

**CALIDAD DE VIDA Y APOYO SOCIAL EN UN GRUPO DE MUJERES  
RESIDENTES DE COMUNA 10 – SAN JUAN DE PASTO.**

**STEPHANIE MARTINEZ MUÑOZ  
JONNATHAN JAIR ORTIZ TONGUINO**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

**San Juan de Pasto**

**2015**

**CALIDAD DE VIDA Y APOYO SOCIAL EN UN GRUPO DE MUJERES  
RESIDENTES DE COMUNA 10 – SAN JUAN DE PASTO.**

**STEPHANIE MARTINEZ MUÑOZ  
JONNATHAN JAIR ORTIZ TONGUINO**

**Asesora  
ADRIANA PERUGACHE RODRIGUEZ  
Psicóloga Magíster**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
San Juan de Pasto  
2015**

**NOTA DE RESPONSABILIDAD**

Las ideas y conclusiones aportadas en el siguiente trabajo son responsabilidad exclusiva del autor.

Artículo 1° del acuerdo No. 324 de octubre 11 de 1966 emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

**Nota de aceptacion:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente de la tesis

---

Firma de jurado

---

Firma de jurado

## AGRADECIMIENTOS

### *Gracias:*

*A mis padres y hermano por ser mi pilar y mi fuerza, guiando cada uno de mis pasos con su infinito amor y sabiduría.*

*A mis seres queridos por brindarme su cariño y apoyo en este arduo y gratificante proceso.*

*A mis amigos por ser compañeros de aprendizajes y experiencias inolvidables.*

*A mi pareja por ser mi compañero de vida, por su apoyo y amor incondicional.*

*A mi Alma Máter, docentes, directivos y administrativos, por permitir que la culminación de mis estudios en el programa de psicología, sea una realidad.*

*Finalmente dedico este triunfo a dos hermosas almas que desde su lugar en lo eterno, cuidan mis pasos y me abrigan con su inmenso amor. Para Uds. mis abuelitos Moisés Martínez y Josefina Gamboa va dedicada esta meta alcanzada.*

*A Dios en su Infinito Amor y Misericordia*

*A mis padres por su lucha y amor incondicional*

*A mis amigos y familiares, especialmente a Javier, Fidel, Carmen Alicia y María Mercedes, en su hermosa entrega y experiencia*

*A la Asociación de Árbitros de Fútbol de Nariño*

*A la Universidad de Nariño*

*Para Kevin y Brayan, están siempre en mi corazón*

*Para Malybu y David Alejandro, gracias por su amor y apoyo... inspiras vida*

*Mi..hijiiiito!!!!*

*"Las Bendiciones corren más rápido que el peligro, así todo tiene su hora"*

**TABLA DE CONTENIDO**

|  | <b>Pag.</b> |
|--|-------------|
| LISTA DE TABLAS  | 11          |
| LISTA DE FIGURAS   | 12          |
| RESUMEN  | 13          |
| ABSTRACT   | 14          |
| INTRODUCCION   | 15          |
| Calidad de Vida Relacionada con Salud  | 17          |
| Dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con Salud                           | 18          |
| Función Física   | 18          |
| Rol Físico   | 18          |
| Dolor Corporal   | 18          |
| Salud General  | 18          |
| Vitalidad  | 18          |
| Función Social   | 18          |
| Rol Emocional  | 19          |
| Salud Mental   | 19          |
| Calidad de Vida Relacionada con Salud y Vulnerabilidad Social                  | 19          |
| Calidad de Vida Relacionada con Salud en Mujeres                               | 19          |
| Calidad de Vida Relacionada con Salud en adultos jóvenes                       | 20          |
| Apoyo Social Percibido   | 20          |
| Dimensiones de Apoyo Social percibido  | 21          |
| Apoyo Social Emocional   | 21          |
| Apoyo Instrumental   | 21          |
| Apoyo Afectivo   | 22          |
| Interacción Social Positiva  | 22          |
| Apoyo Social Percibido y Vulnerabilidad Social                                 | 22          |
| Apoyo Social Percibido en Mujeres  | 22          |
| Apoyo Social Percibido en adultos jóvenes                                      | 23          |
| Calidad de Vida Relacionada con Salud y su relación con Apoyo Social Percibido | 23          |

|  |    |
|--|----|
| OBJETIVOS  | 26 |
| Objetivo General   | 26 |
| Objetivos Específicos  | 26 |
| METODOLOGÍA  | 26 |
| Paradigma de Investigación   | 26 |
| Tipo de estudio  | 26 |
| Diseño   | 27 |
| Población  | 27 |
| Muestreo   | 27 |
| Muestra  | 27 |
| Criterios de Inclusión y Exclusión de la Investigación   | 27 |
| Instrumentos de recolección de información   | 29 |
| Cuestionario de Salud SF36   | 29 |
| Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido   | 29 |
| Cuestionario Sociodemográfico  | 30 |
| Procedimiento  | 30 |
| Fase I: Construcción teórica y metodológica  | 31 |
| Fase II: Aplicación de instrumentos  | 31 |
| Fase III: Análisis de resultados y elaboración de informe final                                  | 31 |
| Plan de análisis de datos  | 32 |
| Elementos éticos y bioéticos de la investigación   | 32 |
| RESULTADOS   | 33 |
| Características sociodemográficas de la muestra  | 33 |
| Variables de estudio   | 35 |
| Calidad de Vida Relacionada con Salud  | 36 |
| Apoyo Social Percibido   | 36 |
| Calidad de Vida Relacionada con Salud y Variables Sociodemográficas                              | 37 |
| Apoyo Social Percibido y Variables Sociodemográficas   | 38 |
| Relación entre las dimensiones de Apoyo Social Percibido y Calidad de Vida Relacionada con Salud | 39 |
| Análisis de Componentes Principales  | 42 |



|  |    |
|--|----|
| Correlación entre variables de estudio           | 42 |
| DISCUSIÓN  | 44 |
| CONCLUSIONES                                     | 54 |
| Recomendaciones                                  | 56 |
| Limitaciones                                     | 57 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS                       | 59 |
| ANEXOS   | 68 |
| Anexo 1. Cuestionario MOS Apoyo Social Percibido | 68 |
| Anexo 2. Cuestionario de salud SF-36             | 69 |
| Anexo 3. Cuestionario sociodemográfico           | 73 |
| Anexo 4. Consentimiento Informado                | 74 |

**LISTA DE TABLAS**

|  | <b>Pag.</b> |
|--|-------------|
| Tabla 1. Criterios de Inclusión  | 27          |
| Tabla 2. Criterios de Exclusión  | 28          |
| Tabla 3. Puntajes descriptivos de Calidad de Vida y Apoyo Social   | 36          |
| Tabla 4. Puntuaciones Calidad de Vida Relacionada con Salud  | 36          |
| Tabla 5. Puntuaciones de Apoyo Social Percibido  | 37          |
| Tabla 6. Coeficientes de asociación entre las variables Sociodemográficas y las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con Salud | 37          |
| Tabla 7. Coeficientes de asociación entre las Variables Sociodemográficas y las dimensiones de Apoyo Social Percibido                | 38          |
| Tabla 8. Índice de confiabilidad alpha de Cronbach para Apoyo Social Percibido   | 40          |
| Tabla 9. Índice de confiabilidad alpha de Cronbach para Calidad de Vida Relacionada con Salud  | 41          |
| Tabla 10. Matriz de Análisis de Componentes Principales  | 42          |
| Tabla 11. Correlación entre Apoyo Social Percibido y Calidad de Vida Relacionada con Salud   | 42          |
| Tabla 12 Correlación entre las dimensiones de Apoyo Social Percibido y Calidad de Vida Relacionada con Salud                         | 43          |

### **LISTA DE FIGURAS**

|   |    |
|---|----|
| Figura 1. Distribución de la muestra según la edad                          | 33 |
| Figura 2. Distribución de la muestra según nivel de escolaridad             | 34 |
| Figura 3. Distribución de la muestra según estado civil                     | 34 |
| Figura 4. Distribución de la muestra según el lugar de residencia           | 35 |
| Figura 5. Distribución de la muestra según participación en grupos sociales | 35 |
| Figura 6. Gráfico Q-Q para suponer la normalidad de los datos               | 39 |

**CALIDAD DE VIDA Y APOYO SOCIAL EN UN GRUPO DE MUJERES  
RESIDENTES DE COMUNA 10 – SAN JUAN DE PASTO.**

**RESUMEN**

El presente estudio permitió establecer el tipo de relación que existe entre las variables Calidad de Vida Relacionada con Salud y el Apoyo Social Percibido con un grupo de 120 mujeres residentes de diferentes barrios de comuna 10 de San Juan de Pasto, a través de un estudio correlacional de corte transversal, que cuenta con un aporte teórico – conceptual que permite abordar y discutir los fenómenos en cuestión.

Para la recolección de datos se utilizó la escala de Calidad de Vida relacionada con Salud es el SF36 de Ware y Sherbourne (1992) en la versión adaptada a Colombia, la cual consta de 36 ítems y presenta buena confiabilidad y validez, cuyo un alfa de Cronbach es mayor a 0.80 (García, Vera & Lugo, 2013). Para medir el apoyo social percibido se utilizó el Cuestionario MOS de apoyo social percibido de Sherbourne y Stewart (1991) en su versión validada para Colombia, compuesto por 20 ítems, el cual presenta buena consistencia interna con resultados de alfa de Cronbach entre 0.73 y 0.92 (Londoño et al., 2012).

Para análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS (versión 20 en español), empleando el coeficiente de correlación Spearman para determinar la correlación entre las variables de estudio, teniendo en cuenta que los datos no presentaron una distribución normal (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

***Palabras clave:*** Calidad de Vida Relacionada con Salud, Apoyo Social Percibido.

### **ABSTRACT**

This study will show the relation between health related quality of life, and perceived social support, in a group of one hundred twenty women residents of different neighborhoods belonging to Comuna 10 in San Juan de Pasto, Colombia, with a correlational quantitative study of transverse cutting, which had a theoretical and conceptual contribution, that allows to approach and discuss te phenomena in question.

The instruments used for data colleccion was the scale of health related quality of life SF36, developed by Ware y Sherbourne (1992), which consists of 36 items and present good reliability and validity, with a Cronbach's alpha higher than 0.80 (Garcia, Vera & Lugo, 2013). To measure perceived social support it was use the Questionnaire MOS of social support perceived, developed by Sherbourne and Stewart (1992) in the validated Colombian version. It consists of 20 items and present good reliability with a Cronbach's alpha between 0.73 and 0.92 (Londoño et al., 2012)

For the statistical analysis of data, it was used the package IBM SPSS (20 in Spanish version), Using the spearman correlation coeficient to analize the relation between variables, considering that data did not show a normal distribution (Hernández, Fernandez & Baptista, 2010).

**Key words:** health related quality of life, perceived social support.

## INTRODUCCIÓN

La salud ocupa un lugar prioritario en la agenda de desarrollo internacional, y las inequidades en materia de salud dentro de cada país, constituyen la principal preocupación de la comunidad mundial. De esta forma la investigación científica y las prácticas profesionales han permitido reconocer que los factores con mayor poder de determinación en el proceso Salud – Enfermedad son de naturaleza psicosociocultural (OMS, 2005).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) define a la salud como “El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 1). De esta forma el concepto de salud está fundamentado en un marco biopsicológico, socioeconómico y cultural, y por tanto la redefinición del concepto es de naturaleza dinámica y multidimensional; siendo la calidad de vida un concepto relacionado con el bienestar social, depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones ecológicas), elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población (Tuesca, 2005).

Los *Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)*, reconocen la interdependencia que existe entre la salud y las condiciones sociales, y muestran que sin logros significativos en la reducción de la pobreza, la seguridad alimentaria, la educación, el empoderamiento de las mujeres y la mejora de las condiciones de vida en los barrios pobres, los países no alcanzarán las metas de salud propuestas (OMS, 2005).

En Colombia, el conflicto armado, el problema del narcotráfico, la parapolítica, la corrupción gubernamental, entre otros factores sociales, han precipitado el incremento de situaciones de vulnerabilidad social; presentándose fenómenos como el desplazamiento, la extrema pobreza, delincuencia juvenil, analfabetismo, violencia intrafamiliar, embarazos a temprana edad, etc. Factores que traen consigo efectos nocivos en la calidad de vida y salud de las personas, donde el grado de afectación ha tenido mayor incidencia en poblaciones pertenecientes a sectores rurales, población juvenil, adultos mayores y mujeres (Carvajal, 2013).

Las mujeres, especialmente atraviesan hitos importantes en la historia, donde el escaso reconocimiento de sus derechos aún representa una brecha en la sociedad, además

de la evidente situación de vulnerabilidad y de violencia a la que se ven expuestas, la cual es exacerbada por el conflicto armado y el desplazamiento en el país; la exclusión, la victimización, la marginación social, la discriminación, el abuso sexual, el reclutamiento forzado, la prostitución forzada, embarazos tempranos, entre otros factores de riesgo que sitúan a la población en condiciones de vulnerabilidad en materia de derechos, salud, seguridad, etc (Agudelo, 2003; Chavez & Falla, 2004).

Teniendo en cuenta que la causa predominante en problemas de salud, reside en las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas, se hace necesario estudiar variables amortiguadoras que disminuyan los efectos nocivos sobre la salud y el bienestar en las poblaciones. Se ha encontrado que una variable que promueve el bienestar físico y mental en las personas, es el apoyo social que perciben de su entorno familiar, social, laboral, entre otros, donde las personas que se sienten más apoyadas, pueden tener un mayor autoconcepto, un estilo de afrontamiento adecuado ante el estrés, presentar altos niveles de autoestima y autoconfianza, mayor control personal y bienestar subjetivo, así como una mejor salud en general (Palomar & Cienfuegos, 2007).

