BERRIO</p> <p><i>SECRETARIA</i></p> <p>ELVIA CUBILLOS CAMARGO</p>	
<p><i>FISCAL</i></p> <p>HUMBERTO SUÁREZ PULECIO</p>			
<p><i>Comité de Trabajo</i></p> <p><i>OBRAS PÚBLICAS</i></p> <p>GERARDO VÁSQUEZ</p> <p><i>EDUCACIÓN Y CAPACTACIÓN</i></p> <p>SERGIO AVILA LIZCANO</p> <p><i>CULTURA, DEPORTES Y RECREACIÓN</i></p> <p>REYNALDO HUERTAS</p> <p><i>SAUD</i></p> <p>MARÍA NUBIA RAMÍREZ</p> <p><i>DERECHOS HUMANOS</i></p> <p>FABIO LEYVA BARRIOS</p> <p><i>ASENTOS FEMENINOS</i></p> <p>LUZ MARINA CELIS LOAIZA</p> <p><i>MEDIO AMBIENTE</i></p> <p>GERMÁN TRIANA LÓPEZ</p> <p><i>NENEZ</i></p> <p>GLADYS ROJAS RAMÍREZ</p> <p><i>ADUCCO MAYOR</i></p> <p>JULIA CASTAÑEDA</p> <p><i>ASENTOS POLÍTICOS</i></p> <p>LEIDER ORLANDO ZABALA</p> <p><i>EVENTOS</i></p> <p>CARLINA ALEXANDRA PRADA</p> <p><i>EMPRESARIAL</i></p> <p>EDUARDO LEAL RODRÍGUEZ</p>		<p><i>Delegados a Asojuntas</i></p> <p><i>DELEGADO 1</i></p> <p>JULIO CÉSAR QUIJANO ARAGÓN</p> <p><i>DELEGADO 2</i></p> <p>JORGE ELIÉCER MORA</p> <p><i>DELEGADO 3</i></p> <p>MARÍA LILIA ALDANA HERNÁNDEZ</p> <p><i>Comisión de Convivencia y Conciliación</i></p> <p><i>CONCILIADOR 1</i></p> <p>LUIS GERARDO MECÓN VILLABÓN</p> <p><i>CONCILIADOR 2</i></p> <p>FARID ALARCÓN CÁRDENAS</p> <p><i>CONCILIADOR 3</i></p> <p>LUIS EDUARDO SÁNCHEZ</p>	

Fuente: <http://asojuntasgirardot.com/jac/juntas/01/barrios-comuna-5/ken/contactos.html>

4.3. MARCO TEORICO

4.3.1. NATURALEZA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.³⁰

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.³¹

Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación.
- Promoción del bienestar.

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos, siendo un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

³⁰ Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*.

³¹ Martínez, N. R., Acosta, M. N. G., Barrero, M. G., Herrera, M. N., Jerez, I. H., & Izquierdo, M. R. (2007). Valoración ética del modelo de Dorotea Orem. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 6(3), 1-11.

4.3.2. CONCEPTOS SEGÚN LA TEORÍA:

PERSONA: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además, es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

SALUD: La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

ENFERMERÍA:

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.³²

³² Potter, P. A., & Perry, A. G. (2002). *Fundamentos de enfermería*. Harcourt.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- 4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- 5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

ENTORNO: Factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que pueden influir o interactuar con la persona.³³

4.3.3. TEORÍA DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.³⁴

³³ Navarro Peña, Y., & Castro Salas, M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*, (19), 0-0.

³⁴ Angarita, O. M. V., & Escobar, D. S. G. (2007). Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. *Revista Ciencia y Cuidado*, 4(4), 28-35.

4.3.4. LA TEORÍA DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA:

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.

ACCIÓN DE LA ENFERMERA: Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; Compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege.

SISTEMAS DE ENFERMERÍA PARCIALMENTE COMPENSADORES: El personal de enfermería proporciona autocuidados:

ACCIÓN DE LA ENFERMERA: Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente.

ACCIÓN DEL PACIENTE: Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.

4.3.5. SISTEMAS DE ENFERMERÍA DE APOYO-EDUCACIÓN

La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda:

ACCIÓN DE LA ENFERMERA: regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado.

ACCIÓN DEL PACIENTE: Cumple con el autocuidado.

La articulación de la Teoría de déficit de autocuidado núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto afectando su autoestima y calidad de vida. Al articular la teoría de Dorothea Orem en nuestra investigación titulada Calidad de vida relacionada con la salud y sus prácticas de cuidado en las personas

diagnosticadas con Chikungunya del barrio Kennedy del municipio de Girardot; en donde a través del Sistemas de enfermería de apoyo-educación, como enfermeros actuaríamos transfiriendo los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud y las prácticas de cuidado de las personas diagnosticadas al ente territorial, para que desde un enfoque multisectorial e interdisciplinario se les brinde un acompañamiento personalizado según sus necesidades y problemáticas de salud, ayudando a las personas para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado propias para el manejo del dolor, las molestias en las articulaciones y demás secuelas de la enfermedad, que influyen directamente en su diario vivir, como en los patrones funcionales de salud físicos y emocionales de Marjorie Gordon: percepción y manejo de la salud, así como autopercepción y auto concepto, relación con el rol y demás que se puedan afectar.

4.4. MARCO CONCEPTUAL

Según la OMS³⁵ “el chikungunya se define como la fiebre del chikungunya es una enfermedad vírica transmitida al ser humano por el *Aedes aegypti* y *Aedes Albopictus*”, directos responsables de la enfermedad del dengue, Zika y chikungunya y demás enfermedades que por su mutación puedan emerger con el transcurrir del tiempo y los cambios climáticos propios del calentamiento global.

La fiebre chikungunya es una enfermedad vírica transmitida al ser humano por mosquitos infectados. Además de fiebre y fuertes dolores articulares, produce otros síntomas, tales como dolores musculares, dolores de cabeza, náuseas, cansancio y erupciones cutáneas, los dolores articulares suelen ser debilitantes y su duración puede variar, Algunos signos clínicos de esta enfermedad son

³⁵ González, H. R., Servicios de Salud, O. P. S., en Paraguay, O. M. S., de la Salud, V., de Pediatría, S. P., & de Reumatología, S. P. (2015). Guía para el manejo clínico de la enfermedad producida por el virus del Chikungunya. *Pediatr. (Asunción)*, 42(1), 55.

iguales a los del dengue, con el que se puede confundir en zonas donde este es frecuente. Como no tiene tratamiento curativo, el tratamiento se centra en el alivio de los síntomas. Un factor de riesgo importante es la proximidad de las viviendas a lugares de cría de los mosquitos.

Tabla N° 2 fases de Chikungunya

FASES	TIEMPO DE DURACION	SINTOMAS
AGUDA	3 a 12 días	Fiebre, dolor en las articulaciones (muñecas, tobillos, rodillas, codos, articulaciones pequeñas manos y pies, hombros y caderas), Sarpullido (maculo papular), vesículas y/o ampollas usualmente torso, piernas, plantas de los pies, palmas de las manos y rostro. Dolor de cabeza, náuseas, vómitos, conjuntivitis, dolor de espalda, diarrea, herida o úlceras en la lengua.
SUB-AGUDA	1 a 3 meses	Dolor en las articulaciones, artritis y afecciones vasos sanguíneos como el fenómeno de Raynaud.
CRONICA	Meses o años (2-3 años)	Artritis, fatiga, depresión, debilidad prolongada y severa.

Tomado de Guía para el manejo clínico de la enfermedad producida por el virus del Chikungunya³⁶

LA FASE CRÓNICA: En la enfermedad del Chikungunya en su fase Crónica, persisten los dolores articulares, fatiga, depresión, debilidad prolongada y severa. Puede producir un deterioro importante de la calidad de vida imponiendo grandes restricciones al normal desenvolvimiento de las actividades diarias. Su duración es desde los tres meses hasta dos años, o más.

TRANSMISIÓN: La fiebre Chikungunya se ha detectado en más de 60 países de Asia, África, Europa y las Américas.

El virus se transmite de una persona a otras por la picadura de mosquitos hembra infectados. Generalmente los mosquitos implicados son *Aedes aegypti* y *Aedes Albopictus*, dos especies que también pueden transmitir otros virus, entre ellos el del dengue. Estos mosquitos suelen picar durante todo el periodo diurno, aunque su actividad puede ser máxima al principio de la mañana y al final de la tarde. Ambas especies pican al aire libre, pero *Aedes aegypti* también puede hacerlo en ambientes interiores.

La enfermedad suele aparecer entre 4 y 8 días después de la picadura de un mosquito infectado, aunque el intervalo puede oscilar entre 2 y 12 días.

DIAGNÓSTICO: Para establecer el diagnóstico se pueden utilizar varios métodos. Las pruebas serológicas, como la inmuno absorción enzimática (ELISA), pueden confirmar la presencia de anticuerpos IgM e IgG contra el virus chikungunya. Las mayores concentraciones de IgM se registran entre 3 y 5 semanas después de la aparición de la enfermedad, y persisten unos 2 meses. Las muestras recogidas durante la primera semana tras la aparición de los síntomas deben analizarse con métodos serológicos y virológicos (RT-PCR).

³⁶ González, H. R., Servicios de Salud, O. P. S., en Paraguay, O. M. S., de la Salud, V., de Pediatría, S. P., & de Reumatología, S. P. (2015). Guía para el manejo clínico de la enfermedad producida por el virus del Chikungunya. *Pediatr.(Asunción)*, 42(1), 55.

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO PARA LA ARTRITIS REUMATOIDE: Sensibilidad y especificidad de los criterios diagnósticos de la artritis reumatoide Se considera que un paciente padece artritis reumatoide si presenta al menos 4 de los siguientes criterios.

Los criterios 1 al 4 deben estar presentes al menos durante 6 semanas.

Tabla N° 3 Criterios de diagnóstico para Artritis reumatoide

CRITERIOS DIAGNOSTICO AR	SENSIBILIDAD %	ESPECIFICIDAD %
1.Rigidez matutina	68	65
2. Artritis de tres o más articulaciones.	80	43
3. Artritis de articulaciones de las manos.	81	46
4.Artritis simétrica	77	37
5.Nódulos reumatoides	3	100
6. Factor reumatoide en sangre positivo.	59	93
7. Cambios radiológicos.	22	98

Tomado de Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia ³⁷

1. Rigidez matutina: Se refiere a la sensación de rigidez alrededor de las articulaciones especialmente en las manos, que dificulta su movilidad, al menos durante una hora tiene importancia la duración, puesto que rigidez menor de 1 hora se puede presentar en otras enfermedades articulares no inflamatorias como la artrosis.

2. Presencia de artritis en al menos 3 áreas o articulaciones este criterio incluye un Aspecto imprescindible de la AR: la presencia de inflamación articular o artritis se exige que debe ser objetivada y evaluada siempre por un médico implica la presencia de artritis aumento de partes blandas o la existencia de derrame articular, de forma obligada en al menos tres de las siguientes áreas de forma simultánea (izquierda o derecha): manos (metacarpo-falángicas o nudillos, interfalángicas proximales en dedos), muñeca, codo, rodilla, tobillo, metatarso-falángicas en pies.

3. Artritis de articulaciones de las manos. Debe apreciarse inflamación en alguna articulación de las siguientes: metacarpo-falángicas, interfalángicas proximales o muñeca.

4. Artritis simétrica. Junto con la artritis de manos, la afectación simultánea de articulaciones simétricas nos debe llevar a descartar siempre la presencia de AR. La afectación de las articulaciones interfalángicas proximales metacarpo-falángicas o metatarso-falángicas pueden ser bilaterales y no simétricas es decir puede estar inflamada la articulación metacarpo-falángica del segundo dedo de la mano izquierda y la del cuarto dedo de la mano derecha y no afectar a los mismos dedos pero sí a la misma área, en este caso metacarpo-falángica.

³⁷ Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F. J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., & Vallejo, M. A. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2, S55-S66.

