

calidad de vida y afrontamiento de pacientes enfermos crónicos en áreas rurales vs áreas
ciudadinas

PRESENTA:

SANDY LORENA RINCÓN ROJAS
EDNA CAROLINA VILLALOBOS GAONA

2019

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	5
Palabras clave.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
OBJETIVO.....	7
General:.....	7
Específicos:	8
REVISIÓN DE LITERATURA.....	8
ESTRATEGIA METODOLÓGICA	12
Alcance:.....	12
Instrumento:	13
Procedimiento:	14
ASPECTOS ÉTICOS	14
RESULTADOS	15
DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES.....	30
REFERENCIAS	31

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS GRUPOS BOGOTÁ	16
TABLA 2. GREMIOS DEL SECTOR SALUD.....	28
TABLA 3. ENTIDADES DEL SECTOR.....	29

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. RELACIÓN DESEMPEÑO FÍSICO	17
FIGURA 2. RELACIÓN FAMILIA	18
FIGURA 3. RELACIÓN REDES SOCIALES	19
FIGURA 4. RELACIÓN MEDICO.....	19
FIGURA 5. RELACIÓN PREOCUPACIÓN	20
FIGURA 6. RELACIÓN AISLAMIENTO	21
FIGURA 7. RELACIÓN DEPENDENCIA MÉDICA	21
FIGURA 8. RELACIÓN VIDA COTIDIANA	22
FIGURA 9. RELACIÓN TIEMPO LIBRE	23
FIGURA 10. RELACIÓN ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO.....	23
FIGURA 11. RELACIÓN FUNCIONES COGNITIVAS.....	24
FIGURA 12. RELACIÓN PERCEPCIÓN CORPORAL.....	25

RESUMEN

La presente tesis mostrara la calidad de vida y el afrontamiento de los evaluados y patologías crónicas en zonas rurales y en la ciudad, teniendo como referencia a 18 persona residentes en Simijaca (Cundinamarca) y la Ciudad de (Bogotá), para mostrar cómo esto repercute en su vida cotidiana, entorno familiar y personal. El instrumento que se utilizara para realizar esta investigación es (InCaViSa) Inventario de Calidad de Vida y Salud, nos permite medir diferentes variables, entorno a la calidad de cada uno de los diferentes participantes, para así identificar la enfermedad en el individuo, ya que uno de los aspectos que más sobresale, es la capacidad de adaptación a una nueva condición física y mental , colocando el bienestar del individuo frente a una enfermedad crónica, y como a este le repercute en su entorno socio-económico-familiar,.

Palabras clave

Calidad de vida, afrontamiento, enfermedad, crónico, paciente.

INTRODUCCIÓN

Este proyecto investigativo, mostrará a través de diferentes autores, evaluaciones e investigaciones del afrontamiento y calidad de vida de individuos con patologías , agudas y crónicas de área rural del municipio simijaca vs pacientes que residen en la ciudad de Bogotá. Generando procesos evaluativos que permitan analizar la satisfacción percibida por el paciente ante diferentes factores de su vida diaria, midiendo la calidad de vida de individuos con diferentes patologías crónicas, evaluando con una escala que permite ser utilizada en cualquier condición sano, crónica, o aguda, dando a conocer en cada una de las poblaciones, las condiciones en las que se enfrenta desde una perspectiva social exponiendo las diferencias en cada una de las diferentes poblaciones mostrando el afrontamiento, ventajas y desventajas que tienen los pacientes que padecen alguna enfermedad crónica en Bogotá y en Simijaca respectivamente.

Según Contreras y otros (2005) no es de negar la expansión que han tenido en las últimas décadas las enfermedades crónicas, como el estudio que se ha desarrollado para entender los factores físicos, genéticos, geográficos, entre otros, que contribuyen a que estas se desarrollen, atenúen y se extiendan. Por lo tanto, esta sintomatología presente en un paciente lo obliga a cambiar su estilo de vida cotidiana como reacomodación psicológica. Se ha evidenciado que la calidad de vida, no es solamente la parte física del ser humano. Si no, que por el contrario tiene otros componentes, que son importantes como la parte emocional en cuanto a los procesos psicológicos y sociales cuando se dictamina la presencia de una enfermedad de tipo crónico, lo que implica la asimilación, aceptación y afrontamiento del como continuar una vida funcional, tanto para el paciente como para su entorno (García & Rodríguez, 2017).

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Diferencia en los mecanismos de afrontamiento de enfermos con patologías crónicas y calidad de vida con poblaciones rurales a poblaciones citadinas de Colombia?

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La mayoría de personas desconocen los gubernamentales a las cuales pueden dirigir su caso, esto impide brindar asesoría al paciente para que afronte su enfermedad ya sea de tipo sano, agudo o crónico en la ciudad o zona rural de residencia.

También es necesario mencionar que la indiferencia médica en algunos casos repercute en la vida cotidiana afectando su entorno familiar, social y laboral, disminuyendo así las posibilidades para estos pacientes de tener una calidad de vida optima que les permita seguir desarrollándose en las diferentes esferas de su vida cotidiana

Conocer sobre la estabilidad emocional del paciente es un aspecto relevante que puede impactar tanto en su salud mental como física, sin embargo, al lograr evidenciar dicha afectación se busca establecer diferentes estrategias de afrontamiento tanto para el paciente como para sus familias.

OBJETIVOS

General

Identificar los mecanismos de afrontamiento que utilizan los pacientes de la ciudad de Bogotá y zonas rurales en torno a enfermedades crónicas y su calidad de vida.

Específicos

- Evaluar por medio de la aplicación del inventario INCAVISA, el afrontamiento y calidad de vida que se genera en los enfermos de patología crónica.
- Identificar canales de entes gubernamentales y privados que les permita acceder a atención médica oportuna.

REVISIÓN DE LITERATURA

La calidad de vida de enfermos y su afrontamiento salud, mide a cada uno de los paciente para indagar respecto a su desempeño física, psicológico y social. Además determina la percepción general de la salud, bienestar emocional y el desempeño para realizar actividades diarias. (Álvarez-Ude 2001; Badia & Lizán, 2003, p. 276). De este modo, mide la calidad de vida y afrontamiento entorno al tema físico.-mentl , en la actualidad busca la atención adecuada y completa del enfermo con patología crónica. Gómez y Sabeth ,(2002). Es importante determinar cómo interfiere la calidad de vida, con los problemas de salud y cotidianidad del

paciente además de cómo el individuo independientemente de su entorno puede afrontar su enfermedad. La calidad de vida en el factor físico mental es la medición que se ejecuta a cada paciente donde evalúa factores como grado de funcionamiento y salud física – mental para realizar las actividades cotidianas (Contreras, Esguerra, Espinosa & Gómez. p.170). Esto significa que de algún modo lo que nos ocurre nos afecta de manera instantánea alterando nuestras funciones y comportamientos.