La presencia del apoyo social percibido, es uno de muchos factores protectores de salud que se puede encontrar en comunidades que presentan alto riesgo frente a diferentes factores exógenos expresados en deficiencias a nivel salud, seguridad, higiene, entre otros. En el presente estudio se profundizó en el análisis entre las variables calidad de vida relacionada con salud y el apoyo social percibido, en un grupo de mujeres residentes de diferentes barrios de comuna 10 en la ciudad de San Juan de Pasto; población que se ha caracterizado por encontrarse expuesta a diferentes factores de riesgo de tipo social, psicológico, ambiental, cultural, etc (Narváez, 2013; Benavides & Portilla, S.F.).

Por lo tanto se entiende que a mejor apoyo social percibido por parte de las personas, sus niveles de calidad de vida serán mejores y por ende se incrementaran percepciones adaptativas frente al dolor, adecuadas relaciones interpersonales, buena condición física, desarrollo de roles sociales que involucren un adecuado nivel de salud, y finalmente la percepción de salud mental y física, demostrarán mejores niveles (Gonzales & Ollarves, 2012).

La importante función que cumple el apoyo social percibido en la calidad de vida relacionada con salud en poblaciones como las descritas con anterioridad, permite

establecer la importancia de profundizar en su estudio y análisis, donde además de dialogar con la teoría existente, se pueda generar un aporte teórico y estadístico que permita ampliar la discusión académica y práctica frente al tema; presentándose como guía útil para el desarrollo de estrategias que promuevan salud y bienestar en las comunidades. Resaltando la necesidad de sustentar un enfoque prospectivo frente a los procesos de salud – enfermedad, aspecto que se ha convertido en un factor decisivo en la agenda de prioridades tanto internacionales como nacionales y regionales.

Con el fin de ampliar el estudio y comprensión de los fenómenos en cuestión, a continuación se profundizará en la conceptualización y revisión teórica que se ha desarrollado desde diferentes autores, lo cual permitió orientar y guiar la presente investigación.

### ***Calidad de Vida Relacionada con Salud***

La Calidad de Vida ha sido un constructo estudiado desde el campo de la psicología de la salud en diferentes áreas, encontrándose campos específicos de medición para tratamientos en enfermedades crónicas, discapacidad, etc., sin embargo se ha mostrado la importancia del estudio del concepto como un principio organizador aplicable en la sociedad actual donde se propugna la planificación centrada en la persona, y la adopción de modelos de apoyo (Sharlock, 1996 citado por Gali, 2005).

En general la Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS), tiene que ver con la capacidad que tiene el individuo para realizar aquellas actividades importantes relativas al componente funcional, afectivo y social, los cuales están influenciados por la percepción subjetiva; lo anterior relacionado con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su situación familiar, amorosa y social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas (Botero & Pico, 2007).

En las últimas décadas, éste constructo se ha venido midiendo a través de diversos instrumentos que evalúan diferentes dimensiones, sin embargo, muchas de ellas coinciden en la importancia de la valoración personal de la salud, la función física y de rol, la variabilidad entre energía y fatiga, la preocupación por la propia salud, además de tomar en cuenta aspectos cognitivos (Pérez, De Labry, Delgado, Herrero, Muñoz & Liaño, 2005, citado por Gonzales & Ollarves, 2012).



De acuerdo con Espinoza & Misrachi (2005), el término calidad de vida se concibe como un constructo multidimensional, y su medición ha cobrado gran importancia especialmente enfocándose al desarrollo de políticas en salud que permitan mejorar las condiciones de vida de las personas, especialmente de aquellas que presentan dificultades en sus condiciones de vida, acceso a salud o condiciones sociales adversas (Augustovski, Gibbons & Rey, 2013).

### ***Dimensiones de Calidad de vida Relacionada con Salud***

La CVRS es estudiada por medio de ocho dimensiones entre las que se encuentran la Función Física, el Rol Físico, el Dolor Corporal, la Salud General, la Vitalidad, la Función Social, el Rol Emocional y la Salud Mental (Alonso & Cols. 1998; citado por Araya & Yáñez, 2006) las definen de la siguiente manera:

***Función Física.*** La función física es el grado en que la salud limita actividades físicas tales como: el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos.

***Rol Físico.*** Grado en el que la salud física interfiere o no en el trabajo y en otras actividades diarias, incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades.

***Dolor Corporal.*** Es la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, en el hogar o fuera de él. El sufrimiento por el dolor puede ser tan insistente que opaca otras necesidades básicas, aunque tiene trascendencia en las actividades diarias, ya que es propicia una retroalimentación acerca del funcionamiento del cuerpo (Taylor, 2007, citado por Torres, 2008).

***Salud General.*** Es la valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse. La salud es un estado de completo bienestar en los aspectos físicos, mentales y sociales del ser humano y no solo la ausencia de enfermedades o padecimientos (Organización mundial de la salud, 2005, citado por Torres, 2008).

***Vitalidad.*** Es el sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento. Es importante observar la energía y vitalidad que sienten las personas al verse enfermas frente a las que no presentan algún padecimiento (Oblitas, 2003, citado por Torres, 2008)

***Función Social.*** Se conoce como el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (Alonso & cols. 1998, citado por Araya & Yáñez, 2006).

***Rol Emocional.*** Grado en el que los problemas emocionales interfieren o no en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, rendimiento menor al deseado y disminución del esmero en el trabajo (Alonso & cols. 1998, citado por Araya & Yáñez, 2006).

***Salud Mental.*** Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general. La salud mental o psicológica es una integración multidimensional de la salud, complejo y dinámico ligado a factores biopsicosociales, económicos, culturales, entre otros (Sánchez, 1996, citado por Torres, 2008).

#### ***Calidad de Vida Relacionada con Salud y Vulnerabilidad Social***

Entenderemos por vulnerabilidad social de los grupos de la población de un estado o país en un período determinado, la condición que resulta de la exclusión de los beneficios de las políticas públicas de bienestar y del insuficiente acceso a los recursos vitales, bienes y servicios (Rodríguez Vignoli, 2004; Busso, 2001, citado por Morales & Guijón 2007).

Poblaciones que presentan diferentes tipos de desventajas sociales, se hacen vulnerables a presentar deficiencias en materia de salud, donde la pobreza como dimensión de la exclusión social ha estado ampliamente relacionada con el estado de salud de las personas, principalmente por enfermedades crónicas. A nivel individual la exclusión social está asociada con la falta de acceso a los servicios de salud, el estrés, la baja condición social y la mala salud (Sepúlveda & Álvarez, 2009).

Se ha comprobado que la mayor parte de la carga mundial de morbilidad y el grueso de las inequidades en materia de salud son debidos los determinantes sociales. Se ha confirmado el papel central de los factores sociales y ambientales en las grandes mejoras de salud registradas en la población de los países industrializados a principios del siglo XIX, donde las principales fuerzas impulsoras de la reducción de la mortalidad fueron los cambios en cuanto al suministro alimentario y las condiciones de vida de las poblaciones (OMS, 2005).

#### ***Calidad de Vida Relacionada con Salud en Mujeres***

Salazar (2010), realizó un estudio con un grupo de mujeres trabajadoras del sector informal, que habitan en el asentamiento Laura Simmons de la quebrada Pubus, uno de los sectores más vulnerables del municipio de Popayán, caracterizado por la presencia de población pobre, donde se la presencia de fenómenos como la violencia, el desplazamiento, hacinamiento, falta de vivienda, el rebusque como forma de empleo, mala alimentación, problemas de salud, discriminación y falta de ayuda, son características de esta población.

Este estudio concluyó que las mujeres trabajadoras del sector informal que deben aceptar condiciones laborales más precarias para poder cumplir con las obligaciones en su hogar, genera consecuencias negativas en términos de bienestar, presentando un alto grado de vulnerabilidad ante choques exógenos, expresado prioritariamente en las deficiencias en materia de higiene, salud y seguridad, estos aspectos influyen de manera negativa la salud en el trabajo y, por lo tanto su calidad de vida (Salazar, 2010).

#### ***Calidad de Vida Relacionada con Salud en Adultos Jóvenes***

Según Fernández (2006) la adultez temprana se caracteriza por ser una etapa en que la vitalidad alcanza su máximo nivel, aunque el nivel de estrés y tensión también se presenta en altos niveles. En cuanto refiere a la salud mental del adulto joven, se ha considerado que en esta etapa se adoptan nuevos roles sociales, familiares y laborales, teniendo en cuenta que se pueden llegar a culminar grandes metas y satisfacciones, como la creación de una nueva familia, conseguir o alcanzar metas profesionales, entre otros logros de objetivos vitales.

Pedraza, Ballesteros y Anzola (2010), encontraron que las mujeres más jóvenes entienden que la calidad de vida relacionada con salud hace referencia a la capacidad de disfrute de funciones nutricias y afectivas, donde los aspectos relacionados con armonía familiar y social son los más valorados. Además se encuentra que esta población relaciona los conceptos de apoyo familiar y social como los indicadores más significativos de calidad de vida. Las ideas de sentir y tener calidad, tranquilidad y bienestar al estar rodeado de personas, son componentes que se han relacionado mayormente con adecuados niveles de calidad de vida.

#### ***Apoyo Social Percibido***

Se abarca el Apoyo Social Percibido (ASP) con el objetivo de identificar el grado de satisfacción o seguridad que las personas tienen frente a los recursos del medio. Por tanto

el término se refiere a la confianza de la disponibilidad del apoyo social en caso de ser requerido (Barrón, 1996, Citado por Palomar y Cienfuegos, 2007). Es considerado como moderador de estrés (Lazarus y Folkman, 1984; Lin, Dean y Ensel, 1989; 1986; citados por Palomar y Cienfuegos, 2007), y como variable de gran relevancia en los procesos de salud enfermedad que favorece los procesos de adaptación personal, familiar, escolar y social (Musitu y Murgui, 2006, citados por Londoño et al., 2012).

El término apoyo social (AS) se comprende desde una mirada multidimensional, puesto que abarca muchas esferas del desarrollo del ser humano; en este sentido el ASP actúa como elemento en el acontecer de la persona, que genera uno o varios recursos provistos por otras personas, a partir de los cuales el individuo logra fortalecer sus procesos interaccionales y evolutivos, que además lo conduzcan a la búsqueda de un bienestar y satisfacción en su desarrollo (Gracia, 2006; Barra, 2004; Barón, 2005; Gottlieb, 1983 citado por Londoño, 2012; Heller, 1983, citado por Londoño, 2012).

De acuerdo con Gómez, Pérez y Villa, 2001 (citados por Vinaccia y Cols. 2008), el Apoyo Social Percibido se entiende como la valoración cognitiva de estar contando de manera fiable con otros, de esta manera ha demostrado tener más importancia e impacto sobre la salud y el bienestar que el apoyo social que en efecto se recibe. Las condiciones desde las cuales se desarrolla la perspectiva del apoyo social percibido, facilita la integración social, fomenta el bienestar psicológico, disminuye la susceptibilidad ante situaciones desfavorables y promueve la adaptación a condiciones favorables del individuo (Sandin, 2003, citado por Vinaccia et al., 2005).

### ***Dimensiones de Apoyo Social Percibido***

Sherbourne y Stewart (1991, citados por Londoño et al., 2012), han decidido establecer dimensiones, a continuación descritas, para entender de mejor manera la percepción que las personas realizan de la posibilidad de recursos que los círculos sociales brindan:

***Apoyo Emocional – Informativo.*** Se refiere a la percepción de tener apoyo de amigos, allegados o familiares, involucra en ese sentido la presencia de personas capaces de demostrar afecto, comprensión empática ante las situaciones que experimenta el sujeto (Taylor, 2007, citado por Torres, 2008).

***Apoyo Instrumental.*** De acuerdo con Sherbourne y Stewart (1991), la dimensión de apoyo instrumental se refiere a la evaluación que hace la persona de la existencia de miembros de la familia o allegados que posibiliten el acceso a recursos materiales o tangibles y que se consideren útiles para poder acceder a ellos en algún momento determinado (Taylor, 2007; Rodríguez y Carmelo, 2006).

***Apoyo Afectivo.*** Rodríguez y Carmelo (2006) señala que las demostraciones reales de amor, cariño o empatía, si bien contribuyen a la persona a sentirse valorado y apoyado durante cualquier situación, la necesidad de poder brindar dichos recursos a otra persona hace parte del apoyo afectivo.

***Interacción Social Positiva.*** La posibilidad de acceder y realizar actividades agradables y divertidas con las personas del entorno se refiere al establecimiento de interacciones sociales positivas (Chavez & Falla 2004; Rodríguez y Carmelo, 2006).

#### ***Apoyo Social Percibido y Vulnerabilidad Social***

El proceso que vincula el apoyo social y la vulnerabilidad social, ha sido estudiado por diferentes autores. Se ha encontrado que el apoyo social, especialmente el familiar, cumple un papel moderador entre autoestima y resiliencia y como amortiguador de los factores estresantes presentes en contextos de vulnerabilidad psicosocial (Encina & Leiva, 2013; Minichiello, 2007).

Ruiz, (2010), señala la importancia de las redes de apoyo social en las personas en situación de vulnerabilidad social, resaltando especialmente la posibilidad de permitirle a los sujetos una adecuada percepción frente al apoyo, pues si bien en muchas poblaciones la posibilidad de acceso a ayuda material, social, afectiva, etc. es tangible, el acceso a dichos recursos se limita por la percepción de las personas frente a los mismos.

#### ***Apoyo social percibido en Mujeres***

Se ha encontrado que la importancia del apoyo social percibido no solamente le permite a las mujeres hacerle frente a situaciones de estrés sino también vincularse a diferentes redes de apoyo en búsqueda de crecimiento personal y social, siendo el apoyo social afectivo el que influye de manera más significativa (Ángeles & Vico, 2014; Gonzales, Astudillo & Hurtado, 2013).

