

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**AUTOCAUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS  
REUMATOIDEA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO  
QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO 2017**

Tesis presentada por la Maestra:

**ISABEL ORCON VILCHEZ**

Para optar el Grado Académico de Doctora en  
Ciencias: Enfermería

Asesora: Dra. Sonia Olinda Velásquez Rondón

**AREQUIPA - PERÚ**

**2019**

## ÍNDICE

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	
A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
B. OBJETIVOS	13
C. HIPÓTESIS	14
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
A. ANTECEDENTES	15
B. BASE TEÓRICA	17
C. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	58
D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	59
E. ALCANCES Y LIMITACIONES	60
<b>CAPÍTULO III: MARCO OPERACIONAL</b>	
A. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	61
B. POBLACIÓN Y MUESTRA	62
C. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO	63
D. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	64
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	65
B. DISCUSIÓN	78
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
A. CONCLUSIONES	81
B. RECOMENDACIONES	82
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.	
TABLA 1	EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO 2017	66
TABLA 2	ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO 2017	67
TABLA 3	OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO 2017	68
TABLA 4	OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO 2017	69
TABLA 5	BIENESTAR FÍSICO DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO 2017	70
TABLA 6	BIENESTAR SOCIAL DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO 2017	71
TABLA 7	BIENESTAR EMOCIONAL DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO 2017	72

TABLA 8	CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE ACUDEN, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO 2017	73
TABLA 9	CAPACIDAD FUNDAMENTAL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO 2017	74
TABLA 10	COMPONENTES DE PODER Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE HOSPITAL, REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO 2017	75
TABLA 11	COMPONENTE DE ANÁLISIS Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO 2017	76
TABLA 12	AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y SU CALIDAD DE VIDA HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO 2017	77

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como propósito conocer la influencia del autocuidado en la calidad de vida de los pacientes con Artritis Reumatoide del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2017. El objetivo principal del estudio fue Analizar la influencia del autocuidado en la Calidad de Vida de los pacientes con Artritis Reumatoide. El estudio es descriptivo con un diseño de correlación. El método para el procesamiento de datos es el Chi cuadrado con probabilidad de error de 5%. El muestreo fue no probabilístico, se consideró una muestra constituida por 30 pacientes. Tuvo como criterio de inclusión a pacientes del sexo femenino y masculino, comprendidos entre las edades de 40 a 60 años, con más de 3 años de diagnóstico de Artritis Reumatoide, con deseo, el compromiso y la convicción de participar en el estudio, y como criterio de exclusión a pacientes que presenten forma grave de artritis reumatoide con deformaciones y contracturas y con incapacidad para movilizarse. Para la recolección de la información se aplicó el método de la encuesta, la técnica del cuestionario y el instrumento utilizado fue el formulario de calidad de vida y de autocuidado. El estudio nos permitió identificar que los pacientes con Artritis Reumatoide con autocuidado muy aceptable: 16.7% presentan un buen nivel de calidad de vida.

**Palabras Claves:** Calidad de vida, Autocuidado, Artritis Reumatoide.

## **ABSTRACT**

This research aims to know the influence of self-care in the quality of life of patients with rheumatoid arthritis Daniel Alcides Carrión Hospital of Huancayo 2017. The main objective of the study was to analyze the influence of self-care in Quality of Life patients with rheumatoid arthritis. The study is descriptive correlation with a design. The method for processing data is the Chi square with probability of error of 5%. The sampling was non probabilistic sample consisted of 30 patients was considered. Had as inclusion criteria patients female and male, between the ages of 40 to 60 years, with more than 3 years of diagnosis of Rheumatoid Arthritis with desire, commitment and conviction to participate in the study, and as exclusion criteria for patients who have severe form of rheumatoid arthritis with deformities and contractures and inability to move. For data collection method of the survey, the questionnaire technique and the instrument used was the form of quality of life and self-care was applied. The study allowed us to identify patients with rheumatoid arthritis with very acceptable self-care: 16.7% have a good quality of life.

**Keywords:** Quality of life, self-care, Rheumatoid Arthritis.

## INTRODUCCIÓN

La investigación titulada **AUTOCAUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO 2017** tiene como propósito conocer la influencia del autocuidado en la calidad de vida de los pacientes con Artritis Reumatoide del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2017.

En las últimas décadas las investigaciones sobre calidad de vida y autocuidado en pacientes con artritis reumatoide han aumentado vertiginosamente tanto por la incidencia y prevalencia de este tipo de trastorno como, por su carácter permanente que, obliga a cambios importantes en los hábitos y estilos de vida.

Por tal motivo la calidad de vida es el objetivo al que debería tender el estilo de desarrollo de un país que se preocupe por el ser humano integral. Esto alude al bienestar en todas las facetas del hombre. Existen diferentes áreas para comenzar a

evaluar la calidad de vida. Bienestar físico (con conceptos como salud, seguridad física), bienestar económico (haciendo alusión a ingresos, pertenencias, vivienda, transporte, etc.), bienestar social (relaciones personales, amistades, familia, comunidad), desarrollo (productividad, contribución, educación) y bienestar emocional (autoestima, mentalidad, inteligencia emocional, religión, espiritualidad). Esto y el autocuidado son elementos estratégicos a nivel sociopolítico, sanitario y educacional. Por todo ello, es necesario analizar la capacidad de autocuidado que poseen las personas con diagnóstico artritis reumatoide, ya que esta disfunción del sistema formado por huesos y articulaciones es una anomalía frecuente en la clínica y también una de las causas más comunes de consulta en la Atención Primaria en nuestro país. Esto obliga a diseñar estrategias que permitan el control de factores de riesgo, asociadas a la Artritis Reumatoide, con la adopción de estilos y comportamientos saludables permite mayor expectativa y calidad de vida en estos pacientes.

El objetivo principal del presente trabajo es analizar la calidad de vida de los pacientes que padecen artritis reumatoide a través del autocuidado, por lo que se utilizó diferentes técnicas de educación, para con ello incentivar y mejorar sus conocimientos acerca de la enfermedad y estrategias llevar a cabo para ser y estar sano, los cuales puedan aplicarlo en su vivir cotidiano y de esta manera mantener una calidad de vida más digna y saludable, sobre todo evitar que la enfermedad siga progresando. El estudio tiene como base al Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem, enfocándose a la teoría de Sistema de Enfermería (apoyo educativo) donde la persona realiza las acciones de autocuidado con la orientación y supervisión del profesional de enfermería para perfeccionar el mismo, asimismo se enfatizara las bases teóricas de Calidad de Vida.

El presente estudio es descriptivo con un diseño de correlación.

Para la recolección de datos se utilizó como técnica el cuestionario y el formulario de calidad de vida y Autocuidado como instrumento. La muestra para el presente estudio es de 30 pacientes.



A través del presente trabajo de investigación se pretende dar inicio para posteriores investigaciones, así mismo sirve de información para valorar la importancia del Autocuidado en la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide.

Se encontró que el 56.7% de los pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo son mujeres y la edad que predomina es de 60 años a más en el 40.0% de dichos pacientes, el 70.0%, de pacientes, son casados, un 13.3% son solteros, un 10.0% son viudos y un 6.7% son divorciados, el 46.7% son empleados, un 26.7% tienen como ocupación su casa, un 16.7% han cesado y un 10.0% son desempleados, el 66.7%, de pacientes perciben un ingreso económico bajo (de o 1000 nuevos soles), el 26.7% regular (de 1000 a 2000 nuevos soles) y el 6.7% de bueno (más de 2000 nuevos soles).

La calidad de vida se presenta en forma regular en el 66.7% de nuestra población en estudio y buena en el 33.3% de ellos.

Concluyendo, el estudio permitió identificar que los pacientes con Artritis Reumatoide con autocuidado muy aceptable: 16.7% presentan un buen nivel de calidad de vida.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Hoy en día, todos los individuos quieren vivir más y mejor y eso exige responsabilidad para con la propia vida y tener conocimientos suficientes sobre qué estrategias llevar a cabo para ser y estar sano. Por otro lado, los estilos de vida inadecuados y el envejecimiento de la población hacen que cada día aumente exponencialmente la proporción de pacientes crónicos, que generan retos e importantes adaptaciones de los servicios asistenciales sanitarios, al mismo tiempo que generan importantes gastos socio sanitario.

Es importante, disponer de información rigurosa en temas cruciales para el paciente, para salud, su cuidado y su fomento, es una de las actividades humanas más trascendentales, pues está arraigada a la calidad de la vida y a la

satisfacción del buen vivir. Según Anderson la calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo o grupo, y de la felicidad, satisfacción y recompensas (1980), en ese sentido la calidad de vida se ha convertido en los últimos años en un objetivo importante a alcanzar en el área de la salud, en los enfermos crónicos ya que esto representa la sensación de bienestar y satisfacción vital que puede ser expresada por las personas, aun teniendo en cuenta las afecciones producidas por su enfermedad. Por consiguiente es un factor determinante en la salud de una persona. Existen 5 diferentes dimensiones para comenzar a evaluar la calidad de vida. Bienestar físico (con conceptos como salud, seguridad física), bienestar económico (haciendo alusión a ingresos, pertenencias, vivienda, transporte, etc.), Bienestar social (relaciones personales, amistades, familia, comunidad), Desarrollo (productividad, contribución, educación) y Bienestar emocional (autoestima, mentalidad, inteligencia emocional, religión, espiritualidad). Asimismo para establecer una cultura de salud entre los ciudadanos, que genere una población más culta, responsable y sana, debe de existir una doble responsabilidad; individual y de la sociedad, en su conjunto, por todo ello, los procesos de auto cuidado de la salud, son elementos estratégicos a nivel sociopolítico, sanitario y educacional, para generar el adecuado cuerpo de conocimiento en el contexto de la cronicidad de enfermedades. La cronicidad supone un reto en cuanto a potenciar una mayor responsabilidad en la gestión de la propia enfermedad, y evoluciona desde el auto cuidado de los síntomas menores en personas sanas hasta la gestión de la enfermedad en enfermos crónicos. El concepto de auto cuidado abarca un bienestar integral donde se incluye el desarrollo de habilidades para la vida que se describen como capacidades para: tomar decisiones, resolver conflictos, pensar en forma creativa y en forma crítica, comunicarse eficazmente, establecer y mantener relaciones interpersonales, auto conocerse, experimentar empatía, controlar las emociones, manejo de la tensión y el estrés. Dorothea Orem explica el concepto de Autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. El Autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, y para valorar es necesario identificar

adecuadamente sus dimensiones que son necesarias para la satisfacción de las necesidades del individuo como son: capacidades fundamentales (habilidades básicas) capacidad de poder (habilidad que impulsan auto cuidarse y capacidad para operacionalizar (habilidad para la toma de decisiones). Este estudio está dirigido a pacientes con Artritis Reumatoide , el cual es una enfermedad sistémica, crónica y de etiología desconocida, caracterizado por sinovitis erosiva, se puede presentar a cualquier edad, aunque su máxima incidencia se sitúa entre los 40-60 años, predominando en el sexo femenino, produciéndose síntomas diversos como: rigidez matinal, fatiga, dolor, incapacidad. Por otro lado la Artritis Reumatoide (AR) es una de esas enfermedades que las personas, aun sin tener una idea clara de su naturaleza teme desde siempre. Sus manifestaciones son variadas y produce grados diversos de molestias y limitaciones.

En el Perú no se conocen datos estadísticos sobre la cantidad de personas con artritis reumatoide (Arias, 2010); sin embargo, el comportamiento de la enfermedad es similar a nivel mundial, por lo que se estima que sea equivalente al 1% del total de habitantes; a pesar de que la cantidad de individuos con la patología es considerable, dicha población ha sido poco estudiada en el ámbito nacional y su atención, en la mayoría de los casos, se centra en la consulta con el médico reumatólogo, dejando de lado las distintas esferas del ser humano. El impacto de la enfermedad no solo se limita a lo económico y laboral sino que la AR también tiene efectos importantes sobre las actividades de la vida diaria y sobre el estado de ánimo de los que la padecen. Así pues esta enfermedad provoca diversos grados de sufrimiento en quienes la padecen. Del total de los pacientes, de un cinco al veinte por ciento presentan un curso auto limitado y otro cinco al veinte por ciento presenta una forma clínica mínimamente progresiva. Por tanto, entre sesenta al noventa por ciento de los pacientes que padecen AR tienen una evolución de deterioro progresivo. Los pacientes que se encuentran en un estadio más severo requieren de múltiples consultas médicas, así como también tienen hospitalizaciones más frecuentes y prolongadas. Cabe mencionar que el costo acumulado a lo largo de la vida de un paciente con AR es muy elevado y la magnitud de la repercusión socioeconómica de esta

patología es difícil de valorar y plantea problemas metodológicos importantes. Las personas que la presentan también experimentan emociones negativas y depresión a causa de su incapacidad, lo cual puede agravar su condición clínica. Todas estas consecuencias de la AR, físicas, mentales, económicas, sociales y laborales afectan sin duda la calidad de vida del sujeto. Considerando su frecuencia, su cronicidad y el significativo del impacto individual y social que tiene, es una prioridad sanitaria establecer un plan de diagnóstico y tratamiento estandarizado de acuerdo a la mejor evidencia científica disponible, lo que permitirá utilizar el uso de los recursos y deberá minimizar el impacto personal y social de la enfermedad. La AR implica un cambio importante en la vida de las personas, diversos estudios han demostrado que los pacientes tienen peor calidad de vida en todas sus dimensiones. Este estudio se realizara en el Hospital Daniel Alcides Carrión de la ciudad de Huancayo, el cual es un centro asistencial de III nivel y cuenta con un solo profesional especializado en este área y, donde la afluencia de pacientes con A.R. es considerable por lo que, las medidas de Autocuidado que estos adopten tendrá relación con el nivel de calidad de vida que pretenden alcanzar. Frente a los hechos mencionados SE plantea la siguiente interrogante:

**¿Cuál es la influencia del autocuidado en la calidad de vida de los pacientes con Artritis Reumatoide del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2017?**

## **B. OBJETIVOS**

### **1. OBJETIVO GENERAL**

Analizar la influencia del autocuidado en la Calidad de Vida de los pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2017.