5. Nódulos reumatoides para no ser confundidos con otro tipo de nódulos o tumoraciones deben ser siempre observados por un médico. De forma característica aparecen en prominencias óseas, superficies de extensión o alrededor de las articulaciones. Con frecuencia se pueden apreciar en la parte posterior de los codos región aquilea e incluso en el dorso de los dedos.

6. Factor reumatoide en sangre positivo. El método utilizado para el análisis del factor reumatoide debe ser positivo en menos del 5% de los sujetos sanos como control.

7. Cambios radiológicos típicos: Los cambios típicos de la enfermedad se refieren a la demostración de erosiones u osteoporosis regional en la radiografía pósterio-anterior de mano y muñeca para la clasificación de un paciente con AR se exige la presencia de al menos 4 de los 7 criterios y los cuatro primeros deben estar presentes más de 6 semanas.

Esto último intenta evitar que se haga un diagnóstico de AR a los pacientes que padecen artritis aguda, como las artritis virales, en los que habitualmente desaparecerá la inflamación en ese tiempo, Sin embargo, el diagnóstico diferencial de la AR en algunos enfermos puede ser amplio y presentar dificultades. Además de estos criterios será la presencia o ausencia de otros datos clínicos y/o de laboratorio los que nos ayudarán en el diagnóstico de un paciente concreto; por ejemplo, la presencia de leucopenia y lesiones cutáneas orienta hacia el lupus eritematoso sistémico (LES),

TRATAMIENTO: No existe ningún antivírico específico para tratar la fiebre Chikungunya. El tratamiento consiste principalmente en aliviar los síntomas, entre ellos el dolor articular, con antipiréticos, analgésicos óptimos y líquidos. La artritis reumatoide (AR) todavía no se puede curar, pero los tratamientos actuales suelen ser muy efectivos. Aunque la terapia física o la cirugía en casos

seleccionados pueden ser útiles en los enfermos con AR, no cabe ninguna duda que el tratamiento principal de la AR recae en los fármacos (medicamentos). Existen diferentes grupos de medicamentos para tratar la AR que tienen características y funciones diferentes. A efectos didácticos, los podríamos dividir en cinco grandes grupos:

- a) **ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS:** Son un grupo de medicamentos que inhiben la acción de las prostaglandinas unos potentes mediadores de la inflamación: disminuyen el dolor la rigidez y la inflamación de las articulaciones de los pacientes con artritis.
- b) **FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE ENFERMEDAD:** Constituyen el grupo de fármacos más importantes y son el pilar fundamental sobre el que asienta el tratamiento de la AR. Deben su nombre a que no sólo mejoran los síntomas de la artritis, sino que frenan la enfermedad y enlentecen la destrucción y deformidad de las articulaciones actúan interfiriendo sobre la producción de sustancias o funciones de células que están implicadas en la inflamación de la membrana sinovial,
- c) **GLUCOCORTICOIDES:** Pueden utilizarse en las fases iniciales de la enfermedad en espera que los FAMEs ejerzan su acción o en períodos de exacerbación de la artritis. Hay que usarlo durante el menor tiempo posible, aunque algunos pacientes con AR emplean dosis bajas del medicamento.
- d) **FÁRMACOS BIOLÓGICOS:** Representa el principal avance terapéutico en esta enfermedad su empleo en la práctica clínica diaria data de hace unos cinco años son fármacos diseñados por técnicas complejas de biología molecular, que van dirigidos específicamente a bloquear la acción de sustancias que hoy en día se sabe que tienen un papel esencial en la perpetuación de la inflamación sinovial y la destrucción de las articulaciones. Los medicamentos que han resultado de

mayor éxito son los dirigidos contra una proteína (citocina) denominada factor de necrosis tumoral alfa.

Hoy en día se están investigando nuevos fármacos biológicos dirigidos contra otras proteínas o sustancias que tienen un papel en el desarrollo de la enfermedad, algunos de los cuales han dado resultados muy esperanzadores. Los antagonistas del TNF han demostrado su eficacia en el control de la artritis en pacientes que no habían respondido satisfactoriamente a los FAMEs y además se ha comprobado que tienen un efecto notable sobre la destrucción de las articulaciones, evitando su progresión.

- e) OTROS FÁRMACOS: Los pacientes crónicos siguen tratamiento con otros medicamentos con un papel que podríamos denominar secundario en la enfermedad en función de las características de cada paciente como analgésicos menores tipo paracetamol, relajantes musculares, ansiolíticos o antidepresivos. Cabe recordar que muchos pacientes con AR reciben además tratamiento concomitante con otros fármacos por otras patologías (hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes), circunstancia que debe tenerse presente para evitar interacciones y conseguir un buen cumplimiento del tratamiento.

PREVENCIÓN Y CONTROL: La proximidad de las viviendas a los lugares de cría de los mosquitos vectores es un importante factor de riesgo tanto para la fiebre Chikungunya como para otras enfermedades transmitidas por las especies en cuestión. La prevención y el control se basan en gran medida en la reducción del número de depósitos de agua natural y artificial que puedan servir de criadero de los mosquitos. Para ello es necesario movilizar a las comunidades afectadas. Durante los brotes se pueden aplicar insecticidas, sea por vaporización, para matar los mosquitos en vuelo, o bien sobre las superficies de los depósitos o alrededor de éstos, donde se posan los mosquitos; también se pueden utilizar insecticidas para tratar el agua de los depósitos a fin de matar las larvas inmaduras.

Como protección durante los brotes se recomiendan llevar ropa que reduzca al mínimo la exposición de la piel a los vectores. También se pueden aplicar repelentes a la piel o a la ropa, respetando estrictamente las instrucciones de uso del producto. Los repelentes deben contener DEET (N, N-dietil-3-metilbenzamida), IR3535 (etiléster de ácido 3-[N-acetil-N-butil]-aminopropiónico) o icaridina (2-(2-hidroxiethyl)-1-metilpropiléster de ácido 1-piperidinocarboxílico). Para quienes duerman durante el día, sobre todo los niños pequeños, los enfermos y los ancianos, los mosquiteros tratados con insecticidas proporcionan una buena protección. Las espirales insectífugas y los vaporizadores de insecticidas también pueden reducir las picaduras en ambientes interiores. Las personas que viajen a zonas de riesgo deben adoptar precauciones básicas, como el uso de repelentes, pantalones largos y camisas de manga larga, o la instalación de mosquiteros en las ventanas.

CALIDAD DE VIDA: La Organización Mundial De La Salud (OMS) ha definido la calidad de vida como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación.

Como producto de las teorías del desarrollismo económico y social (keynesianas) que reclamaban el reordenamiento geopolítico y la reinstauración del orden internacional, aunque en su momento se admitió como idea social y económica que la calidad en el vivir era el resultado de la posibilidad de consumir y acumular crecimiento.³⁸

Epicuro de samos³⁹ define la calidad como el estado de felicidad deseado por todos. A principios de los años ochenta los estructuralistas de la comisión económica para américa latina y el caribe (CEPAL) planteaban el término de calidad de vida desde varias interpretaciones, hoy en curso en el mundo y en particular en los países

³⁸ Cardona A. Doris; Agudelo G., Héctor Byron Construcción cultural del concepto calidad de vida Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 23, núm. 1, enero-junio, 2005, pp. 79-90 Universidad de Antioquia.

³⁹ filósofo griego, doctrina en el hedonismo racional y el atomismo.

subdesarrollados, tiene la creencia de una relación directa y automática entre el crecimiento económico y el mejoramiento de la calidad de vida de toda la población. se han efectuado desde diferentes conceptos en disciplinas y saberes de la calidad en La medicina la asocia con la salud sicosomática del organismo, la funcionalidad, la sintomatología o la ausencia de enfermedad; los filósofos, con la felicidad o una buena vida; los economistas, con la utilidad del ingreso o de los bienes y servicios; los sociólogos, con la inserción del individuo en la arena social; los políticos, como una meta que ha de alcanzarse para sus ciudadanos en el mediano o corto plazo; y los ambientalistas, con las condiciones ambientales en que vive, crece, se reproduce y muere un individuo.

En el campo ético, desde la década de los sesenta el término calidad de vida adquirió una connotación semántica definida y en los noventa, la expresión

Se identificó en tres contextos y significados: descriptivo, evaluativo y prescriptivo. En el contexto descriptivo, cuando designa una determinada clase de objetos, los individualiza y los diferencia de los demás; en este sentido, la cualidad del ser humano es la razón, de modo que la calidad de vida se identifica con la racionalidad y es sinónimo de vida humana.⁴⁰

Dereck Parfit⁴¹, define el término como “lo que hace que una vida sea mejor”.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida.

Desde su incorporación como una medida del estado de salud de las personas, ha sido uno de los conceptos que en el campo de la salud más se ha utilizado de manera indistinta al de calidad de vida, siendo muy pocos los autores que hacen una distinción con el término calidad de vida general. Frecuentemente la calidad de

⁴⁰ Lukomski A. Calidad de vida: historia y futuro de un concepto problema. P. 153-161. En: Boladeras M. (ed.). Bioética y calidad de vida. Ediciones El Bosque; 2000.

⁴¹ filósofo británico especializado en problemas de identidad personal, racionalidad, ética, y la relación entre ellos.

vida relacionada con la salud es usada indistintamente como estado de salud, estado funcional, calidad de vida o evaluación de necesidades.

Para Burke C.⁴² la calidad de vida relacionada con la salud es frecuentemente identificada como una parte de la calidad de vida general. Pese a esta discrepancia, la gran mayoría de los autores sugieren que la calidad de vida debe ser diferenciada de la calidad de vida relacionada con la salud debido a que el término es utilizado en el campo de la medicina en su interés por evaluar la calidad de los cambios como resultado de intervenciones médicas, porque debe limitarse a la experiencia que el paciente tiene de su enfermedad, porque caracterizan la experiencia del paciente resultado de los cuidados médicos o para establecer el impacto de la enfermedad en la vida diaria, es decir, es una medición de salud desde la perspectiva de los pacientes. Otros investigadores han sugerido que la calidad de vida relacionada con la salud debería enfocarse en características tales como ingreso, libertad y calidad del medioambiente ya que estos indicadores están fuera de la esfera de lo que se entiende por resultados médicos, y podrían ser vinculados con mayor facilidad a estos que otros indicadores propuestos por las ciencias sociales tales como la felicidad, la satisfacción con la vida o el bienestar subjetivo.

Para Ebrahim, en la práctica la calidad de vida relacionada con la salud es difícil de utilizar, debido a la multiplicidad de formas diferentes en que una persona puede afrontar o adaptarse a una enfermedad.

LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: Según lo estipulado Testa⁴³, las mediciones en calidad de vida relacionada con la salud tienen sus ventajas, ya que su uso ha permitido describir una condición o estado de salud, señalar cambios en el funcionamiento del paciente, proveer un pronóstico o establecer normas de referencia. Pese a esto, plantea inconvenientes en el uso de

⁴² Burke C. fue un escritor, filósofo y político, considerado el padre del liberalismo-conservadurismo británico

⁴³ El Dr. Mario Testa es un destacado sanitarista Argentino. A lo largo de su extensa trayectoria ha participado en experiencias clave de instituciones sanitarias y universitarias de América Latina

la calidad de vida, indicando que los resultados de calidad de vida son evaluados a menudo por mediciones del estado de salud filtradas por percepciones subjetivas y expectativas de las personas, lo cual podría alejarse del criterio clínico. Una de las preguntas que según Testa debería plantearse un clínico cuando utiliza la calidad de vida como un indicador de resultados, es cuan importantes son los efectos del tratamiento cuando se toman decisiones clínicas. En este marco plantea como principales falencias de la utilización de la calidad de vida relacionada con la salud la naturaleza subjetiva del constructo, la manera indirecta por medio de la cual es establecida, las múltiples fuentes de error de medición, la compleja asociación entre múltiples resultados y la pérdida de claridad de metas terapéuticas cuando estas se dirigen a cambios en calidad de vida.