Según Lazarus y Folkman ., (1986), “las diferentes herramientas que el sujeto utiliza para el afrontamiento y que va desarrollando en el transcurso de su enfermedad para hacer frente a situaciones específicas específicas, externas o internas”. Cada persona afronta desde una perspectiva diferente, las enfermedades crónicas que lo aquejan y dependiendo de su entorno, expresa lo que siente por lo general el miedo a morir ya que en muchos casos existen problemas (económicos, familiares y sociales). Además de esto el contexto en que este se encuentre, en Colombia contamos con población rural o citadina que no cuenta en muchas ocasiones con acceso a salud, educación entre otros.

Es importante contar con información que permita medir la trascendencia de la enfermedad en el paciente y este como los afronta, además de cómo repercute en su familia y el apoyo de esta al paciente, el desarrollo como la utilización de estrategias le permitirán asimilar y reconocer su padecimiento físico, permitiéndole tener control las manifestaciones que se deriven de su sintomatología (Acosta, Buzó, Huerta & Ortiz, 2014). La información es un insumo determinante a la hora de plantear políticas guías y objetivos para la orientación de los cuidados en la salud, además de importante a la hora de detallar la enfermedad en los pacientes y la evolución en los tratamientos es importante resaltar la información suministrada por cada

paciente es determinante para hacer su tratamiento un éxito.

Álvarez, et al., (2001). “Lo anterior reviste especial importancia si se tiene en cuenta que las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en el mundo, como los trastornos cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, entre otras, lo que pone de manifiesto la necesidad de propender por la calidad de vida de estos pacientes”. Para un paciente es de vital importancia contar con las mejores condiciones a nivel familiar, social, nutricional, accesibilidad oportuna a su tratamiento médico permitiendo tener una calidad de vida estable que contribuirá a mejorar su bienestar integral, dicho bienestar que va adquiriendo el paciente se vaya manifestando en el progreso del tratamiento que el médico ha establecido para el paciente.

El cambio de inesperado de proyecto de vida puede interferir en la calidad de vida, ya que una patología nunca fue contemplada es las expectativas de realización personal, familiar y social proyectadas por los pacientes. (La ejecución de un proyecto de vida puede llevarnos a una Autorrealización y superación lo que permite alcanzar metas en todas las esferas de la vida). (Machado, 2016), el paciente experimentara cambios mentales y físicos que afectaran su comportamiento como la asimilación de su enfermedad.

El factor emocional en esta etapa, es fundamental ya que les ayuda a superar dificultades tanto físicas como personales. (Cornachione, 2008). Freud afirmó la esperanza de vivir se acrecienta a pesar de que la enfermedad crónica produzca sentimiento negativo en el paciente lo que sobrepasa los deseos de muerte y (p.12). Se puede decir que en esta etapa de la vida el sujeto relaciona la enfermedad como un peligro que no solo lo asocia con la muerte sino también con el

desprecio o como lo exponía Freud con el miedo al desamparo probablemente de su entorno familiar, estos pensamientos sin duda influyen en las emociones y sentimientos del sujeto.

Según Pérez, (2003). (Las diferentes etapas de la vida muestran en apego a las diferentes situaciones como expectativa al futuro, el afrontamiento a situaciones adversas, objetivos y muestra de emociones). La sensación es un proceso cognitivo que va ligado al bienestar emocional , físico y mental de los pacientes, El control cognitivo de una persona involucra una creación cognitiva y que define la predicción y control de la vida de esa persona, o sociedad en relación a su entorno en interacción con otros sujetos en diferentes contextos sociales, familiares y laborales. Es importante resaltar de esta teoría que el control es necesaria para el proceso de adaptación y la supervivencia a los diferentes tipos de entorno.. En esta percepción del control el sujeto puede presentar una baja capacidad motivacional cognitiva, y emocional y es ahí donde empieza a aparecer la famosa frase no puedo. (Schlegel, 2002, p.5)

El instinto de todo ser viviente es la supervivencia en los diferentes escenarios que se presenten en su entorno durante su vida, el estado amínico como el cognitivo son procesos que determinarán que tan desarrollado tiene una persona este instinto, dicho instinto, no solo se puede evidenciar en una persona que se enfrenta a cambios climáticos o accidentes, también se puede observar en pacientes que luchan en contra de una enfermedad terminal. ”

Ojeda (2014) El factor de riesgo son esas circunstancias inesperadas que general una alteración en la cotidianidad de una persona, la existencia de alguna alteración implica deterioro en el organismo, esto crea la probabilidad del deterioro pueda ser mayor causando repercusiones físicas y psicológicas de los pacientes. Los Factores de riesgo se clasifican en biológicos no

modificables como la la edad ,condición genética y genero, otros factores de riesgo son los biológicos transformables como sobrepeso, diabetes, y colesterol , y los conductuales como alcoholismo y sedentarismo y factores de riesgo socio ambientales como condiciones políticas, , sociales y económicas, como nivel de ingreso medicación, educación, acceso a servicios de salud y económico.

Gómez, O. (2014) en su tesis cita a¹ vinaccia & et al, menciona que para los pacientes de sufren de artritis reumatoide AR tienen una significativa disminución de su capacidad física por la sintomatología y padecimiento que esta enfermedad autoinmune degenerativa les genera, a consecuencia de esta enfermedad poco a poco se desarrollan estados emocionales que alteran el comportamiento de la persona. Siendo este un ejemplo de las diversas enfermedades crónicas presentes en la población colombiana.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Alcance:

Bajo una metodología descriptiva, se busca detallar los rasgos importantes como las tendencias que se irán evidenciando en la población de estudio (Bautista, Fernández & Sampieri 2010, p 80). Con diseño no experimental transversal; ya que describirá los diferentes aspectos que se deben de tener en cuenta para valorar calidad de vida de un paciente con patología crónica, durante transcurso de la investigación se señalaran las características de la población y además se evidenciara la recopilación de información en un momento único con el fin de

determinar factores individuales que se consideran relevantes para el afrontamiento de la enfermedad crónica.

Para el desarrollo de esta investigación se tuvo en cuenta pacientes que residan en el municipio de Simijaca (Cundinamarca) y de la ciudad de Bogotá. Los grupos comparativos de las zonas geográficas de investigación estarán conformados por nueve (9) personas tanto para el área rural como urbana dando un total de 18 participantes de género masculino y femenino entre 30 y 55 años de edad.

Estos grupos de investigación a su vez se subdividieron en grupos de pacientes con sintomatología sano, agudo o crónico, permitiendo tener un aspecto-amplio que nos permita comprender, describir la disimilitud y las características de los reactivos establecidos en la prueba aplicada de calidad de vida en los grupos de investigación.

Criterios de inclusión: Pacientes que lleven de 1 o más años con algún tipo de enfermedad sano, aguda o crónica.

Criterios de exclusión: Pacientes entre los 30 y 55 años

Instrumento:

El instrumento que se manipulara para el desarrollo de la exploración consiste en el INCAVISA, que identifica factores de la vida del sujeto. La finalidad de este instrumento es evaluar calidad de vida de los sujetos en una escala la cual permite emplearse en cualquier enfermedad crónica o aguda. Esta escala está realizada por doce escalas, con cuatro reactivos

Likert entre las cuales están: vida cotidiana, familia, relación con el médico, redes sociales, dependencia médica preocupación, funciones cognitivas, desempeño físico, tiempo libre , percepción corporal, aislamiento, y actitud ante el tratamiento, que permiten establecer enfermedades crónicas e integrar el proceso de recopilación de datos precisos para determinar el objetivo de esta investigación. Con este inventario se pudieron evidenciar aspectos importantes como lo señala “se encontraron características relacionadas con la medición de síntomas, estado emocional y habilidades de afrontamiento o carencia de las mismas”.