## **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 2.1. Caracterizar a la población en estudio, Edad, Sexo, Grado de Instrucción, Ocupación, Estado civil, Ingreso familiar.
- 2.2. Valorar el nivel de calidad de vida de pacientes con Artritis Reumatoide.
- 2.3. Aplicar autocuidado a los pacientes con Artritis Reumatoide.

## **C. HIPÓTESIS**

El Autocuidado mejora la Calidad de Vida de los pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2017.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **A. ANTECEDENTES**

**UGALDE (2011) COSTA RICA**, afirma que en pacientes con artritis reumatoide la familia, la sociedad y la cultura, son elementos básicos para que la persona pueda satisfacer sus necesidades, pues a través de la interacción del sujeto con dichos elementos, este adquiere el aprendizaje, madurez y herramientas para realizar su autocuidado.

**LEIVA, V.; ACOSTA, P.; BERROCAL (2012) COSTA RICA**, manifiesta lo siguiente: La importancia de que el individuo cuente con la capacidad de participar en su autocuidado, radica en que él mismo determina sus necesidades y demandas, aunque en ocasiones el poder cumplir sus propios requisitos de autocuidado pueden verse imposibilitados. Por ello es relevante la participación

activa de los sistemas de enfermería, establecidos por la teorizante, especialmente en las personas con artritis reumatoide, patología que disminuye tal capacidad. A partir de lo mencionado, se puede afirmar que la labor de Enfermería consiste en la satisfacción de las necesidades del individuo para contribuir con el desarrollo continuo del autocuidado, la recuperación y adaptación de los efectos de las patologías o lesiones sufridas, con la finalidad de mantener un estado de salud óptimo.

**VINACCIA, S. (2012) COLOMBIA**, Manifiesta que; la percepción de la calidad de vida de los pacientes con AR es mediada por las representaciones de la enfermedad y por factores salutogénicos como un afrontamiento de tipo trascendental y la resiliencia. Si bien es cierto, que en los pacientes con Artritis Reumatoide, es necesario el apoyo de la familia, de la sociedad y de la cultura, puesto que a través de ellos adquieren conocimientos, habilidades para auto cuidarse, también es importante el nivel de autoestima que tenga, puesto que esto será el motor que determine su autocuidado. Por otro lado es relevante la participación de los sistemas de enfermería establecidos por Orem, puesto que contribuye con el desarrollo continuo del autocuidado. Esto debería darse en todo los niveles para que los pacientes logren una mejor calidad de vida, ya que la percepción de esta, lo condiciona los factores salutogenicos que presenta el paciente con Artritis Reumatoide

**PÉREZ, R.; SÁNCHEZ, Y. (2010) VERACRUZ - MÉXICO**, expresa que la artritis reumatoide induce en los pacientes varios procesos que interactúan entre sí, por un lado, el dolor, la pérdida del movimiento articular y la deformidad produce discapacidad. Por el otro, la enfermedad lleva perdida de un gran número de funciones de la vida diaria, lo cual afecta en menor o mayor grado el desplazamiento y el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas, altera la independencia económica y los roles sociales de la persona; por consiguiente, implica un cambio importante en la calidad de vida.

**OCHOA, G. (2010) VENEZUELA**, manifiesta que, la actividad física contribuye de manera significativa a mantener la funcionabilidad de las articulaciones, por ende, la independencia funcional del adulto mayor, mejora la autoestima,



mantiene la movilidad articular, disminuye el dolor, y en general contribuye a mejorar la calidad de vida del adulto mayor con artritis reumatoide (AR)

**Alba, R.; Fernández, F.; Manrique, G. (2010) Colombia,** concluyeron que el desarrollo de la capacidad de autocuidado en la persona de edad es una alternativa real y eficaz en su atención integral, que lo conduce a una longevidad satisfactoria. La Artritis Reumatoide es una enfermedad con características importantes físicas y emocionales, que a la larga altera la calidad de vida, es importante el diagnóstico precoz como los cambios de estilos de vida para mejorar el estado de salud, así mismo es importante que los pacientes con A.R. contribuyan a mantener la funcionabilidad de las articulaciones a través de ejercicios permanentes de acuerdo a su estado de salud.

## **B. BASE TEÓRICA**

### **Historia de Calidad de Vida**

Históricamente se pueden observar dos significados con enfoques diferentes de lo que es la Calidad de Vida, estos dos términos conforman las bases para la construcción del concepto tal y como lo entendemos hoy en día; el primer enfoque es el de un término que enfoque todo, es decir, que hable de la Calidad de Vida como algo unitario; y el segundo se refiere más a determinar y diferenciar dentro del concepto las diferentes partes que lo forman.

A la Calidad de vida se le ha definido durante periodos como las condiciones de vida de una persona, a esta definición se le han añadido múltiples más como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

El término calidad de vida es reciente, aparece hacia 1975, y tiene su gran expansión hacia los años ochenta. Su origen proviene principalmente de la medicina para expandirse rápidamente a la sociología y a la psicología desplazando otros términos más difíciles de operativizar como felicidad y bienestar. Aunque el término es reciente, bajo la forma de preocupación individual y social por las condiciones de la mejora de vida, existen desde comienzos de la historia de la humanidad. Como señala Ríos Riaño (1991) no existe referencias bibliográficas del concepto calidad de vida en sí, de ahí que se tenga que recurrir a sus términos afines (salud, bienestar, felicidad) para hacer un poco de historia.

Su desarrollo tiene dos fases claramente delimitadas: la primera surge en las primeras civilizaciones y se expande hacia el siglo XVIII y se preocupa básicamente por la salud privada y la salud pública, la segunda aparece en el desarrollo de la concepción moderna del estado, y la instauración de una serie de leyes que garanticen los derechos y el bienestar social del ciudadano, proceso extremadamente reciente que converge con la aparición de "estado de bienestar" (Harris D. 1990).

### **Definición Etimológica de Calidad de Vida**

Las palabras Calidad de vida derivan etimológicamente de: Calidad, cuya raíz es claramente latina, significa "clase" o "tipo, y Vida, del latín "vita" que significa fuerza interna sustancial mediante la cual obra el ser que la posee.

### **Conceptualizaciones de Calidad de Vida**

La calidad de vida se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo.

Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los

que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

A lo largo del tiempo, el concepto de Calidad de Vida ha sido definido como la calidad de las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta, y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales, no obstante, se estarían omitiendo aspectos que intervienen directamente con la forma de interpretar o no las situaciones como positivas o no, es decir, aspectos que influyen la escala de valores y las expectativas de la personas: la cultura.

Adicionando a esto se considerando a priori que ya existe cobertura de ciertas necesidades básicas para la sobrevivencia del ser humano, ya que si ellas no se encuentran cubiertas no puede ascenderse o construir. Pues bien, Se concibe al ser humano inmerso dentro de sociedad enmarcada en un lugar determinado (físico e histórico) y una cultura que ha adquirido mediante socialización; ambos elementos regulan e incluso limitan -si bien no de forma terminante- las concepciones de mundo del sujeto. Desde esta arista, el sujeto se ubica para evaluar más o menos consiente lo que le acontece y, sin duda, no es sencillo, puesto que aquel proceso se encuentra mediado por una cantidad de factores anexos a los globales antes mencionados, por nombrar algunos: el nivel evolutivo, la comparación con otros, su historia personal, el momento actual, las expectativas futuras, etc. Todo ello se conjuga y permiten que el sujeto a cada momento de la vida, la conciba de cierta forma, y la vivencie acorde a dicha evaluación. Por último, si bien se ha planteado calidad de vida desde una evaluación mediada por una multiplicidad de factores, no podemos obviar las

características personales, el estado que se adiciona al resto de los factores antes mencionados complejizando más aun este proceso, desde aquí recatamos la subjetividad, esta forma de concebir el mundo tan particular como humanos existen en la Tierra, que a la vez está mediada por el proceso de socialización y la cultura en la cual se desenvuelve y lo regula.

Pues bien, la calidad de vida es una categoría multidimensional, presupone el reconocimiento de las dimensiones materiales, culturales, psicológicas y espirituales del hombre, combate el concepto de hombre unidimensional y uniforme y obliga a desplegar mucha creatividad para aprender la diversidad humana. Lo anterior se acopla a la perfección a la mayoría de las tendencias actuales quienes rechazan el concebir al humano como ser lineal, ello se considera obsoleto, ya que desde su misma corporalidad la complejidad el ser humano es indescriptible, por ello acercarse a los procesos desde una forma holística permite mayor comprensión de esta madeja de factores mutuamente influyentes; por ello el concepto de Calidad de Vida depende en gran parte de la concepción propia de mundo que tiene el sujeto en particular: la interpretación y valoración que le da a lo que tiene, vive y espera. En otras palabras y a modo de síntesis se recalca el valor de la interpretación que se realiza a los hechos y lo objetivo que se tiene en la vida, es decir, el evaluarte inmensurable de lo subjetivo: "los lentes con los que nos paramos y vemos el mundo".

### **Otras Concepciones de Calidad de Vida**

- La percepción del individuo de su situación en la vida, como en el contexto de su cultura y el sistema de valores en el que vive, y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones Escobar, Jaime y otros. (2000)
- La calidad de la vida significa de entrada la calidad de la existencia de los seres humanos concretos y reales, y en las situaciones específicas en que existen y se esfuerzan por existir. (Maldonado, C. (2000)

- Calidad de vida general definida como bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para el o para ella. (Ferrans, 1990)
- Satisfacción de las necesidades en la esfera física, psicológica, social de actividades, material y estructura. (Hornquist, 1982)
- Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente. (Calman, 1987)
- Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo. (Lawton, 2001)
- Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece. (Haas, 1999)
- El concepto de calidad de vida se asocia con las condiciones materiales en la que se desenvuelve la existencia de los individuos y más en concreto con la experiencia personal que resulta de dichas condiciones. (Castañeda, 1986)
- Es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como lo percibe cada individuo o grupo, y de la felicidad, satisfacción y recompensas. (Anderson, 1980)
- La definen como la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible y real. (Celia y Tulsy, 1990).

### **Evolución del Concepto Calidad de Vida**

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto

utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. En un primer momento, la expresión Calidad de Vida aparece en los debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Durante la década de los 50 y a comienzos de los 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir esta realidad a través de datos objetivos, y desde las Ciencias Sociales se inicia el desarrollo de los indicadores sociales, estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población. Estos indicadores tuvieron su propia evolución siendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos. El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, provocará el proceso de diferenciación entre éstos y la Calidad de Vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de EE UU, "Social Indicators Research", en 1974 y en "Sociological Abstracts" en 1979, contribuirá a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de los 80 en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término. Transcurridos 20 años, aún existe una falta de consenso sobre la definición del constructo y su evaluación. Así, aunque históricamente han existido dos aproximaciones básicas: aquella que lo concibe como una entidad unitaria, y la que lo considera un constructo compuesto por una serie de dominios, todavía en 1995, Felce y Perry encontraron diversos modelos conceptuales de Calidad de Vida. A las tres conceptualizaciones que ya había propuesto Borthwick-Duffy en 1992, añadieron una cuarta. Según éstas, la Calidad de Vida ha sido definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona (a), como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales , como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones

de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

La evaluación del concepto presenta una situación parecida. Para Dennis, Williams, Giangreco y Cloninger (1993), los enfoques de investigación de este concepto son variados, pero podrían englobarse en dos tipos: Enfoques cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la Calidad de Vida. Para ello, han estudiado diferentes indicadores: Sociales (se refieren a condiciones externas relacionadas con el entorno como la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc); Psicológicos (miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales); y Ecológicos (miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente) y, Enfoques cualitativos que adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas y cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente. A pesar de esta aparente falta de acuerdo entre los investigadores sobre la definición de calidad de vida y la metodología utilizada para su estudio, el concepto ha tenido un impacto significativo en la evaluación y planificación de servicios durante los últimos años.

### **Utilidad del concepto "Calidad de Vida"**

En líneas 1 (1996), la investigación sobre Calidad de Vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una "Quality revolution" que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad. En este sentido, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus

niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad.

### **Calidad de Vida y Salud**

Actualmente el concepto de salud y calidad de vida están íntimamente relacionados y sus índices permiten evaluar aspectos técnico-medico relacionados con la atención y cuidados de las personas. Por tanto el estudio de la calidad de vida se ha convertido en un terreno multidimensional en donde diversas ciencias aportan conocimiento con el fin de proporcionar un nivel de funcionalidad de las personas.

En sus inicios, la calidad de vida se refería al cuidado de la salud personal, posteriormente se centró en una preocupación por la salud e higiene pública y después hizo alusión a los derechos humanos tanto laborales como ciudadanos. Conforme se consolidaba el concepto se fueron incluyendo el acceso a bienes económicos, hasta que finalmente se tomó en consideración la percepción de cada sujeto sobre su propio estado de salud, vida social y actividad cotidiana. (Vinaccia y Orozco, 2005)

Actualmente no existe una sola definición clara sobre el concepto de calidad de vida. Sin embargo lo que sí está claro es que la calidad de vida se considera como una combinación de elementos objetivos y subjetivos, en donde la evaluación individual juega un papel muy importante. Debido a las diferencias culturales, es preciso entender también que la definición de calidad de vida variará en función del contexto, la época y el grupo social al que nos estemos refiriendo. (Ardila, 2003)

De manera general la mayoría de los autores coinciden en que las variables objetivas que se pueden considerar para evaluar o definir la calidad de vida serían las siguientes:

- Bienestar físico y social.



- Riqueza material y bienestar material.
- Estado de Salud.
- Trabajo y otras formas de actividad productiva.
- Relaciones familiares y sociales.
- Seguridad.
- Integración con la comunidad.

Por otra parte los aspectos subjetivos que se consideran para la evaluación y definición de la calidad de vida son:

- Intimidad.
- Expresión emocional.
- Productividad personal.
- Salud percibida.
- Seguridad percibida.
- Bienestar Psicológico y espiritual.