Gonzales et al. (2013), buscó evaluar la salud mental positiva y el apoyo social percibido en una muestra de 30 sujetos con discapacidad física, de los cuales el 50% fueron

mujeres con una media de edad de 45 años, se evidencio la diferencia en la percepción de apoyo de acuerdo al género, encontrando que la población femenina percibe mayores niveles de apoyo respecto de la población masculina, siendo el apoyo social afectivo el que revela mayor significancia, y su relación significativa con la salud mental positiva.

### ***Apoyo Social Percibido en Adultos Jóvenes***

Son diferentes las investigaciones y contextos en los cuales se ha estudiado la importancia del apoyo social percibido en adultos jóvenes, encontrando que independientemente de la situación vivida por la personal, estrés, discapacidad, desempleo, relaciones de pareja con dificultad, proceso académico, etc. Se ha encontrado que el apoyo social afectivo y de interacción social positiva muestran procesos que le permiten a la persona encontrar una mejor percepción de bienestar y de afrontamiento, mientras que el apoyo instrumental no indica relevancia significativa (Gonzales, 2006; Hernández, 2006).

De acuerdo con Hernández, (2006) la diferencia encontrada en la percepción de apoyo social en adultos jóvenes, radica en que dicha etapa refiere cambios personales, sociales y culturales que involucran la vinculación a diferentes grupos sociales que pueden ofrecer elementos de apoyo, la formación de una vida familiar, el distanciamiento del grupo nuclear familiar y la vinculación a la vida laboral. En este sentido el percibir un adecuado apoyo social en sus diferentes dimensiones, le permite a la persona hacerle frente a las situaciones conflictivas dadas por el cambio en el estilo de vida (Cienfuegos & Diaz, 2011).

### ***Calidad de vida Relacionada con Salud y su Relación con Apoyo social Percibido***

Ruiz (2010), plantea que la oferta de apoyo a partir de las redes sociales se convierte en un factor favorable para la adopción de comportamientos saludables así como también protege a la población frente a la posibilidad de asumir comportamientos que pongan en riesgo su bienestar. Barra & Vivaldi (2012) además indican que el bienestar psicológico muestra mayor relación con el apoyo social que la percepción de salud; el análisis de dichos resultados se orientan a que la percepción de bienestar no siempre está ligada a la presencia de enfermedades.

Rivas (2013) establece que el apoyo social, independientemente del abuso que reciba la mujer, actúa como factor protector de salud, lo cual permitía disminuir los síntomas de estrés postraumático, ansiedad y depresión, tras este tipo de eventos; y al mismo tiempo se

relaciona con el incremento de los niveles de autoestima, y una mayor adaptación a situaciones sociales específicas (Rivas, 2013).

Núñez, Tobon y Arias (2010), realizaron un abordaje del concepto de CVRS en un grupo poblacional no clínico, y su relación tanto con factores de salud, salud mental y componentes psicológicos, así como también con determinantes del proceso social que las personas afrontan, económico, familiar, etc. Se concluyó que la Calidad de Vida supone un abordaje interdisciplinario en el cual se debe tener significativa relevancia a la percepción que las personas hacen de su rol dentro de la sociedad y como este se ve afectado por variantes personales y sociales que limitan el desarrollo humano en diferentes situaciones vitales (Nuñez et al., 2010).

Quiceno, Vinaccia y Jimenez (2012), abordan el concepto de CVRS y algunos aspectos psicológicos como resiliencia y felicidad en hombres privados y no privados de la libertad, con el fin de evaluar las diferencias al respecto, los resultados señalan no se encontraron diferencias significativas entre ambas muestras a considerar las variables psicológicas evaluadas, a excepción de la dimensión de función social de la calidad de vida relacionada con la salud, lo cual ciertamente se explica por las limitaciones que las personas privadas de la libertad presentan sobre su rol en la sociedad y sobre su percepción de funcionalidad como tal (Quiceno, 2012).

Un estudio similar fue realizado por Gonzales (2009), quien comparo los niveles de CVRS en cuidadoras de personas dependientes en dos zonas rurales de Leon- Mexico, encontrando que los niveles del constructo en mención son mejores en las cuidadoras que cuentan con un buen apoyo familiar y social, un buen estado de salud y mantenían su nivel de actividad física y sentimientos positivos; asimismo se determinó que la calidad de vida disminuye en medida que se incrementa el nivel de carga y el apoyo social no es percibido como estable.

García (2009), abordó el concepto de CVRS en población inmigrante en edad productiva en España, justificando que el tema de inmigración se ha convertido en un hecho de valor significativo para el sistema sanitario español, se encontró que las personas inmigrantes presentaron peores resultados de salud en las dimensiones relacionadas con el dolor-malestar y ansiedad-depresión. Lo anterior se puede relacionar con las situaciones de vida que afronta este grupo poblacional, siendo que el verse expuestos a la separación de

raíces, costumbres o culturas, se relaciona con situaciones de malestar o tristeza las cuales incrementan sus estado al verse forzados a asumir labores de supervivencia que no son necesariamente las esperadas.

Diferentes autores llegan a la conclusión que el apoyo social se convierte en un factor protector ante las situaciones estresantes generadas por diferentes problemáticas, enfermedades, vulnerabilidad psicosocial, violencia, etc. y a partir de los recursos generados por la vinculación afectiva, emocional y los recursos brindados por la red de apoyo alcanzar estados de bienestar adecuados y herramientas que permitan hacerle frente a las situaciones específicas (Anaya, 2007; Gonzales, 2013; Molina et al, 2014; Pinto, 2014).

Un estudio con población en situación de vulnerabilidad psicosocial y de salud, realizado por Lubinga et al. (2013), en mujeres atendidas por complicaciones de aborto en el oeste de Uganda; examinó la asociación entre las complicaciones del aborto, el nivel de calidad de vida y el apoyo social percibido; concluyendo que los niveles de calidad de vida relacionados con la salud, disminuyen a raíz de las complicaciones o riesgos de aborto, mientras dichos valores pueden variar dependiendo de la percepción de apoyo social.

En México, se desarrolló una investigación con el objetivo de determinar los factores de protección que brinda una adecuada percepción de apoyo social en mujeres con experiencia de violencia conyugal, los resultados del estudio arrojaron dos particulares aspectos: en primera instancia que un grupo de mujeres no percibe tener ningún tipo de apoyo y señalan estar viviendo de forma catastrófica o sufriente por su condición de víctimas de violencia; y un segundo grupo de mujeres que refieren percibir algún tipo de apoyo, ya sea para salir de la situación de violencia doméstica o para encontrar recursos a fin de afrontar tal situación (Juárez, Marquez, Salgado, Ruelas & Reyes, 2014). Se señala que la presencia de apoyo social en sus diferentes componentes puede ser abundante, sin embargo si la persona es ajena a esta percepción de apoyo, los limitantes frente a la búsqueda de bienestar o recursos de afrontamiento serán limitadas.

García, Wlodarczyk, Reyes, San Cristobal y Solar (2014), realizaron una investigación relacionando los niveles de bienestar y apoyo social percibido, referidos al fenómeno de violencia de pareja en adultos jóvenes. los resultados no demostraron diferencias significativas en la percepción de apoyo social entre géneros, más los resultados permitieron concluir y corroborar que la variable de apoyo social percibido funciona como



factor protector en el bienestar de las personas; el estudio además pudo mostrar que los niveles de apoyo tienen que ver con los momentos y situaciones que las personas atraviesan en momentos determinados.

En Madrid, Piazzola, Ruiz, y Montero (2008), realizaron un estudio similar al anterior, pero enfocado en población femenina con edades entre 18 y 65 años, se encontró que las mujeres con mayores índices de apoyo social presentan menor probabilidad de ser maltratadas, además sus estrategias de afrontamiento utilizados en la situación particular son más efectivos. Otro aspecto que se tiene en cuenta es que la participación de las mujeres en grupos sociales y la percepción adecuada de apoyo social permite mejorar las condiciones de vida en las mujeres.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Determinar cuál es la relación existente entre Calidad de Vida Relacionada con Salud y Apoyo Social Percibido, en un grupo de mujeres residentes en diferentes barrios de la Comuna 10 de San Juan de Pasto.

### **Objetivos Específicos**

Identificar la percepción de Calidad de Vida Relacionada con Salud, en un grupo de mujeres residentes en diferentes barrios de la Comuna 10 de San Juan de Pasto.

Identificar la percepción de Apoyo Social en un grupo de mujeres residentes en diferentes barrios de la Comuna 10 de San Juan de Pasto.

Establecer la relación entre Calidad de Vida Relacionada con Salud y Apoyo Social Percibido, en un grupo de mujeres residentes en diferentes barrios de la Comuna 10 de San Juan de Pasto.

## **METODOLOGÍA**

### **Paradigma de la Investigación**

La investigación realizó desde el paradigma cuantitativo ya que se hará uso de la recolección de datos, se basará en la medición numérica y en el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento a través de la fundamentación teórica y la comprobación de hipótesis (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

### **Tipo de Estudio**

Este estudio está clasificado en estudios cuantitativos de tipo correlacional. El propósito es conocer la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables (Hernández, et al. 2010). Esta investigación evaluó la relación entre las variables Calidad de vida relacionada con Salud y Apoyo Social Percibido, en 120 mujeres residentes en diferentes barrios de la comuna 10 de San Juan de Pasto.

### **Diseño**

Esta investigación de corte transversal, se enfocó en analizar la relación entre las variables Calidad de vida Relacionada con Salud y Apoyo Social Percibido; donde la recolección de datos se hizo en un solo momento y en un solo punto del tiempo (Hernández, et al. 2010).

### **Población**

La población del estudio hace referencia al universo de la investigación sobre el cual se pudiese o no generalizar resultados. Por tanto la población de interés fueron mujeres residentes en barrios pertenecientes a la comuna 10 de San Juan de Pasto. Con el fin de delimitar la población se establecieron parámetros muestrales necesarios para el estudio.

### **Muestreo**

Se utilizó un muestreo por conveniencia de tipo no probabilístico el cual supone un procedimiento de selección informal, donde las pruebas estadísticas tienen un valor limitado y hablan de la muestra en sí, y no de la población en general. Al ser una técnica que consiste en seleccionar una muestra de la población por el hecho de que sea accesible, se deben reconocer las implicaciones teóricas y prácticas que esto refiere.

### **Muestra**

El presente estudio trabajó con una muestra de 120 mujeres voluntarias, residentes de los barrios: Cementerio, Nuevo Sol, Nueva Aranda, Bella Vista y Juan Pablo II; pertenecientes a la comuna 10 de San Juan de Pasto; estas mujeres además debieron cumplir con características específicas relacionadas a su edad, disposición y condición funcional, las cuales se hacen específicas en los criterios de inclusión de la presente investigación (Hernandez, Fernandez & Baptista, 2006).

### **Criterios de Inclusión y Exclusión de la Investigación**

Tabla 1.

*Criterios de Inclusión*

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Edad                     | Las participantes del estudio deben tener edades comprendidas entre 20 y 45 años   |
| Sexo                     | Participantes de género femenino.  |
| Residencia               | Las encuestadas deben tener lugar de residencia actual alguno de los barrios seleccionados en el presente estudio.                                       |
| Condición Funcional      | Integrantes que cuenten con facultades sensoriales y cognitivas que les permitan tener una comprensión adecuada de cada uno de los ítems de las pruebas. |
| Disponibilidad           | Se contará con participantes que tengan disposición para hacer parte de la investigación.  |
| Consentimiento Informado | Las participantes que diligencien el respectivo consentimiento informado.  |

Tabla 2

*Criterios de Exclusión*

|            |   |
|------------|---|
| Edad       | Población de menos de 20 años y mayores de 45.                                |
| Sexo       | Población de género Masculino.  |
| Residencia | Personas que no tengan como lugar de residencia actual, alguno de los barrios |

|                          |   |
|--------------------------|---|
|                          | seleccionados.  |
| Condición Funcional      | Población que cuente con limitaciones sensitivas o cognitivas, que no le permitan una comprensión adecuada de los ítems de las pruebas. |
| Disponibilidad           | Participantes que no tengan disposición para hacer parte de la investigación.   |
| Consentimiento Informado | Participantes que no presenten el consentimiento informado correspondiente.   |

### **Instrumentos de recolección de información**

La recolección de información se llevó a cabo mediante la administración de dos pruebas de carácter psicométrico que permitieron medir las variables de estudio y las cuales se describirán a continuación:

#### ***Cuestionario de Salud SF36***

El SF-36 Healthy Survey es un cuestionario de salud desarrollado para el Medical Outcome Study (MOS) por Ware y Sherbourne en 1992, que a partir de 36 ítems pretende medir 8 dominios genéricos sobre la salud, estos son: Funcionamiento Físico (FF), Rol Físico (RF), Dolor Corporal (DC), Salud General (SG), Vitalidad (VT), Funcionamiento Social (FS), Rol Emocional (RE) y Salud Mental (SM). Adicionalmente incluye un ítem de transitividad que indica el cambio en salud general con respecto al año pasado. Este ítem no se incluye en el cálculo de ninguna de las ocho escalas generales.

El cuestionario actualmente, por su utilidad y simpleza es el más usado en estudios de estados de salud a nivel mundial, siendo útil para estudios descriptivos como de evaluación. El SF-36 en su idioma original mostró confiabilidad y validez de apariencia, de contenido, de criterio (concurrente y predictiva) y de constructo. Se usó en más de 40 países en el proyecto International Quality of Life Assessment (IMIM, IQOLA 2005, citado por Araya & Yáñez, 2006)

Este instrumento ha mostrado buena confiabilidad y validez en el idioma original y en las adaptaciones lingüísticas y culturales. La versión colombiana del SF -36 fue adaptada

culturalmente en poblaciones sanas y enfermas. El coeficiente de Cronbach de las escalas fue mayor que 0,80, señalando una buena consistencia interna (García, Vera, & Lugo, 2013).