Procedimiento:

Este proyecto se llevará a cabo en el municipio de Simijaca Cundinamarca y en la ciudad de Bogotá. Inicialmente se hará el contacto con los participantes de los dos lugares para la recolección de la información que consiste en el suministro de la prueba de (INCAVISA) se determinará que los participantes cumplan con los criterios establecidos para el desarrollo de la investigación, serán sometidos 18 pacientes con problemas sano, agudos y crónicos. Se hará una explicación del fin de la investigación explicando que consiste en proyecto, además que la participación es voluntaria. De acuerdo con esto se suministrara la evaluación de (INCAVISA) el cual no tendrá un tiempo determinado de respuesta, donde se explicará detalladamente los ítems y su forma de respuesta. Con base en las respuestas obtenidas se hará una tabulación de resultados por lugar geográfico y de esta manera observar qué factores son más representativos en el municipio como en la ciudad.

ASPECTOS ÉTICOS

Para esta investigación el consentimiento informado se utiliza para el aval de la contribución voluntaria de los partícipes, además contempla temas legales expuestos y aspectos éticos , EL

ministerio de protección social de Colombia, estructuro, estableció en 2006 la ley 1090, establece la práctica de la carrera de psicología en Colombia, el cual establece el código Deontológico, Bioético y otras disposiciones.

En sus numéales dispone el procedimiento adecuado para llevar a cabo prácticas propias de la profesión como lo son la confidencialidad de los datos personales del paciente a menos que sean requeridos a nivel legal, confidencialidad de la información que este suministre, se resalta el respeto a la integridad en pro del bienestar de la persona, por ello es importante la manipulación adecuada de los instrumentos que se tienen a disposición basados en los lineamientos del Código deontológico y bioéticos.

RESULTADOS

Para determinar cada grupo de pacientes crónicos, agudos, y sanos y las diferencias en cada uno de ellos, se realizaron análisis comparativos el cual permite determinar la diferencia en cada una de estas poblaciones y así establecer cómo cada una de estas realiza el afrontamiento de su enfermedad crónica. A continuación, se encontrará con la característica sociodemográfica de los grupos evaluados.

Tabla 1.
Diferencias socio-demográficas de los grupos Bogotá

Orientación sexual	Estudios	Empleo	Devengo Salarial	Sintomatología frecuente
Edad				
Sanos				
♂1(33,3%)	Técnico:	Empleados	847.080	
♀ 2(66,6%)	(66,6%)	(100%)	82,771	
Edad media:36,3	Universitario			
DS:6,0	(33,3%)			
Agudos				
♀ 3(100%)	Primaria	Ama de casa	366.667	Hipertensión arterial
Edad media:45,3	(66,6%)	(100%)	35.118	Hipertensión,
DS8,0	Bachiller			osteoartrosis
	(33,3%)			degenerativa,miomatosis
				uterina
				Toroides- artrosis
Crónicos				
♂2 (66,6%)	Técnico	Empleados	2.693.333	Cáncer
♀ 1(33,3%)	(33,3%)	(100%)	1.221.529	Insuficiencia cardiaca
Edad media:47,0	Profesional			congestiva
DS:2,0	(66,6%)			Diabetes hipertensión
				apnea
Comparten vivienda:100% sanos 100% agudos y crónicos 100%				

Tabla 2.
Diferencias socio-demográficas de los grupos Simijaca

Orientación sexual	Estudios	Empleo	Devengo Salarial	Sintomatología frecuente
Edad				
Sanos				
♂1(33,3%)	Bachiller	Empleada	916.667	
♀ 2(66,6%)	(66,6%)	(33,3%)	1284848	
Edad media:40	Universitario	Independiente		
DS:8,0	(33,3%)	(33,3%)		
		Ama de Casa		
		(33,3%)		
Agudos				
♀ 3(100%)	Primaria	Ama de casa	633333	Hipertensión arterial
Edad	(66,6%)	(100%)	777817	Hipertensión,
media:41,5	Bachiller			osteoartrosis
DS 6,5	(33,3%)			degenerativa,miomatosis
				uterina
				Toroides- artrosis

Crónicos				
♂2(66,6%)	Primaria	Empleado	633333	Cáncer de próstata
♀1(33,3%)	(100%)	(33,3%)	152753	Parálisis facial herpes
Edad		Pensionado		discopatía
media:43,3		(33,3%)		Cáncer de seno
DS:11,4		Ama de casa		
		(33,3%)		
Comparten vivienda:100% sanos 100% agudos y crónicos 100%				

En consecuencia se reflejan los siguientes resultados, arrojados por aplicación de INCAVISA, con su respectiva comparación demográfica para cada una de las poblaciones. Los reactivos familiares, interacción social, interacción con el médico y desempeño físico da como resultado las que obtienen puntaje positivo, puntua excelente calidad de vida.

Figura 1, los pacientes agudos en la ciudad muestran un mejor desempeño que los del área rural y los pacientes crónicos de la zona rural presentan más actividad física en comparación a los pacientes de la zona capital y los pacientes sanos de las dos poblaciones presentan un buen desempeño físico.

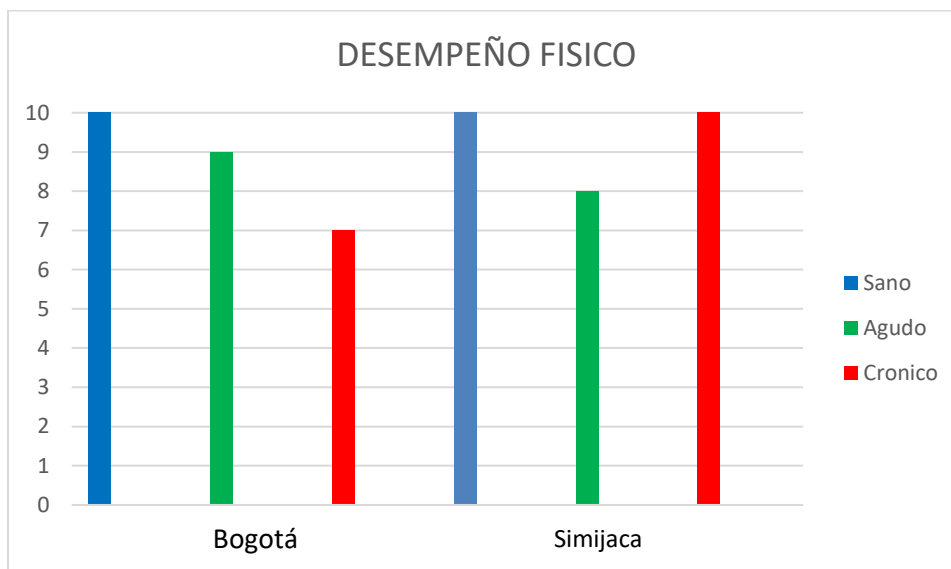


Figura 1. Relación Desempeño Físico

En la figura 2, muestra un margen positivo para el reactivo familia en las dos poblaciones, con un margen de desigualdad para el grupo de personas sanas en la zona rural.