4.5. MARCO ETÍCO

Los temas de investigación con humanos han estado siempre presentes desde la perspectiva deontológica, en tanto se define la deontología como el conjunto de principios y reglas éticas que deben inspirar y guiar la conducta profesional. Así se ha recogido en los distintos textos a lo largo del tiempo.

Respecto a los vigentes códigos deontológicos en Colombia, hay que referirse especialmente a los códigos de la profesión de enfermería, dejando de lado otros colectivos profesionales que pudieran verse implicados haciendo necesario enfocarse desde el marco de la Ética a nivel general hacia los específicos de la profesión de Enfermería.

En la Resolución 8430 del 4 Octubre de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud que tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de esta actividad investigativa con seres humanos sujetos de estudio en busca de que prevalezca el criterio del respeto a la dignidad, la protección de derechos y el bienestar de este.

En la Ley 266 de 1996 se reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería al determinar los principios generales de la práctica profesional de enfermería, los principios y valores fundamentales que la Constitución Nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los colombianos. Enfatizándose en que la práctica de enfermería se fundamenta en general en los principios éticos y morales y en el respeto de los Derechos Humanos. En su artículo 3 se define la enfermería como una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar.

La Ley 911 del 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente mediante el Código

Deontológico y se dictan otras disposiciones en busca de que prevalezca el respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de enfermería a nivel profesional e investigativo.

Art 29. En los procesos de investigación en que el profesional de Enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley Colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de Enfermería Nacionales e Internacionales.

Art 31. El Profesional de Enfermería, en el ejercicio de la docencia, para preservar la ética en el cuidado de Enfermería que brindan los estudiantes en las prácticas de aprendizaje, tomara las medidas necesarias para evitar riesgos y errores que por falta de pericia ellos puedan cometer.

Art 32. El Profesional de Enfermería, en desarrollo de las actividades académicas, contribuirá a la formación integral del estudiante como persona, como ciudadano responsable y como futuro profesional idóneo, estimulando en él un pensamiento crítico, la creatividad, el interés por la investigación científica y la educación permanente para fundamentar la toma de decisiones a la luz de la ciencia, de la ética y de la ley en todas las actividades de responsabilidad profesional.

Art 33. El Profesional de Enfermería, en el desempeño de la docencia, deberá respetar la dignidad del estudiante y su derecho a recibir enseñanza acorde con la premisa del proceso educativo y nivel académico correspondiente, basado en conocimientos actualizados, estudios e investigaciones relacionados con el avance científico y tecnológico.

Es de suma importancia para El profesional de Enfermería conocer los fundamentos éticos que rigen en esta profesión a nivel investigativo, educativo y asistencial por tener cada vez mayor protagonismo todos aquellos valores morales y éticos que se aprenden tanto a nivel de la formación profesional como los que se enseñan en el núcleo familiar en pro de velar por el bienestar y confort de todo ser humano sujeto de cuidado.

4.6. MARCO NORMATIVO

REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL RSI (2005).

La finalidad y el alcance de este Reglamento son prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales. Los principios esenciales:

1. La aplicación del presente Reglamento se hará con respeto pleno de la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas.
2. La aplicación del presente Reglamento se inspirará en la Carta de las Naciones Unidas y la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
3. La aplicación del presente Reglamento se inspirará en la meta de su aplicación universal para la protección de todos los pueblos del mundo frente a la propagación internacional de enfermedades.
4. De conformidad con la Carta de las Naciones Unidas y los principios del derecho internacional, los Estados tienen el derecho soberano de legislar y aplicar leyes en cumplimiento de sus políticas de salud. Al hacerlo, respetarán la finalidad del presente Reglamento.

Con relación a la Vigilancia, cada Estado Parte desarrollará, reforzará y mantendrá, lo antes posible, pero a más tardar cinco años después de la fecha de entrada en vigor del presente Reglamento para ese Estado Parte, la capacidad de detectar, evaluar y notificar eventos.

La Notificación de cada Estado evaluará los eventos que se produzcan en su territorio valiéndose del instrumento de decisión a que hace referencia el anexo 2. Cada Estado notificará a la OMS por el medio de comunicación más eficiente de que disponga, a través del Centro Nacional de Enlace para el RSI, y antes de que

transcurran 24 horas desde que se haya evaluado la información concerniente a la salud pública, todos los eventos que ocurran en su territorio y que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional de conformidad con el instrumento de decisión, así como toda medida sanitaria aplicada en respuesta a esos eventos.

A reserva de lo dispuesto en el párrafo 2 del presente artículo, la OMS enviará a todos los Estados Partes y, según proceda, a las organizaciones internacionales pertinentes, tan pronto como sea posible y por el medio más eficaz de que disponga, de forma confidencial, la información concerniente a la salud pública que haya recibido en virtud de los artículos 5 a 10 inclusive y sea necesaria para que los Estados Partes puedan responder a un riesgo para la salud pública. La OMS comunicará la información a otros Estados Partes que puedan prestarles ayuda para prevenir la ocurrencia de incidentes similares.

La determinación de una emergencia de salud pública de importancia internacional; El Director General determinará, sobre la base de la información que reciba, y en particular la que reciba del Estado en cuyo territorio se esté produciendo un evento, si el evento constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional de conformidad con los criterios y el procedimiento previstos en el presente Reglamento.

Cada Estado desarrollará, reforzará y mantendrá, lo antes posible, pero a más tardar cinco años después de la fecha de entrada en vigor del presente Reglamento para ese Estado Parte, la capacidad necesaria para responder con prontitud y eficacia a los riesgos para la salud pública y las emergencias de salud pública de importancia internacional según lo previsto en el anexo 1. En consulta con los Estados Miembros, la OMS publicará directrices para prestar apoyo a los Estados Partes en el desarrollo de la capacidad de respuesta de salud pública.

MARCO SANITARIO ES LA LEY 9 DE 1979 “POR LA CUAL SE DICTAN MEDIDAS SANITARIAS”, EN EL TÍTULO VII SE ESTABLECE LA “VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLÓGICO”.

Se establecen normas de vigilancia y control epidemiológicos para:

- a. El diagnóstico, el pronóstico, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y demás fenómenos que puedan afectar la salud;
- b. La recolección, procesamiento y divulgación de la información epidemiológica, y
- c. El cumplimiento de las normas y la evaluación de los resultados obtenidos con su aplicación.

La información epidemiológica servirá para actualizar el diagnóstico y divulgar el conocimiento de la situación de salud de la comunidad, para promover la reducción y la prevención del daño en la salud. Además es obligatoria para todas las personas naturales o jurídicas, residentes o establecidas en el territorio nacional, dentro de los términos de responsabilidad, clasificación, periodicidad, destino y claridad que reglamente el Ministerio de Salud.

Así como también es de carácter confidencial y se deberá utilizar únicamente con fines sanitarios. El secreto profesional no podrá considerarse como impedimento para suministrar dicha información.

Para solicitar datos o efectuar procedimientos relacionados con investigaciones en el campo de la salud, cualquier persona o institución requiere de autorización previa del Ministerio de Salud o la entidad delegada al efecto.

El Ministerio de Salud o la entidad delegada son las únicas instituciones competentes para divulgar información epidemiológica.

DECRETO 3518 DE 2006 “POR EL CUAL SE CREA Y REGLAMENTA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”

El objeto del presente decreto es crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en

Salud Pública, Sivigila, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

Las disposiciones del presente decreto rigen en todo el territorio nacional y son de obligatorio cumplimiento y aplicación por parte de las instituciones e integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las entidades responsables de los regímenes de excepción de que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, personas, organizaciones comunitarias y comunidad en general, así como otras organizaciones o instituciones de interés fuera del sector, siempre que sus actividades influyan directamente en la salud de la población y que de las mismas, se pueda generar información útil y necesaria para el cumplimiento del objeto y fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila.

La implementación y desarrollo del Sistema de Vigilancia de Salud Pública que se crea a través del presente decreto, será responsabilidad del Ministerio de la Protección Social, los Institutos Nacional de Salud, INS y de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, las Direcciones Departamentales, Distritales y municipales de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, las Unidades Notificadoras y las Unidades Primarias Generadoras de Datos, para lo cual cumplirán las funciones indicadas en los artículos siguientes.

Responsabilidades frente a la obligatoriedad de la información epidemiológica. Las Unidades Primarias Generadoras de Datos y las Unidades Notificadoras son responsables de la notificación o reporte obligatorio, oportuno y continuo de información veraz y de calidad, requerida para la vigilancia en salud pública, dentro de los términos de responsabilidad, clasificación, periodicidad, destino y claridad. El

incumplimiento de estas disposiciones dará lugar a las sanciones disciplinarias, civiles, penales, administrativas y demás, de conformidad con las normas legales vigentes.

Según lo estipulado el Artículo 40, resa *Autoridades Sanitarias del Sistema de Vigilancia en Salud Pública*. Para efectos de la aplicación del presente decreto, entiéndase por Autoridades Sanitarias del Sivigila, el Ministerio de la Protección Social; el Instituto Nacional de Salud, INS; el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, las Direcciones Territoriales de Salud, y todas aquellas entidades que de acuerdo con la ley ejerzan funciones de vigilancia y control sanitario, las cuales deben adoptar medidas sanitarias que garanticen la protección de la salud pública y el cumplimiento de lo dispuesto en esta norma, así como adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que hubiere lugar.

Con el objeto de prevenir o controlar la ocurrencia de un evento o la existencia de una situación que atenten contra la salud individual o colectiva, se consideran las siguientes medidas sanitarias preventivas, de seguridad y de control:

- a) Aislamiento o internación de personas y/o animales enfermos;
- b) Cuarentena de personas y/o animales sanos;
- c) Vacunación u otras medidas profilácticas de personas y animales;
- d) Control de agentes y materiales infecciosos y tóxicos, vectores y reservorios;
- e) Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas;
- f) Clausura temporal parcial o total de establecimientos;
- g) Suspensión parcial o total de trabajos o servicios;
- h) Decomiso de objetos o productos;
- i) Destrucción o desnaturalización de artículos o productos si fuere el caso;
- j) Congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos.

DECRETO 2323 DE 2006 “POR EL CUAL SE REGLAMENTA PARCIALMENTE LA LEY 9° DE 1979 EN RELACIÓN CON LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”.

El presente decreto tiene por objeto organizar la red nacional de laboratorios y reglamentar su gestión, con el fin de garantizar su adecuado funcionamiento y operación en las líneas estratégicas del laboratorio para la vigilancia en salud pública, la gestión de la calidad, la prestación de servicios y la investigación.

Las disposiciones rigen en todo el territorio nacional y son de obligatorio cumplimiento para quienes integren la Red Nacional de Laboratorios.

Los ejes estratégicos sobre los cuales basará su gestión la Red Nacional de Laboratorios para orientar sus procesos y competencias serán los siguientes:

1. VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA: Eje estratégico orientado al desarrollo de acciones para apoyar la vigilancia en salud pública y la vigilancia y control sanitario.

2. GESTIÓN DE LA CALIDAD: Eje estratégico orientado al desarrollo de acciones para el mejoramiento progresivo en el cumplimiento de los estándares óptimos de calidad.

3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS: Eje estratégico orientado al desarrollo de acciones para el mejoramiento de la capacidad de oferta de servicios desde los laboratorios públicos y privados en los diferentes niveles territoriales.

4. INVESTIGACIÓN: Eje estratégico orientado al desarrollo de acciones para apoyar la investigación desde el laboratorio y contribuir con el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología en el desarrollo de investigaciones en el área de la salud.

Decreto 4107 de 2011 “por el cual se define la estructura y funciones del Ministerio de Salud y Protección Social”.

RESOLUCIÓN 1841 DE 2013 “POR EL CUAL SE DEFINE EL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012 – 2021 Y EN LA DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES LA ESTRATEGIA DE GESTIÓN INTEGRADA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES”.