### ***Cuestionario MOS de apoyo social percibido***

El cuestionario MOS de apoyo social fue desarrollado por Sherbourne & Stewart, en el año 1991, pertenecientes al grupo The Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS) a partir de los datos del estudio MOS, que llevaba a cabo un seguimiento a dos años de pacientes con patologías crónicas (Rodríguez & Carmelo, 2006).

Se trata de un cuestionario autoadministrado que permiten investigar junto al apoyo global, otras cuatro dimensiones: 1) afectiva 2) de interacción social positiva 3) instrumental y 4) emocional/informacional. Consta de 20 ítems; el primero, encargado de investigar la red social (apoyo estructural), y pregunta por el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el entrevistado. Los ítems restantes evalúan el apoyo funcional, tienen una evaluación, mediante escala de Likert puntuando de 1 (nunca) a 5 (siempre); El instrumento ha sido validado en diferentes países y al ser un instrumento comprensible, de poco tiempo en su aplicación, y con altos índices de confiabilidad y validez, se considera una herramienta eficaz para evaluar el riesgo psicosocial en diversos ámbitos (Alonso, Montes, Menendez y Graca, 2007; Rodríguez, & Carmelo, 2007; Rodríguez, 2011); en la versión original del instrumento en el análisis factorial confirmatorio los componentes principales soportaron los 19 ítems para las cuatro subescalas (Sherbourne y Stewart, 1991, citados por Londoño et al., 2012).

La validación para Colombia del cuestionario, indica un coeficiente alpha de Cronbach con resultados favorables para los componentes entre .921 y .736, corroborando la consistencia de la prueba; se realizó validez factorial tanto para cuatro como para tres componentes (Londoño et al., 2012).

### ***Cuestionario sociodemográfico***

Elaborado por los autores, con base en estudios previos que describen ciertas características sociodemográficas como edad, estado civil, escolaridad y pertenencia a un grupo social; las cuales pueden presentar una relación con los niveles de percepción de calidad de vida y apoyo social en mujeres en etapa de adultez joven (Sepúlveda & Álvarez, 2012; Herrero & Gracia, 2005; Salazar, 2010; Muñoz, Gómez y Ballesteros, 2014). Su

principal objetivo fue recolectar información personal y social de las participantes, que posteriormente facilitó la organización de los resultados y permitió la verificación de las relaciones planteadas con las variables de estudio.

### **Procedimiento**

Se tuvieron en cuenta las siguientes fases en el desarrollo de la investigación:

#### **Fase I: Construcción teórica y metodológica**

La construcción teórica y metodológica de la investigación inició con la revisión de estudios previos, fuentes de información, material bibliográfico y revisión de proyectos realizados con grupos de mujeres, por parte de la Obra Social Casa de la Divina Providencia.

De esta forma se estructuró el tema de investigación y se definieron los conceptos que guían la misma: Apoyo Social Percibido y Calidad de Vida Relacionada con Salud. De acuerdo al planteamiento del problema se realizó la caracterización metodológica de la investigación, desarrollada en términos como paradigma, tipo de estudio, diseño, población, instrumentos de recolección de la información, hipótesis, variables, procedimiento y el plan de análisis de datos.

#### **Fase II: Aplicación de instrumentos**

Para la aplicación de los instrumentos de recolección de información, se informó de manera oportuna a la dirección de la Obra Social Casa de la Divina Providencia, obteniendo la autorización para la realización del estudio.

En este sentido y con el fin de recolectar la información se utilizaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de Salud SF36, desarrollado para el Medical Outcome Study (MOS), y elaborado por Ware y Sherbourne en 1992 (Vinaccia & Quiceno, 2011); El cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido en su adaptación Colombiana desarrollada por Londoño et al (2012); y el cuestionario sociodemográfico (Anexos 1, 2 y 3).

Con el fin de darle cumplimiento a los lineamientos éticos de la investigación, se brindó a las participantes la información respectiva sobre el objetivo de la investigación y pruebas a aplicarse, solicitando la aprobación y participación en la investigación mediante la firma del consentimiento informado.

#### **Fase III: Análisis de resultados y elaboración de informe final**

Para establecer el nivel de correlación entre las variables de estudio se utilizó el coeficiente de Spearman, teniendo en cuenta que los datos no presentaron una distribución normal y por lo tanto se ubica dentro de un análisis estadístico no paramétrico (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Se realizó el respectivo análisis estadístico donde las correlaciones del estudio se contrastaron con la teoría, permitiendo un análisis detallado frente diversos planteamientos teóricos relacionados con el tema, lo que a su vez permite formular conclusiones y abrir espacio a la discusión teórica y práctica frente a los temas abordados.

### **Plan de Análisis de Datos**

Luego de la aplicación de los instrumentos, se sistematizó la información obtenida en una base de datos en Excel 2010, posteriormente se realizó el análisis estadístico en el paquete SPSS version 20 en dos etapas, la primera fue el estudio univariado de los datos, describiendo el comportamiento de las variables de forma individual con estadísticos como media, moda, mínimo, máximo, desviación estándar, frecuencias, etc; Posteriormente se describe las variables sociodemográficas de la muestra, seguido a esto se realizó el análisis estadístico multivariado, conformado por el análisis de componentes principales; el cual permite obtener un número reducido de combinaciones lineales de las dimensiones de Apoyo Social Percibido que expliquen la mayor variabilidad de los datos originales. Finalmente se establece el grado de correlación entre las variables a través del coeficiente de correlación Spearman, empleado para estudios no paramétricos (Hernandez, Fernandez y Baptista, 2006).

### **Elementos éticos y bioéticos**

En el desarrollo del proyecto de investigación, se tuvieron en cuenta las disposiciones del código deontológico de psicología, asegurando la administración ética y responsable de la información, a fin de garantizar la integralidad de la población de estudio.

En ese sentido se brindó a las participantes la información necesaria de los elementos, objetivos y procedimientos para la elaboración del estudio, tras lo cual se realizó la firma libre y autónoma del consentimiento informado (Ley 1090 de 2006).

Las pruebas administradas en el estudio guardaron el rigor ético y metodológico para su debido manejo y cumplieron con las normas propias para la construcción de instrumentos, estandarización, validez y confiabilidad (Código Deontológico, 2006). Se

guardó absoluta confidencialidad de la información e identidad obtenida de las participantes en el desarrollo del estudio, esta información se mantendrá en sitio cerrado, dado que se utilizó exclusivamente con fines propios de la investigación bajo la responsabilidad de las investigadoras (Código Deontológico, 2006).

Los investigadores se hacen responsables del o los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales usados en la misma, del análisis de resultados y sus conclusiones, así como de la información recolectada, su divulgación y de las autas para su correcta utilización (Artículo 49, Código Deontológico, 2006).

## RESULTADOS

### Características sociodemográficas de la Muestra

Para el análisis se tuvieron en cuenta aspectos sociodemográficos de la población de mujeres, como la edad, el nivel de escolaridad, estado civil, lugar de residencia y la participación en diferentes grupos sociales.

La muestra estuvo conformada por 120 mujeres en edades entre 20 y 45 años, Se encontró que el promedio de edad de las participantes de la investigación fue de 31 años, con una desviación estándar de 7,72. En la siguiente tabla se evidencia que la mayoría de las participantes se ubicaron entre las edades de 20, 21, 22, 24, 26, 27 y 40 años de edad, siendo 20 años la edad mínima de las participantes y 45 años la edad máxima.

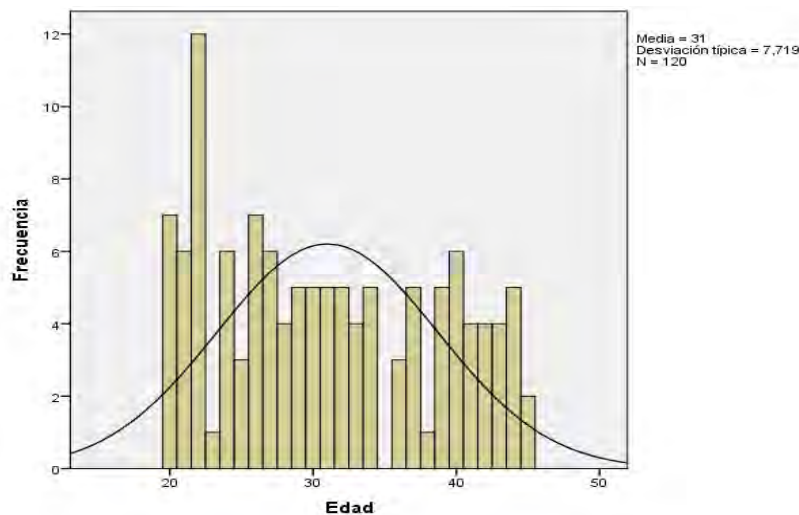


Figura 1. Distribución de la muestra según edad.

Con relación al nivel de escolaridad, se encontró que el 41,7% de la muestra cursó bachillerato, el 15,8% básica primaria, en igual medida cursaron Bachillerato Incompleto,



mientras el 10% han realizado estudios hasta básica primaria incompleta 10%, estudios técnicos 8,3%, y estudios profesionales 6,7%; Finalmente el 1,7% de la población es no escolarizada.

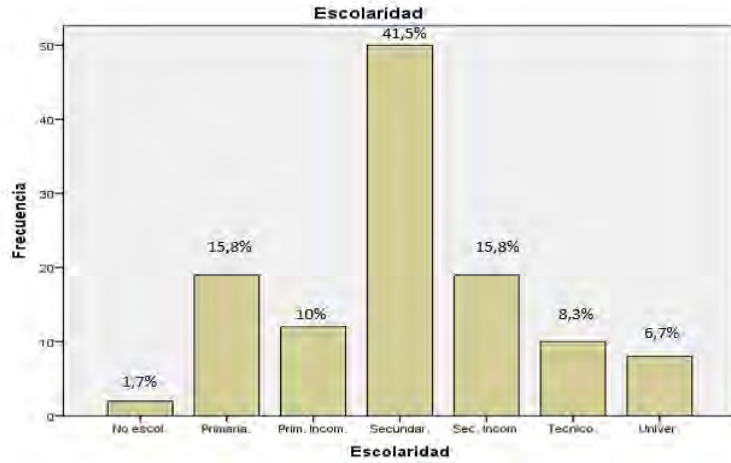


Figura 2. Distribución de la muestra según el nivel de escolaridad.

Tal como se indica en la figura 3, para el estado civil se presenta que el 45,8% de la muestra son mujeres solteras, seguido por un 30% de mujeres que se encuentran en unión libre con su cónyuge, un 20% de mujeres casadas y finalmente un 4,2% de mujeres separadas.

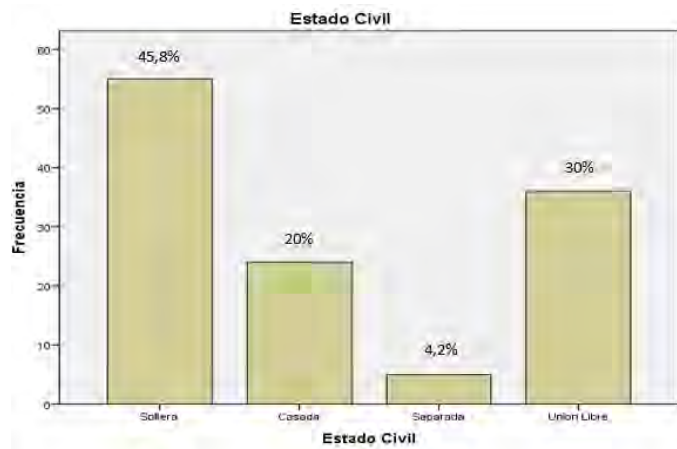


Figura 3. Distribución de la muestra según el estado civil.

Respecto al lugar de residencia de la muestra poblacional, en la figura 4 se indica el porcentaje de mujeres encuestadas en cada uno de los barrios considerados para el presente estudio, encontrándose un 30% de mujeres residentes del barrio nuevo sol, un 24,2% en el barrio Nueva Aranda, un 19,2% del barrio Juan Pablo II, un 15% del barrio Cementerio, y un 11,7% correspondiente a mujeres del barrio Bellavista.

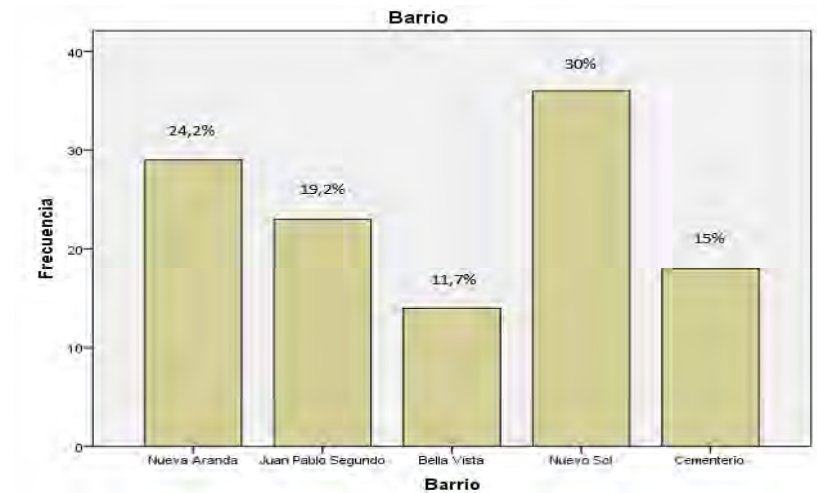


Figura 4. Distribución de la población según el lugar de residencia.

Finalmente se tuvo en cuenta si las participantes en el estudio pertenecían o no a grupos sociales organizados dentro de su comunidad, donde se encontró que solo el 27,5% de las mujeres participaban en diferentes grupos sociales organizados; mientras que el 72,5% de la muestra no se encontraba vinculado en algún grupo social.