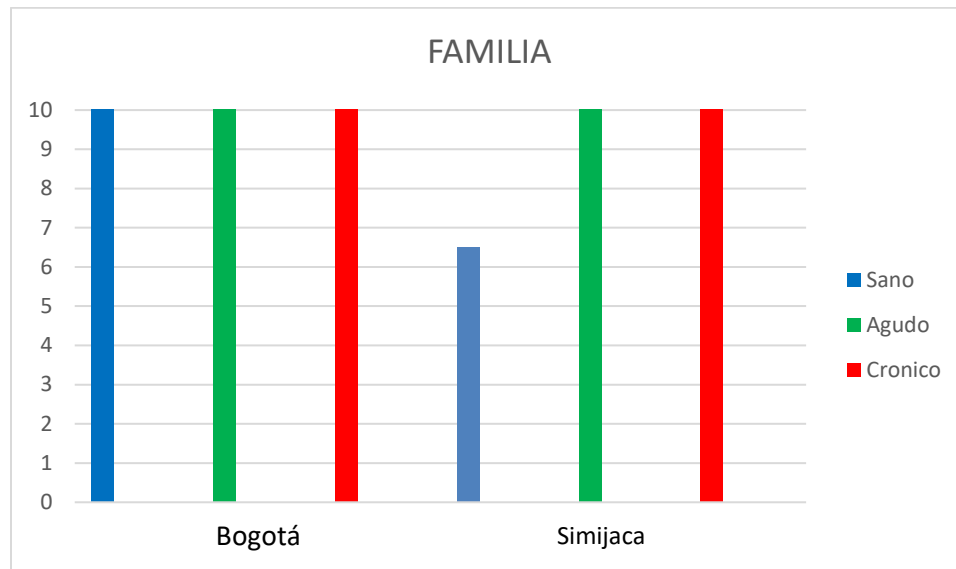


Figura 2. Relación Familia

En la figura 3, demuestra como las redes sociales tienen un grado de importancia en interacción social de dichos pacientes con su entorno familiar y allegados. No se ve reflejado el auto exclusión social por el padecimiento de alguna enfermedad.

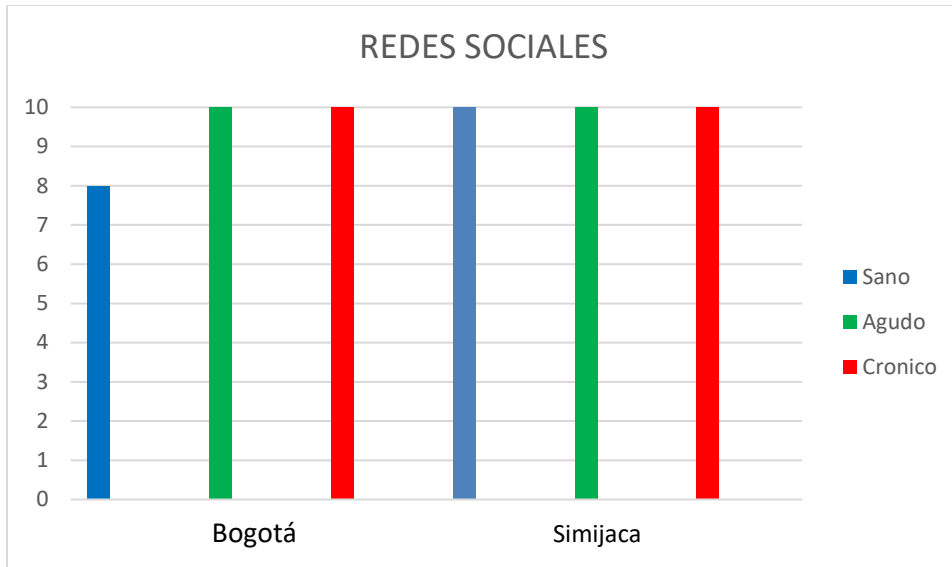


Figura 3. Relación Redes Sociales

En la figura 4, muestra que la relación con el médico, los pacientes crónicos de las dos poblaciones es empática, por otro lado se puede identificar que la zona rural, muestra en este reactivo que esta no es de gran relevancia e importancia en su proceso médico.

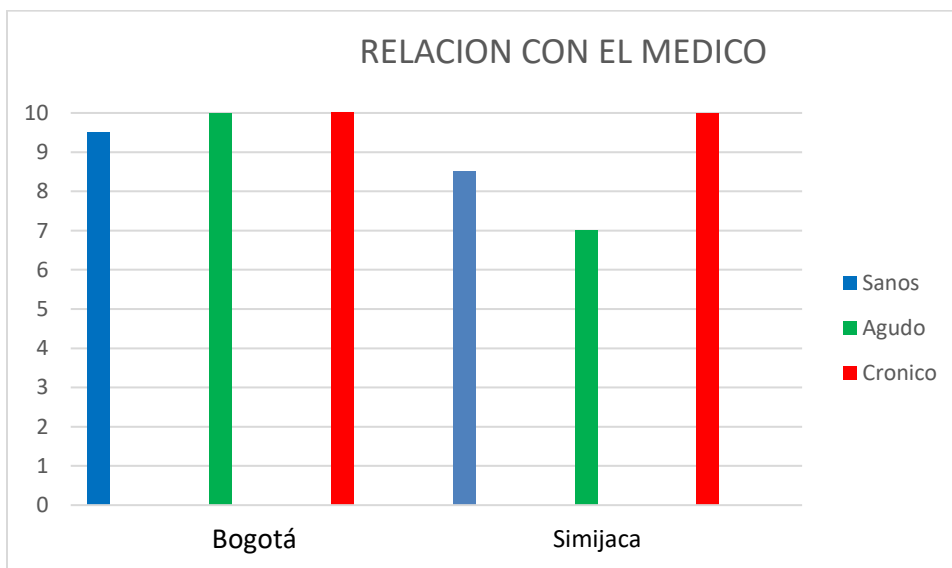


Figura 4. Relación Medico

En los siguientes reactivos: vida cotidiana, aislamiento, actitud frente al tratamiento, percepción corporal, dependencia médica, funciones cognitivas, preocupación, y tiempo libre

muestra que en las gráficas con alto puntaje infiere en la disminución en calidad de vida del paciente.

En la figura 5, se observa que los pacientes de las dos poblaciones sanos tienden a preocuparse por más por su vida cotidiana, mientras que en comparación con los pacientes crónicos de las dos poblaciones se evidencia que en la zona rural, se percibe un menor grado de preocupación que aquellos residentes de la zona urbana. Finalmente los pacientes agudos muestran mayor calidad de vida en este ítem.