En el artículo 6° de la Ley 1438 de 2011 establece: “Plan Decenal para la Salud Pública. El Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales. (...)”; Que en desarrollo de la norma anteriormente señalada, se hace necesario expedir el Plan Decenal de Salud Pública para los años 2012-2021, el cual se enmarca en los resultados arrojados en virtud del proceso de participación social, sectorial e intersectorial, constituyéndose en una política pública de gran impacto social, que orientará la salud pública del país en los próximos diez (10) años; Resuelve: Adóptese el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, contenido en el Anexo Técnico que forma parte integral de la presente resolución, el cual será de obligatorio cumplimiento tanto para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como del Sistema de Protección Social, en el ámbito de sus competencias y obligaciones.

Los demás actores y sectores que ejerzan acciones y funciones relacionadas con la intervención de los determinantes sociales de la salud, concurrirán al desarrollo y cumplimiento de los objetivos, estrategias, metas y demás aspectos señalados en el mencionado Plan.

El anexo técnico contentivo del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, de que trata este artículo, se publicará en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social y en otros dispositivos de acceso electrónico.

Responsabilidades de las entidades territoriales. Las entidades territoriales de acuerdo con sus competencias y necesidades, condiciones y características de su territorio, deberán adaptar y adoptar los contenidos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en cada cuatrienio a través del Plan Territorial de Salud y coordinar su implementación en su área de influencia, de conformidad con los lineamientos que para el efecto defina este Ministerio.

Implementación y ejecución del Plan Decenal de Salud Pública. El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, será implementado y ejecutado por las entidades territoriales, las entidades administradoras de planes de beneficios, las instituciones prestadoras de servicios de salud y las entidades adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con los demás sectores que ejerzan acciones y funciones relacionadas con los determinantes sociales de la salud.

Monitoreo, seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública. Constituirá responsabilidad de las entidades territoriales realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en su jurisdicción, de acuerdo con la metodología, condiciones y periodicidad definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, sin perjuicio de que este, realice la correspondiente evaluación al Plan.

Armonización de las políticas públicas y coordinación intersectorial. La coordinación, armonización y seguimiento de las acciones para el manejo de los determinantes sociales de la salud y el desarrollo de las políticas públicas en esta materia, se abordarán en la Comisión Intersectorial de Salud Pública, en cumplimiento de lo previsto en el párrafo 1° del artículo 7 de la Ley 1438 de 2011 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION RESOLUCION NUMERO 00001393 DE 2015 (30 ABRIL 2015)

Por la cual se establece el reporte para los registros de pacientes con artritis reumatoide a la cuenta de alto costo.

El ministerio de salud y protección social expidió la resolución 3974 de 2009, en la cual se establece que la artritis reumatoide es una enfermedad de alto costo.

Se hace necesario contar con información periódica, validada y detallada de los pacientes con artritis reumatoide, de manera que sea posible realizar diversos análisis que permitan la evaluación de la gestión realizada para su detección temprana, evitar la progresión de la enfermedad y la muerte y medir la prevalencia de la enfermedad en el país.

La presente resolución tiene por objeto establecer el reporte de pacientes con artritis reumatoide a la cuenta de alto costo por parte de las entidades administradoras de planes de beneficios, las pertenecientes a los regímenes especiales de excepción. Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y las direcciones departamentales distritales y municipales de salud.

Así mismo las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) las pertenecientes a los regímenes especiales y de excepción las institucional prestadoras de servicios de salud (IPS) y las direcciones departamentales distritales y municipales de salud, deberán reportar a la cuenta de alto costo.

Las responsabilidades de las direcciones municipales, entidades administradoras de planes de beneficios es: recolectar y consolidar los registros de pacientes con artritis reumatoide que no se encuentran afiliados al sistema general de seguridad social en salud, remitidos por las direcciones municipales de salud e IPS de su red de servicios, reportar a la cuenta de alto costo, el registro de pacientes con artritis reumatoide.

El Tratamiento de la información: las entidades serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos. En desarrollo de sus propias competencias a las autoridades que ejercen funciones de inspección, vigilancia y control les corresponde cumplir y hacer cumplir las disposiciones.

El representante legal de la EAPB, de las entidades pertenecientes a los regímenes especiales y de excepción de la dirección territorial de salud certificara la veracidad de la información que reporta mediante la comunicación a la cuenta de alto costo. Las entidades administradoras de planes de beneficios, las pertenecientes a los regímenes especiales y de excepción y las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, para el análisis de la información de artritis reumatoide, se deben enviar a la cuenta de alto costo en la fecha de reporte prevista, un archivo en texto plano, delimitado por tabulaciones, entre la fecha de corte respectiva y la fecha de medición anterior y cumplía con la siguiente condición.

- 1) Personas con diagnóstico de artritis reumatoide: Cada registro del archivo debe contener exactamente la totalidad de los campos diligenciados separados por tabulaciones, los cuales deben corresponder a las variables que se definen en la estructura de variables del presente anexo técnico.

CIRCULAR CONJUNTA EXTERNA N° 014 DE 2014 – MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: Instrucciones para la detección y alerta temprana ante la eventual introducción del virus de la fiebre de chikungunya en Colombia.

La fiebre chikungunya es una enfermedad ocasionada por un alfa virus de la familia togavirida transmitido por la picadura de mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes Albopictus*. El periodo de incubación es de 3 a 7 días (rango de 1 – 12 días) y la

viremia dura entre 5 a 6 días (incluso hasta 10 días) luego de la presentación de la fiebre.

Los signos clínicos típicos de la enfermedad son fiebre artralgia severa o artritis de comienzo agudo que puede persistir por semanas o meses. Las complicaciones generales incluyen miocarditis, hepatitis, neumonía, falla renal, y alteraciones oculares o neurológicas.

Otras formas de transmisión de la enfermedad pueden ocurrir por aplicación de derivados sanguíneos y/o transmisión madre a hijo, particularmente durante la última semana de gestación. En Colombia el laboratorio de virología del instituto nacional de salud procesa sueros para diagnóstico del virus chikungunya que previamente han resultado negativos para dengue.

El ministerio de salud y protección social, en coordinación con el instituto nacional de salud, en desarrollo de las funciones establecidas en el decreto 3518 de 2006 – sistema de vigilancia en salud pública, imparten en instrucciones de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional, que deberán acatar los responsables de las mimas aplicando las siguientes definiciones:

Caso sospechoso: paciente con fiebre mayor de 38,5°C y artralgia severa o artritis de comienzo agudo, que no se explica por otras condiciones médicas y en quien se ha descartado dengue, y que reside o ha visitado áreas endémicas o epidémicas en las que ha sido confirmado fiebre de chikungunya.

Caso confirmado: todo caso sospechoso confirmado con cualquiera de las siguientes pruebas específicas para CHIKV:

- Detección de IgM técnica ELISA: para el adecuado procesamiento de esta técnica el suero debe tomarse antes del sexto día de inicio de los síntomas.
- Aislamiento viral
- Detección de ARN viral por RT-PCR en tiempo real.

- Aumento de 4 veces el título de anticuerpos específicos para CHIKV, en muestras pareadas.

Responsabilidades de las direcciones departamentales y distritales de salud:

- A. Liderar y coordinar las acciones requeridas para la vigencia del evento en jurisdicción.
- B. Remitir las muestras requeridas al instituto nacional de salud, a través de los laboratorios departamentales de salud para la confirmación de los casos sospechosos.
- C. Coordinar con los responsables de las acciones de prevención y control la realización de las medidas oportunas para mitigar el riesgo.
- D. Promover estrategias de comunicación con el público para reducir la presencia de criaderos y reducir la densidad vectorial en especial en aquellas áreas en las que está presente el mosquito transmisor de esta enfermedad.

5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1. ENFOQUE

Dentro del desarrollo de nuestro trabajo, se empleará un enfoque Mixto cuali/cuantitativo porque se utilizará la recolección y análisis de datos para contestar nuestra pregunta de investigación, además se lleva a cabo la observación y análisis de fenómenos que nos permite establecer superposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas permitiéndonos analizar estadísticamente el patrón de comportamiento de la población

Este enfoque pretende obtener la recolección de datos para conocer la calidad de vida relacionada con la salud en las personas diagnosticadas con chikungunya y sus prácticas de cuidado en el barrio Kennedy para el planteamiento y ejecución de estrategias educativas.

5.2. TIPO DE ENFOQUE

Nuestra investigación será de tipo explorativo porque se indagará como se ve afecta la calidad de vida en las personas diagnosticadas con chikungunya, Cuando no existen investigaciones previas sobre el objeto de estudio o no se han publicado artículos de investigación del tema.

Esto nos permitirá recoger, Exponer y resumir de manera cuidadosa y luego analizar minuciosamente los resultados, a fin de extraer Generalizaciones significativas que contribuyan al mejoramiento de la salud.

5.3 UNIVERSO

El universo está conformado por 4.349 personas diagnosticadas con chikungunya entre la semana epidemiológica 1 y 21 de 2015 en el municipio de Girardot Cundinamarca. SIVIGILA del Hospital Universitario de la Samaritana Unidad Funcional Girardot y del SIVIGILA de la Nueva Clínica San Sebastián.

5.4 POBLACION

La población está conformada por 249 personas diagnosticadas con chikungunya, notificadas por el SIGIVILA de él Hospital Universitario de la Samaritana Unidad Funcional Girardot y Nueva Clínica San Sebastián; entre la semana epidemiológica 1 y 21 de 2015. Residentes del barrio Kennedy de la ciudad de Girardot.

5.5 MUESTRA

La muestra corresponde a 20 personas diagnosticadas con chikungunya entre la semana epidemiológica 1 y 21 de 2015, residentes en el barrio Kennedy de la ciudad de Girardot, reportadas mediante el sistema de vigilancia epidemiológica por el Hospital Universitario de la Samaritana Unidad Funcional Girardot y la Nueva Clínica San Sebastián.

El tamaño de la muestra fue calculado utilizando la fórmula para proporciones poblacionales con una confiabilidad del 90% y un margen de error del 10%.

5.6 CRITERIOS DE INCLUSION

- Personas que vivan en el barrio Kennedy.
- Personas diagnosticadas con chikungunya incluidas en las bases de datos suministradas por el Hospital Universitario de la Samaritana Unidad Funcional Girardot y Nueva Clínica San Sebastián.

5.7 MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información será recolectada y consignada en un instrumento de colección de datos:

El nombre del instrumento es cuestionario en salud SF36 Versión 2 en español, es un instrumento para medir la calidad de vida relacionada con la salud. Se utilizó el instrumento SF36 de calidad de vida relacionada con la salud, Para cada dimensión de salud se calcularon el promedio, la desviación estándar y la proporción de los individuos con la puntuación máxima y mínima para cada dimensión, El cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado. Para su uso en el Estudio de Resultados Médicos (Medical Outcome Study -MOS) a partir de una amplia batería de cuestionarios que incluían 40 conceptos relacionados con la salud⁴⁴.

A partir de este estudio han surgido diferentes versiones del SF, de 12, 20, 36, 42, ítems, pero la más ampliamente utilizada en investigación y evaluación de los resultados clínicos ha sido el formato de 36 ítems. Es aplicable tanto en población general como en colectivos clínicos, en estudios ya sean descriptivos o de evaluación⁴⁵. Los ítems que comprende el cuestionario son 36 preguntas, las cuales al clasificarlas se agrupan en 8 dimensiones: función física (FF), limitaciones de rol por problemas físicos (RF), dolor corporal (D), salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), limitaciones de rol por problemas emocionales (RE) y salud mental (SM). Además de estas ocho escalas de salud, se incluye un ítem que evalúa el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual respecto a cómo era un año antes (CS)⁴⁶. En el anexo se Observa la interpretación por cada dimensión Según el estudio realizado por Ioseba Iraurgi Castillo, Mónica Póo, e Iñaki Márkez Alonso, en su documento titulado valoración del índice de salud sf-36 aplicado a usuarios de programas de metadona. Valores de referencia para la comunidad autónoma vasca.