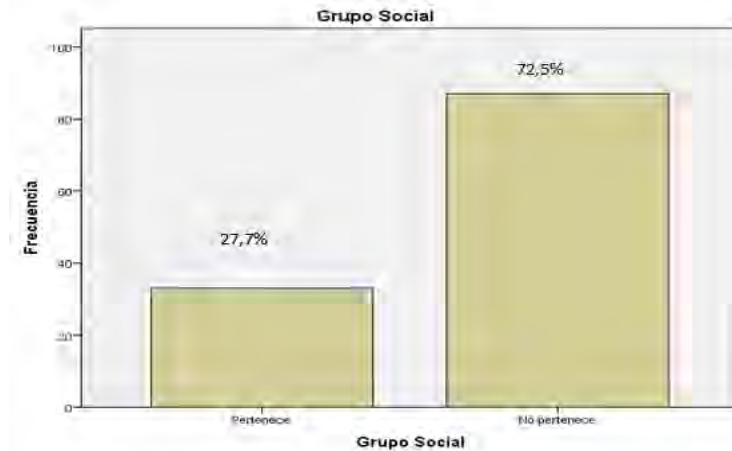


Figura 5. Distribución de la muestra según la participación en grupos sociales.

### Variables de Estudio

En la tabla 1 se observa la percepción de Calidad de vida relacionada con salud que tienen las participantes del presente estudio, la cual es en general buena, encontrando un puntaje mínimo de 23 y un puntaje máximo de 95, con una media de 70,4. También Se detectó el grado de apoyo social percibido por parte de la muestra, a través de los resultados arrojados por el instrumento MOS, encontrando un puntaje mínimo de 25 y un máximo de 97 con una media de 71.

Tabla 3

*Puntajes descriptivos de Calidad de Vida Relacionada con Salud y Apoyo Social Percibido*

|                        | Mínimo | Máximo | Media | Des. Típica |
|------------------------|--------|--------|-------|-------------|
| Calidad de Vida        | 23     | 95     | 70,4  | 16,24       |
| Apoyo Social Percibido | 25     | 97     | 71    | 15,8        |

*Calidad de vida relacionada con salud*

En la tabla 4, se observan las puntuaciones obtenidas en las dimensiones del instrumento SF36; las cuales mostraron valores altos en su mayoría a excepción de la percepción de Salud General y Vitalidad. El instrumento también incluye un ítem de transición de la salud, que pregunta sobre el cambio de estado de salud general respecto al año anterior, donde se obtuvo una media de 63,5 con desviación de 25,9; representando una valoración favorable respecto a la salud actual comparada con la del año anterior.

Tabla 4.

*Puntuaciones Calidad de vida relacionada con salud*

|              | Función Física | Rol Físico | Dolor Corporal | Salud General | Vitalidad | Función social | Rol Emocional | Salud Mental |
|--------------|----------------|------------|----------------|---------------|-----------|----------------|---------------|--------------|
| Puntuaciones | Alta           | Alta       | Alta           | Media         | Media     | Alta           | Alta          | Alta         |
| Media        | 79,43          | 82,82      | 73,2           | 59,46         | 62,62     | 75,17          | 68,6          | 66,8         |
| Desviación   | 28,8           | 33,9       | 24,5           | 17,9          | 16,7      | 20,9           | 42,6          | 17,0         |
| Mínimo       | 0              | 0          | 0              | 20            | 20        | 25             | 0             | 26           |
| Máximo       | 100            | 100        | 100            | 100           | 100       | 100            | 100           | 100          |

*Apoyo social Percibido*

En la tabla 5, se observan las puntuaciones obtenidas por la muestra en las dimensiones del instrumento MOS de apoyo social percibido. Observándose valores promedios altos en todas las dimensiones excepto para el apoyo instrumental con un valor medio de 13,56.



|                     |       |      |              |              |              |       |              |              |
|---------------------|-------|------|--------------|--------------|--------------|-------|--------------|--------------|
| Chi cuadrado        | 403   | 71.2 | 566.5        | 354.9        | 800.2        | 164.8 | 57.8         | 1030.4       |
| Significancia       | 0.83  | 0.97 | <b>0.02*</b> | 0.85         | 0.83         | 0.55  | 0.88         | 0.3          |
| <b>Escolaridad</b>  |       |      |              |              |              |       |              |              |
| Chi cuadrado        | 115.3 | 12.3 | 161.4        | 120.07       | 201.8        | 53.7  | 32.1         | 265.4        |
| Significancia       | 0.29  | 0.97 | <b>0.01*</b> | <b>0.05*</b> | 0.64         | 0.1   | <b>0.02*</b> | 0.26         |
| <b>Estado Civil</b> |       |      |              |              |              |       |              |              |
| Chi cuadrado        | 53.8  | 15   | 69.8         | 42.17        | 93.7         | 23.4  | 13.5         | 151.7        |
| Significancia       | 0.47  | 0.24 | 0.25         | 0.71         | 0.77         | 0.31  | 0.14         | <b>0.05*</b> |
| <b>Barrio</b>       |       |      |              |              |              |       |              |              |
| Chi cuadrado        | 57.4  | 9.47 | 96.7         | 71.54        | 147.4        | 27.5  | 7.63         | 193.2        |
| Significancia       | 0.89  | 0.89 | 0.16         | 0.23         | 0.31         | 0.48  | 0.81         | 0.08         |
| <b>Grupo social</b> |       |      |              |              |              |       |              |              |
| Chi cuadrado        | 20.6  | 4.52 | 23.2         | 6.42         | 50.44        | 12.6  | 0.92         | 46.12        |
| Significancia       | 0.29  | 0.34 | 0.32         | 0.97         | <b>0.04*</b> | 0.08  | 0.81         | 0.3          |

*Nota. FF=función física, RF=rol físico, DC=dolor corporal, SG=salud general, V=vitalidad, FS=función física, RE=rol emocional, SM=salud mental.*

### **Apoyo social Percibido y Variables sociodemográficas**

En este sentido, la tabla 7 indica los coeficientes de asociación obtenidos entre las dimensiones de la variable de Apoyo Social Percibido y las variables sociodemográficas, señalando una asociación significativa entre Interacción Social Positiva y Escolaridad.

Tabla 7

*Coeficientes de asociación entre las Variables Sociodemográficas y las dimensiones de Apoyo Social Percibido*

| Variables Sociodemográficas | Apoyo Social Percibido |                |                     |                    |
|-----------------------------|------------------------|----------------|---------------------|--------------------|
|                             | Apoyo Emocional        | Apoyo Afectivo | Interacción. Social | Apoyo Instrumental |
| <b>Edad</b>                 |                        |                |                     |                    |
| Chi cuadrado                | 644.8                  | 245.2          | 365.4               | 381.9              |
| Significancia               | 0.52                   | 0.39           | 0.74                | 0.2                |
| <b>Escolaridad</b>          |                        |                |                     |                    |

|                     |       |      |              |      |
|---------------------|-------|------|--------------|------|
| Chi cuadrado        | 185.6 | 67.7 | 131.9        | 64.1 |
| Significancia       | 0.09  | 0.23 | <b>0.01*</b> | 0.98 |
| <b>Estado Civil</b> |       |      |              |      |
| Chi cuadrado        | 90.8  | 33.2 | 41.7         | 40.8 |
| Significancia       | 0.21  | 0.31 | 0.724        | 0.64 |
| <b>Barrio</b>       |       |      |              |      |
| Chi cuadrado        | 115.9 | 38.9 | 60           | 64.7 |
| Significancia       | 0.28  | 0.51 | 0.61         | 0.31 |
| <b>Grupo social</b> |       |      |              |      |
| Chi cuadrado        | 26.3  | 10.9 | 16.7         | 24.1 |
| Significancia       | 0.50  | 0.36 | 0.4          | 0.06 |

### Relación entre las dimensiones de Apoyo Social Percibido y Calidad de Vida Relacionada con Salud

Con el fin de establecer la normalidad entre los datos obtenidos, se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, teniendo en cuenta que la muestra fue de un número superior a 50 participantes, por tanto se verifica la distribución de los datos de la variable Calidad de Vida Relacionada con Salud. Se encontró un nivel de significancia de 0,008, siendo este un coeficiente menor a 0,05 se rechazó la hipótesis nula, aceptando la hipótesis alternativa que indica que la distribución de los datos no es normal. La siguiente figura muestra el gráfico Q-Q de normalidad.

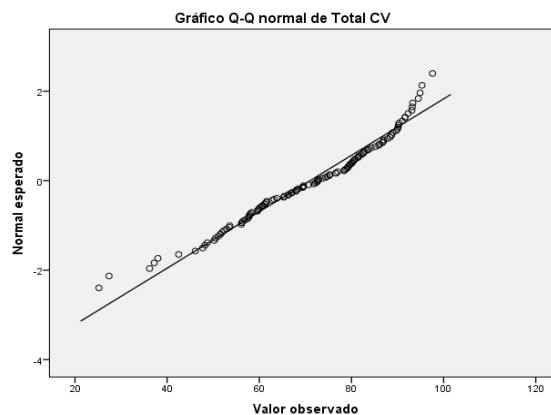


Figura 6. Gráfico Q-Q de normalidad de la variable Calidad de Vida Relacionada con Salud.

Con el fin de establecer los parámetros de confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos, se realizó el análisis de confiabilidad a través del alpha de cronbach, el cual para ambos constructos presentó una excelente fiabilidad, lo cual sugiere que los instrumentos miden aquello que pretenden medir, y que los ítems están altamente correlacionados entre sí midiendo un mismo constructo.

Para la prueba de apoyo social percibido MOS, se encontró un índice de confiabilidad alpha de cronbach de .933. Si se eliminaran los ítems: 11 y 17, se encontraría un índice de .927 y si se eliminara el ítem 2 el índice sería de .934; debido a que no se presenta una mayor diferencia, no se considera necesario eliminar algún ítem de la prueba, ya que en general este índice señala una excelente fiabilidad del instrumento. (ver tabla 8)

Tabla 8

*Indice de confiabilidad alpha de cronbach para apoyo social percibido*

|         | Alpha de Cronbach<br>si se elimina<br>el elemento |
|---------|---|
| Item 2  | ,934  |
| Item 3  | ,930  |
| Item 4  | ,929  |
| Item 5  | ,930  |
| Item 6  | ,931  |
| Item 7  | ,929  |
| Item 8  | ,928  |
| Item 9  | ,928  |
| Item 10 | ,932  |
| Item 11 | ,927  |
| Item 12 | ,932  |
| Item 13 | ,928  |
| Item 14 | ,928  |
| Item 15 | ,932  |
| Item 16 | ,929  |
| Item 17 | ,927  |
| Item 18 | ,928  |
| Item 19 | ,928  |
| Item 20 | ,933  |

Para la prueba de Calidad de vida relacionada con salud, se encontró un índice de confiabilidad alpha de cronbach de .912. Si se eliminan los items: 8,9, y 10 el índice sería de .906 y si se eliminan los items: 19 y 34 el índice será de .912; por lo tanto no se decide eliminar algún ítem para la aplicación de la prueba, ya que esta presentó excelentes niveles de fiabilidad, (ver tabla 9)

Tabla 9

*Indice de confiabilidad alpha de cronbach para Calidad de vida relacionada con salud*

|         | Alpha de Cronbach<br>si se elimina<br>el elemento |
|---------|---|
| Item 1  | ,910  |
| Item 3  | ,908  |
| Item 4  | ,907  |
| Item 5  | ,908  |
| Item 6  | ,907  |
| Item 7  | ,907  |
| Item 8  | ,906  |
| Item 9  | ,906  |
| Item 10 | ,906  |
| Item 11 | ,908  |
| Item 12 | ,911  |
| Item 13 | ,908  |
| Item 14 | ,908  |
| Item 15 | ,908  |
| Item 16 | ,908  |
| Item 17 | ,910  |
| Item 18 | ,911  |
| Item 19 | ,912  |
| Item 20 | ,910  |
| Item 21 | ,910  |
| Item 22 | ,910  |
| Item 23 | ,910  |
| Item 24 | ,910  |
| Item 25 | ,910  |
| Item 26 | ,910  |
| Item 27 | ,910  |
| Item 28 | ,911  |
| Item 29 | ,909  |
| Item 30 | ,911  |



|         |      |
|---------|------|
| Item 31 | ,910 |
| Item 32 | ,911 |
| Item 33 | ,910 |
| Item 34 | ,912 |
| Item 35 | ,911 |
| Item 36 | ,909 |

### *Análisis de Componentes Principales*

Se realizó el análisis de componentes principales a fin de reducir las combinaciones lineales de los 4 factores de Apoyo Social Percibido que pudieran explicar la mayor variabilidad de los datos. Encontrando una solución unifactorial donde el componente de Apoyo Emocional explica el 68,16% de la variabilidad de los datos originales. (Ver Tabla 10).

Tabla 10

*Matriz de análisis de componentes principales*

| Componente                  | Valor | Porcentaje de Varianza | Porcentaje Acumulado |
|-----------------------------|-------|------------------------|----------------------|
| Apoyo emocional             | 2,727 | 68,16                  | 68,16                |
| Apoyo Afectivo              | 0,658 | 16,44                  | 84,61                |
| Apoyo Instrumental          | 0,41  | 10,24                  | 94,86                |
| Interacción Social Positiva | 0,205 | 5,13                   | 100,00               |

### *Correlación Entre Variables de Estudio*

Para establecer el grado de correlación entre las variables se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, como medida de asociación lineal útil para establecer el grado de relación entre dos variables, en un estudio no paramétrico.

En la tabla 11 se presenta la correlación general obtenida para las variables Calidad de Vida Relacionada con Salud, y Apoyo Social Percibido, la cual arrojó un valor de 0.194 con un nivel de significancia de 0.034, por tanto se puede afirmar que existe una correlación positiva baja entre las variables de estudio.