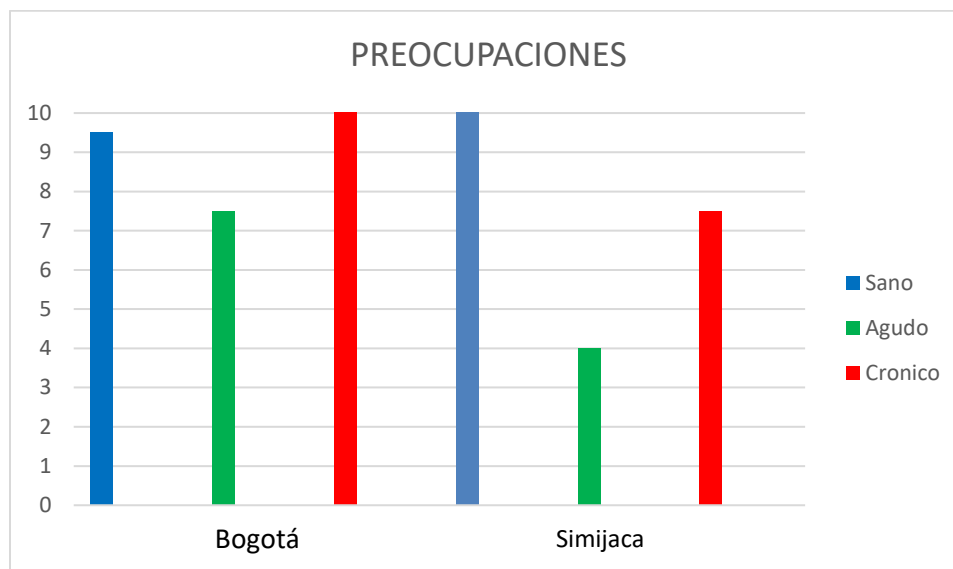


Figura 5. Relación Preocupación

En la figura 6, se observa un nivel equilibrado en el reactivo en los pacientes que conforman los diferentes grupos participantes, el grado de aislamiento que se denota en la figura no demuestra un grado máximo de aislamiento en los pacientes, pero en los pacientes sanos hay un grado mayor grado de aislamiento en comparación con los demás sin padecer alguna enfermedad.

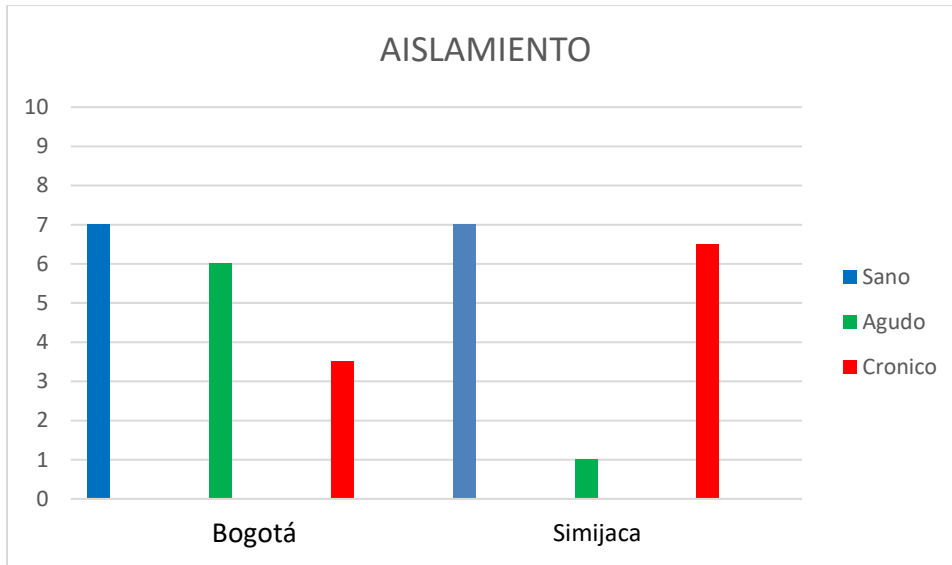


Figura 6. Relación Aislamiento

En la figura 7, se puede identificar que existe una relación en las dos poblaciones de estudio en relación con la dependencia médica, ya que para la zona citadina muestra un mayor porcentaje en los pacientes agudos que los de la zona rural, en paralelo a los dos otros grupos de

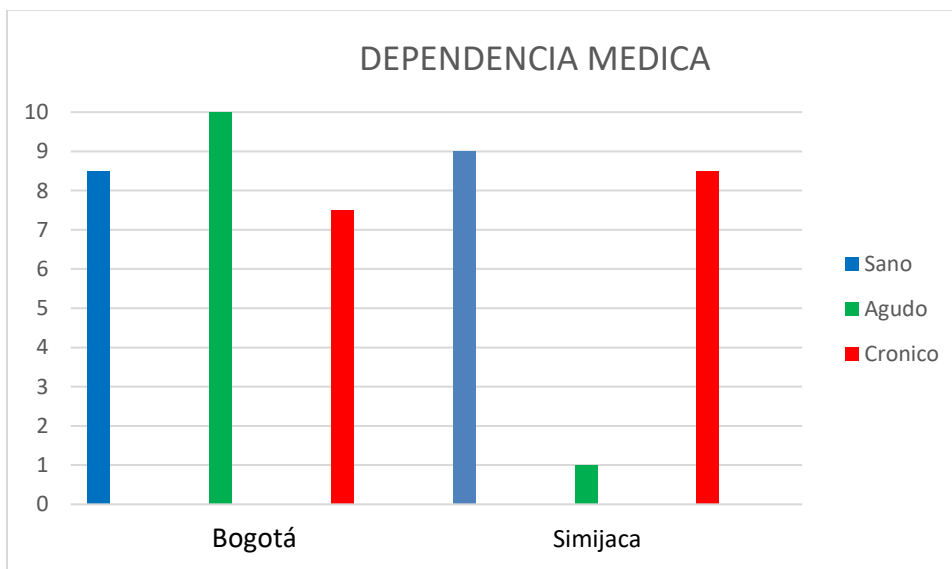


Figura 7. Relación Dependencia Médica

Se observa en la figura 8 que aquellos pacientes que residen en la zona rural presentan mejor calidad de vida en su vida cotidiana con dos índices por debajo de la mitad porcentual, los pacientes con enfermedades crónicas en las dos poblaciones presentan afectación en su calidad

de vida cotidiana por la sintomatología de sus enfermedad al igual que los pacientes agudos de la zona urbana.