⁴⁴ Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., ... & Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria*, 19(2), 135

⁴⁵ Badia X, Salameró M, Alonso J, Ollé A. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. 2ª edición. Barcelona: Edimac; 1999.

⁴⁶ Iraurgi Castillo, I., Póo, M., & Márkez Alonso, I. (2004). Valoración del índice de salud sf-36 aplicado a usuarios de programas de metadona: Valores de referencia para la Comunidad Autónoma Vasca. *Revista española de salud pública*, 78(5), 609-621.

6. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	TIPO DE ENFOQUE		VALOR
Calidad de vida relacionada con la salud	Expresión de un modelo conceptual que intenta representar la perspectiva del paciente en términos cuantificables, la cual depende de su experiencia pasada, su estilo de vida presente, sus esperanzas y ambiciones para el futuro	Necesidades fisiológicas (alimentación, agua, aire, cobijo de las fuerzas de la naturaleza, etc.).	Función física	Cualitativo	Ordinal	Sí, me limita mucho
						Sí, me limita poco
						No, no me limita nada
			Rol Físico	Cualitativo	Nominal	SI
						No
			Dolor corporal	Cualitativo	Ordinal	Nada
						Un poco
						Regular
						Bastante
						mucho
		Salud General	Cualitativo	Ordinal	excelente	
					Muy Buena	
					Buena	
					Regular	
					Mala	
		Vitalidad	Cualitativo	Ordinal	Siempre	
					casi siempre	
					Algunas veces	
					Solo una vez	
					Nunca	
Salud Mental	Cualitativo				Ordinal	Siempre
						casi siempre
						Algunas veces
		Solo una vez				
			Nunca			
Necesidad de realización y de sentido	Cualitativo	Ordinal	Siempre			
			casi siempre			
			Algunas veces			
			Solo una vez			
			Nunca			

			Evolución declarada de la salud	Cualitativo	Ordinal	Mucho mejor ahora que hace un año.
						Algo mejor ahora que hace un año
						Más o menos mejor ahora que hace un año.
						Algo peor ahora que hace un año.
						Mucho peor ahora que hace un año
		. Necesidad de aceptación social.	Función Social	Cualitativo	Ordinal	Nada
						Un poco
						Regular
						Bastante
						mucho
		Necesidad de relación emocional con otras	Rol Emocional	Cualitativo	Nominal	Si
						No

7. ANALISIS DE RESULTADOS

La muestra de estudio (n=20), se abordó en el barrio Kennedy del municipio de Girardot/Cundinamarca, mediante la aplicación del instrumento sf36 de calidad de vida relacionada con la salud.

TABLA NÚMERO 1. DISCRIMINACIÓN POR GÉNERO

GENERO	N	%
FEMENINO	11	55
MASCULINO	9	45
Total	20	100

Fuente: Elaboración propia

La tabla número 1 muestra la discriminación por género, donde la muestra (N=20) está constituida por el 55% de género femenino y el 45% de género masculino, con rangos de edad de (20-84) años.

TABLA NÚMERO 2. FUNCIÓN FÍSICA (F.F)

F.F	N	%	\bar{X}	DE
<50	4	20%	15	17
>50	16	80%	73	13
TOTAL	20	100%	61	27

Fuente: Elaboración propia

TABLA NÚMERO 3. FUNCIÓN FÍSICA CON RELACIÓN A LA EDAD

EDAD	<50 (N)	\bar{x}	%	>50 (N)	\bar{x}	%
20 – 24				1	80	6%
25 – 29	1	5	25%			
30 – 34				1	100	6%
35 – 39				2	63	13%
40 – 44				1	85	6%
45 – 49				3	63	19%
50 – 54	1	10	25%	2	75	13%
55 – 59	1	5	25%	4	76	25%
60 – 64				2	65	13%
80 – 84	1	40	25%			
TOTAL	4	15	100%	16	73	100%

Fuente: Elaboración propia

TABLA NÚMERO 4. FUNCIÓN FÍSICA CON RELACIÓN AL GÉNERO

GENERO	<50 (N)	\bar{x}	%	>50 (N)	\bar{x}	%
FEMENINO	3	17	75%	8	77	50%
MASCULINO	1	10	25%	8	69	50%
TOTAL	4	15	100%	16	73	100%

Fuente: Elaboración propia

La tabla número 2, 3 y 4 muestra que el promedio de función física es de 61 puntos con una desviación estándar de 32, el 80% (16) de personas encuestadas no presentan ninguna limitación en su función física y el restante 20% (4) de las personas encuestadas presentan mucha limitación para realizar actividades físicas,

el rango de edad en donde hay mayor afectación es de los 50-84 años con 75% (3) en comparación con un 25% (1) en el rango de edad menor de 50 años. Dentro de la población con afectación de la función física encontramos que el género femenino tiene una mayor representación con un promedio de 17 puntos.

Se retoma la investigación realizada por Raquel González Baltazar, Andrés Lupercio Heredia, Gustavo Hidalgo Santacruz Silvia Graciela León Cortés, José Guadalupe Salazar estrada, titulada “Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en pacientes con tuberculosis en Guadalajara, (México)”, en la cual los resultados de la dimensión *función física* relacionada con la salud actual refleja que existe cierto grado de limitación con las actividades físicas en la población estudiada pues su promedio fue de 64 puntos⁴⁷ asemejándose a los resultados de la presente investigación ya que el promedio es de 61 puntos.

A sí mismo la investigación realizada por M. Bernad-Pineda, J. de las Heras-Sotos y M.V. Garcés-Puentes titulada “Calidad de vida en pacientes con artrosis de rodilla y/o cadera”, muestra en los resultados que en el grupo de pacientes de 70 o más años en relación a los otros dos grupos de menos edad, obtuvo la peor puntuación en donde refleja un alto grado de limitación⁴⁸, mostrando concordancia con nuestro estudio en el cual se evidencia que a partir de los 50 años se encuentra una mayor afectación de la función física, concluyendo que la mayor afectación puede encontrarse proporcionalmente relacionada con los cambios normales del proceso de envejecimiento.

⁴⁷ Raquel González Baltazar, Andrés Lupercio Heredia, Gustavo Hidalgo Santacruz Silvia Graciela León Cortés, José Guadalupe Salazar estrada. Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en pacientes con tuberculosis en Guadalajara, (México) 2013.

⁴⁸ Bernad-Pineda, M., de las Heras-Sotos, J., & Garcés-Puentes, M. V. (2014). Calidad de vida en pacientes con artrosis de rodilla y/o cadera. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 58(5), 283-289.

TABLA NÚMERO 5. ROL FISICO (R.F)

R. F	N	%	\bar{x}	DE
<50	15	75%	0	0
>50	5	25%	75	25
TOTAL	20	100%	38	35

Fuente: Elaboración propia

TABLA NÚMERO 6. ROL FISICO CON RELACIÓN A LA EDAD

EDAD	<50 (N)	\bar{x}	%	>50 (N)	\bar{x}	%
20 - 24	1	0.0	7%			
25 - 29	1	0.0	7%			
30 - 34	1	0.0	7%			
35 - 39	1	0.0	7%	1	100.0	20%
40 - 44				1	100.0	20%
45 - 49	2	0.0	13%	1	100.0	20%
50 - 54	2	0.0	13%	1	100.0	20%
55 - 59	4	0.0	27%	1	100.0	20%
60 - 64	2	0.0	13%			
80 - 84	1	0.0	7%			
TOTAL	15	0.0	100%	5	100.0	100%

Fuente: Elaboración propia

TABLA NÚMERO 7. ROL FISICO CON RELACIÓN AL GÉNERO

GENERO	<50 (N)	\bar{x}	%	>50 (N)	\bar{x}	%
FEMENINO	9	0.0	75%	2	75	40%
MASCULINO	6	0.0	25%	3	75	60%
TOTAL	15	0.0	100%	5	75	100%

Fuente: Elaboración propia

Las tablas número 5, 6 Y 7 muestran que el promedio rol físico es de 38 con una desviación estándar de 35 puntos en donde el 75% de las personas encuestadas presentan problemas con el trabajo u otras actividades diarias y el restante correspondiente al 25% (5) personas no presentan problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física. Respecto al rango de edad se observa que existe una mayor afectación en las personas de 45 a 65 años con un 72% (10) encuestados, seguido de las personas con un rango de edad de 20-44 años que representan un 28%. En cuanto al género se puede resaltar que el femenino presenta mayor afectación con una representación del 75% de (9) personas encuestadas a comparación del género masculino con un 25% de (6) personas encuestadas con la puntuación <50.

De acuerdo a los anteriores resultados, se retoma la investigación de Raquel González Baltazar, Andrés Lupercio Heredia, Gustavo Hidalgo Santacruz Silvia Graciela León Cortés, José Guadalupe Salazar estrada, titulada “Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en pacientes con tuberculosis en Guadalajara, (México)” muestra que dentro del *rol físico* evalúa el grado en que la salud física interfiere con el trabajo y otras actividades diarias, evaluando la dimensión de rol físico como la más bajas del cuestionario con un promedio de 41 semejante a la investigación en donde el promedio fue de 38 puntos.

También se retoman los resultados de la investigación realizada por Urbano Solis Cartas, Isabel María Hernández Cuéllar, Dinorah Marisabel Prada Hernández, Arelys de Armas Hernández, Alberto Ulloa Alfonso, titulado “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis” en donde hay mayor afectación en los grupos etarios entre 60 a 69 años con un 36% en relación con los otros grupos⁴⁹ donde no se encontró similitud en los resultados ya que en nuestra investigación se evidencio mayor afectación a partir de los 45 años.

⁴⁹ Urbano Solis Cartas, Isabel María Hernández Cuéllar, Dinorah Marisabel Prada Hernández, Arelys de Armas Hernández, Alberto Ulloa Alfonso. Revista cubana de reumatología: Calidad de vida

TABLA NÚMERO 8. DOLOR CORPORAL (D.C)

D.C	N	%	\bar{x}	DE
<50	6	30%	35	10
>50	14	70%	76	20
TOTAL	20	100%	64	26

Fuente: Elaboración propia

TABLA NÚMERO 9. DOLOR CORPORAL CON RELACIÓN A LA EDAD

EDAD	<50 (N)	\bar{x}	%	>50 (N)	\bar{x}	%
20 – 24				1	62	7%
25 – 29	1	22	16%			
30 – 34				1	100	7%
35 – 39	1	41	16%	1	100	7%
40 – 44				1	72	7%
45 – 49				3	75	22%
50 – 54	1	22	17%	2	76	14%
55 – 59	1	41	17%	4	71	29%
60 – 64	1	41	17%	1	74	7%
80 – 84	1	41	17%			
TOTAL	6	35	100%	14	76	100%

Fuente: Elaboración propia

TABLA NÚMERO 10. DOLOR CORPORAL CON RELACIÓN AL GÉNERO

GENERO	<50 (N)	\bar{x}	%	>50 (N)	\bar{x}	%
FEMENINO	3	35	50%	8	83	57%
MASCULINO	3	35	50%	6	68	43%
TOTAL	6	35	100%	14	76	100%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 8, 9 y 10 muestra un 70% de ausencia de dolor o limitaciones y un 30% con dolor muy severo y altamente limitante; encontrando que a partir de los 25 años presenta una mayor afectación en la función dolor corporal con un promedio de 35 puntos. Así mismo se evidencia una distribución proporcional de afectación no afectación de la función dolor corporal relacionada con el género.