Tabla 11

*Correlación entre Apoyo social Percibido y Calidad de vida relacionada con salud*

|                        |                   | Calidad de Vida Relacionada con Salud |
|------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| Apoyo Social Percibido | Coef. Correlación | 0.194*                                |
|                        | Rho de Spearman   |                                       |
|                        | Significancia     | 0.034                                 |

En la tabla 12 se presentan las correlaciones obtenidas entre las dimensiones de Apoyo Social Percibido y las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con Salud, las cuales indicaron la presencia de cinco correlaciones significativas entre algunas dimensiones como Rol Físico y Apoyo Instrumental Coef. Correlación: 0,187 (p= 0,041); Vitalidad y Apoyo Afectivo Coef. Correlación: 0.229 (p=0,012); Salud Mental y Apoyo Emocional Coef, Correlación: 0.34 (p= 0.000); Salud Mental y Apoyo Afectivo Coef. Correlación: 0,242 (p=0,008); Salud Mental y Apoyo de Interacción Social Coef. Correlación: 0,301 (p= 0,001). Siendo la correlación más baja la encontrada entre Rol Físico y Apoyo Instrumental, y la correlación más alta la encontrada entre Salud mental y Apoyo Emocional.

Tabla 12

*Correlaciones entre las dimensiones de Apoyo social Percibido y calidad de vida relacionada con salud*

| Calidad de Vida<br>Relacionada con Salud | Apoyo Social Percibido |                   |                         |                       |
|--|------------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|
|  | Apoyo<br>Emocional     | Apoyo<br>Afectivo | Apoyo de<br>Interacción | Apoyo<br>Instrumental |
| <b>Función Física</b>                    |                        |                   |                         |                       |
| Coefic. Correlación                      | 0,048                  | 0,094             | 0,118                   | 0,129                 |
| Significancia                            | 0,603                  | 0,308             | 0,199                   | 0,16                  |
| <b>Rol Físico</b>                        |                        |                   |                         |                       |
| Coefic. Correlación                      | 0,084                  | 0,043             | -0,02                   | <b>0,187*</b>         |
| Significancia                            | 0,36                   | 0,693             | 0,828                   | <b>0,041</b>          |
| <b>Dolor Corporal</b>                    |                        |                   |                         |                       |
| Coefic. Correlación                      | 0,014                  | 0,003             | 0,1                     | 0,071                 |

|                     |                |                |                |        |
|---------------------|----------------|----------------|----------------|--------|
| Significancia       | 0,88           | 0,97           | 0,275          | 0,441  |
| <hr/>               |                |                |                |        |
| Salud General       |                |                |                |        |
| <hr/>               |                |                |                |        |
| Coefic. Correlación | 0,078          | 0,095          | 0,1            | 0,009  |
| Significancia       | 0,399          | 0,3            | 0,276          | 0,92   |
| <hr/>               |                |                |                |        |
| Vitalidad           |                |                |                |        |
| <hr/>               |                |                |                |        |
| Coefic. Correlación | 0,174          | <b>0,229*</b>  | 0,15           | 0,083  |
| Significancia       | 0,057          | <b>0,012</b>   | 0,103          | 0,369  |
| <hr/>               |                |                |                |        |
| Función Social      |                |                |                |        |
| <hr/>               |                |                |                |        |
| Coefic. Correlación | 0,15           | 0,156          | 0,177          | -0,003 |
| Significancia       | 0,102          | 0,089          | 0,053          | 0,976  |
| <hr/>               |                |                |                |        |
| Rol Emocional       |                |                |                |        |
| <hr/>               |                |                |                |        |
| Coefic. Correlación | 0,125          | 0,04           | 0,125          | -0,025 |
| Significancia       | 0,175          | 0,668          | 0,173          | 0,786  |
| <hr/>               |                |                |                |        |
| Salud Mental        |                |                |                |        |
| <hr/>               |                |                |                |        |
| Coefic. Correlación | <b>0,340**</b> | <b>0,242**</b> | <b>0,301**</b> | 0,165  |
| Significancia       | <b>0,000</b>   | <b>0,008</b>   | <b>0,001</b>   | 0,072  |

*Nota. \*\*= la correlación es significativa al nivel 0.001, \*=la correlación es significativa al nivel 0.05.*

## DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación existente entre la Percepción de Apoyo Social y la percepción de Calidad de Vida Relacionada con Salud en un grupo de mujeres residentes de los barrios Nuevo Sol, Nueva Aranda, Bella Vista, Cementerio y Juan Pablo II, pertenecientes a la Comuna 10 de San Juan de Pasto. Sector de la ciudad que cuenta con dinámicas sociales, culturales y ambientales; caracterizadas por una marcada dificultad en el acceso a diferentes servicios, sobre todo en materia de salud y seguridad; además de la presencia de altos índices de violencia, desplazamiento, consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), marginalidad y exclusión social, entre otras dinámicas que sitúan a la población como vulnerable frente a diferentes factores de riesgo que pueden afectar considerablemente su calidad de vida y salud (Bohada, 2010).

Factores de riesgo potenciales, como los mencionados con anterioridad, pueden traer consigo efectos nocivos en la calidad de vida y salud de las personas, donde el grado de afectación ha tenido mayor incidencia en poblaciones pertenecientes a sectores rurales, población juvenil, adultos mayores y mujeres; encontrando para esta última indicadores que evidencian una brecha de desigualdad frente a sus derechos y oportunidades (Carvajal, 2013).

En Colombia, aspectos como una baja participación política en general, maltrato y violencia en diferentes modalidades (violencia de género, intrafamiliar e interpersonal), continúan presentándose con mayor incidencia dentro de la población femenina (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2013).

En Pasto, las cifras que rodean la situación de la mujer, indican que hasta el mes de marzo de 2015 se han reportado un total de 863 casos de mujeres víctimas de violencia interpersonal en familia y 59 casos de mujeres víctimas de violencia en comunidad. Siendo el rango de edades comprendido entre los 20 y los 44 años, el que presenta mayor frecuencia; las cifras de violencia sexual revelan un total de 124 casos en lo que va del año, lo cual duplica la cifra reportada para 2014; frente a los datos de violencia autoinflingida, los reportes señalan que para 2015 se han reportado un total de 106 mujeres (Observatorio del Delito Alcaldía de Pasto, 2015)

La brecha de género frente a las oportunidades laborales entre hombres y mujeres en Pasto representan una clara muestra de desigualdad, donde la cifra se ha mantenido entre el 10,55% y el 14,2% en el periodo entre 2005 y 2011; frente a la tasa de ocupación las mujeres presentan un 53,1%, 10 puntos por debajo del dato masculino; el desempleo masculino representa 3,7 puntos menos que el de las mujeres (10,4% frente a 14,1%), mientras la inactividad en la mujeres es mayor con un 38,2%, 12 puntos por encima que los hombres (Red ORMET, 2013).

Los datos presentados con anterioridad, permiten aseverar la situación de la mujer en la ciudad de Pasto, sobretodo en aquellas edades comprendidas entre los 20 y 45 años; donde al parecer la presencia de desempleo, escaso aprovechamiento de tiempo libre, y la vulneración de derechos, continúan siendo características significativas. Situación que se agrava en contextos de alta vulnerabilidad social. Esta situación altamente negativa, presente en una etapa vital donde se alcanza el tope máximo de la vitalidad y se adoptan

nuevos roles sociales, familiares y laborales; se ha convertido en una marcada preocupación en la agenda de desarrollo de las comunidades a nivel regional.

Según Salazar (2010) se ha determinado que repercusiones negativas en materia de salud y calidad de vida de las mujeres como deterioro en su función física, salud mental y salud en general, pueden presentarse sobre todo cuando sus condiciones de vida no son las más óptimas. Las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas, se han considerado una causa predominante en los problemas de salud a nivel mundial; por tanto se hace necesario estudiar variables amortiguadoras que disminuyan los efectos nocivos que tienen numerosos factores de riesgo, sobre la salud y calidad de vida de las poblaciones.

Una variable altamente relacionada con el bienestar físico y mental en las personas, es el apoyo social que perciben de su entorno, donde las personas que se sienten más apoyadas, presentan un mayor autoconcepto, estilos de afrontamiento más adecuado, y conductas adaptativas frente a situaciones estresantes (Cienfuegos, 2007).

El apoyo social percibido como factor protector de salud, permite que en comunidades de alto riesgo y vulnerabilidad social, mejoren los estilos de afrontamiento frente a situaciones estresantes e incrementen evaluaciones positivas sobre la disponibilidad, cantidad y calidad de recursos con los que cuenta el sujeto; permitiendo además el desarrollo de habilidades y competencias, que posibilite afrontar adaptativamente situaciones estresantes, incrementando los niveles de autoestima y autoconfianza, fomentando un mayor control personal y bienestar subjetivo, así como una mejor salud en general (Palomar & Cienfuegos, 2007).

Se ha encontrado conceptualmente una relación entre la percepción de Calidad de Vida Relacionada con Salud y la percepción de Apoyo Social; donde dimensiones como el apoyo afectivo, la compañía social, las expresiones de cariño, amor, afecto, el compartir sentimientos y situaciones con el fin de buscar soluciones conjuntas; se relacionan de forma positiva con buenos niveles de salud física y mental de las personas, mejores estrategias de adaptación al entorno, mayores niveles de autoconfianza y autoeficacia, así como también se asocia al uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas (Palomar & Cienfuegos, 2007; Quiceno & Cols. 2012).

Al respecto, los datos encontrados en la investigación indican que las mujeres encuestadas, residentes de los barrios seleccionados, pertenecientes al sector de Comuna 10 en San Juan de Pasto; perciben adecuados niveles tanto de Calidad de Vida Relacionada con Salud como de Apoyo Social Percibido, lo cual representa una adecuada valoración tanto de su salud física como mental, considerando niveles adecuados de compañía, apoyo y/o afecto, en un entorno que les facilita recursos emocionales, sociales, personales, y/o materiales.

Frente al primer objetivo planteado, el cual fue orientado hacia la identificación de la percepción de Calidad de Vida Relacionada con Salud que presenta el grupo de mujeres encuestadas, se encontró en general altos niveles de calidad de vida relacionada con salud, lo cual indica que el grupo estudiado tiene una adecuada evaluación y un alto nivel de satisfacción respecto a su funcionalidad física, como también en diferentes ámbitos de su vida personal y social.

Se encontraron puntuaciones altas en seis de las ocho dimensiones de calidad de vida, y puntuaciones medias en la percepción de salud general y vitalidad, lo cual señala que la muestra presenta una autoevaluación totalmente positiva acerca de sus funciones y roles físicos, como también de su función social, rol emocional y salud mental. Los valores medios encontrados en la percepción de vitalidad y salud general, indican que la muestra evaluada no presenta una percepción totalmente positiva acerca de su estado actual de salud, ni de su visión a futuro; como tampoco de sus niveles de energía y vitalidad.

Es importante resaltar que la muestra de mujeres encuestadas, presentan altos índices de Calidad de vida Relacionada con salud, a pesar de residir en una zona que ha sido catalogada de alta peligrosidad debido a la presencia de índices significativos de violencia, desplazamiento, y consumo de SPA, donde además se encuentran situaciones que rayan en la marginalidad y exclusión social.

Amar, Abellos & Acosta (2005) señalan la importancia en la detección de factores de riesgo en las comunidades así como el desarrollo de habilidades que reduzcan el impacto de éstos. Estas habilidades hacen referencia tanto a características propias de la estructura psicológica del sujeto como a elementos contextuales, que neutralizan los efectos de los factores de riesgo y son llamados factores protectores de salud.

Los factores de riesgo son conductas y comportamientos que limitan el desarrollo de individuos y poblaciones, que emergen como resultado de procesos que se dan en el interior de la familia, escuela y el medio sociocultural, mientras que los factores protectores disminuyen la probabilidad de caer en un comportamiento de riesgo e influyen sobre el nivel de riesgo en las experiencias individuales, moderando las relaciones entre el riesgo y efecto del comportamiento.

En general la percepción de las mujeres encuestadas frente a su salud física y mental es buena, a pesar de los factores de riesgo frente a los cuales se podrían ver expuestas en materia de higiene, seguridad, salubridad, etc.; lo cual permite aseverar que la posibilidad de desarrollar factores protectores de salud permite que la población desarrolle un mayor ajuste físico, psicológico, y social frente a las diversas experiencias estresantes, características de contextos como el abordado en el presente estudio.

Respecto al segundo objetivo planteado, se encontró que la muestra presenta niveles medio-altos de apoyo social percibido, lo cual indica que en general las mujeres encuestadas perciben la presencia de personas con quienes pueden compartir y recibir demostraciones de amor, cariño o empatía, y estas estarían disponibles siempre que el sujeto las necesite. Tres de las cuatro dimensiones de apoyo presentaron puntuaciones altas, exceptuando el apoyo instrumental; esto indica que en general, la muestra percibe la presencia de personas con quienes pueden compartir situaciones personales, expresar afecto, comunicar problemas, recibir consejos, y expresar emociones y sentimientos; mientras que los sujetos perciben la presencia de apoyo material o tangible, solo en algunas ocasiones.

Se encontraron puntuaciones medio altas del apoyo social percibido por parte de las mujeres encuestadas. Esto indica que en comunidades como las abordadas en el presente estudio el apoyo social continúa siendo un importante recurso que le permite al sujeto acceder a recursos a través de las personas con quienes interactúa. Caplan (1974, citado por Díaz, 2006) refiere que durante el desequilibrio experimentado por un sujeto ante un periodo de crisis, el individuo se vuelve susceptible a la influencia de otros y el recibir ayuda es uno de los mayores determinantes para alcanzar buenos niveles de bienestar.