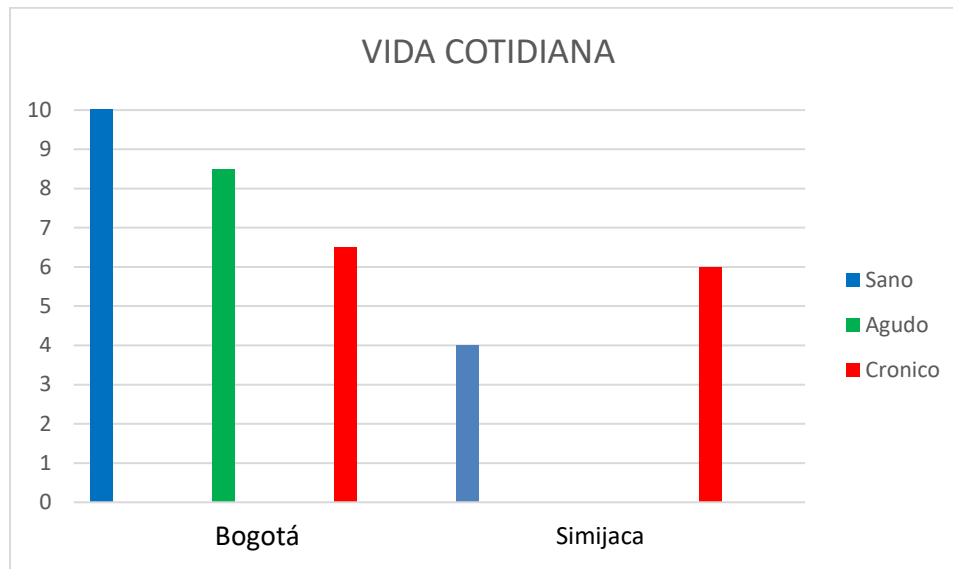


Figura 8. Relación vida cotidiana

Figura 9. Se analiza en la figura que el tiempo libre influye en calidad de vida significativa entre enfermos de zona ciudad versus enfermos de la zona rural ya que para estos últimos la interacción con amigos y entorno social favorece positivamente al enfrentamiento de los pacientes con sus enfermedades.

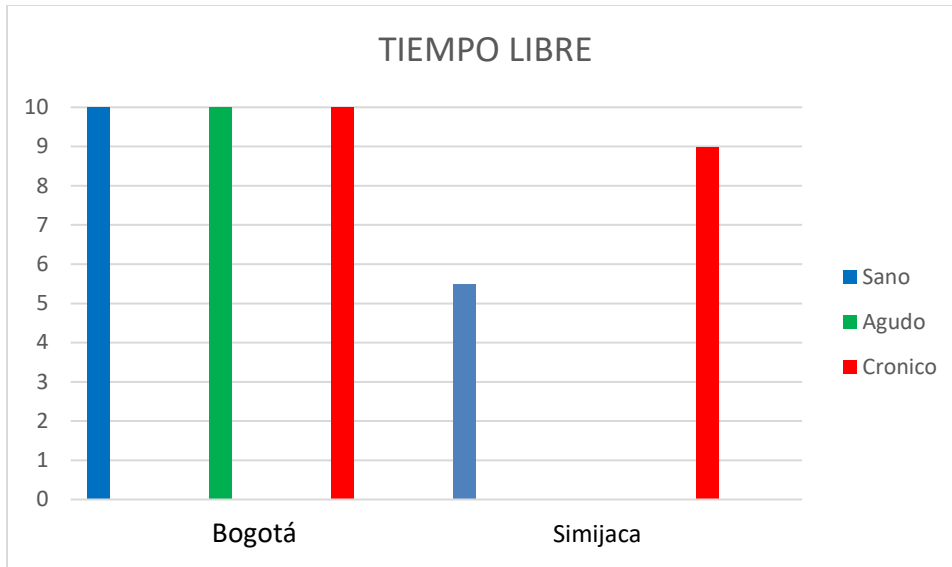


Figura 9. Relación Tiempo Libre

En la figura 10 se analiza que la actitud ante el tratamiento que se les ha brindado a los pacientes crónicos de la zona rural y agudos de la zona rural influye en su calidad en vida ya sea por la ingesta obligatoria de medicamentos o por la pena que se genera por padecer dicha enfermedad.

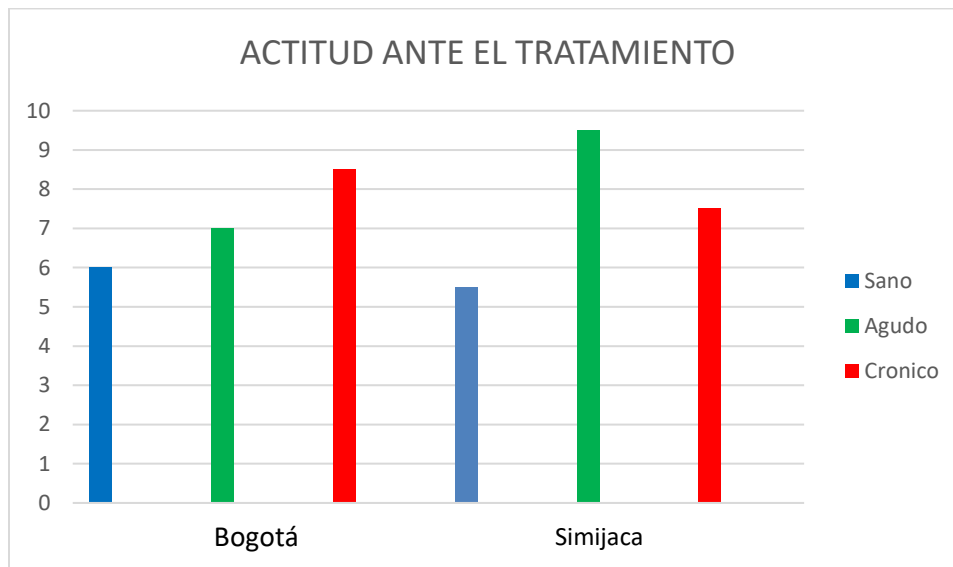


Figura 10. Relación Actitud ante el Tratamiento

Figura 11, se identifica que los pacientes crónicos de la zona rural versus los pacientes de

la zona urbana tienen problemas con sus funciones cognitivas en la vida cotidiana, por otro lado los pacientes sanos muestran insuficiencias cognitivas como olvido de nombres, concentración memoria y atención

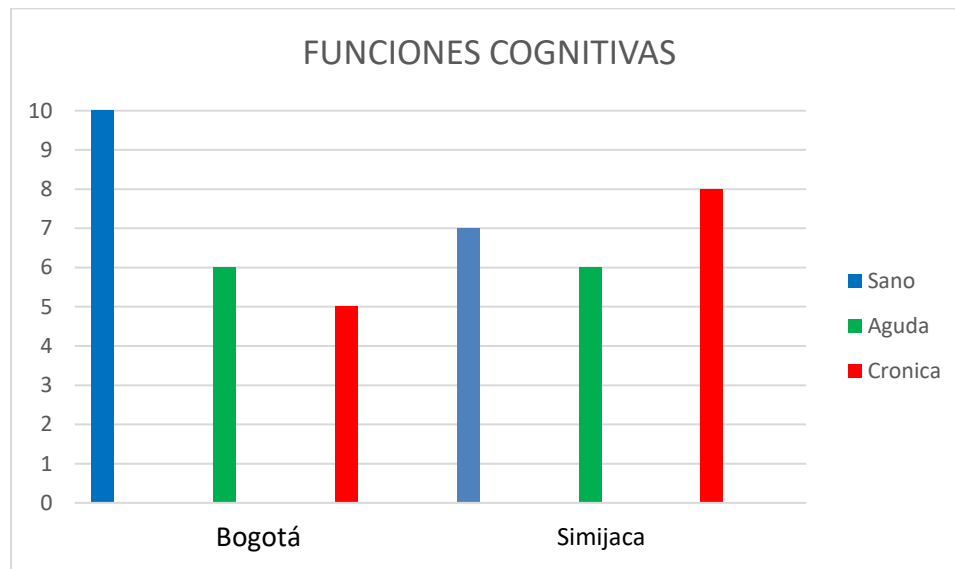


Figura 11. Relación Funciones Cognitivas

Se analiza en la figura 12 que los pacientes sanos residentes de la zona urbana presentan mayor grado de inconformidad con su estructura corporal aun teniendo ausencia de enfermedad , a nivel general los pacientes presentan algún tipo de inconformidad con su cuerpo. Se exenta con mejor grado de percepción corporal inconforme a los pacientes agudos de la zona rural.