Todos estos elementos son indispensables para el óptimo desarrollo del individuo y de la población (Tuesca, 2005). Además de que promueven el mantenimiento de la salud, la autonomía y la integración a la comunidad tanto de personas sanas como enfermas. (Verdugo y Martin, 2002)

Diversos estudios demuestran que existe una relación bidireccional entre la calidad de vida y las enfermedades tanto físicas como mentales. Ejemplo de ello son los hallazgos de la relación entre calidad de vida y los trastornos de ansiedad y depresión, en donde a menor calidad de vida existen niveles elevados de ansiedad y/o depresión y viceversa. Esto debido a la presencia de variables psicológicas como niveles elevados de estrés, bajo control sobre la

propia vida, bajo apoyo social y desempeño personal, generando un nivel bajo de satisfacción y éxito en la vida, pobre regulación emocional, lo que finalmente afecta la calidad de vida. (Padilla, 2005)

De igual forma existe evidencia en diversos estudios de morbilidad y mortalidad de enfermedades crónicas como el cáncer y enfermedades cardíacas, en donde se ha observado que este tipo de padecimientos no solamente se deben a una carga genética, sino también a diversos factores de riesgo, como los hábitos de salud y estilos de vida inadecuado, tales como consumo de tabaco, alcohol y dietas poco saludables. Es por ello que para mejorar la salud y calidad de vida se ha hecho mucho énfasis en la modificación de conductas tanto para prevención como para el tratamiento de dichas enfermedades. (Vinaccia y Orozco, 2005)

Por lo tanto si se desea mejorar la calidad de vida de una persona se deben emplear diversas estrategias cognitivo-conductuales dirigidas a modificar en términos de un proceso adaptativo-integrativo, diversos componentes biológicos, psicológicos y socio-ambientales. (Labiano, 2006)

Algunos de los hábitos de salud o comportamientos que un psicólogo cognitivo-conductual puede ayudar a modificar o aprender y mejorar la calidad de vida, serían los siguientes:

- Hacer ejercicio físico.
- Llevar a cabo una dieta saludable.
- Dejar de fumar.
- Reducir el consumo de bebidas alcohólicas.
- Mejorar la calidad de sueño.
- Mejorar el rendimiento laboral.
- Disminuir el estrés.

- Mejorar las relaciones interpersonales.
- Aprender a regular las emociones.
- Incrementar la seguridad en sí mismo, así como incrementar la autoeficacia.
- Aprender a expresar las emociones de manera adecuada.

Como se puede observar, tener una buena calidad de vida no depende únicamente de los servicios de salud, sino de las conductas que cada uno de nosotros llevamos a cabo y es bueno considerar que no solo la salud física es importante sino que también lo es la salud mental.

### **Calidad de Vida y Felicidad**

Los términos "calidad de vida" y "felicidad" se equiparan con frecuencia. Esta conexión entre conceptos viene más o menos implícita en el uso de ambas palabras. La frase "calidad de vida" sugiere que la vida es buena en todos los aspectos, de modo que una vida buena debería ser una vida feliz.

Ambos términos deben gran parte de su popularidad a su proposición de inclusión. Se pusieron de moda como lema en distintas discusiones. La "Calidad" de vida se contrastaba con la "cantidad" de vida (prolongación de la vida a toda costa). Se comparaba la "felicidad" con la vida "exitosa" (hacerse rico). En el acaloramiento de estos debates no se requería precisión; y ahora que está hecho el trabajo fundamental surge la necesidad de hallar una mayor precisión. Al intentar promover la "calidad de vida" y la "felicidad", nos preguntamos "qué" es exactamente cada término y "cómo" se relacionan entre sí. Para poder contestar a estas preguntas lo primero que hemos de hacer es aclarar estos conceptos; a falta de un significado claro en el lenguaje corriente, se pueden dar distintos significados.

El término "calidad de vida" tiene distintos significados. Se pueden distinguir los tres siguientes:

**Calidad del entorno.-** El término "calidad de vida" se refiere frecuentemente a la calidad del entorno en el cual uno vive. Los ecologistas emplean estas palabras en su lucha contra la degradación del medio ambiente. Por ejemplo: la construcción de carreteras nuevas y aeropuertos se considera una agresión contra la calidad de vida. En un sentido parecido, los sociólogos hablan de "calidad de vida" cuando reivindican mejoras sociales; los índices sociológicos de la Calidad de Vida incluyen puntos relacionados con la riqueza y la igualdad social. En este sentido, las condiciones externas para una buena vida se equiparan realmente con la buena vida en sí. Un término más apropiado sería "vida llevadera".

**Calidad de acción.-** El término "calidad de vida" se emplea también para indicar cómo de bien afrontan las personas. Esta palabra se emplea con más frecuencia en las profesiones terapéuticas. Los médicos se refieren a la "calidad de vida" como la capacidad (recuperada) para el trabajo y para el amor. En sus inventarios suelen medirla según la capacidad física, llamada a veces "estado de acción". En el discurso psicológico, el término alude generalmente a distintas inclinaciones mentales, como el realismo y la vitalidad. Ahora bien, aunque en términos médicos tiende a centrarse en la ausencia de defectos limitativos (una mala salud), los psicólogos también consideran una "actualización" progresiva de las facultades latentes (una buena salud). En este sentido, la capacidad interna para tratar los problemas de la vida se equipara con la buena vida. Otro término más apropiado podría ser la "capacidad para vivir" o el "arte de vivir".

**Calidad del resultado.-** Las dos acepciones anteriores describen las condiciones previas para lograr una buena vida, más que la buena vida en sí. Por lo tanto, una tercera acepción se centra en la última connotación y diferencia la "calidad de vida" según sus resultados, que se describen como "productos" de la vida y como "disfrute" de esta última. Cuando concebimos la "calidad de vida" según los "productos", nos referimos a lo que la vida va dejando detrás. Desde una perspectiva biológica cuyo fin es la procreación, la vida que no continúa ha fracasado en su misión evolutiva. Desde una perspectiva sociocultural la calidad de una vida es su contribución a la herencia humana. En este contexto, de hecho resulta más apropiado hablar de la "utilidad" de la vida en lugar la "calidad

de vida". Cuando concebimos la "calidad de vida" en cuanto al "disfrute", el punto culminante se encuentra en la experiencia personal. Por lo tanto, la buena vida es la vida que a uno le gusta. Aunque los significados anteriores del término "calidad de vida" señalan aspectos que cualquier observador imparcial podría confirmar, este último significado se refiere a una calidad que sólo puede apreciar uno mismo; por ello, se le suele llamar "calidad de vida subjetiva".

Durante siglos, el término "felicidad" se ha utilizado como muletilla para todos los significados de "calidad de vida" anteriormente mencionados. En filosofía, prevalecieron los dos primeros significados: en la filosofía social el significado de "buenas condiciones de vida" (felicidad como buena sociedad) y en la filosofía moral, el significado de buena acción (felicidad como virtud). En la ciencia social actual prevalece el tercer sentido; la palabra "felicidad" se usa frecuentemente para indicar el disfrute subjetivo de la vida. El disfrute subjetivo de la vida no es un asunto unidimensional. Se puede disfrutar de las emociones de la vida, pero al mismo tiempo sufrir sus tensiones. Igual que a uno le puede gustar un aspecto determinado de la vida, como por ejemplo el matrimonio, al tiempo que no le gusta algún otro aspecto, como por ejemplo el trabajo. En la literatura existente sobre la "calidad de vida" subjetiva, estas apreciaciones se refieren respectivamente a las "satisfacciones de aspecto" y a las "satisfacciones de cada campo". Estas apreciaciones parciales de la vida se distinguen de la apreciación subjetiva de la "vida en conjunto".

## **FELICIDAD**

La felicidad es el grado en el que una persona evalúa positivamente la calidad de su vida actual en su conjunto. En otras palabras, cuánto le gusta a una persona la vida que lleva.

**Sinónimos.-** La palabra "satisfacción vital" entraña el mismo significado y se emplea a menudo en lugar de "felicidad". Una ventaja del término "satisfacción vital" sobre la palabra "felicidad" es que enfatiza el carácter subjetivo del concepto. Otro sinónimo muy corriente es "bienestar subjetivo". Aunque esta frase deja claro que es el sujeto quien realiza la apreciación, no está tan claro lo

que aprecia. El término también se utiliza para auto-evaluación más específicas, como la autoestima y la ansiedad.

**Ámbito de Evaluación.-** El concepto de felicidad indica una evaluación total de la vida, de modo que la apreciación de que la vida es “emocionante” no significa que sea “feliz”. Puede haber demasiada emoción en la vida y poseer muy poco de otras cualidades. La evaluación total de la vida abarca todos los criterios que figuran en la mente del individuo: cómo se siente de bien, cómo se cumplen sus esperanzas, cuán deseables encuentra que son, etc. El objeto de la evaluación es la vida como un todo, no de un aspecto específico de la vida, como el trabajo. El disfrute en el trabajo se añadirá a la apreciación de la vida, pero no constituye el único aspecto.

**Alcance en el tiempo.-** Las apreciaciones de vida pueden referirse a diferentes períodos de tiempo: cómo ha sido la vida, cómo es ahora y cómo será probablemente en el futuro. Estas evaluaciones no coinciden necesariamente; uno puede ser positivo sobre su vida pasada y negativo sobre el futuro. La apreciación de la vida presente no es lo mismo que el humor del momento. Uno puede estar insatisfecho con la vida, pero sentirse eufórico ocasionalmente. El afecto momentáneo puede influir en la percepción de experiencias vitales y en el juicio global de la vida, pero no es sinónimo de la felicidad como la definimos aquí.

**Medición de la Felicidad.-** La medición se había entendido siempre como evaluación “objetiva” y “externa”, análoga a la medición de la presión sanguínea realizada por el médico; Sin embargo la felicidad no se puede medir de esa manera. No se han descubierto aún correlaciones psicológicas firmes y probablemente nunca se descubrirán. Tampoco se han encontrado comportamientos abiertos ligados de manera consistente al disfrute interno de la vida. Como la mayoría de los fenómenos mentales, la felicidad se refleja sólo parcialmente en la conducta. A pesar de que algunos comportamientos sociales tienden a ser más frecuentes entre la gente feliz (activo, extrovertido, sociable), tales conductas se observan también en personas infelices. Igualmente, comportamientos no verbales como la sonrisa frecuente o movimientos

entusiastas parecen estar sólo modestamente relacionados con autovaloraciones de la felicidad. Por lo tanto, la estimación de la felicidad de una persona realizada por sus iguales suele ser a menudo incorrecta. Probablemente, el comportamiento suicida es un mejor indicador del grado de felicidad. Casi toda la gente que intenta o comete suicidio es bastante infeliz. Sin embargo, no todos los infelices buscan el suicidio. De hecho, sólo unos cuantos lo hacen. Al ser imposible realizar deducciones del comportamiento manifiesto, deberemos hacerlo mediante preguntas. Es decir, preguntando sencillamente a la gente cómo disfrutaban de su vida considerada en su conjunto. Tales preguntas se pueden plantear en diversos contextos: entrevistas clínicas, cuestionarios sobre la revisión de vida y encuestas comunes. Las preguntas se pueden plantear de diferentes maneras: directa o indirectamente y mediante ítems únicos o múltiples. La práctica más común es realizar cuestiones directas y sencillas mediante entrevistas en forma de cuestionario. No obstante, la validez y fiabilidad de tales autovaloraciones sencillas es dudosa.

**Niveles de Felicidad.**- A lo largo de todas las épocas, los críticos sociales se han lamentado de las miserias de la vida. Se dice que el hombre es básicamente infeliz y que la felicidad real se considera un paraíso pasado o una utopía futura. Los optimistas, que apuestan por la adaptabilidad humana y el progreso social, siempre han denunciado estas declaraciones desesperadas. A falta de un indicador empírico, la discusión queda siempre inacabada. Durante las últimas décadas se han realizado muchas encuestas, basadas algunas en muestras mundiales. Estas encuestas apoyan la visión optimista.

## **CONCLUSIÓN**

La " Calidad de vida" se concibe como un amplio concepto que abarca tres significados:

1. Calidad del entorno en que vivimos.
2. Calidad de acción.
3. Disfrute subjetivo de la vida.

La "Felicidad" se incluye en este último significado. Se define como la apreciación completa de la vida en su conjunto. Al hacer una revisión de la investigación empírica sobre la felicidad se demuestra que ésta depende de diversas cualidades del entorno vital, especialmente de la riqueza, la libertad y las relaciones personales. Pero no todas las condiciones de vida que consideramos beneficiosas van unidas a la felicidad, como por ejemplo la igualdad de ingresos o el pleno empleo. La investigación empírica muestra también la relación existente entre la "felicidad" y las "acciones", especialmente con la salud mental y física. Pero aquí también hay curiosas excepciones, como por ejemplo el hecho de que la felicidad no está relacionada con la inteligencia. El análisis manifiesta que la "calidad de vida" no es un síndrome abstracto. Más que una cualidad, de hecho el término indica una combinación de cualidades. De ahí que sólo debería ser utilizado como indicador. El razonamiento, la medición y la toma de decisiones requieren conceptos más discretos.

### **Análisis Antropológico de Calidad de Vida**

Desde una perspectiva antropológica, el hombre es un ser capaz de manifestarse en múltiples dimensiones, su reducción a una entidad unidimensional implica automáticamente una reducción de su calidad de vida. El hombre es un ser que se expresa y desarrolla como persona en el mundo ello depende de la visión que se tenga del mismo (en dependencia del medio histórico y socio-cultural) y la actividad como tal tiene, como objetivo fundamental, conseguir una calidad de vida cada vez más elevada para todo el hombre y para todos los hombres. La vida humana no es un medio que sirve para alcanzar propósitos más elevados, sino un bien intrínseco que descansa en sus propios méritos; es el ámbito de desarrollo de la persona, porque la persona es un ser integrado, con percepción de sí; es decir, alguien que va unificando progresivamente todos sus actos, situaciones y relaciones con otras personas, dentro de su propia individualidad. Esta función no puede ser asumida por otra persona o colectividad: nadie puede ser persona por otro, porque la vida es la condición de posibilidad de desarrollo del ser humano como tal y del fundamento de todo criterio sobre la dignidad immanente de la persona humana. De aquí se



desprende una conclusión esencial: El único ser autorizado para opinar sobre la calidad de vida de una persona, es esa misma persona; sin embargo, cualquier apreciación que haga, siempre será aproximada y variable, no exacta ni inmutable. En la toma de decisiones sobre el particular, cada persona debe considerar no sólo los factores biosomáticos, sino también los subjetivos y los existenciales.