A pesar de encontrarse puntuaciones medio- altas de apoyo social percibido (subjetivo), descritas por las participantes desde un nivel micro (relaciones íntimas), se

debe tener en cuenta que la percepción podría ser un reflejo de la forma en que se ven a sí mismas y no de las condiciones sociales reales por las que atraviesan, dado que en ocasiones se dan procesos de apoyo que son apenas observables en las interacciones sociales y que, sin embargo, podrían ser los responsables de la superación de crisis personales o situaciones difíciles. De acuerdo con Bronwell & Shumaker (1984, citado por Díaz, 2006), la mayoría de los intercambios son automáticos y no se evalúan.

Por lo tanto es necesario profundizar en el análisis del apoyo social recibido (objetivo), el cual maneja una perspectiva estructural del apoyo social y centra su interés en el análisis de las condiciones objetivas que constituyen la red social, donde además se describen las relaciones que el individuo establece con otras redes de apoyo, desde un nivel meso (redes sociales) y macro (integración y participación social) Lo cual podría verse mayormente relacionado tanto con la enfermedad, como con el bienestar y la salud del individuo (Díaz, 2006).

En tercer lugar se analiza la relación entre las variables Calidad de Vida Relacionada con Salud y Apoyo Social Percibido, encontrando que ambos constructos se encuentran relacionados entre sí, sin embargo la relación entre las variables no es muy fuerte; lo cual sugiere la presencia de otras variables que pueden presentarse mayormente relacionadas con las variables de estudio.

Las transacciones del apoyo, sirven como una asistencia en el afrontamiento que facilita o impide el ajuste físico y psicológico, este a su vez se presenta como un factor complejo de adaptación cuyo efecto en el bienestar y salud de las comunidades, debe tener en cuenta las demandas del estresor, el tipo de apoyo dado y las características del individuo.

La muestra encuentra al apoyo social altamente relacionado con los niveles de salud mental, mientras que no lo está con otros componentes, especialmente con los relacionados a la salud física. Esto sugiere la necesidad de ahondar en otras variables que puedan estar mayormente relacionadas con la percepción que tienen acerca de la salud a nivel físico.

Se ha encontrado que en personas que se desenvuelven en un medio de alto riesgo y vulnerabilidad para su salud, variables como, la nutrición, un adecuado ejercicio físico, comportamientos y estilos de vida saludables, características ambientales adecuadas, así como una atención oportuna en servicios de salud, son considerados factores altamente



relacionados con la percepción de Salud en general (Galva, Romero, Rodriguez, Durand. Colmenares & Salivand, 2006).

Según Fernandez, Ubillos, & Zubieta (2005) a pesar de que una adecuada percepción de apoyo social genera sentimientos de pertenencia y de una mayor disponibilidad de recursos; es importante resaltar que no solo el apoyo afectivo funcional que proviene de las relaciones más íntimas con familia, amigos y comunidad, puede influir en el adecuado funcionamiento físico y psicológico de la persona; sino que es necesario estudiar el origen estructural de los estresores a lo que se ve expuesto diariamente el sujeto, como las condiciones de vivienda, alimentación, trabajo, atención en servicios de salud (Godinho, 2009; Gonzales, Astudillo & Hurtado, 2013; Anaya, 2007).

En este sentido se ha encontrado que variables psicosociales como la resiliencia, buenos niveles de autoeficacia y autoestima, índices de satisfacción vital, y uso adecuado de estrategias de afrontamiento, son otras variables que se ven altamente relacionadas con niveles satisfactorios de calidad de vida relacionada con salud (Quiceno, et al. 2012; Granero, Fernández, Marquez, Rodriguez y Parron. 2012; Urzua, 2010; Fernández, 2005; Cardona, 2010).

En cuanto a la relación entre las dimensiones de las variables Calidad de Vida Relacionada con Salud, y Apoyo Social Percibido, se encontraron cinco correlaciones significativas, donde la más baja fue la encontrada entre Rol Físico y Apoyo instrumental. Esta correlación sugiere que en contextos que se encuentran mayormente desprotegidos ante daños potenciales a la salud debido a la baja percepción de recursos personales, familiares, sociales, económicos o institucionales; la posibilidad de recibir ayuda tangible o física, y de recibir buena atención en materia de salud, puede contribuir a que el individuo mejore su condición física, recuperando actividades propias en su desempeño desde el campo laboral, familiar, económico y social (Sepúlveda & Álvarez, 2012).

La correlación encontrada entre Vitalidad y Apoyo Afectivo, señala que la percepción de demostraciones percibidas por el sujeto como significativas frente al cariño y afecto proveniente de personas cercanas como familiares y amigos, se encuentra relacionada con una disminución en el nivel de estrés, agotamiento y cansancio en las mujeres encuestadas, lo cual permite disminuir la probabilidad de presentar consecuencias adversas para su salud, posibilitando además un mayor ajuste psicológico (Muñoz, et al., 2014).

Las correlaciones más significativas dentro del presente estudio, fueron las encontradas entre Salud Mental y Apoyo Emocional, Salud mental y Apoyo Afectivo y Salud Mental y Apoyo de Interacción Social, siendo la primera correlación, la más alta y significativa entre las variables relacionadas. Esta correlación indica que el el apoyo emocional que perciben las personas de sus parientes, amigos o allegados más cercanos, con quienes comparten sentimientos de competencia en el desempeño de roles (proporcionando compañía, consejo, ayuda práctica y empatía), se relaciona significativamente con bajos niveles de depresión, buenos estilos de afrontamiento ante diferentes estresores, y en general con una mejor salud mental (Herrero & Gracia, 2005).

La salud mental se ha visto mayormente relacionada con la percepción de apoyo emocional/informacional, teniendo en cuenta que las capacidades de resiliencia, afrontamiento y resolución de problemas presentan mayor activación cuando los sujetos se sienten capaces de recibir y brindar información, consejos o experiencias con quienes comparten sentimientos de cariño y empatía (Torres, 2008; Orcasia, 2010; Nekane, 2004; Barron, 2001; Vinaccia, 2008).

El apoyo social percibido se convierte en un factor moderador en situaciones altamente demandantes, lo cual sugiere que la influencia amortiguadora es menor cuando las demandas exceden los recursos del sujeto y son consideradas como muy estresantes. Por esta razón el apoyo social se ha convertido en un importante factor de resiliencia para víctimas de violencia, ya que reduce los niveles de ansiedad y depresión, reduce el riesgo de suicidio y síntomas de estrés postraumático, y además aumenta una mayor autoestima (Buesa & Calvete, 2013)

Otra correlación importante fue la encontrada entre Salud Mental y Apoyo afectivo, la cual indica que las demostraciones de amor, cariño o empatía percibidas tanto a nivel familiar como de las amistades, puede funcionar como un amortiguador ante situaciones vitales estresantes, mostrando relaciones significativas con la resiliencia y con el ajuste psicológico de individuos que se encuentran en riesgo y vulnerabilidad social. Además individuos que manifiestan altos niveles de apoyo social afectivo percibido tienden a evaluar como menos amenazante el entorno, lo que les facilita el implementar estrategias de afrontamiento, más activas y racionales (Leiva, Pineda y Encina, 2013)

Los resultados obtenidos en la correlación entre Salud Mental y el apoyo de Interacción Social Positiva, se refuerza con los estudios presentados por Palomar & Cienfuegos (2007), quienes han encontrado altos niveles de relación entre el tiempo que las personas comparten a fin de realizar actividades informales, o de ocio y distracción, con bajos niveles de depresión, una mayor autoestima y autoconfianza, buenos estilos de afrontamiento ante los estresores cotidianos y en general buena salud mental; lo cual se convierte en un factor protector frente a situaciones de marginalidad, exclusión social y pobreza. La interacción social con los miembros y organizaciones de la comunidad constituye una importante fuente de apoyo para las personas, donde no sólo se pueden obtener importantes recursos, información y ayuda, sino también un sentimiento de pertenencia y de integración a una comunidad más amplia con importantes implicaciones para el bienestar individual y social (OMS, 2015).

Cabe resaltar que las relaciones mayormente significativas dentro del presente estudio muestran la relevancia de profundizar en el análisis y estudio del apoyo social y la relación que presenta con la salud mental de las poblaciones; teniendo en cuenta que la percepción del apoyo es, en sí misma, una medida del bienestar y, como tal, influye directamente en variables personales como el auto concepto, la sensación de control y la autoconfianza. Estas variables, a su vez, afectan a la sensación de apoyo podría decirse que “la percepción de apoyo juega un rol en los procesos de evaluación del estrés y sirve como una habilidad de afrontamiento (Díaz, 2006).

Finalmente se establecen asociaciones entre las variables de estudio, y variables sociodemográficas como: Edad, Escolaridad, Estado Civil, Barrio y pertenencia a grupos sociales organizados por la comunidad. Este ejercicio tuvo como finalidad, determinar la existencia de asociación entre las variables, las cuales puedan ser foco de atención dentro del presente trabajo investigativo, y en futuros estudios.

En primera instancia se establece el grado de asociación entre las dimensiones del constructo calidad de vida relacionada con salud y las variables sociodemográficas establecidas, encontrando las siguientes asociaciones estadísticamente significativas: dolor corporal se asoció con la edad y la escolaridad de las mujeres encuestadas; la salud general y el rol emocional de las participantes se encuentra asociado a su nivel de escolaridad. La salud mental de la muestra se asoció significativamente con su estado civil, y finalmente el

componente de vitalidad tuvo un grado de asociación significativo con la pertenencia o no a grupos sociales organizados.

En cuando a la asociación entre de dolor corporal y edad, se ha encontrado que la etapa de desarrollo vital por la que atraviesa cada ser humano, se relaciona con el deterioro progresivo en materia de salud; teniendo en cuenta que si no se adoptan comportamientos y estilos saludables, la salud física tiende a disminuir con los años, presentándose enfermedades degenerativas y crónicas e intensificándose los niveles de dolor percibido (Olivares & Cruzado, 2008).

López & Calero (2008) señalan que existe una relación entre la sensibilidad al dolor y determinadas variables psicológicas en mujeres adultas sanas, donde la reevaluación positiva frente al estrés y la apertura mental, predicen con alta probabilidad la presencia de bajos niveles de dolor. Teniendo en cuenta lo anterior se esperaría que las mujeres que cuentan con mayor nivel de escolaridad, presenten estrategias de afrontamiento mayormente adaptativas frente al dolor, teniendo en cuenta que desde la variable denominada «apertura mental», se encuentra que las mujeres menos sensibles al dolor se caracterizan por mostrar un mayor interés de vivir nuevas experiencias culturales y educativas.

Frente a la asociación significativa encontrada entre salud general y rol emocional, con los niveles de escolaridad de las participantes, se ha encontrado que el contar con niveles altos de escolaridad permite desarrollar alternativas de solución de problemas más adecuadas, lo cual disminuye los impactos del estrés y autovaloración negativa (Hernández, Gonzales & Ruiz, 2008). En general un mayor nivel de estudios se asocia significativamente con una mejor salud, teniendo en cuenta que la escolaridad es considerada como un indicador de la posición socioeconómica, donde personas con mayor nivel de estudios tienen un estatus de salud mayor en comparación con aquellas cuyo nivel es bajo, debido a que un estrato socioeconómico menor es asociado con la reducción en gastos familiares, cambios en los hábitos alimenticios, falta de vivienda, y dificultades en acceso a servicios de salud (Medrano, Rojas, Cerrano, Flores, Aedo & López, 2013)

Con relación a la salud mental y el estado civil, se ha encontrado que el sentirse parte de una familia conformada, y establecer vínculos seguros y estables con la pareja, se

asocia con adecuadas medidas de autoestima, confianza, resiliencia y salud mental (Álvarez & Sepúlveda, 2009).

Finalmente, frente a asociación encontrada entre vitalidad y la pertenencia a grupos sociales organizados, Álvarez & Sepúlveda (2009); Yanguas (2004), Remor & Reich (2010); entre otros, han encontrado que factores como la exclusión social o la no pertenencia a grupos sociales, se asocia a niveles elevados de estrés, depresión y por tanto niveles bajos de energía y vitalidad. Mientras que la pertenencia y participación en los mismos se ve relacionado con altos niveles de autoeficacia, y una buena percepción del funcionamiento físico y social de la personas.

De la misma forma se establece el grado de asociación entre las dimensiones del constructo Apoyo social percibido y las variables sociodemográficas que se tuvieron en cuenta en el presente estudio. Encontrando una única asociación relevante entre el Apoyo de interacción social y la Escolaridad de las participantes. Esto señala que los procesos de formación y aprendizaje se vinculan al desarrollo social y la capacidad de las personas de generar espacios de interacción y vinculación emocional; donde el desarrollo de comportamientos altruistas, tienen consecuencias positivas sobre el bienestar y la autoestima de las personas (Piliavin & Chagn, 1990, citados por Morales, et al. 2007).

### **CONCLUSIONES**

La CVRS es un concepto que permite evaluar la percepción subjetiva de salud así como el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, sus relaciones afectivas, familiares, y sociales, así como el sentido que le atribuye a su vida.

El ASP ha sido considerado como un factor protector de salud, importante para minimizar los efectos que causa una situación estresante, pues a partir de la interacción entre los miembros de la red, es posible ampliar el repertorio conductual hacia formas más adaptativas para superar las demandas del medio ambiente.

La muestra presentó una autoevaluación totalmente positiva acerca de sus funciones y roles físicos, como también de su función social, rol emocional y salud mental. Aunque no presentan una percepción totalmente positiva acerca de su estado actual de salud, ni de su visión a futuro; como tampoco de sus niveles de energía y vitalidad.

Las mujeres encuestadas tienen una alta percepción de recursos emocionales, sociales, y personales disponibles en su entorno; sin embargo la percepción de ayuda material o tangible solo es percibida en algunas ocasiones.

La percepción de CVRS, se ve relacionada con percepción de apoyo social en las mujeres encuestadas, sin embargo esta relación no es muy fuerte, lo cual sugiere la presencia de otras variables que pueden presentarse mayormente relacionadas con las variables de estudio.