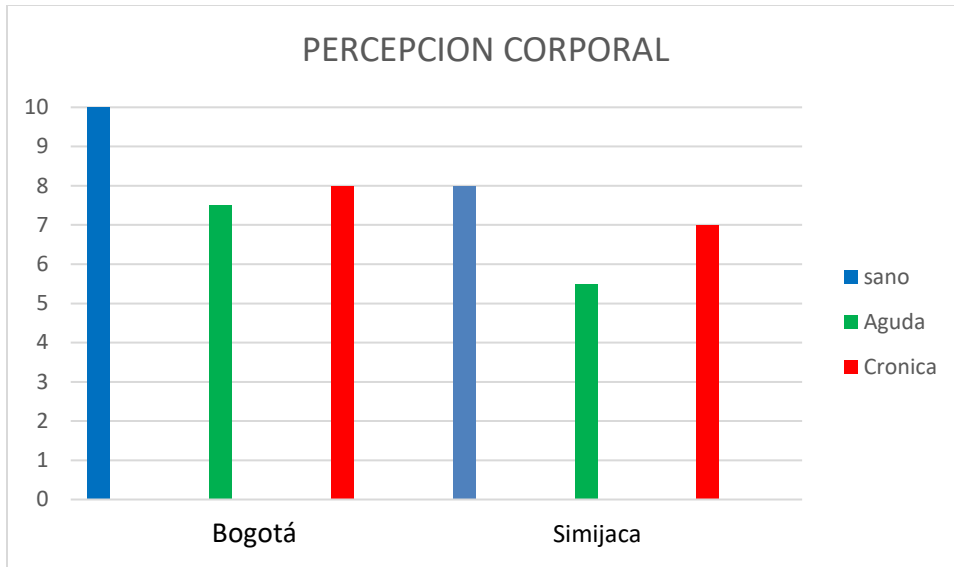


Figura 12. Relación Percepción Corporal

DISCUSIÓN

La presente investigación desarrollada pretendió identificar características que diferencian la calidad de vida y afrontamiento en zonas rurales y urbanas, se tuvo en cuenta las fuentes investigativas evidenciando rasgos importantes que influyen en los pacientes con o sin una sintomatología desarrollada por el padecimiento de alguna enfermedad. Se evidenció en los dos grupos de investigación la importancia de los lazos o conformación de entornos, mejor llamadas redes físicas o virtuales que les permita tener una vida activa socialmente ya que este aspecto fomenta el uso del tiempo libre contribuyendo según la literatura descrita anteriormente al aumento del bienestar de los pacientes y al bajo índice de aislamiento evidenciado.

Autores mencionan la importancia de determinar cómo interfiere la calidad de vida, con los problemas de salud y cotidianidad del paciente además de cómo el individuo puede asumir la capacidad de adaptación, se identificó en los participantes sanos un decaimiento en referencia a la vida cotidiana que posiblemente frente a la ausencia de una enfermedad hay otros aspectos o factores diversos en su ambiente que influyen en calidad de vida. La adaptación a un estilo de vida de ser considerado una persona sana y pasar a ser un paciente agudo o crónico repercute en su condición mental y física como se menciona anteriormente, la dependencia a los fármacos y como estos hacen percibir al paciente negación generando incomodidad al momento de realizarse chequeos médicos ya sea por el desplazamiento al sitio de atención y/o costos económicos que se derivan.

La diferencia entre zona rural y urbana es de infraestructura, disposición de recursos, personal y distancia que pueden influir o contribuir durante la calidad de vida de un enfermo, se observa en los grupos altos niveles de preocupación por su enfermedad teniendo en cuenta la

dependencia económica y de movimiento, también se incluyendo los aquellos sanos que pueden estar padeciendo esta situación por otras circunstancias ajenas a las descritas en el criterio. Claro está que al paciente se le atribuye el éxito del tratamiento, por la disposición, aceptación y compromiso que este tenga en su proceso independientemente de su zona de residencia.

Las diferencias fueron significativas en la mayoría de los criterios que fueron evaluados, se tuvo el grupo de pacientes sanos tanto en zona rural como urbana de referencia para el análisis investigativo, se observó y registro como este grupo presenta en los diferentes criterios evaluados similitud con las respuestas de los demás subgrupos participantes, por ejemplo: percepción corporal, tiempo libre, funciones cognitivas y tiempo libre exhibe una puntuación elevada ante la ausencia de alguna enfermedad, como mencionó con anterioridad puede tratarse de estímulos externos no evaluados en el inventario aplicado.

Como objetivo se planteó identificar aquellos mecanismos de afrontamiento con la aplicación del inventario INCAVISA, teniendo como resultado la importancia que tiene para estos pacientes la familia y como estos son un eje principal en su proceso terapéutico, es notable resaltar que el aislamiento para estas personas no es considerado un mecanismo positivo en su proceso, al contrario la interacción social contribuye en su bienestar pese a como se perciben con su cuerpo, tratamiento y médico. Se denota la desinformación a otros canales de comunicación aparte de su entidad promotora de salud.

Se identificaron entidades que brindan control en el sector salud en Colombia.

Tabla 2. *Gremios del sector salud*








Nombre	Página de Contacto
Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos	http://acesi.com.co/
Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral	http://www.acemi.org.co/
Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas	http://www.achc.org.co/
Gestarsalud	http://www.gestarsalud.com/cms/
Asociación Colombiana de Médicos	http://www.medicosgeneralescolombianos.com/
Federación de Loterías de Colombia	http://www.fedelco.com.co/

Súper salud. (2016). Entidades del sector. Colombia. Recuperado de: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/superintendencia/sector-salud/entidades-del-sector#>

Sin olvidar la importancia de la superintendencia de salud en Colombia por ser una entidad cuyas funciones se dirigen en la coordinación y ejecución de políticas garantes de derechos de acceso a servicios de salud para los colombianos teniendo control estricto del sistema que actualmente nos rigiere en el territorio.

Por otra parte en la tabla número 3 se brinda información a los participantes sobre otras entidades a los cuales pueden acudir dependiente de su sintomatología y/o a su necesidad de accesibilidad a información en cuestiones de salud.