La calidad de vida se relaciona de manera muy estrecha con el sistema de valores de cada persona. El hombre es un ser libre, porque tiene existencia autónoma, es responsable de su propia historia y capaz de establecer unas relaciones humanas más responsables con los demás. Cuando no es posible vivir libremente nuestro propio sistema de valores, o la escala de los mismos está alterada por factores ajenos, la calidad de vida experimenta una reducción. Y es éste, sin lugar a dudas, el principal peligro al que nos conduce la interpretación errónea del concepto calidad de vida, que margine los aspectos antropológicos y que permita la introducción, incluso, de “escalas” para medirla. Toda vida humana tiene un valor intrínseco, con independencia de su valor biológico. El establecimiento de escalas a partir de ese factor, puede llevar a la conclusión de que hay vidas con calidad y otras sin una calidad que las haga merecer la pena de ser vividas y que, por lo tanto esas personas estarían mejor muertas que vivas.

La medicina no ha sido ajena, en modo alguno, a este proceso y se ha planteado también, con preocupación creciente, el problema de la calidad de vida. Y es precisamente en el contexto de la atención sanitaria donde el olvido de la dimensión humana puede producir consecuencias más negativas.

En las últimas décadas del recién finalizado siglo XX la preocupación por la calidad de vida se llegó a convertir en un elemento dominante de nuestra cultura, transformándose en objetivo, fin y valor fundamental de nuestra existencia. Desde una perspectiva antropológica, la calidad de vida no es un fin en sí misma, sino un medio al servicio de la realización de los propios proyectos de vida: un bien intersubjetivo, no subjetivo.

Lo que verdaderamente define a un ser humano no es la biología, sino su biografía: el ser humano es historia. La calidad de vida no depende sólo de la biología (de hecho, hay muchas personas cuya biología es francamente precaria, pero sienten que su existencia tiene calidad, por sus relaciones con el entorno, sus afectos, su satisfacción emocional o intelectual).

### **Análisis Sociológico de Calidad de Vida**

Desde el enfoque sociológico Calidad de Vida, es el bienestar social general de los individuos y las sociedades, es el grado en que los individuos o sociedades tienen altos valores en los índices de bienestar social.

- Se refiere a las vidas humanas comunitaria y social.
- Habla sobre la posibilidad de acceso a los bienes culturales, su entorno ecológico-ambiental, los riesgos a que se encuentran su salud y físico y psicología.
- Se relaciona con el nivel, de satisfacción que cada uno le proporciona a sus condiciones de vida.

Resulta imposible iniciar cualquier disquisición sobre la calidad de vida de los individuos sin antes mencionar que ésta se encuentra íntimamente ligada al desarrollo alcanzado por sus grupos sociales. Y en este sentido es indispensable apuntar que el grado de desarrollo alcanzado por una sociedad debe ser estimado atendiendo no solamente a los indicadores macroeconómicos que describen el estado general de la economía de una nación o grupo social, sino también, y de manera fundamental, en función del estado que guarda la existencia concreta de los individuos que la conforman. El acceso real que tienen las personas a la educación, a los servicios de salud, a una vivienda digna, al trabajo no enajenante y justamente remunerado, al esparcimiento y al deporte, a un ambiente limpio, a la seguridad en sus bienes y sus personas y al libre ejercicio de sus derechos civiles, constituyen una parte sustancial de los elementos que habrían de considerarse en el análisis del progreso social como contexto del desarrollo de los individuos.

Naturalmente las condiciones objetivas de existencia social de los individuos derivadas de sus circunstancias económicas, políticas, culturales, laborales, ecológicas y legales, tanto como las condiciones biológicas asociadas a su estado nutricional, a sus estados de salud-enfermedad y a sus condiciones físicas generales, constituyen el marco de referencia en el que ha de ubicarse cualquier análisis de las posibilidades que tienen los individuos de alcanzar un grado razonable de calidad de vida.

La calidad de vida hace del bienestar de las personas el fin último de las sociedades. Una sociedad progresa en tanto sus habitantes tengan bienestar y contribuyan al bienestar de sus conciudadanos, por ello, hay calidad de vida cuando las personas están satisfechas, se sienten a gusto, tienen vivencias afectivas positivas y van logrando paso a paso sus aspiraciones. Esta es una vida gratificante tanto desde el punto del logro de las metas que se tienen, como del disfrute afectivo, hedónico y de la realización personal en el sentido de llevar una vida con propósito o significado. Hay calidad de vida también cuando la vida de cada persona contribuye de manera positiva al bienestar de los demás.

La calidad de vida de la colectividad depende de las opciones y oportunidades disponibles para la participación en la vida económica, social y comunitaria. Por todo ello, se hace necesario analizar e identificar el cambio en la sociedad, bajo este objetivo se nos plantea la necesidad de desarrollar una herramienta de control.

Es comprensible que, en la determinación de la calidad de vida de una sociedad concreta, intervengan elementos tanto del modo de vida como de las condiciones de vida, de forma muy interrelacionada; por lo que la calidad de vida de los grupos humanos que se establezcan dentro de una determinada sociedad, dependerá, fundamentalmente, de las relaciones que esos individuos tengan con los medios de producción, de su posición en cuanto grupo social, con respecto a esos medios de producción, a la organización del trabajo y a la cuantía y proporción que reciban de la riqueza social que se produzca en la sociedad a la que pertenecen, y de las condiciones de vida existentes en la sociedad. No se debe olvidar, no obstante, que media en esta relación grupal o

social, el carácter de individualidad de cada ser humano concreto, quien le imprime su sello propio mediante su estilo de vida, entendiéndose como el modo o forma de vida individual de cada hombre.

Es necesario comprender que, entre los determinantes de la calidad de vida existen otros factores sociales de importancia. Cabe señalar, a la cultura: las costumbres y tradiciones, los patrones de conducta social (positivos o negativos), las creencias y prejuicios y la forma en que la sociedad percibe los valores portadores de confort y bienestar, pueden enriquecer o por el contrario reducir el concepto de calidad de vida y pueden, a su vez, hacerlo diferente de un país a otro.

Por otra parte, el desarrollo alcanzado por la ciencia y la tecnología, el grado de participación social de los individuos, el acceso a la educación, la cultura y los servicios en general, las libertades y restricciones de que disfruta o es sometido ese hombre (o ambas), el grado de estrés generado por los mecanismos sociales y los factores medioambientales y de higiene social, también constituyen determinantes de la calidad de vida; por cuanto, en correspondencia se conforma la vida de los individuos con mayor o menor calidad. El Comandante, Fidel Castro, en la VII Conferencia de Países No Alineados, por hacer referencia a una de las múltiples intervenciones en la que hace alusión al tema, analiza la profunda ausencia de calidad de vida que existe en los países tercermundistas, en los que en muchas oportunidades se atenta contra los más elementales niveles de supervivencia. Ese análisis, lejos de perder vigencia por el tiempo transcurrido, tiene hoy, en las condiciones existentes en los inicios del nuevo milenio, una relevancia de primer orden (Castro Ruz Fidel. La crisis económica y social del mundo. Cumbre de los No Alineados. Consejo de Estado. La Habana. 1983).

Hay también, aspectos jurídicos y éticos relacionados con el fenómeno de la calidad de vida. Con frecuencia, en muchas sociedades se violan las leyes que plantean el derecho de todos los hombres a la educación, el trabajo y la salud, por citar solamente algunas esferas fundamentales de la vida y existencia del hombre, y estos son hechos que en definitiva quedan impunes; mientras son

millones las personas, incluidos niños, ancianos y mujeres que viven en condiciones de máxima pobreza y también mínima calidad de vida.

En su aspecto más particular y concreto, la calidad de vida es la valoración que hace el sujeto de sus propias condiciones de vida (material y espiritual), por tanto, incluye un componente de evaluación de dichas condiciones y otro de percepción del bienestar.

De aquí se deduce que la valoración subjetiva que hace el individuo sobre las diferentes esferas de su vida y el bienestar que perciba en estas, define a consideración de la autora, a la calidad de vida y la diferencia de otros conceptos.

Existen además, otros factores, como la vida afectiva, el apoyo social, la auto percepción del proceso salud-enfermedad y por último (aunque no menos importante), la personalidad, entendida como la instancia central de la regulación de esa vida, integrada a su vez por un conjunto de subsistemas que no constituyen en esta ocasión objetivo de análisis.

Se entiende y se ha dejado explícito pues, que la categoría calidad de vida tiene una estrecha relación con los fenómenos de la salud del hombre, además, que para su acertado análisis, debe realizarse este en el contexto económico social donde se desarrolla esa vida.

### **Análisis Psicológico de Calidad de Vida**

La Calidad de Vida es un concepto que va más allá de lo físico, pues implica valores y actitudes mentales. Su búsqueda es una constante, en la vida del hombre desde comienzos de los tiempos. Es un estado positivo desde todos los puntos de vista. Es estar en plenitud, es poder funcionar cien por ciento. Físicamente, significa encontrarse en buenas condiciones, fuerte, resistente a las enfermedades o poder sobreponerse rápidamente a ellas. Desde el punto de vista psicológico, es poder disfrutar, hacerse cargo de las responsabilidades, combatir la tensión nerviosa y el estrés. Desde el punto de vista emocional, es estar en paz. Las personas que mantienen su calidad de vida son personas que

se sienten bien, vigorosas, entusiastas, con la sonrisa propia del que se siente bien, en todas sus dimensiones.

La calidad de vida ha sido la aspiración humana de todos los tiempos, unas veces revestida del inmemorial sueño por la felicidad, otras veces propuesta como la tarea preceptiva del estado de bienestar moderno. La función de la Psicología en ambas perspectivas no es banal, cuanto más el tema no se agota en un ámbito exclusivamente psicológico, si no que constituye un terreno pluridisciplinar, lugar de confluencia donde el político, y el economista, el médico y el psicólogo junto a otros profesionales aportan sus enfoques.

Una de las preocupaciones más sentidas de los profesionales de la salud en últimos años es la relacionada con la calidad de vida. Aunque con frecuencia se ha invocado este concepto para hacer referencia no al qué sino al cómo de la existencia humana, hasta ahora sigue existiendo un grado importante de confusión sobre cuáles profesionales han de estar involucrados en su estudio, su medición y, por supuesto, su promoción en las distintas esferas de la actividad del ser humano. En particular, destaca que los psicólogos hayan orientado sus esfuerzos a la creación de instrumentos de medición o evaluación de la calidad de vida sin estar acompañados estos esfuerzos por una reflexión sistemática sobre los aspectos conceptuales en que se fundamenta su quehacer. Esta situación ha propiciado que exista una cantidad cada vez mayor de información cuya adecuada interpretación se dificulta precisamente por la carencia de un marco teórico general que dé sentido a dicha información y que legitime conceptualmente el quehacer del psicólogo en este campo.

En este contexto, es posible reconocer como dimensión psicológica fundamental de la calidad de vida precisamente las prácticas individuales, especialmente aquellas que:

- a. Están asociadas a la preservación de la salud biológica, ya sea como prevención de la enfermedad o como prácticas favorables a la curación y a la rehabilitación.

- b. Están asociadas con la preservación de los ambientes físicos y sociales que delimitan las prácticas colectivamente compartidas como cultura (educación, trabajo, arte, ciencia, etcétera).

Como consecuencia de lo antes expresado, podemos establecer que el análisis de la dimensión psicológica de la calidad de vida se asocia críticamente con el estudio de los modos en que los procesos de configuración histórica del comportamiento psicológico resulta en formas efectivas (competencias) de satisfacción de los requerimientos funcionales que los ambientes culturalmente construidos imponen a los individuos sin que esto conlleve la pérdida de la salud biológica ni la alteración del bienestar social.

La naturaleza multidimensional del concepto calidad de vida, es decir, la existencia de factores de naturaleza sociocultural, biológica y psicológica en su configuración, implica, entre otras cosas, lo siguiente:

- a. La calidad de vida no es una cuestión agotable por el análisis psicológico.
- b. La calidad de vida supone tanto la salud biológica como el bienestar social.
- c. La dimensión psicológica de la calidad de vida se concreta en la práctica individual a manera de competencias funcionalmente pertinentes para la promoción de la salud biológica y el bienestar social.

Ahora bien, estas implicaciones de la naturaleza multidimensional de la calidad de vida no implica, ni con mucho, que hay que renunciar a la especificidad conceptual y metodológica del análisis psicológico sino que, por el contrario, obliga a un mayor refinamiento analítico a fin de esclarecer qué toca al psicólogo y qué a los otros profesionistas. En particular, se hace necesario avanzar en la recuperación no reduccionista de lo biológico y lo social en el análisis de lo psicológico.

La especificidad de lo psicológico en el análisis de la calidad de vida, en el estudio y teorización acerca del comportamiento psicológico humano es necesario tomar en consideración las propiedades biológicas (anatómicas y

fisiológicas) del individuo, así como las características del entorno social en la que los éstos viven y evolucionan. No obstante, es de fundamental importancia ubicar correctamente estas dos dimensiones y su participación en la estructuración del comportamiento psicológico y su desarrollo a efectos de evitar cualquier forma de reduccionismo conceptual que cancele el análisis propiamente psicológico.

De aceptar que la manera en que los individuos interactúan con los objetos, eventos y otros organismos e individuos de su ambiente está determinada exclusivamente por la estructura biológica y sus formas de operación, condenaríamos a la psicología a ser una disciplina subsidiaria de la fisiología, de su concepto, de sus métodos y sus problemas. La situación sería similar si se considerara que el desarrollo psicológico es simplemente la reproducción ontogenética del desarrollo social humano, ya que así se reduciría a lo establecido en los modelos de las ciencias sociales. Lo psicológico, tal como lo entendemos está dada por el tipo de eventos y propiedades que selecciona y abstrae como su objeto conceptual de estudio, así como por los modelos de representación que elabora para dicho objeto. Naturalmente, esta especificidad conceptual impone la necesidad de especificidad también en lo metodológico y en el universo empírico seleccionado para la investigación de lo psicológico. (Carpio, 1989)

### **Epistemología de Calidad de Vida**

El desarrollo de la ciencia y del pensamiento científico y el creciente interés por la epistemología, así como sus implicaciones y sus objetivos, han impuesto a toda la gama de saberes, entre ellas, la Calidad de Vida en particular, la necesidad de explorar las bases metodológicas que han constituido una preocupación determinante en la historia de las relaciones humanas.