De acuerdo a los anteriores resultados se retoma la investigación de Raquel González Baltazar, Andrés Lupercio Heredia, Gustavo Hidalgo Santacruz, Silvia Graciela León Cortés, José Guadalupe Salazar Estrada titulada “Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en pacientes con tuberculosis en Guadalajara, (México)” en donde muestra que la percepción del dolor corporal evalúa la intensidad y el efecto del dolor en el trabajo habitual dentro y fuera del hogar, obtuvo una evaluación media lo cual afecta poco en las actividades habituales por el contrario a la investigación que el promedio fue más alto con 64 puntos. En la misma investigación se reveló que a menor rango de edad menor percepción del dolor corporal mostrando el rango de 20 a 30 años con solo el 10% de afectación frente a otros grupos etarios⁵⁰, al igual que en la presente investigación en donde el hallazgo fue similar ya que al aumentar el rango de edad aumenta la percepción del

⁵⁰ Raquel González Baltazar, Andrés Lupercio Heredia, Gustavo Hidalgo Santacruz, Silvia Graciela León Cortés, José Guadalupe Salazar Estrada. Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en pacientes con tuberculosis en Guadalajara, (México).

dolor como lo muestran las siguientes cifras de 20 a 30 años un 16% y mayores de 50 años un 68%.

TABLA NÚMERO 11. SALUD GENERAL (S.G)

S. G	N	%	\bar{x}	DE
<50	9	45%	33	15
>50	11	55%	64	9
TOTAL	20	100%	51	21

Fuente: Elaboración propia

TABLA NÚMERO 12. SALUD GENERAL CON RELACIÓN A LA EDAD

EDAD	<50 (N)	\bar{x}	%	>50 (N)	\bar{x}	%
20 – 24	1	40	11%			
25 – 29	1	20	11%			
30 – 34				1	62	9%
35 – 39	1	30	11%	1	67	9%
40 – 44	1	45	11%			
45 – 49				3	75	27%
50 – 54	2	22	22%	1	62	9%
55 – 59	2	40	22%	3	61	27%
60 – 64				2	59	19%
80 – 84	1	35	12%			
TOTAL	9	33	100%	11	66	100%

Fuente: Elaboración propia

TABLA NÚMERO 13. SALUD GENERAL CON RELACIÓN AL GÉNERO

GENERO	<50 (N)	\bar{x}	%	>50 (N)	\bar{x}	%
FEMENINO	6	37	67%	5	65	45%
MASCULINO	3	25	33%	6	68	55%
TOTAL	9	33	100%	11	66	100%

Fuente: Elaboración propia

La tabla número 11, 12 Y 13 muestran que el promedio para la salud general es de 51 puntos con una desviación estándar de 21 y un 55% de (11) personas encuestadas evalúa su salud personal como buena y el 45% restante de personas encuestadas evalúan su salud como mala. El rango de edad donde hay mayor afectación es entre 50 a 59 años con el 44% (4) personas encuestadas, con relación al género femenino hay mayor afectación comparándolo con el género masculino.

De acuerdo a los anteriores resultados se retoma la investigación de Laura Escobar M; Hugo Grisales R titulado “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide tratados en una IPS especializada, Medellín 2012” muestra que en el género masculino obtuvo la menor puntuación en la salud general⁵¹, en contraste a esto en la presente investigación el género con mayor afectación es el femenino con un 67% en la puntuación <50.

⁵¹ Escobar, M., & Grisales, R. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide tratados en una IPS especializada, Medellín 2012. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 75-84.

TABLA NÚMERO 14. VITALIDAD (V)

V	N	%	\bar{x}	DE
<50	8	40%	29	13
>50	12	60%	60	9
TOTAL	20	100%	48	18

Fuente: Elaboración propia

TABLA NÚMERO 15. VITALIDAD CON RELACIÓN A LA EDAD

EDAD	<50 (N)	\bar{x}	%	>50 (N)	\bar{x}	%
20 – 24	1	30	13%			
25 – 29	1	10	13%			
30 – 34				1	60	8%
35 – 39	1	20	13%	1	70	8%
40 – 44				1	65	8%
45 – 49				3	67	25%
50 – 54	1	20	13%	2	58	17%
55 – 59	1	25	13%	4	51	33%
60 – 64	2	45	22%			
80 – 84	1	40	13%			
TOTAL	8	29	100%	12	60	100%

Fuente: Elaboración propia

TABLA NÚMERO 16. VITALIDAD CON RELACIÓN AL GÉNERO

GENERO	<50 (N)	\bar{x}	%	>50 (N)	\bar{x}	%
FEMENINO	5	30	62%	6	58	50%
MASCULINO	3	28	38%	6	62	50%
TOTAL	8	29	100%	12	60	100%

Fuente: Elaboración propia

En las tablas número 14, 15, 16 el promedio para la vitalidad es de 48 puntos, con una desviación estándar de 18 puntos en donde el 60% de las (12) personas encuestadas se sienten Llenos de entusiasmo y energía, el restante 40% de (8) personas encuestadas sienten cansancio y agotamiento. Las personas mayores de 50 años con un (71%); y el género femenino (63%), son los que presentan mayor afectación en la dimensión de vitalidad.

De acuerdo a los anteriores resultados se retoma la investigación de Robinson Ramírez-Vélez, Ricardo A. Agredo, Alejandra M. Jerez y Liliam Y. Chapal, Titulada “Calidad de Vida y Condiciones de Salud en Adultos Mayores no Institucionalizados en Cali, Colombia” aquí se evidencia que en el dominio de vitalidad en la población en general el promedio supera los 50 puntos⁵² semejante a la investigación en donde la puntuación en promedio es de 48 evaluando este ítem positivamente.

Así como también se retoma los resultados de la investigación realizada por Lilian Andrea Patiño Gómez y Hilda Pilar Amado Caro titulado “percepción de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con síndrome de apnea e hipoapnea obstructiva del sueño,” donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la percepción por género en donde el género masculino reportó una mejor percepción del dolor⁵³, por el contrario en la presente investigación hay mejor percepción por parte del género femenino con un 63% en la puntuación <50.

⁵² Robinson Ramírez Vélez, Ricardo A. Agredo, Alejandra M. Jerez y Liliam Y. Chapal. Calidad de Vida y Condiciones de Salud en Adultos Mayores no Institucionalizados en Cali, Colombia. Rev. salud pública. 10 (4):529-536, 2008

⁵³ Patiño Gómez, L. A., & Amado Caro, H. P. (2015). Percepción de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con síndrome de apnea e hipoapnea obstructiva del sueño.

TABLA 17. FUNCION SOCIAL (F.S)

F.S	N	%	\bar{x}	DE
<50	00	00	00	00
>50	20	100%	86	15
TOTAL	20	100%	86	15

Fuente: Elaboración propia

TABLA 18. FUNCIÓN SOCIAL CON RELACIÓN A LA EDAD

EDAD	<50 (N)	\bar{x}	%	>50 (N)	\bar{x}	%
20 – 24	00	00	00	1	100	5%
25 – 29	00	00	00	1	75	5%
30 – 34	00	00	00	1	88	5%
35 – 39	00	00	00	2	81	10%
40 – 44	00	00	00	1	100	5%
45 – 49	00	00	00	3	88	15%
50 – 54	00	00	00	3	79	15%
55 – 59	00	00	00	5	93	25%
60 – 64	00	00	00	2	75	10%
80 – 84	00	00	00	1	75	5%
TOTAL	00	00	00	20	86	100%

Fuente: Elaboración propia

TABLA 19. FUNCIÓN SOCIAL CON RELACIÓN AL GÉNERO

GENERO	<50 (N)	\bar{x}	%	>50 (N)	\bar{x}	%
FEMENINO	00	00	00	11	88	55%
MASCULINO	00	00	00	9	83	45%
TOTAL	00	00	00	20	86	100%

Fuente: Elaboración propia

En las tablas 17, 18 y 19 el promedio es de 86.6 para la función social, con una desviación estándar de 15, del 100% de las (20) personas encuestadas realizan actividades sociales normales sin interferencia a los problemas físicos o emocionales que presenten.

De acuerdo a los anteriores resultados se retoma la investigación de Laura Escobar M, Hugo Grisales R, titulado “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide tratados en una IPS especializada, Medellín 2012” mencionado en los resultados que dentro de las dimensiones de calidad de vida función social tiene un promedio de 75 puntos, semejante a los resultados de la presente investigación con un promedio de 86 puntos evaluado positivamente.

TABLA 20. ROL EMOCIONAL (R.E)

R. F	N	%	\bar{x}	DE
<50	14	70%	2	9
>50	6	30%	100	0
TOTAL	20	100%	32	47

Fuente: Elaboración propia

TABLA 21. ROL EMOCIONAL CON RELACIÓN A LA EDAD

EDAD	<50 (N)	\bar{x}	%	>50 (N)	\bar{x}	%
20 – 24	1	00	7%			
25 – 29	1	00	7%			
30 – 34	1	00	7%			
35 – 39	1	00	7%	1	100	17%
40 – 44				1	100	17%
45 – 49	2	00	14%	1	100	17%
50 – 54	2	17	14%	1	100	17%
55 – 59	3	00	23%	2	100	32%
60 – 64	2	00	14%			
80 – 84	1	00	7%			
TOTAL	14	2	100%	6	100	100%

Fuente: Elaboración propia

TABLA 22. ROL EMOCIONAL CON RELACIÓN AL GÉNERO

GENERO	<50 (N)	\bar{x}	%	>50 (N)	\bar{x}	%
FEMENINO	8	0	57%	3	100	50%
MASCULINO	6	6	43%	3	100	50%
TOTAL	14	2	100%	6	100	100%

Fuente: Elaboración propia

En las tablas número 20, 21, 22 el promedio para el rol emocional es de 32 puntos con una desviación estándar de 47, el 70% de las (14) personas encuestadas presenta problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales, el 30% restante de las personas encuestadas no presentan ningún problema con el trabajo. Se evidencia que hay igual proporción de afectación en los rangos de edad y lo mismo muestra con relación al género.

En contraste a los anteriores resultados se retoma la investigación realizada por Laura Escobar M; Hugo Grisales R, titulado “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide tratados en una IPS especializada, Medellín 2012” en donde se evidencia que en el rol emocional se destacó que el 50% de los pacientes obtuvieron 100 puntos⁵⁴ mientras la presente investigación muestra que en la totalidad de los encuestados el promedio fue de 32 puntos evaluado negativamente, presentando problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales.

TABLA N° 23 SALUD MENTAL

R. F	N	%	\bar{x}	DE
<50	2	10%	42	9
>50	18	90%	72	12
TOTAL	20	100%	69	15

Fuente: Elaboración propia

⁵⁴ Escobar, M., & Grisales, R. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide tratados en una IPS especializada, Medellín 2012. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 75-84.

TABLA 24. SALUD MENTAL CON RELACIÓN A LA EDAD

EDAD	<50 (N)	\bar{x}	%	>50 (N)	\bar{x}	%
20 – 24				1	56	6%
25 – 29	1	37	50%			
30 – 34				1	80	6%
35 – 39				2	66	11%
40 – 44				1	84	6%
45 – 49				3	80	17%
50 – 54	1	48	50%	2	82	11%
55 – 59				5	70	26%
60 – 64				2	60	11%
80 – 84				1	64	6%
TOTAL	2	42	100%	18	72	100%

Fuente: Elaboración propia

TABLA 25. SALUD MENTAL CON RELACION AL GÉNERO

GENERO	<50 (N)	\bar{x}	%	>50 (N)	\bar{x}	%
FEMENINO	1	36	50%	10	70	56%
MASCULINO	1	48	50%	8	74	44%
TOTAL	2	42	100%	18	72	100%

Fuente: Elaboración propia

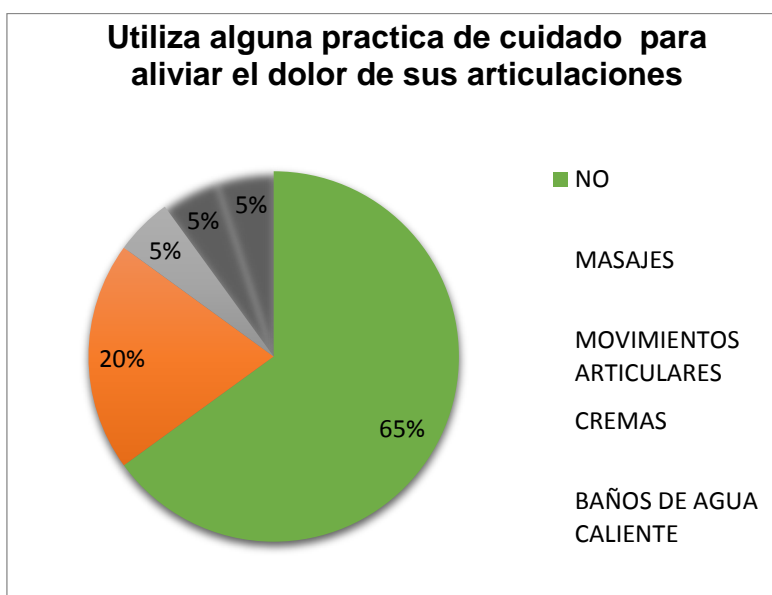
La tabla 23, 24 y 25 muestra que el promedio para la salud mental es de 69 puntos, con una desviación estándar de 15, el 90% de las (18) personas encuestadas presenta sensación de paz y felicidad por ello su salud mental no es afectada. Se evidencia que la salud mental con relación al género representa igual proporción de

afectación en un 10% para el género femenino como el masculino de la población total.