Tabla 3. *Entidades del Sector*

	Nombre	Función	Página de Contacto
	Ministerio de Salud y Protección Social	Entidad encargada de dirigir el sistema de salud y protección social en salud, a través de políticas de promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad y el aseguramiento.	http://www.minsalud.gov.co
	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos <i>INVIMA</i>	Realiza la vigilancia sanitaria de los medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos y demás elementos que puedan impactar en la salud individual y colectiva.	www.invima.gov.co
	Instituto Nacional de Salud INS	Realiza investigaciones en ciencias biomédicas y salud y coordina la Red Nacional de Laboratorios, Bancos de Sangre y donación de Órganos.	http://www.ins.gov.co/
	Instituto Nacional de Cancerología	Entidad de orden nacional que trabaja por el control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública.	http://www.cancer.gov.co/
	Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta	Es una Empresa Social del Estado, ESE, de Alta Complejidad cuyo propósito es la asistencia médica a las personas con enfermedades de la piel, en especial con lepra y leishmaniasis.	http://www.dermatologia.gov.co
	Sanatorio de Agua de Dios	Empresa Social del Estado que tiene por objeto prestar el servicio de salud a los enfermos de Hansen en todo el territorio nacional.	http://www.sanatorinaguaadedios.gov.co/es/
	Fondo del Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales	Es una entidad adaptada de salud EAS que presta servicios de salud a los pensionados de los Ferrocarriles Nacionales de Colombia, Puertos de Colombia y a sus respectivos beneficiarios.	http://www.fps.gov.co/

Súper salud. (2016). Entidades del sector. *Colombia*. Recuperado de: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/superintendencia/sector-salud/entidades-del-sector#>

CONCLUSIONES

Existen diferentes tipos de factores para el afrontamiento de enfermedades crónicas como lo son: la familia, económico y social lo cual relacionan directamente con la calidad de vida lo cual permite favorecer de forma positiva a los pacientes. Según los pacientes de las dos poblaciones evaluadas los mecanismos de enfrentamiento de sus enfermedades son su apoyo familiar ya que para ellos es indispensable contar con ellos, las diferencias en los mecanismos entre estos dos grupos se enmarca por el aspecto de ubicación geográfica frente al desplazamiento que se debe realizar para recibir atención médica, por otro lado, es importante resaltar que el tratamiento otorgado para cada una de las patologías favorece de forma significativa para la evolución de su enfermedad y por ende para que de forma física y mental ellos se sientan en excelentes condiciones.

Es importante destacar que en el aspecto social los pacientes del área rural se sienten mucho mejor ya que pueden disfrutar de una reunión con sus amigos y distribuir el tiempo para realizar actividades, frente a los de la ciudad que el tiempo es una limitante para cumplir con sus actividades y además hacer vida social lo que favorecía de forma significativa el afrontamiento. Este proyecto investigación tiene como resultado, que la calidad de desempeño físico es negativa para el área urbana ya que los pacientes no cuentan con tiempo suficiente para realizar algún deporte o actividad física que contribuya a su salud.

Los entes gubernamentales de salud también son un eje destacable ya que de la buena remisión a las diferentes especialidades, los pacientes pueden tener un tratamiento oportuno en un tiempo adecuado y así garantizar la salud de estos, haciendo énfasis a los pacientes del área

rural que tienen que viajar de su municipio a la ciudad para tener atención y orientación respecto a su enfermedad.

Finalmente es trascendental indicar que los pacientes con enfermedades crónicas necesitan de su familia como red de apoyo conjunto a su entorno social y económico para sobre llevar su enfermedad y así tener una óptima calidad de vida. Podría resultar útil campañas de prevención de enfermedades que lleguen tanto para los pacientes de zona urbana como rural, para así formar sobre las diferentes patologías y crear un poco más de conciencia en el cuidado físico y mental de cada uno de los pacientes en los diferentes temas como actividad física, distribución de tiempo libre, relación con el médico y redes de apoyo.

REFERENCIAS

- Acosta, B., Buzó, J., Huerta, P., Ortiz, V. (2014). Calidad de vida y afrontamiento de pacientes con cáncer y sida de Paraguay. *Salud y Sociedad*, 5(1), 82-96. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4397/439742474005.pdf>
- Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R. & Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, 21, 191-199
- Álvarez-Ude, F. (2001). Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 14, 64-68. Recuperado de: <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-calidad-vida-relacionada-con-salud-enfermedad-renal-cronica-relevancia-predictiva-S0211699516000424>
- Bautista, L., Fernández, C & Sampieri, R (2010). *Metodología de la investigación*. México: Editorial Mc Graw Hill
- Castro, C., Lara, H & Riveros, A (Mayo de 2009). Características de la calidad de vida en

enfermos crónicos y agudos. Scielo.org. 41(2), 291-304. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v41n2/v41n2a09.pdf>

Cornachione, M. (Ed. 2). (2008). *Psicología del Desarrollo*. Córdoba: Brujas.

Benavides, J., & Rodríguez, D. (Julio 15 de 2016). Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. Scielo.org. 34(3) 359-37. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n3/0120-386X-rfnsp-34-03-00359.pdf>

Bonet, J & Guzmán, K. (2015). Banrep.gov.co: Un análisis regional de la salud en Colombia. Colombia. (222). Recuperado de:
http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_222.pdf

Contreras, F., Marín, A., Palacio, C., Tobón, S & Vinaccia, S. (2005). Disposiciones fortalecedoras: Personalidad Resistente y Autoeficacia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *Terapia Psicológica*, 23, 15-24.

García, C., & Rodríguez, G. (Noviembre de 2017). Calidad de vida en enfermos crónicos. Scielo. 6 (4) pp. 0-0. ISSN 1729-519X. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000400002

Gómez, O. (2014). *Calidad de vida y nivel de salud percibido en personas con artritis reumatoide* (tesis de pregrado). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Gómez & Sabeth, (Junio, 2000). campus.usal. *Calidad de vida evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. España: Universidad de salamanca. Recuperado de:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000123&pid=S1900-3803201300020001300010&lng=pt

Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., Gómez, V. (2007). *Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en Tratamiento de Hemodiálisis*. Scielo.org. 10(2), 169-179. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v10n2/v10n2a16.pdf>

Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca. S.A

Machado, J. (2 de Diciembre, 2016). *Qué es un proyecto de vida personal yCuál es su finalidad*. Obtenido de Uptitud Digital: *Psicología y desarrollo personal*. Obtenido de:
<https://www.uptituddigital.com/que-es-proyecto-vida-personal/>

Ministerio de la protección Social. (6 de Septiembre de 2006). Sociedades científicas. Ley 1090 Código Deontológico y Bioético y Otras disposiciones. Colombia. Recuperado de:
<http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>

OMS. (Abril de 2010). Boletín: Urbanización y salud. 88, 241-320. Recuperado de:
<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/4/10-010410/es/>

Ojeda, A. (2014). Factores de riesgo y funcionamiento cognitivo en envejecimiento saludable. *Inventio* 23 (11). Disponible
<http://inventio.uaem.mx/index.php/inventio/article/view/49/62>

Pérez, I. (2003). *La vejez desconocida: Una mirada desde la biología a la cultura*. España: Díaz de Santos.

Schlegel, I. (2000). Procesos simbólicos y percepción cognitiva de control. Obtenido de
www.gazeta-antropologia.es/?p=3373