La Epistemología de la Calidad de Vida se presenta como consecuencia del conjunto de fenómeno, y procesos económicos, políticos, sociales, culturales, educativos, tecnológicos, etc., las cuales intervienen en la forma de vida de las personas, sus relaciones y el entorno donde se desarrolla.



La Epistemología de la Calidad de Vida se puede deducir desde dos puntos de vista que permiten estudiar el mismo de forma clara:

1. La disposición del conocimiento que se logra cuando se lleva a cabo un proceso donde se involucra la Calidad de Vida, que es frecuentemente presentado como un concepto que se fundamenta e implica otros conceptos tales como paradigma, modelo, escuela o mapa.
2. Se presenta mediante la consideración de la observación del objeto a través de sus actos cognitivos y afectivos a través de los cuales conoce el mundo del objeto.

### **Análisis Filosófico de Calidad de Vida**

La Calidad de Vida (CV) es una realidad que involucra el nivel de florecimiento humano existente en una sociedad o grupo homogéneo de personas, que vista desde el paradigma de la complejidad resulta objeto de interés para cualquier disciplina de las ciencias sociales que intente medir y/o evaluar cómo le va a la gente. Algunos sostienen que la calidad de vida se debe medir en términos de la utilidad, ya sea esta felicidad o satisfacción de deseos o preferencias. Epicuro, el gran doctor en felicidad, dividió las necesidades humanas en tres clases: las naturales y necesarias, son las que no satisfechas producen dolor, incluyen el alimento y el vestido, son relativamente fáciles de satisfacer; las naturales pero no necesarias, tal como la satisfacción sexual, más difícil de satisfacer; y las que no son naturales ni necesarias, que incluyen el lujo, la abundancia, el fausto y el esplendor, siendo su satisfacción muy difícil.

Durante siglos, el término "felicidad" se ha utilizado como muletilla para todos los significados de calidad de vida. En filosofía, prevalecieron los dos primeros significados:

- En la filosofía social el significado de "buenas condiciones de vida" (felicidad como buena sociedad).
- En la filosofía moral, el significado de buena acción (felicidad como virtud).

## **El Autocuidado a través de la Historia**

A través de la historia, la forma de cuidado, de entender su significado, de practicarlo y de asumir la responsabilidad frente a éste, ha sido una construcción cultural materializada en un patrimonio de prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos que una cultura tiene alrededor del cuidado, en la que la historia, la ciencia y la misma cultura han cumplido un papel muy importante en su evolución, pues han contribuido a la construcción de este patrimonio y han dado dirección al cuidado de la vida y la salud.

Partiendo de la cultura griega, el auge de corrientes filosóficas, como el estoicismo, generaron desarrollos importantes en torno al autocuidado con la práctica, llamada por ellos, del cultivo de sí, la cual hace énfasis y valoriza la importancia de las relaciones del individuo consigo mismo. El cultivo de sí se basaba en el siguiente principio: hay que cuidarse y respetarse a sí mismo, en tanto al intensificar la relación con uno mismo, se constituye sujeto de sus actos. Para los griegos este principio dominaba el arte de la existencia hasta el punto de ser la diferencia fundamental con otros seres vivos, como lo dice Epicteto, uno de los principales representantes de los estoicos, el ser humano ha sido confiado a la inquietud de sí y es ahí donde reside su diferencia fundamental con otros seres vivos. Para él la inquietud de sí era un privilegio-deber, un don-obligación que nos asegura la libertad, obligándonos a tomarnos a nosotros mismos como objeto de toda aplicación.

Es así como los griegos manejaron una visión integral de lo que debía ser el cuidado de sí, pues enfatizaban la necesidad de cuidar no sólo el cuerpo sino también el alma. Para ellos, el cuidado de sí incluía los cuidados del cuerpo, los regímenes de salud, los ejercicios físicos sin excesos y la satisfacción mesurada de las necesidades. Además, incluía las meditaciones, las lecturas, las notas que se tomaban de los libros o de las conversaciones escuchadas y la reflexión de las verdades que se sabían pero que había que apropiarse de ellas aún mejor. Para los griegos el cuidado del cuerpo se realizaba mediante el temor al exceso, la economía del régimen, la escucha de las perturbaciones, la atención detallada al disfuncionamiento y el tener en cuenta elementos como la estación,

el clima, la alimentación y el modo de vida, en tanto estos podían perturbar al cuerpo y, a través de éste, el alma. Como puede observarse esta cultura comienza a dar importancia al autocontrol como una forma de autocuidado.

Siguiendo el hilo de la historia, con la influencia de la tradición judeo-cristiana en las prácticas de cuidado, específicamente con el fomento de la práctica de la castidad, la forma integral de autocuidado practicada por los griegos cambió el simbolismo y significado del contacto con el cuerpo propio y del otro, y transformó profunda y progresivamente el concepto y significado de los cuidados, al pasar de una preocupación centrada en el cuerpo hacia unos cuidados centrados en el espíritu con demérito de los corporales.

Por otro lado, los avances científicos y tecnológicos, especialmente los relacionados con la medicina, también influyeron en el concepto y formas de promocionar el cuidado. Para comprender mejor esta influencia es necesario introducir los conceptos que la lengua inglesa desarrolló con relación a la noción de cuidado. Ésta conceptualizó dos tipos de cuidado de naturaleza diferente: denominaron cuidados de costumbre –care– a aquellos relacionados con las funciones de conservación y de continuidad de la vida y cuidados de curación –cure– a los relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculizaba la vida. Los cuidados de costumbre representan los cuidados permanentes y cotidianos de tipo biopsicosocial necesarios para mantener la vida. Estos cuidados son proporcionados y aprendidos en el proceso de socialización y deben ser asumidos por cada persona a medida que adquiera mayores niveles de autonomía frente a la vida. Los cuidados de curación son los utilizados para el tratamiento de la enfermedad además de los cuidados habituales. Entran aquí todos los cuidados de tipo terapéutico.

Entrando al campo de la medicina, entre las razones que influyeron en el concepto y prácticas de cuidado y autocuidado se pueden mencionar las siguientes:

1. La medicina diseñó un sistema de salud para curar la enfermedad y no para promover la salud.

2. Con la parcelación que hace el modelo biomédico del cuerpo y sus funciones y la separación entre cuerpo y espíritu, se comenzó a confundir lo que pertenecía a la categoría de los cuidados con lo que pertenecía a la categoría de los tratamientos, hasta el punto de utilizar los términos cuidar y tratar como sinónimos. Es así como hasta el momento, el término cuidar cubre todo aquello inherente a la enfermedad (como los exámenes médicos y la aplicación y supervisión de tratamientos para obtener la curación) relegándose a un segundo plano todos los cuidados habituales fundamentales para promover la vida y prevenir la enfermedad.

Dentro de esta mirada, el sistema y los agentes de salud han confundido los conceptos de prevención y promoción utilizándolos indistintamente. Por ejemplo, se promueve la salud basándose en recomendaciones surgidas de las evidencias clínicas y epidemiológicas dirigidas a la prevención de procesos crónicos y degenerativos relacionados con factores de riesgo susceptibles de incidir. Surge así el concepto de cuidado anticipado, el cual implica el desarrollo de actividades dirigidas a prevenir la aparición de determinadas enfermedades actuando sobre factores de riesgo y detectando los que están en fase presintomática. Por tanto, mediante la educación para la salud se ha pretendido conseguir modificaciones en el estilo de vida de las personas. Sin embargo, esta estrategia se ha basado en mensajes de prohibición, de imposición, de uso del miedo y de la advertencia hasta llegar al regaño.

Además, se han diseñado y desarrollado programas según problemas crónicos como el grupo de hipertensos, el de diabéticos o de sida; o según factores de riesgo como la prevención de cáncer cérvico uterino o de mama. Sin desconocer la importancia de estos programas, la forma como se ha dirigido el cuidado no sólo ha desdibujado el concepto de persona como un ser integral, al identificarlo como una enfermedad o un factor de riesgo, sino que ha mantenido a la práctica sanitaria en el predominio del saber hacer con respecto a la enfermedad sobre lo que se considera importante para seguir construyendo la vida y realizándose en su expresión. Según Colliere M, cuando en el sistema de salud existe este predominio, no se debe hablar de cuidados sino de tratamientos.

Antes de seguir adelante es importante hacer un paréntesis para diferenciar los conceptos de promoción y prevención. Esta diferencia guía las opciones que cada persona asume frente al cuidado, ahí su importancia. En primer lugar, ambos persiguen como meta la salud, pero la prevención lo hace situando su punto de referencia desde la enfermedad, la cual tiene como límite la muerte. sea, el objetivo de la prevención es la ausencia de enfermedad. En contraposición, la promoción hace énfasis en la optimización del estado de bienestar, entendiendo la salud como un camino sin principio ni final. Además, la promoción formula e implanta políticas saludables y cambios en el entorno de vida del individuo. En este sentido la promoción hace énfasis en el desarrollo de habilidades personales, en el fortalecimiento de la acción comunitaria y destaca la responsabilidad del individuo en la solución de problemas que afectan su salud.

El énfasis que ha hecho el sistema en los cuidados de curación, ha propiciado desconocimiento acerca de la importancia de los cuidados que den respuestas favorables a sus necesidades cotidianas como el interés por un desarrollo integral del cuerpo y la mente. Además, como dice Colliere M, al promover los cuidados de curación sobre los de mantenimiento, se aniquilan las fuerzas vivas de la persona, o sea, todo aquello que le hace querer y reaccionar ya que se agotan las fuentes de energía vital sean éstas de naturaleza física, afectiva o social. Esto hace que el ser humano entre en un adormecimiento frente a la motivación y responsabilidad por el cuidado para la vida. Por tanto, todas las capacidades vitales piden y exigen ser movilizadas constantemente para que las energías vitales prevalezcan sobre los obstáculos de la vida, incluso en el umbral de la muerte.

### **Autocuidado**

El Autocuidado etimológicamente se presenta conformado de dos palabras: Auto del griego "αὐτο" que significa "propio" o "por uno mismo", y cuidado del latín "cogitātus" que significa "pensamiento". Tenemos entonces el cuidado propio, cuidado por uno mismo literalmente. El concepto de autocuidado es un constructo conceptual muy utilizado en la disciplina de Enfermería.

El autocuidado es la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado y el mantenimiento de su salud así como prevenir enfermedades mediante el conocimiento y prácticas que les permitan vivir activos y saludables.

El autocuidado:

- Es una conducta que se aprende en sociedad.
- Es fundamental la autoestima en el autocuidado, el valorarse positivamente.
- Es importante para mantener una buena salud, prevenirla y reconocer tempranamente la enfermedad, participar activamente de su recuperación integral de la salud.
- El autocuidado requiere que las personas asuman la responsabilidad en el cuidado de su salud y por las consecuencias de las acciones que realizan.
- Reconocer que una conducta, es directamente responsable de la enfermedad.

La incorporación del concepto de autocuidado enfatiza:

- Autocuidado que promueve la salud; esta categoría promueve prácticas que conllevan el bienestar físico, mental y espiritual.
- Autocuidado orientado a prevenir enfermedades y riesgos a la salud.
- Detección temprana de signos y síntomas de enfermedades.
- Autocuidado en el manejo de enfermedades y cumplimiento del tratamiento, incluyendo el reconocimiento de los efectos farmacológicos indeseables.
- El autocuidado se considera como parte del estilo de vida de la persona, entendido como patrones de conducta que reflejan la forma de interactuar de las personas con su medio social.
- El autocuidado puede expresarse de tres formas dentro de los estilos de vida:

- a. Como ciertos hábitos que no afectan la salud.
- b. Como conductas que conscientemente buscan mantener la salud.
- c. Como conductas que responden a los síntomas de la enfermedad.

¿Qué busca el autocuidado?

- Adoptar cambios de vida saludable para prevenir la aparición de Enfermedades.
- Independencia y funcionalidad de la persona.
- Defender el derecho y protección de la salud.
- Promover la mejora de calidad de vida de la persona.
- Reflexionar sobre la enfermedad, y saber que la persona se debe mantener activa y saludable.
- Tener fortaleza personal.
- Prevenir dificultades.
- Ser protagonistas de nuestras vidas.
- Evitar el cansancio y desgaste personal.
- Hacer más grato el trabajo y disfrutar más.
- Estar más seguro de sí mismo.
- Mejorar la calidad de vida.
- Saber cuándo pedir ayuda

¿Qué necesito para un autocuidado efectivo?

- Conocer nuestros recursos y limitaciones.

- Asumir la responsabilidad de nuestros actos.
- Flexibilidad para modificar actividades inoperantes.
- Enfrentar constructivamente problemas y conflictos.
- Tener un equipo o red de apoyo

El concepto de Autocuidado surge a partir de la enfermera norteamericana Dorothea Orem, que lo define como el “conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior”. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma. Según Orem, es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, contribuyendo constantemente a la propia existencia. Para lograr que las personas sean capaces de realizar conductas para su propio beneficio, se deben hacer partícipes de sus acciones, deben ser capaces de reconocer los potenciales que poseen para lograrlo, teniendo en cuenta que existen factores básicos que pueden condicionarlo. El acto de cuidar de uno mismo requiere de una serie de conductas:

- La toma de conciencia del propio estado de salud.
- Deseo consciente de satisfacer las propias necesidades de autocuidado.
- Pensar en la posibilidad de realizar una conducta de autocuidado.
- Analizar los pros y los contras de las alternativas.
- Tomar una decisión acerca de la situación de salud.
- Diseñar un plan o procedimiento.
- El compromiso de implementar y continuar con el plan.