De acuerdo a los anteriores resultados se retoman la investigación realizada por Laura Escobar M y Hugo Grisales R, titulada “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide tratados en una IPS especializada, Medellín 2012” se evidencia que dentro de los resultados de la dimensión salud mental reporto un promedio de 68 puntos⁵⁵, similar al promedio de esta investigación donde reporto 72 puntos, por lo general la mayoría de las personas encuestadas presentan un resultado adecuado en la dimensión de salud mental.

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

GRAFICA NÚMERO 26. UTILIZA ALGUNA PRACTICA DE CUIDADO PARA ALIVIAR EL DOLOR DE SUS ARTICULACIONES



Fuente: Elaboración propia

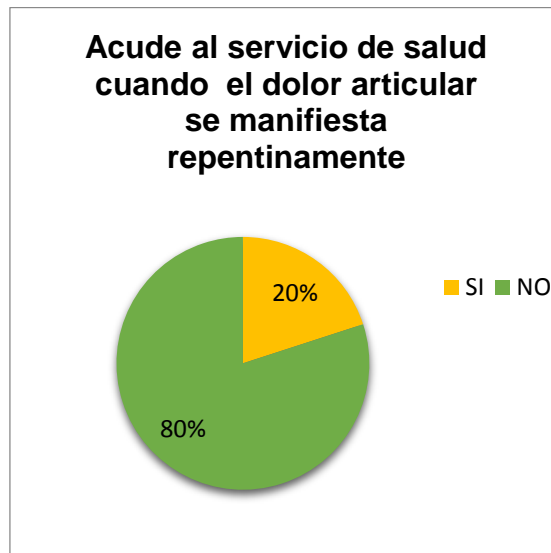
⁵⁵ Escobar, M., & Grisales, R. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide tratados en una IPS especializada, Medellín 2012. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 75-84.

Análisis: La gráfica número 26 muestra que un 65% de los encuestados no practican ningún cuidado para el alivio del dolor en sus articulaciones, mientras el 35% mencionan que, si lo hacen practicando diferentes cuidados como masajes, movimientos articulares, uso de cremas y baños de agua caliente.

De acuerdo a los anteriores resultados se retoma la investigación de B Combe, R Landewe, C Lukas, H D Bolosiu, F Breedveld, M Dougados, P Emery, G Ferraccioli, J M W Hazes, L Klareskog, K Machold, E Martín Mola, H Nielsen, A Silman, J Smolen, and H Yazici, titulada “Recomendaciones de EULAR para el tratamiento de la artritis temprana: informe de un grupo de trabajo del Comité Permanente Europeo de Estudios Clínicos Internacionales, incluida la terapéutica (ESCISIT)” esta investigación muestra que en los resultados menciona 12 recomendaciones para aliviar el dolor en la artritis reumatoide, la recomendación número 11 menciona que a 66 pacientes se le realizaron cuidados para aliviar el dolor en artritis reumatoidea tales como: la acupuntura, la terapia con láser, el uso de guantes de compresión, la estimulación eléctrica transcutánea del nervio (TENS), el ultrasonido, la termoterapia, también son otras opciones para aliviar el dolor sin embargo mostraron alivio del dolor a corto plazo en un 30%⁵⁶, comparándolo con la investigación, esta muestra que más de la mitad de la población en estudio no realizan ninguna practica de autocuidado.

⁵⁶ B Combe, R Landewe, C Lukas, H D Bolosiu, F Breedveld, M Dougados, P Emery, G Ferraccioli, J M W Hazes, L Klareskog, K Machold, E Martín Mola, H Nielsen, A Silman, J Smolen, and H Yazici. Recomendaciones de EULAR para el tratamiento de la artritis temprana: informe de un grupo de trabajo del Comité Permanente Europeo de Estudios Clínicos Internacionales, incluida la terapéutica (ESCISIT)- 2006.

Grafica número 27. Acude al servicio de salud cuando el dolor articular se manifiesta repentinamente



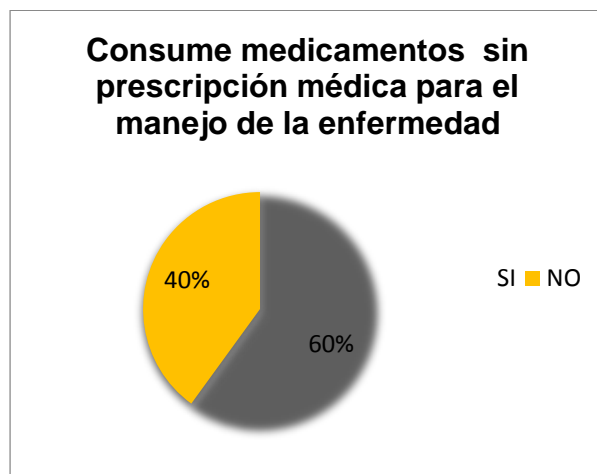
Fuente: Elaboración propia

Análisis: La gráfica número 27, muestra que el 80% de la población encuestada no acude al servicio de salud cuando el dolor articular se manifiesta repentinamente por las siguientes razones “el servicio es muy lento, la prescripción médica siempre es la misma, el dolor no es tan intenso; mientras el 20% muestra si acude al servicio de salud por las siguientes razones “importancia de asistir al servicio de salud y por la intensidad del dolor.

De acuerdo con los resultados anteriores se retoma la investigación de B Combe, R Landewe, C Lukas, H D Bolosiu, F Breedveld, M Dougados, P Emery, G Ferraccioli, J M W Hazes, L Klareskog, K Machold, E Martinola, H Nielsen, A Silman, J Smolen, and H Yazici titulada “Recomendaciones de EULAR para el tratamiento de la artritis temprana: informe de un grupo de trabajo del Comité Permanente Europeo de Estudios Clínicos Internacionales, incluida la terapéutica (ESCISIT)” en donde muestra que hay un mejor resultado de la artritis cuando los pacientes asisten rápidamente a un centro de salud y el tratamiento se inicia

rápidamente⁵⁷, por el contrario a la investigación, muestra que la mayor parte de la población en estudio no acuden al servicio de salud cuando el dolor articular se presenta repentinamente.

Grafica número 28. Consume medicamentos sin prescripción médica para el manejo de la enfermedad



Fuente: Elaboración propia

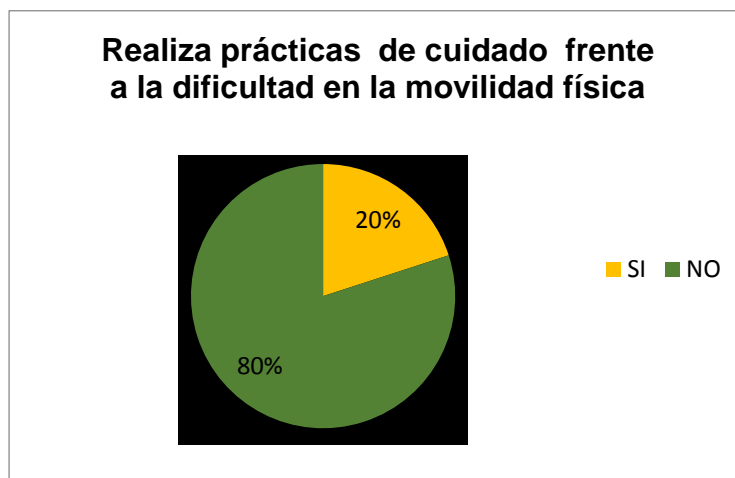
Análisis: La grafica número 28, muestra que el 60 % de la población encuestada manifiesta que se auto medican por la siguiente razón: conocen la prescripción médica para el manejo de la enfermedad; mientras el 40% lo hacen sin la prescripción médica.

De acuerdo a los anteriores resultados se retoma la investigación de Kelly Romero Acosta, Marguis Rojas, Andrea Abad, Gissela Gómez, Titulada "¿Afecta el virus del chikungunya el estado emocional de los individuos que lo padecen?" 2015. Donde se evidencia que el consumo de medicamentos en 64 pacientes es decir el 67% de

⁵⁷ B Combe, R Landewe, C Lukas, H D Bolosiu, F Breedveld, M Dougados, P Emery, G Ferraccioli, J M W Hazes, L Klareskog, K Machold, E Martin-Mola, H Nielsen, A Silman, J Smolen, and H Yazici. Recomendaciones de EULAR para el tratamiento de la artritis temprana: informe de un grupo de trabajo del Comité Permanente Europeo de Estudios Clínicos Internacionales, incluida la terapéutica (ESCISIT)- 2006.

la población en estudio se hace a través de la prescripción médica y el más común es el acetaminofén seguido del naproxeno⁵⁸ por el contrario a la investigación muestra que más de la mitad de la población en estudio consume medicamentos sin prescripción médica refiriendo conocer la prescripción médica específica para la enfermedad.

Grafica número 29. Realiza prácticas de cuidado frente a la dificultad en la movilidad física



Fuente: Elaboración propia

Análisis: la gráfica número 29, muestra que el 80% de la población encuestada no realizan prácticas de autocuidado frente a la dificultad en la movilidad mientras que el 20% manifiestan que si realizan prácticas de autocuidado como: masajes en muñecas y dedos, caminatas, reposo de 15 minutos.

Según lo planteado por el Dr. Mercola en el artículo “El Ejercicio: Uno de los Secretos Principales para Lograr Aliviar el Dolor de Articulaciones. Retoma: Harvard Health Publications: “limitar sus movimientos podría debilitar los músculos, agravar los problemas en las articulaciones, afectar su postura y activar una cascada de

⁵⁸ Kelly Romero Acosta, Marguis Rojas, Andrea Abad, Gissela Gómez. ¿Afecta el virus del chikungunya el estado emocional de los individuos que lo padecen?” 2015. Universidad Metropolitana de Barranquilla - Colombia

problemas más extensos y mientras que los analgésicos y las compresas frías y calientes podrían brindarle alivio rápido, las soluciones como estas son meramente temporales. Investigaciones muestran que las personas con artritis reumatoide, que causa dolor, rigidez y deformidades en las articulaciones, que realizaron entrenamiento con peso durante 24 semanas, mejoraron su funcionamiento hasta un 30 % y su fuerza hasta 120 %⁵⁹. Realizando un contraste la investigación muestra que únicamente el 20% de la población en estudio aplican prácticas de autocuidado para la dificultad en la movilidad física.