## **Las Prácticas de Autocuidado y su Relación con la Cultura**

El papel que tiene la cultura en el comportamiento humano es un hecho importante en la forma de adoptar el autocuidado por parte de las personas. En la relación autocuidado-cultura, se pueden distinguir tres premisas importantes:

1. Los comportamientos están arraigados en creencias y tradiciones culturales.
  2. La existencia de las paradojas comportamentales.
  3. La socialización estereotipada del cuidado de acuerdo con el sexo.
- 
1. Los comportamientos están fuertemente arraigados en un sistema de creencias y tradiciones culturales, razón por la cual las personas no reemplazan fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos. Esto se debe a que las estructuras que guían los comportamientos suelen ser muy complejas. Es así como los comportamientos en salud están manejados por los conocimientos acumulados y por las representaciones sociales, de las cuales hacen parte las supersticiones y los mitos construidos alrededor del cuidado de la salud. A su vez, el mundo simbólico, comprende estructuras de pensamiento y marcos de referencia desde los cuales se interpretan los fenómenos de la vida, la muerte, la salud y la enfermedad, y desde donde se justifican los eventos que ocurren en la vida cotidiana. En las representaciones sociales, los mitos ocupan un lugar preponderante como instrumento explicativo de hechos y fenómenos que ocurren en ausencia de explicaciones de base científica. Según Malinowski B, los mitos manifiestan, resaltan y codifican las creencias y salvaguardan las claves morales con reglas prácticas para guiar el comportamiento humano. Además, estos se articulan con componentes científicos y configuran un sistema de pensamiento lógico, desde donde se interpretan los fenómenos naturales y sociales, así estos no correspondan siempre con las verdades científicas.
  2. Las paradojas comportamentales descritas por De Roux G es otro aspecto importante para comprender el comportamiento de las personas frente a las

prácticas de cuidado. Las paradojas comportamentales se definen como los comportamientos nocivos que tienen las personas con conocimientos saludables. Estas paradojas evidencian rupturas existentes entre los comportamientos saludables esperados por el sistema de salud y la prioridad en salud que tienen las personas, y entre el conocimiento de la gente sobre riesgos específicos y su conducta concreta. Cuando las personas son interrogadas acerca de la importancia que para ellas tiene la salud, manifiestan un interés general que se aleja en el momento de actuar. La vida cotidiana muestra mayor motivación de la gente hacia la enfermedad que hacia la salud, al considerar que tienen problemas sólo cuando se sienten enfermas.

Ante peligros evidentes como una epidemia, la gente actúa y se protege rápidamente, mas no ocurre lo mismo cuando el fenómeno no es reconocido como nocivo por estar culturalmente adaptado a él, tal es el caso de las parasitosis. Si las personas siempre han estado parasitadas no tendrán referentes para considerarla como anormal.

3. La división sexual en el trabajo, y la ubicación social dada por la cultura a hombres y mujeres, hizo surgir asignaciones y formas diversas de cuidar a lo largo del ciclo vital humano. Es así como los cuidados que tuvieron que ver con el mantenimiento del orden público o la aplicación de la fuerza física (reducción de fracturas, dominio de personas en estado de locura, así como la caza, la pesca y la guerra) fueron asignados a los hombres; alrededor de todo lo que da vida, es fecundable y que da a luz, se construyeron los cuidados que revierten en las mujeres: los cuidados de la vida diaria principalmente los relacionados con los alimentos, el cuidado del cuerpo y todos aquellos necesarios para proteger y mantener el cuerpo en un entorno sano. De aquí surge el rol de cuidadora de la mujer, como figura simbólica del eterno femenino, en tanto se cree que garantizar estos cuidados por parte de ella es algo que surge de la naturaleza femenina.

Esta socialización estereotipada del cuidado de acuerdo con el sexo, marca profundamente a hombres y mujeres en su futura actitud respecto a cuidar

su cuerpo y su salud, en tanto se forman patrones y hábitos que generan determinados comportamientos. Por ejemplo, en el hombre se ha impedido la expresión de afectos, lo cual genera en ellos manifestaciones violentas, conductas dominantes y autocráticas. En la mujer, el rol de cuidadora de otros labró el modelo femenino de ser para otros versus ser para sí; el cual ha generado en la mujer bajos niveles de auto concepto, autonomía y autoestima, influyendo significativamente en la forma de asumir el autocuidado de su vida, su cuerpo y su salud.

### **Evolución del Autocuidado**

Las prácticas cambian de acuerdo con las circunstancias que rodean a las personas; para entender la evolución de las prácticas de autocuidado se requiere revisar algunos ejemplos de cómo se han presentado a través del tiempo, y como se han ido acumulado en la sociedad, conformando un patrimonio de ritos, creencias, actitudes, representaciones, prácticas y conocimientos, hasta llegar a nuestros días; algunas de ellas intactas y otras modificadas.

En la antigua cultura griega, en lo que ellos denominaron ‘culto de sí’, se puede identificar el enfoque integral bajo el cual miraron al ser humano, a través de las prácticas orientadas, tanto al cuidado del cuerpo como al cultivo del espíritu. “El ‘cuidado de sí’, incluía el ejercicio físico moderado, la satisfacción equilibrada de las necesidades, la meditación, la lectura, y la reflexión acerca de las verdades conocidas. Para los griegos el cuidado del cuerpo se realizaba mediante la medida, la economía del régimen, la atención detallada a las perturbaciones. Tenían en cuenta elementos como el clima, la alimentación y el modo de vida, en tanto estos podían perturbar al cuerpo y a través de éste, al alma”. Esta cultura aportó elementos iniciales para establecer la importancia del autocontrol como forma de autocuidado.

Más tarde en el tiempo, las primeras ideas judeocristianas cambiaron la prioridad de un cuidado integral (físico y emocional), por cuidados centrados en lo

espiritual. Se fomentó el 'desprecio' por el cuidado corporal, sustentado en el principio de 'vencer al mundo al demonio y la carne'.

Ya en el siglo XX, en la década del setenta, se inició un análisis crítico a las formas de cuidado, a través del movimiento feminista: "grupos de mujeres en todo el mundo lucharon por una autonomía, autodeterminación e independencia de la autoridad médica masculina, predominante en el sistema médico vigente". Debido a su punto de partida, el autocuidado fue considerado inicialmente como una actividad de la gente, al margen del mundo académico. Así las cosas, la investigación sobre autocuidado ha sido, desde sus orígenes, tema de debate político y epistemológico en la sociedad y en las ciencias sociales.

El autocuidado se ha difundido gracias a los grupos de ayuda mutua o autoayuda, que florecieron en esa misma década. Este tipo de grupos han demostrado como el afrontamiento de las enfermedades crónicas y de los procesos debilitantes, se pueden abordar a través del aprendizaje y del apoyo mutuo, y no sólo mediante los protocolos médicos. Ellos se consideran como una forma eficaz de crear ambientes favorables para la salud.

### **Modelo Teórico de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem**

Dorothea Elizabeth Orem, una de las enfermeras más destacadas en América, formulo su Teoría de autocuidado como parte de un estudio sobre la organización y administración de los hospitales, no tuvo un autor que influyo en su modelo, pero si se ha sentido inspirada por varios agentes relacionados con la enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers y demás.

Orem empezó su carrera enfermera en la escuela de enfermería del Providence Hospital en Washington D.C. donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. Recibió posteriormente un BSNE. De la Catholic University of América CUA en 1939 y en 1946 obtuvo un MSNE de la misma universidad.

Sus experiencias enfermeras más tempranas incluyen actividades de enfermería quirúrgica, enfermera de servicio privado, tanto de servicio domiciliario como

hospitalario, miembro del personal hospitalario en unidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas. Orem ostentó el cargo de directora de la escuela de enfermería en el Providence Hospital, Detroit, de 1940 a 1949; tras marcharse de Detroit, pasó siete años en Indiana, de 1949 a 1957 trabajando en la División of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health; su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Durante este tiempo desarrolló su definición de la práctica de enfermería.

En 1957, Orem se trasladó a Washington DC. Donde trabajo en el Office of Education, en el US. Department of Health, Education and Welfare (DHEW), como asesora de programas de estudio de 1958 a 1960. En el DHEW trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras, lo que despertó en ella la necesidad de responder a la pregunta ¿cuál es el tema principal de la enfermería? Como respuesta a esta pregunta en 1959 se publicó *Guidlenis for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses*. En 1959 inició su labor como profesora colaboradora de educación de enfermería en la CUA, además trabajó también como decana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera. Continúo desarrollando su concepto de enfermería y autocuidado en la CUA, la formalización de los conceptos se daba a veces por sí sola y a veces juntamente con otros conceptos.

El Members of the Nursing Models Comittee de la CUA y el grupo Improvement in Nursing qué se convirtió en el Nursing Development Conference Group (NDCG), contribuyeron al desarrollo de la teoría. Orem aportó el liderazgo intelectual por medio de estos intentos de colaboración, además que ella era la editora de la NDCG. En 1970, abandonó la CUA y empezó a dedicarse a su propia empresa consultora.

El primer libro publicado por Orem fue *Nursing: Concepts of Practice*, en 1971; mientras prepararon y revisaron *Concept Formalization in Nursing: Procces and Product*.

La Georgetown University le confirió el título honorario de Doctor of Science en 1976; recibió el premio Alumni Association Award for Nursing Theory de la CUA en 1980. Entre los demás títulos recibidos se incluyen el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College, en 1980; el Doctor of Humans Letters, Illinois Wesleyan University (IWU) en 1988; el Linda Richard Awar, National League for Nursing en 1991; y el Honorary Fellow of the American Academy of Nursing Honoris Causae de la Universidad de Misuri en 1998.

Fallece en Savannah, Georgia el 22 de junio de 2007

Orem define el objetivo de la enfermería 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/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: Actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para desarrollo. El concepto de auto cuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de sus decisiones, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud.

Los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos porque está centrado sobre las personas que no poseen la capacidad para ejercer el autocuidado. Completando así los déficit de autocuidado causados por el desequilibrio entre salud y enfermedad (Orem, 1993).

El rol de la enfermera, pues, consiste en persuadir a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de sus autocuidados utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para ello el profesional de enfermería se vale de tres modos de actuación: sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia/enseñanza según la capacidad y la voluntad de las personas.

Dorothea Orem, demostró interés e inclusión en todas y cada una de las funciones en las que existe participación activa de enfermería como lo son:

Asistenciales, administrativas, docentes y de investigación.

Lo que le favoreció para conceptualizar un modelo teórico que hasta nuestros días ayuda a brindar un cuidado integral al usuario de los servicios de salud, basándose en el autocuidado.

Orem formulo su concepto de enfermería en relación al auto cuidado como parte de un estudio sobre la organización y administración de los hospitales, estudio que ella llevo a cabo en indiana STATE DEPARMENR OF HEALTH, este trabajo permitió formular y expresar su concepto de la enfermería. Adquirió su conocimiento de las características de la práctica enfermera a lo largo de varios años. Las interpretaciones de Orem de la ciencia enfermera como ciencia práctica son básicas para entender como se recoge e interpreta la evidencia empírica. Las ciencias prácticas incluyen las especulativamente prácticas, en la edición más reciente identifico dos conjuntos de ciencias enfermeras especulativas: la ciencia de la práctica enfermeras y las ciencias que sirven de fundamento.

La ciencia de las prácticas de enfermería incluyen las ciencias de enfermería completamente compensatoria, enfermería parcialmente compensatoria y la de apoyo educativo o desarrollo de enfermería.

Las ciencias enfermeras que sirven de fundamentos incluyen las ciencias del auto cuidado, agencias de auto cuidado y la asistencia humana. Además propone el desarrollo de la ciencia enfermera aplicada y de las ciencias básicas no enfermeras, como parte de la evidencia empírica asociada con la práctica de enfermera.

Los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de los años setena; identifica las cinco premisas subyacentes de la teoría general de la enfermería:

1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza
2. La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás haciendo de la sostenibilidad debía los estímulos reguladores de las funciones.
4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidados a los miembros del grupo que experimentan las privaciones con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás.

Presentó su teoría en la década de los cincuenta y la publicó en 1972, definiéndola como Teoría General del Autocuidado la cual está compuesta por tres teorías relacionadas:

### **1. La Teoría del Autocuidado**

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los



objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

## **2. La Teoría del Déficit de Autocuidado**

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

## **3. 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.

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.

Esta teoría de enfermería aporta la enseñanza de manejo de signos y síntomas de los pacientes, buscando conductas de independencia y bienestar. La enfermera tiene en cuenta la cultura y habilidad de los pacientes al enseñarles y proporcionarles el cuidado. La independencia del paciente le genera mejor calidad de vida.

## **C. IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES**

### **1. VARIABLE PRINCIPAL**

Calidad de Vida.

### **2. VARIABLE SECUNDARIA**

Autocuidado.

#### D. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

1. **Calidad de Vida (CV):** Manera como una persona percibe su salud física, mental y social a través del tiempo.
2. **Satisfacción (S):** Evaluación que analiza si la experiencia recibida es tan buena como se esperaba.
3. **Felicidad (F):** Cosa, circunstancia o suceso que produce un estado de satisfacción
4. **Bienestar físico (BF):** Se da cuando la persona siente que ninguno de sus órganos o funciones están menoscabados; el cuerpo funciona eficientemente y hay una capacidad física apropiada para responder ante diversos desafíos de la actividad vital de cada uno.
5. **Bienestar emocional (BE):** Manera en la que nos sentimos con la capacidad de manejar las emociones; esto no significa reprimirlas sino en sentirse cómodo al manifestarlas y hacerlo de forma apropiada.
6. **Bienestar económico (BE):** Capacidad monetaria que tienen las personas que dan lugar a la tranquilidad y satisfacción humana.
7. **Bienestar social (BS):** Forma en que las personas tienen de entender su naturaleza y las relaciones con los demás
8. **Equipo Multidisciplinario (EM):** Grupo de profesionales encargados de participar en problemas de diferente índole.
9. **Cultura(C):** Expresiones artísticas, tradiciones, hábitos, prácticas sociales y cultivo de las facultades intelectuales de la persona, familia y comunidad.
10. **Medicina (M):** conocimientos orientados a preservar o recuperar la salud del ser humano.
11. **Enfermera (E):** Profesional que se encarga de cuidar a las personas con problemas de salud.

12. **Práctica de enfermería (PE):** Es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos el profesional de enfermería.
13. **Paciente (P):** Persona que padece físicamente y mentalmente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica.
14. **Artritis Reumatoide (AR):** Enfermedad crónica que causa dolor, hinchazón y rigidez de la articulación, la persona la padece por mucho tiempo o para toda su vida.
15. **Dolor corporal (DC):** Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
16. **Salud general (SG):** Valoración personal que incluye las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar
17. **Teoría (T):** Conjunto organizado de ideas, pensamientos que se obtienen a partir de la observación, la experiencia o el razonamiento lógico.
18. **Cuidado (C):** Atención a otra persona
19. **Autocuidado (AC):** Cuidado de sí mismo.

## **E. ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **1. ALCANCES**

Los resultados de la presente investigación, podrán generalizarse a poblaciones con características similares y servirá como iniciativa para posteriores investigaciones, asimismo un aporte a la investigación en salud.

### **2. LIMITACIONES**

No se tiene limitaciones.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO OPERACIONAL**

#### **A. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es descriptivo con un diseño de correlación.

##### **Procedimiento:**

- Coordinación con la unidad de capacitación del Hospital Daniel Alcides Carrión de la provincia de Huancayo.
- Coordinación con la dirección del Hospital Daniel Alcides Carrión de la provincia de Huancayo.
- Coordinación con Jefe del Servicio de Medicina.

- Coordinación con Servicio de Reumatología.
- Identificación de la población en estudio.
- Determinación de la muestra y muestreo.
- Aplicación de los instrumentos.
- Procesamiento de la información.
- Resultados.

## **B. POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **1. POBLACIÓN**

La población está constituida por los pacientes del servicio de Reumatología del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo, del sexo femenino y masculino comprendidos entre las edades de 40 – 60 años con más de 3 años de diagnóstico de Artritis Reumatoide del Hospital Daniel Alcides Carrión.

### **2. MUESTRA**

La muestra para el presente trabajo de investigación estuvo constituida por 30 pacientes.

#### **Criterio de Inclusión**

Pacientes del sexo femenino y masculino, comprendidos entre las edades de 40 a 60 años, con más de 3 años de diagnóstico de Artritis Reumatoide, con deseo, el compromiso y la convicción de participar en el estudio.

#### **Criterios de Exclusión**

Pacientes que presenten forma grave de artritis reumatoide con deformaciones y contracturas y con incapacidad para movilizarse.

## C. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO

La Artritis Reumatoide es una enfermedad crónica degenerativa que afecta las diversas esferas del ser humano (físico, emocional, social, económico y desarrollo humano), puede considerarse que es una de las enfermedades crónicas en la que los pacientes tienen menor calidad de vida, este trastorno por su carácter permanente que, obliga a cambios importantes en los hábitos y estilos de vida, por lo que enseñar, instruir y educar en su autocuidado es prioritario y elemental para poder sobrellevar esta enfermedad a la vez mejorar la calidad de vida.

La Artritis Reumatoide (AR) es una de esas enfermedades que las personas, aun sin tener una idea clara de su naturaleza teme desde siempre. Sus manifestaciones son variadas y produce grados diversos de molestias y limitaciones. La AR en general es simétrica y a veces remitente. Sin embargo si no se logra controlar produce destrucción progresiva de las articulaciones afectadas, con deformaciones asociadas.

Dicha enfermedad tiene gran prevalencia a nivel mundial ya que afecta al uno por ciento de la población humana, con una incidencia mujer-varón de 3-1.

El impacto de la enfermedad no solo se limita a lo económico y laboral sino que la AR también tiene efectos importantes sobre las actividades de la vida diaria y sobre el estado de ánimo de los que la padecen. Existen diversos estudios sobre las deficiencias que tienen los pacientes con AR para realizar tareas de la vida diaria como salir a comprar, hacer labores de la casa; muchos pacientes tienen que hacer adaptaciones en sus domicilios tales como: duchas, puertas, utensilios, rampas de acceso y otros necesitan la ayuda de terceras personas.

Así pues esta enfermedad provoca diversos grados de sufrimiento en quienes la padecen. Del total de los pacientes, de un cinco al veinte por ciento presentan un curso auto limitado y otro cinco al veinte por ciento presenta una forma clínica mínimamente progresiva. Por tanto, entre sesenta al noventa por ciento de los pacientes que padecen AR tienen una evolución de deterioro progresivo. Los

pacientes que se encuentran en un estadio más severo requieren de múltiples consultas médicas, así como también tienen hospitalizaciones más frecuentes y prolongadas.

Cabe mencionar que el costo acumulado a lo largo de la vida de un paciente con AR es muy elevado. La magnitud de la repercusión socioeconómica de esta patología es difícil de valorar y plantea problemas metodológicos importantes. Las personas que la presentan también experimentan emociones negativas y depresión a causa de su incapacidad, lo cual puede agravar su condición clínica. Todas estas consecuencias de la AR, físicas, mentales, económicas, sociales y laborales afectan sin duda la calidad de vida del sujeto.

#### **D. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de la información se aplicó el método de la encuesta, la técnica del cuestionario y el instrumento utilizado fue el formulario de calidad de vida y de autocuidado.



**CAPÍTULO IV**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

**A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

**TABLA 1****EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO 2017**

EDAD	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
40 a 49 años	3	10.0	4	13.3	7	23.3
50 a 59 años	6	20.0	5	16.7	11	36.7
60 a más	8	26.7	4	13.3	12	40.0
TOTAL	17	56.7	13	43.3	30	100.0

Se tiene en la presenta tabla que el 56.7% de los pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo son mujeres y la edad que predomina es de 60 años a más en el 40.0% de dichos pacientes.

**TABLA 2****ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO 2017**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	
	N°	%
Casado	21	70.0
Soltero	4	13.3
Viudo	3	10.0
Divorciado	2	6.7
TOTAL	30	100.0

Se puede observar en esta tabla que el 70.0%, de nuestros pacientes con Artritis Reumatoide que acuden al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, son casados, un 13.3% son solteros, un 10.0% son viudos y un 6.7% son divorciados.

**TABLA 3****OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, HOSPITAL  
REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN DE HUANCAYO 2017**

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Empleado	14	46.7
Desempleado	3	10.0
Cesado	5	16.7
Su casa	8	26.7
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

En esta tabla se tiene la ocupación de nuestros pacientes en estudio, identificándose que el 46.7% son empleados, un 26.7% tienen como ocupación su casa, un 16.7% han cesado y un 10.0% son desempleados.

**TABLA 4**

**INGRESO ECONOMICO DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE,  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES  
CARRIÓN DE HUANCAYO 2017**

<b>INGRESO ECONÓMICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
De 0 – 1000	20	66.7
De 1000 -2000	8	26.7
Más de 2000	2	6.7
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

La presente tabla permite identificar que el 66.7%, de pacientes con Artritis Reumatoide que acuden al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, perciben un ingreso económico bajo (de 0 a 1000 nuevos soles), el 26.7% regular (de 1000 a 2000 nuevos soles) y el 6.7% de bueno (más de 2000 nuevos soles)

**TABLA 5**

**BIENESTAR FÍSICO DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE,  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL  
ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO 2017**

<b>BIENESTAR FÍSICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Bueno	10	33.3
Regular	8	26.7
Malo	12	40.0
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

En esta tabla se puede identificar que el bienestar físico de los pacientes en estudio que acuden al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo es malo en el 40.0 % de estos pacientes, el 33.3% es bueno y un 26.7% es regular.

**TABLA 6**

**BIENESTAR SOCIAL DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE,  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL  
ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO 2017**

<b>BIENESTAR SOCIAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Bueno	12	40.0
Regular	9	30.0
Malo	9	30.0
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

El bienestar social es la forma en que las personas entienden su naturaleza y las relaciones con los demás, en nuestros pacientes en estudio encontramos que dicho bienestar es bueno en el 40.0% de ellos y es regular y malo en el 30.0% para cada caso.

**TABLA 7**

**BIENESTAR EMOCIONAL DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE,  
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL  
ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO 2017**

<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Bueno	14	46.7
Regular	16	53.3
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

Teniendo en cuenta que el bienestar emocional es la manera en que sienten los pacientes que acuden al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, es que identificamos en la tabla a un 53.3% que este bienestar es regular y en un 46.7% es bueno.



**TABLA 8**

**CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE ACUDEN, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN HUANCAYO 2017**

<b>CALIDAD DE VIDA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Buena	10	33.3
Regular	20	66.7
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

La calidad de vida se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Esta calidad de vida se presenta en forma regular en el 66.7% de nuestra población en estudio y buena en el 33.3% de ellos.

**TABLA 9**

**CAPACIDAD FUNDAMENTAL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO 2017**

CAPACIDAD FUNDAMENTAL	NIVEL DE CALIDAD				TOTAL	
	Bueno		Regular			
	N°	%	N°	%	N°	%
Muy aceptable	2	6.7	4	13.3	6	20.0
Aceptable	3	10.0	8	26.7	11	36.7
No aceptable	5	16.7	8	26.7	13	43.3
TOTAL	10	33.3	20	66.7	30	100.0

g.l (2)

$$X^2_c = 0.3 < X^2_t = 5.991$$

La prueba estadística ji cuadrado establece que la capacidad fundamental no influye en el nivel de calidad de vida de los pacientes que acuden al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo.

La capacidad fundamental es la habilidad básica de un individuo, como la percepción, la memoria y la orientación. En la tabla se puede observar que el 43.3% de nuestros pacientes presenta esta capacidad como no aceptable, el 36.7% como aceptable y el 20.0% como muy aceptable.

**TABLA 10**

**COMPONENTES DE PODER Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE HOSPITAL, REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO 2017**

COMPONENTES DE PODER	NIVEL DE CALIDAD				TOTAL	
	Bueno		Regular			
	N°	%	N°	%	N°	%
Muy aceptable	5	16.7	1	3.3	6	20.0
Aceptable	3	10.0	9	30.0	12	40.0
No aceptable	2	6.7	10	33.3	12	40.0
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>33.3</b>	<b>20</b>	<b>66.7</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

g.l (2)       $X^2_c = 8.6 > X^2_t = 5.991$

Con una probabilidad de error del 5% la prueba estadística ji cuadrado determina que la capacidad componentes de poder influye en el nivel de calidad de vida de los pacientes que acuden al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo.

Los componentes de poder son habilidades que impulsan al individuo a la acción de auto cuidarse (motivación, adquisición de conocimientos, habilidad para ordenar acciones de autocuidado y capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria), en la tabla podemos observar que el 16.7% de nuestra población en estudio con componentes de poder muy aceptables tienen un buen nivel de calidad de vida.

**TABLA 11**

**COMPONENTE DE ANÁLISIS Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO 2017**

COMPONENTE DE ANÁLISIS	NIVEL DE CALIDAD				TOTAL	
	Bueno		Regular			
	N°	%	N°	%	N°	%
Muy aceptable	2	6.7	5	16.7	7	23.3
Aceptable	6	20.0	9	30.0	15	50.0
No aceptable	2	6.7	6	20.0	8	26.7
TOTAL	10	33.3	20	66.7	30	100.0

g.l (2)

$$X^2_c = 0.6 < X^2_{t=5.991}$$

La prueba estadística aplicada establece que el componente de análisis no influye en el nivel de calidad de vida de los pacientes que acuden al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo.

El componente de análisis corresponde a las habilidades que le permiten al individuo investigar sobre condiciones de sí mismo y del medio ambiente, que son significativos para su autocuidado, en la tabla identificamos que este componente es aceptable en la mitad de los pacientes en estudio (50.0%), un 26.7% no aceptable y un 23.3% muy aceptable.

**TABLA 12**

**AUTOCAUIDADO DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y SU CALIDAD DE VIDA HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO 2017**

AUTOCAUIDADO	NIVEL DE CALIDAD				TOTAL	
	Bueno		Regular			
	N°	%	N°	%	N°	%
Muy aceptable	5	16.7	2	6.7	7	23.3
Aceptable	4	13.3	11	36.7	15	50.0
No aceptable	1	3.3	7	23.3	8	26.7
TOTAL	10	33.3	20	66.7	30	100.0

g.l (2)

$$X^2_c = 6.4 > X^2_t = 5.991$$

La prueba estadística ji cuadrado, con una probabilidad de error del 5% determina que el autocuidado a los pacientes con Artritis Reumatoide influye en su nivel de calidad de vida.

La presente tabla permite identificar que los pacientes con Artritis Reumatoide con autocuidado muy aceptable: 16.7% presentan un buen nivel de calidad de vida.

## B. DISCUSIÓN

Las características generales de los pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo son: el 56.7% de los pacientes son mujeres y la edad que predomina es de 60 años a más en el 40.0% de dichos pacientes; así mismo el 70.0% son casados, un 13.3% son solteros, un 10.0% son viudos y un 6.7% son divorciados; respecto a la ocupación se tiene que el 46.7% son empleados, un 26.7% tienen como ocupación su casa, un 16.7% han cesado y un 10.0% son desempleados; el 66.7% perciben un ingreso económico bajo (de > 1000 nuevos soles), el 26.7% regular (de 1000 a 2000 nuevos soles) y el 6.7% de bueno (más de 2000 nuevos soles).

Respecto a las dimensiones del bienestar de los pacientes con Artritis Reumatoide, se tiene que el bienestar físico es malo en el 40.0 % de estos pacientes, el 33.3% es bueno y un 26.7% es regular; el bienestar social es bueno en el 40.0% de ellos y es regular y malo en el 30.0% para cada caso; en el bienestar emocional se tiene que un 53.3% de este bienestar es regular y en un 46.7% es bueno.

La calidad de vida de los pacientes con Artritis Reumatoide es en forma regular en el 66.7% de nuestra población en estudio y buena en el 33.3% de ellos.

Se evidencia que la capacidad fundamental no influye en el nivel de calidad de vida de los pacientes que acuden al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, la capacidad fundamental es la habilidad básica de un individuo, como la percepción, la memoria y la orientación, se obtuvo que el 43.3% de nuestros pacientes presenta esta capacidad como no aceptable, el 36.7% como aceptable y el 20.0% como muy aceptable.