⁵⁹ Artículo Publicación Fitness. Dr. Mercola. Mayo 13, 2016
<http://ejercicios.mercola.com/sitios/ejercicios/archivo/2016/05/13/secreto-para-aliviar-el-dolor-en-sus-articulaciones.aspx>

CONCLUSIONES

La muestra n=20 personas de las cuales el 55% fueron de género femenino y 45% género masculino, el rango de edad en que se trabajo fue de 20 a 84 años la edad promedio es de 62 años.

En esta investigación muestra que la calidad de vida relacionada con la salud se ve afectada en estas personas diagnosticadas con chikungunya en la mayoría de las dimensiones, las más afectadas fueron el **rol físico** reportando problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de su salud física con un 75%; el **rol emocional** presentando problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales en un 70%, el 45% de los encuestados reportan que su **salud general** fue mala y el 40% manifiestan estar con poca vitalidad. La **dimensión función social** fue la única que fue calificada >50. Realizando la discriminación por género el más afectado fue el femenino en las siguientes dimensiones: rol físico, salud general, vitalidad, rol emocional y en relación a la edad los más afectados fueron los mayores de 45 años.

Las prácticas de autocuidado para el manejo de la cronicidad de las personas diagnosticadas con chikungunya, muestra que la principal práctica de autocuidado es la automedicación siendo los analgésicos el grupo de medicamentos que más consumen como el acetaminofén y el naproxeno.

Prácticas de auto cuidado asumidas para aliviar el dolor en las articulaciones son masajes, realización de movimientos articulares, cremas y baños de agua caliente.

La mayoría de las personas encuestadas no acuden al servicio de salud cuando el dolor se manifiesta repentinamente ya que refieren conocer la prescripción médica.

BIBLIOGRAFIA

SMOLEN, Josef S., et al. "Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force." In: Annals of the rheumatic diseases 2010 Vol.69.No.4 p. 631-637, referenciado por Gómez Ramírez, Olga Janneth, En la investigación Calidad de vida y Nivel de salud percibido en personas con artritis reumatoide. Universidad Nacional de Colombia Facultad, Enfermería Ciudad, Programa de Doctorado en Enfermería. Colombia 2014.

Forero Andrea Y Fernández. Carlos F. 12 de marzo de 2015 www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/chikunguna-en-colombia-90000-colombianos-podrian-quedar-con-artritis/15382175.

Ministerio de Salud y de la Protección Social, PROFAMILIA, I.C Bienestar Familiar, Agencia para el desarrollo de los Estados Unidos. USAID. ENDS. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010. Pag.72.

Díaz-Rojas, Jorge Augusto, Fabián Antonio Dávila-Ramírez Prevalencia de artritis reumatoide en Colombia: una aproximación basada en la carga de la enfermedad durante el año 2005. 2015 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Reumatología.

Instituto Nacional de Salud, SIVIGILA, laboratorio de Virología, Boletín Epidemiológico semana epidemiológica 12 de 2016, (20 mar. – 26 marzo) Colombia.

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Ministerio de Salud y Protección Social. Pág. 140.

Ministerio de la Protección Social República de Colombia POLITICA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ. 2007-2019 pág. 28

CONGRESO DE COLOMBIA, LEY 1171 DE 2007 (Diciembre 07) Por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores.

Ministerio de Salud y Protección Social. Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e innovación – Colciencias. Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento para la Artritis Reumatoide. Guía N°. GPC 26. Bogotá Colombia, Noviembre 2014. Ni se puede abrir.

Ponce Aguirre Jessica. 4 de mayo de 2015.
<http://www.eluniversal.com.co/cartagena/artritis-por-chikungunya-debe-ser-tratada-de-manera-oportuna-192485>.

GLOSARIO

SALUD: Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

PROMOCION: Acciones de educación e información en salud, dirigidas a la modificación de comportamientos, para el logro de estilos de vida saludable.

PROMOCION DE LA SALUD: es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

PREVENCION: Según Don Nutbeam, el termino prevención de la enfermedad se utiliza por lo general para designar las estrategias tendientes a reducir los factores de enfermedades específicas, o bien reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad; la prevención primaria incluye un sin número de actividades sanitarias realizadas por el personal de salud, por la comunidad o por los gobiernos antes de que aparezcan una determinada enfermedad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la prevención son medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de a enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

PREVENCION DE LA ENFERMEDAD: La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

MEDIDAS PREVENTIVAS: según la OMS es el conjunto de actividades orientadas a promocionar y preservar la salud de la persona en la comunidad.

- **COLECTIVO:** Conjunto de actividades colectivas encaminadas a proteger a las personas en su conjunto, así como a terceros que puedan aparecer dentro del origen del riesgo.

- **INDIVIDUAL:** Conjunto de actividades encaminadas al autocuidado de la persona previniendo riesgos o complicaciones que puedan afectar la salud. Calidad de vida, enfermedad, prevención, vector, colectivo, salud, promoción, cronicidad, Chikungunya, virus, epidemia.

CALIDAD DE VIDA: es el resultado de la compleja interacción entre *factores objetivos y subjetivos*; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, personales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad; los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida.⁶⁰

VIRUS: es un agente microscópico, portador de una infección, que únicamente puede multiplicarse dentro de las células de otros organismos y que es la causa de un sinnúmero de enfermedades.

TRANSMISIÓN: Transmisión de una enfermedad infecciosa por contacto directo con una persona que la padece, o por contacto indirecto a través de la manipulación de objetos utilizados por la persona enferma.

⁶⁰ Cabrera ME, Agostini MT, Victoria García-Viniegras CR. Calidad de vida y trabajo comunitario integrado. Sistema de Indicadores para la medición de la calidad de vida. Reporte de investigación. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. 1998.

8. ANEXOS

Anexo A

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO DE INVESTIGACION

Título: “CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON CHIKUNGUNYA Y SUS PRACTICAS DE CUIDADO EN EL MUNICIPIO DE GIRARDOT AÑO 2016-2”

Investigadores:

- NOHORA OFELIA REYES JIMENEZ

Enfermera Docente del Programa de Enfermería de la Universidad de Cundinamarca. Seccional Girardot.

- MARIA MARGARITA RODRIGUEZ HERNANDEZ

Enfermera Docente del Programa de Enfermería de la Universidad de Cundinamarca. Seccional Girardot.

El propósito de esta investigación: Valorar la calidad de vida relacionada con la salud de la persona diagnosticada con chikungunya y sus prácticas de cuidado, a través de la aplicación del cuestionario SF 36 y una entrevista semiestructurada.

1. Antes de tomar la decisión de participar en la investigación, lea cuidadosamente este formulario de consentimiento y discuta cualquier inquietud que usted tenga con el investigador; además podrá discutir su participación con los demás miembros de su familia o amigos antes de tomar la decisión.
2. Este formulario de consentimiento puede contener algunas palabras que usted probablemente no entiende. Por favor solicite aclaración para que lo orienten.
3. Su participación consiste en: Una entrevista personalizada con una duración aproximadamente de 20 minutos y será realizada por los Auxiliares de Investigación:.....,: Enfermeros en Formación del Programa de Enfermería de la Universidad de Cundinamarca Seccional Girardot.
4. La información suministrada en la entrevista es confidencial.
5. Sobre los Beneficios para usted y /o la sociedad: Usted no recibirá ningún beneficio médico o económico por la participación en esta investigación.
6. La participación es voluntaria y usted puede rehusar de participar, o retirarse en cualquier momento sin ninguna penalidad.
7. Los Investigadores asumirán medidas para proteger la confidencialidad de su información, su identidad no será divulgada en ninguna publicación que resulte de este estudio.¹

Yo: _____ con C.C: _____

Residente en _____ He leído el procedimiento descrito arriba. Los Auxiliares de investigación me han explicado el estudio y han resuelto mis dudas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de (nombre) “CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON CHIKUNGUNYA Y SUS PRACTICAS DE CUIDADO EN EL MUNICIPIO DE GIRARDOT AÑO 2016-2”

Firma del participante

¹ Se retoman aspectos del Modelo de Consentimiento Informado para participar en proyectos de investigación Hospital Clínico Universitario de Chile. <http://studylib.es/doc/648752/consentimiento-informado>.

Anexo B

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Título de la Investigación:

"CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON CHIKUNGUNYA Y SUS PRACTICAS DE CUIDADO DEL BARRIO ALTO DE LA CRUZ DEL MUNICIPIO DE GIRARDOT AÑO 2016-2"

NOMBRE: _____ EDAD: _____

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: _____

TELÉFONO CELULAR: _____ VIVIENDA: _____

OCUPACION: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____

ESTRATIFICACIÓN SOCIAL: _____

Objetivo: Valorar la calidad de vida relacionada con la salud y las prácticas de cuidado de la persona diagnosticada con chikungunya durante el II semestre de 2016.

I. PRACTICAS DE CUIDADO CON LA CRONICIDAD DEL CHIKUNGUNYA

1. Utiliza alguna practica de cuidado para aliviar el dolor de sus articulaciones: Si ___ No ___ cual (es).
2. Acude al servicio de salud cuando el dolor articular se manifiesta repentinamente Si ___ No ___ por qué?
3. Consume medicamentos sin prescripción médica para el manejo de la enfermedad: Si ___ No ___ cual (es). _____ frecuencia _____
4. Realiza prácticas de cuidado frente a la dificultad en la movilidad física: Si ___ NO ___ Cual (es):



115-99035

Datos para el estudio			
Día:	Mes:	Año: (20...)	Número identificador:
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Enero <input type="checkbox"/> Julio	0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> Febrero <input type="checkbox"/> Agosto	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> Marzo <input type="checkbox"/> Septiembre	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> Abril <input type="checkbox"/> Octubre	3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> Mayo <input type="checkbox"/> Noviembre	4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> Junio <input type="checkbox"/> Diciembre	5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 31		6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2)

Versión española de SF-36v2™ Health Survey © 1996, 2000
adaptada por J. Alonso y cols 2003.

Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS)
 Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios
 c/Doctor Aiguader, 80 E-08003 Barcelona
 Tel. (+34) 93 225 75 53, Fax (+34) 93 221 40 02
www.imim.es



Este instrumento ha superado los estándares de calidad del Medical Outcome Trust y de la Red Cooperativa para la Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios (Red IRYSSE).
 El cuestionario y su material de soporte están disponibles en BiblioPRO, la biblioteca virtual de la Red IRYSSE (www.redirysse.net).

Su Salud y Bienestar

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



11540036

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
b. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
c. Coger o llevar la bolsa de la compra.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
d. Subir <u>varios</u> pisos por la escalera.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
e. Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
f. Agacharse o arrodillarse.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
g. Caminar <u>un kilómetro o más</u>	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
h. Caminar varios centenares de metros.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
i. Caminar unos 100 metros.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
j. Bañarse o vestirse por sí mismo.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b. ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c. ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d. ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵



11540035

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



11540035

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> 1	...	<input type="checkbox"/> 2	...	<input type="checkbox"/> 3
b estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	...	<input type="checkbox"/> 2	...	<input type="checkbox"/> 3
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> 1	...	<input type="checkbox"/> 2	...	<input type="checkbox"/> 3
d se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	...	<input type="checkbox"/> 2	...	<input type="checkbox"/> 3
e tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	...	<input type="checkbox"/> 2	...	<input type="checkbox"/> 3
f se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	...	<input type="checkbox"/> 2	...	<input type="checkbox"/> 3
g se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> 1	...	<input type="checkbox"/> 2	...	<input type="checkbox"/> 3
h se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> 1	...	<input type="checkbox"/> 2	...	<input type="checkbox"/> 3
i se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> 1	...	<input type="checkbox"/> 2	...	<input type="checkbox"/> 3

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> 1	...	<input type="checkbox"/> 3	...	<input type="checkbox"/> 5
b Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> 1	...	<input type="checkbox"/> 3	...	<input type="checkbox"/> 5
c Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> 1	...	<input type="checkbox"/> 3	...	<input type="checkbox"/> 5
d Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> 1	...	<input type="checkbox"/> 3	...	<input type="checkbox"/> 5

Gracias por contestar a estas preguntas