Así mismo se determina que la capacidad componentes de poder influye en el nivel de calidad de vida de los pacientes que acuden al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, los

componentes de poder son habilidades que impulsan al individuo a la acción de auto cuidarse (motivación, adquisición de conocimientos, habilidad para ordenar acciones de autocuidado y capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria), se halló que el 16.7% de nuestra población en estudio con componentes de poder muy aceptables tienen un buen nivel de calidad de vida. Dichos resultados son similares a los encontrados por Ugalde, en Costa Rica quien afirma que en pacientes con artritis reumatoide la familia, la sociedad y la cultura, son elementos básicos para que la persona pueda satisfacer sus necesidades, pues a través de la interacción del sujeto con dichos elementos, este adquiere el aprendizaje, madurez y herramientas para realizar su autocuidado; de igual forma los resultados son similares con los encontrados por Vinaccia S. en Colombia, quien manifiesta que la calidad de vida de los pacientes con AR es mediada por las representaciones de la enfermedad y por factores salutogénicos como un afrontamiento de tipo trascendental y la resiliencia, además es necesario el apoyo de la familia, de la sociedad y de la cultura, puesto que a través de ellos adquieren conocimientos, habilidades para auto cuidarse, también es importante el nivel de autoestima que tenga, puesto que esto será el motor que determine su autocuidado.

Por otro lado se establece que el componente de análisis no influye en el nivel de calidad de vida de los pacientes que acuden al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, el componente de análisis corresponde a las habilidades que le permiten al individuo investigar sobre condiciones de sí mismo y del medio ambiente, que son significativos para su autocuidado, se identifica que este componente es aceptable en la mitad de los pacientes en estudio (50.0%), un 26.7% no aceptable y un 23.3% muy aceptable.

Finalmente con una probabilidad de error del 5% se determina que el autocuidado a los pacientes con Artritis Reumatoide influye en su nivel de calidad de vida, ya que los pacientes con Artritis Reumatoide con autocuidado muy aceptable: 16.7% presentan un buen nivel de calidad de vida, dichos resultados se puede comparar a los encontrado por Ochoa G. en Venezuela,

quien destaca la importancia de que la actividad física contribuye significativamente en la mantención de la funcionabilidad de las articulaciones, por ende, la independencia funcional del adulto mayor, mejora la autoestima, mantiene la movilidad articular, disminuye el dolor, y en general contribuye a mejorar la calidad de vida del adulto mayor con artritis reumatoide (AR); y los resultados son similares a los encontrados por Alba Rosa Fernández y Fred Gustavo Manrique en Colombia, quienes concluyeron que el desarrollo de la capacidad de autocuidado en la persona de edad es una alternativa real y eficaz en su atención integral, que lo conduce a una longevidad satisfactoria.



## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **A. CONCLUSIONES**

**PRIMERA:** El 56.7% de los pacientes con Artritis Reumatoide en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo son mujeres y la edad que predomina es de 60 años a más en el 40.0%, el 70.0%, de pacientes, son casados, un 13.3% son solteros, un 10.0% son viudos y un 6.7% son divorciados, el 46.7% son empleados, un 26.7% tienen como ocupación su casa, un 16.7% han cesado y un 10.0% son desempleados, el 66.7%, de pacientes perciben un ingreso económico bajo (de o 1000 nuevos soles), el 26.7% regular (de 1000 a 2000 nuevos soles) y el 6.7% de bueno (más de 2000 nuevos soles).

**SEGUNDA:** El bienestar físico de los pacientes en estudio que acuden al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo es malo en el 40.0% de estos pacientes, el 33.3% es bueno y un 26.7% es regular. El bienestar social es bueno en el 40.0% de ellos y es regular y malo en el 30.0% para cada caso. El bienestar emocional es un 53.3% es regular y en un 46.7% es bueno.

**TERCERA:** La calidad de vida se presenta en forma regular en el 66.7% de nuestra población en estudio y buena en el 33.3% de ellos.

**CUARTA:** La capacidad de autocuidado influye en el nivel de calidad de vida de los pacientes que acuden al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo, se encontró que el 43.3% de nuestros pacientes presenta esta capacidad como no aceptable, el 36.7% como aceptable y el 20.0% como muy aceptable.

## **B. RECOMENDACIONES**

1. Mejorar la capacidad de autocuidado los pacientes en estudio que acuden al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo mediante la educación para la salud y seguimiento continuo.
2. Concientizar a los pacientes de modo que acepten su enfermedad, aprendan a vivir con ella y se transformen en colaboradores en su tratamiento.
3. Promover la terapia ocupacional.
4. Realizar estudios a población abierta para hacer comparaciones con los resultados obtenidos.
5. Continuar con estudios posteriores para seguir desarrollando la línea de investigación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. CARTA DE OTTAWA. Primera conferencia internacional sobre promoción de la salud. Canadá, noviembre 1986.
2. Abud, C., Díaz, E., Garza, M., Medrano, G., Orozco, J., Pacheco, C. Pineda C., Pozos, J., Ramos, F., Robles, M. y Santana, E. Recomendaciones Para el tratamiento médico de la artritis reumatoide. Revista de Investigación Clínica, (2005)
3. Álvarez, A., Anaya, J., Bonilla, L., Cadena, J., Cano, O., Correa, M., Gómez, M., Montoya, M., y Ortiz., D. Encuesta de conocimiento sobre artritis Reumatoide: ¿Vale la pena educar? Revista Colombiana de Reumatología, (2002).
4. Anaya, J., Cadena, J., Tobón, S., y Vinaccia, S. Calidad de vida en las Personas con artritis reumatoide a partir del cuestionario de calidad de vida En artritis. Revista Psicología y Salud (2004)
5. Araya, G., Mora, M., Ozols, A. y Villalobos, D. Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la Práctica de la actividad físico recreativa. (2004).
6. Arias, C. Entrevista sobre la población costarricense con artritis reumatoide. San Ramón, Costa Rica Badillo, R. Dieta y Enfermedades Reumáticas. Revista Salud UIS, 36,154-161. (2004)
7. Barrantes, R. Investigación: un camino al conocimiento un enfoque Cualitativo y cuantitativo. San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia. 264. (2002)
8. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en Seres humanos. Programa Regional de Bioética OPS/OMS. (2002)

9. Dennis, R.; Williams, W.; Giangreco, M. y Cloninger, Ch. Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad. (1994).
10. Evers GC, Isenberg MA, Philips H, Senten M, Brouns G (1993). Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency ASA-scale. *Int J Nurs Stud* (1993)
11. Farreras, P y Rozman, C. Medicina interna. (13<sup>o</sup>ed). Madrid, España Editorial Harcourt (2003).
12. Fernández, A.. Efecto de una intervención educativa de enfermería en el Fortalecimiento de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso ambulatorio de Tunja-Boyacá, Colombia. Trabajo de Grado para optar por el título de Doctorado en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. (2010)
13. Medina Rodríguez Francisco. *Revista mexicana de seguridad social; Reumatismo y artritis reumatoide; social cuestión* (2004) No. 55 pp.33-39
14. Neira F, J. L. Ortega. Dolor y Medicina basada en la Evidencia Tratamiento del dolor en la Artritis Reumatoide fundamentado en medicina basada en la evidencia. (2006).
15. Padilla, G. (2005). Calidad de vida: Panorámica de investigaciones clínicas. *Revista Colombiana de Psicología*, 2005, No. 13, 80-88.
16. Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21.
17. Tuesca, R. (2005). La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2005; 21: 76-86.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene como objetivo obtener información sobre calidad de vida y autocuidado del paciente con Artritis Reumatoide.

Marque una sola respuesta.

DATOS GENERALES			
<b>Edad</b>			
40 a más ( )	50 a más ( )	60 ( )	
<b>Sexo</b>			
Femenino ( )	Masculino ( )		
<b>Grado de instrucción</b>			
Primaria ( )	Secundaria ( )	Superior ( )	Sin estudios ( )
<b>Ocupación</b>			
Empleado ( )	Desempleado ( )	Cesado ( )	Su casa ( )
<b>Estado Civil</b>			
Casado ( )	Soltero ( )	Viudo ( )	Divorciado ( )
<b>Ingreso Familiar</b>			
De 0 - 1000 ( )	1000 -2000 ( )	Más de 2000 ( )	

**MARQUE UNA SOLA RESPUESTA EN LAS PREGUNTAS RELACIONADAS CON CALIDAD DE VIDA.**

#### ÍTEMS

#### SALUD EN GENERAL

	1	2	3
	BUENA	REGULAR	MALA
1. En general, usted diría que su salud es:			

<b>BIENESTAR FÍSICO</b>	<b>SI</b>	<b>A VECES</b>	<b>NO</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
2. Su estado le permite realizar esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores, llevar la bolsa del mercado			
3. Su estado le permite realizar esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, limpiar la casa, regar el jardín?			
4. Su estado ¿le permite subir varios pisos por la escalera?			
5. Su estado, ¿le permite subir solo piso por la escalera?			
6. Su salud actual, ¿le permite agacharse o arrodillarse?			
7. Su salud actual, ¿le permite caminar un kilómetro o más?			
8. Su salud actual, ¿le permite caminar solo unos 100 metros?			
9. Durante las últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas, a causa de su Salud física?			
10. Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante en las últimas semanas?			
11. Durante las últimas semanas, ¿se sintió lleno de vitalidad para realizar su trabajo (incluido las tareas domésticas)?			
<b>BIENESTAR SOCIAL</b>	<b>SI</b>	<b>AVECES</b>	<b>NO</b>
12. Su salud actual han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?			
<b>BIENESTAR EMOCIONAL</b>	<b>SI</b>	<b>AVECES</b>	<b>NO</b>
13. Durante las últimas semanas, ¿su trabajo o sus actividades cotidianas se vio afectada, por algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?			
14. Durante las últimas semanas, ¿Se sintió muy nervioso?			
15. Durante las últimas semanas, ¿se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle a causa de su enfermedad?			
16. Durante las últimas semanas, ¿se sintió calmado y tranquilo?			
17. En las últimas semanas, ¿se sintió con mucha energía?			
18. Durante las últimas semanas, ¿sintió desanimado y triste?			
19. Durante las últimas semanas, ¿se sintió feliz?			
20. Durante las últimas semanas, ¿se sintió cansado?			
<b>BIENESTAR ECONOMICO</b>	<b>SI</b>	<b>AVECES</b>	<b>NO</b>
21. Sus ingresos económicos le permite solventar adecuadamente tratamiento de su enfermedad			
22. Sus ingresos económicos le permiten solventar sus			

necesidades básicas(educación, alimentación, vivienda, seguridad, salud)			
<b>DESARROLLO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
	<b>1</b>	<b>2</b>	
23. Logro sus expectativas personales ( profesión, familia, hijos)			
24. Logro sus expectativas colectivas ( empresa, negocio)			
<b>MARQUE UNA ALTERNATIVA EN LAS PREGUNTAS RELACIONADAS A SU AUTOCAUIDADO</b>			
	<b>SI</b>	<b>AVECES</b>	<b>NO</b>
1. Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme			
2. Cuando duermo de 6-8 horas me siento descansado			
3. Invierto tiempo en mi propio cuidado			
4. Considero importante realizar ejercicios			
5. Busco orientación e información sobre el manejo de mi enfermedad			
6. Considero que conozco cómo actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la Artritis Reumatoide			
7. Cuando inicio un nuevo medicamento solicito al profesional de enfermería que me proporcione información necesaria sobre la correcta administración			
8. Elijo otras terapias alternativas para mejorar mi estado de Salud			
9. Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes			
10. Conozco las complicaciones derivadas de mi enfermedad			
11. Camino diariamente, como mínimo, 30 minutos			
12. Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad			
13. Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado.			
14. Evito infecciones, traumatismo y estrés para mantener mi bienestar			
15. Evaluó si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia			
16. Consumo en mi dieta comidas verduras, frutas, fibra, y pescado.			
17. Siento que mi enfermedad me ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual			



## ANEXO 2

### OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

#### VARIABLE 1 CALIDADDE VIDA

VAR.	DIMENSION	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	INSTRUMENTO	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE 1 CALIDADDE VIDA	Bienestar social	Forma en que las personas tienen de entender su naturaleza y las relaciones con los demás	- Dificultad para sus actividades sociales	Cuestionario	Ordinal
	Bienestar emocional	manera en la que nos sentimos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se vio afectado por problemas emocionales</li> <li>- Se sintió nervioso</li> <li>- Se sintió bajo de moral</li> <li>- Se sintió calmado y tranquilo</li> <li>- Se sintió con mucha energía</li> <li>- Se sintió desanimado y triste</li> <li>- Se sintió feliz</li> <li>- Se sintió cansado</li> </ul>	Cuestionario	Ordinal

**VARIABLE 2 AUTOCUIDADO AUTOCUIDADO**

<b>VARIABLE 2 AUTOCUIDADO AUTOCUIDADO</b>	Capacidades fundamentales	Considerados las habilidades básicas del individuo (percepción, memoria y orientación).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mi estado de ánimo me permite cuidarme</li> <li>- Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado</li> <li>- Invierto tiempo en mi cuidado</li> </ul>	Cuestionario	Ordinal
	Componentes de poder	Son habilidades que impulsan el individuo a la acción de autocuidarse (motivación, adquisición de conocimientos, habilidad para ordenar acciones de autocuidado y capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importante realizar ejercicio</li> <li>- Busco información sobre mi enfermedad</li> <li>- Conozco cómo actúan y las reacciones de los medicamentos</li> <li>- Solicito al profesional de enfermería que me proporcione información sobre la administración de medicamentos</li> </ul>	Cuestionario	Ordinal
	Capacidad para operacionalizar	Corresponde a las habilidades que le permiten al individuo investigar sobre condiciones de sí mismo y del medio ambiente, que son significativos para su autocuidado, así como la toma de decisiones y construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elijo terapias alternativas</li> <li>- El profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes</li> <li>- Conozco las complicaciones de mi enfermedad</li> <li>- Camino diariamente, 30 minutos</li> <li>- Realizo cambios para mantener mi salud</li> <li>- Realizo cambios en mi dieta</li> <li>- Evito infecciones, traumatismos y estrés</li> <li>- Evalúo si las medidas que he tomado permiten garantizar mi bienestar</li> <li>- Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra, y pescado</li> <li>- Siento dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual</li> </ul>	Cuestionario	Ordinal