La percepción de satisfacción con el entorno de vida, las condiciones de vivienda, alimentación y trabajo, los servicios de atención en salud, así como los niveles de resiliencia, autoeficacia y autoestima, la percepción de soporte económico, formación en valores y estrategias de afrontamiento, son variables que pueden estar altamente relacionadas con las variables de estudio.

Desde el análisis de componentes principales se pudo identificar que el Apoyo Emocional es el componente que explica en mayor medida los datos originales del ASP, y por lo tanto explica en mayor medida la relación con calidad de vida relacionada con salud.

Personas que manifiestan altos niveles de apoyo social afectivo percibido tienden a evaluar como menos amenazante el entorno, lo que les facilita el implementar estrategias de afrontamiento más activas y racionales, comportamientos mayormente adaptativos y por lo tanto les permite alcanzar buenos índices de salud mental.

El Apoyo Emocional que perciben las personas de sus parientes, amigos y allegados con quienes comparten información, consejos y sentimientos de empatía se ve relacionado con bajos niveles de depresión, buenos estilos de afrontamiento ante diferentes estresores, y una buena salud mental en general.

La percepción favorable de apoyo emocional y de interacción social positiva, presentan relación directa con buenos niveles de autoestima, autoconfianza y el uso de estrategias de afrontamiento adecuadas, lo cual se refleja en los buenos niveles salud mental que experimentó la muestra seleccionada.

En contextos que se encuentran mayormente desprotegidos ante daños potenciales a la salud tales como bajos niveles de educación, vulnerabilidad ante estresores sociales, fácil adopción de conductas de riesgo, entre otros; la posibilidad de recibir ayuda tangible o física, y de recibir buena atención en materia de salud, puede contribuir a que el individuo

mejore su condición física, recuperando actividades propias en su desempeño de roles desde el campo laboral, familiar, económico y social.

La percepción de demostraciones de afecto provenientes de personas más cercanas como familiares y amigos, permiten una disminución en el nivel de estrés, agotamiento y cansancio, y por lo tanto un incremento en los niveles de vitalidad y energía; disminuyendo la probabilidad de presentar consecuencias adversas para su salud.

La edad, escolaridad, estado civil, y pertenencia a grupos sociales organizados son características sociodemográficas significativamente asociadas a la calidad de vida y salud de las mujeres encuestadas.

El tipo de muestreo utilizado en el estudio permitió un fácil acceso hacia la población, sin embargo es importante organizar procesos investigativos que trabajen con una muestra representativa de la población, lo cual permita generalizar los resultados, y al mismo tiempo presentar un análisis más detallado sobre las variables en cuestión.

Los resultados de la investigación permiten reconocer la necesidad de ampliar el estudio sobre factores protectores y de riesgo en la población de mujeres de comuna 10, los cuales pueden afectar significativamente sus niveles de calidad de vida y bienestar subjetivo.

Conocer el contexto y delimitar el alcance del impacto interventivo, así como una adecuada caracterización de la población seleccionada, y una buena disponibilidad de recursos materiales y económicos que posibiliten una mayor accesibilidad a la población; permitiría generar resultados investigativos con mayor representatividad.

Es necesario continuar el estudio de diferentes variables que influyen en el bienestar de poblaciones en situación de vulnerabilidad; las cuales han demostrado que vivir en condiciones de deprivación sociocultural, también puede ser una oportunidad para desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento; situación que se refleja en la percepción de altos índices de apoyo social y calidad de vida presentados por la muestra.

Los análisis estadísticos y teóricos del presente estudio, son un aporte para orientar los procesos que se vienen desarrollando en la Obra Social Casa de la Divina providencia, siendo una base objetiva de estudio frente a las dinámicas y necesidades que la muestra presenta, tanto a nivel de atención en salud, como también en el desarrollo de lazos sociales

significativos que conduzcan a mayores oportunidades, mejores condiciones de vida y adecuados procesos de desarrollo personal.

### **Recomendaciones**

La muestra presentó buenos índices en la percepción de Calidad de Vida y Salud, lo cual revela la necesidad de fortalecer y dar continuidad a procesos e intervenciones que promuevan comportamientos, hábitos y estilos de vida saludables.

Se recomienda el fortalecimiento de acciones dirigidas hacia la identificación y disminución de factores de riesgo para la salud; así como la promoción de entornos y estilos de vida saludables.

En contextos como el abordado en la presente investigación, es necesario continuar con el fortalecimiento de grupos de apoyo capaces de brindar ayuda, los cuales permitan compartir recursos psicológicos y materiales, que posibiliten al sujeto responder de una manera más adaptativa a situaciones reales y/o potenciales consideradas como altamente demandantes.

Es necesario identificar grupos y líderes comunitarios, que den continuidad y fortalezcan procesos de desarrollo con las mujeres del sector, favoreciendo la vinculación y participación activa de la comunidad.

Es importante continuar con el análisis y estudio detallado de otras variables como la satisfacción vital, la percepción de servicios de atención en salud, así como los niveles de resiliencia, autoeficacia y autoestima, la percepción de soporte económico, formación en valores y estrategias de afrontamiento, que pueden estar mayormente relacionadas con la calidad de vida y el apoyo social, en poblaciones como la descrita.

Ampliar el estudio e investigación sobre los temas abordados, permitirá orientar intervenciones que aborden problemáticas sociales y culturales, como la violencia de género, la formación educativa informal, prestación de servicios de salud, entre otros, en poblaciones de mujeres que cuentan con mayores índices de vulnerabilidad ante diversos factores de riesgo.

Resulta conveniente realizar más estudios e investigaciones que aborden una muestra representativa de la población, lo cual permita generalizar los datos encontrados, y posibilite un mayor contraste teórico y estadístico frente a los temas abordados.



La Obra Social Casa de la Divina Providencia, debe continuar mejorando y fortaleciendo los programas de salud en las comunidades; donde las intervenciones se conviertan en una fuente significativa de apoyo que brinden la posibilidad de compartir experiencias, sentimientos y aprendizajes significativos entre los participantes.

### **Limitaciones**

Las características socioculturales del contexto generaron condiciones restrictivas para la aplicación de los cuestionarios. Las dificultades de acceso en algunos barrios, el tiempo, los costos y la disponibilidad de la población para participar en la intervención; se identificaron como limitantes del proceso investigativo. Estas razones impidieron abordar un grupo muestral representativo de la población, que pudiera haber permitido un análisis estadístico mayormente significativo.

El tipo de muestreo pudo también ser un limitante en el proceso de investigación, donde la falta de representatividad, la imposibilidad de hacer aseveraciones estadísticas sobre los resultados y el riesgo de incurrir en sesgos debido al criterio de muestreo empleado, podría interferir en los resultados encontrados.

## REFERENCIAS

- Alonso, A., Montes, A., Menendez, V. & Graca, M. (2007). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa do questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). *Acta medica portuguesa*. Vol 20. Pp. 525-533. Disponible en: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9640/1/adapta%C3%A7%C3%A3o%20MOS.pdf>
- Amar, J., Abello, R. & Acosta, C. (2003). Factores protectores: un aporte investigativo desde la psicología comunitaria de la salud. *Psicología del Caribe*. Numero 11. Pp. 107-121. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21301108.pdf>
- Ángeles, M. & Vico, A. (2014). El apoyo social percibido como factor de inclusión digital de las mujeres de entorno rural en las redes sociales virtuales. *Comunicar*. vol. 22 (43). pp. 173-180. disponible en: <file:///C:/Users/Sony/Downloads/Comunicar-43-Rebollo-Vico-173-180.pdf>
- Agudelo, S. (2003). Momento y contexto de la violencia en Colombia. *Revista Cubana Salud Pública* v.29 n.1 Ciudad de La Habana. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662003000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000100004)
- Anaya, J., Quiceno, J., Zapata, C. & Vinaccia, S. (2006). Calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Revista colombiana de psicología*. vol 15 (6). pp. 57-65. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/804/80401507.pdf>

- Araya, P. & Yáñez, A. (2008). *Evaluación de la Calidad de Vida de pacientes mastectomizadas, tratadas en el Instituto Nacional del Cáncer entre los años 2003 y 2005*. Tesis de Licenciatura en kinesiología. Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile. Disponible en: [http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/araya\\_p/sources/araya\\_p.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/araya_p/sources/araya_p.pdf)
- Augustovski, F., Rey, L. & Gibbons, L. (2013). Atlas argentino de Calidad de Vida Relacionada con Salud: Analisis de los datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Provincias. *Value in health regional issues*. Vol 2. Pp. 398-404. Disponible en: <http://www.ispor.org/ValueInHealth/ShowValueInHealth.aspx?issue=C9587327-4454-41DB-B26A-9A872068A8DB>
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D. & Veliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia psicológica*. Vol 24 (1). Pp. 55-61. Disponible en: [file:///C:/Users/Sony/Downloads/78524106%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Sony/Downloads/78524106%20(4).pdf)
- Barra, E. & Vivaldi, F. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*. Vol 30 (2). Pp. 23-29. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000200002&script=sci_arttext)
- Barra, E. & Mendez, P. (2008). Apoyo social percibido en adolescentes infractores de ley y no infractores. *psikhe*. vol 17 (1). 59-64. en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-22282008000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0718-22282008000100006&script=sci_arttext)
- Barra, E. (2011). Influencia del Autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos. *Revista Diversitas. Perspectivas en Psicología*. Vol 8 (11). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67923973002>
- Benavides, G. & Portilla, D. (S.F.). Proyecto de practica profesional Clínica del lazo social Fundación casa de la Divina Providencia-comuna 10 Pasto. Disponible en: <http://psicologia.udenar.edu.co/wp-content/uploads/2014/03/PROYECTO-DE-PR%C3%81CTICA-FUNDACI%C3%93N-CASA-DIVI.pdf>
- Berlanga, V. & Rubio, M. (2012). Como aplicar las pruebas paramétricas bivariadas *t* de Student y ANOVA en SPSS. Caso Practico. *Reire*. Vol 5, num 2. Disponible en:

- [https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAAahUKEwjkt\\_o-JnIAhVFj4AKHfkgBsY&url=http%3A%2F%2Fwww.raco.cat%2Findex.php%2FREIRE%2Farticle%2Fdownload%2F255792%2F342835&usg=AFQjCNFRa8gsk4ectNsOLCMnlCFBMCCtw&sig2=YAeQuC9joyNm3\\_m1N56cGA](https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAAahUKEwjkt_o-JnIAhVFj4AKHfkgBsY&url=http%3A%2F%2Fwww.raco.cat%2Findex.php%2FREIRE%2Farticle%2Fdownload%2F255792%2F342835&usg=AFQjCNFRa8gsk4ectNsOLCMnlCFBMCCtw&sig2=YAeQuC9joyNm3_m1N56cGA)
- Bohada, M. (2010). Desplazamiento forzado y condiciones de vida de las comunidades de destino: el caso de Pasto, Nariño. *Revista de economía institucional*. Vol 12 (23). Pp. 259-298. Disponible en: <http://www.economiainstitutional.com/pdf/No23/mbohada23.pdf>
- Botero, B., & Pico, M. (2007) Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en Adultos Mayores de 60 Años: Una Aproximación Teórica. *Hacia la promoción de la salud*. 12. 11 -24. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>.
- Buesa, S & Calvete, E. (2013) Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 31-45. Disponible en: <http://www.ijpsy.com/volumen13/num1/345/violencia-contra-la-mujer-y-sntomas-de-ES.pdf>
- Cabruja, T., Casas, F., Muñoz, D. & Saurina, C. (2000). Calidad de vida y percepción de la desigualdad de la mujer en la ciudad de Girona. *Intervención Psicosocial*. Vol 9 (1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179818244008>
- Calero, P., Hueso, C., Pleguezuelas, H., Balanza, S., Merino, M. & Merino, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores del área medioambiental. *Medicina y seguridad en el trabajo*. Vol 58 (226). Pp. 35-48. Disponibles: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v58n226/original4.pdf>
- Cardona, J. (2010). Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia. *Revista de salud pública*. Vol 15 (5). Pp. 765-776. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n5/v12n5a07.pdf>
- Carvajal, J. (2013). El sistema interamericano y su lectura del conflicto armado en Colombia: Las visitas IN-LOCO. *revista republicana*. Num 15. pp. 105-131.

- Disponible en: <http://revista.urepublicana.edu.co/wp-content/uploads/2014/04/SistemaInteramerica.pdf>
- Cienfuegos, Y. & Diaz, R. (2011). Red social y apoyo percibido de la pareja y otros significativos: una validación psicométrica. *Enseñanza e investigación en psicología*. vol 16 (1) pp. 27-39. disponible en: [http://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP\\_16\\_1/Martinez.pdf](http://www.cneip.org/documentos/revista/CNEIP_16_1/Martinez.pdf)
- Chávez, Y. & Falla, U. (2004). Realidades y falacias de la reconstrucción del tejido social en población desplazada. *Tabula rasa*. N° 2. 169-187. disponible en: <http://www.revistatabularasa.org/numero-2/chavez.pdf>
- Del Canto, E. & Silva, A. (2013). Metodología Cuantitativa: Abordaje desde la complementariedad en ciencias Sociales. *Revista ciencias sociales*. 141: pp. 25-34. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/153/15329875002.pdf>
- Díaz, M. (2006) *Apoyo social y salud mental en inmigrantes: sus efectos sobre la integración*. Madrid: Consejería de Servicios Sociales Comunidad de Madrid.
- Encina, Y. & Leiva, L. (2013). Autoestima y apoyo social como predictores de la resiliencia en un grupo de adolescentes en vulnerabilidad social. *Revista de psicología Universidad de Chile*. vol 22 (2). pp. 111-123. disponible en: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/30859/32798>
- Espinoza, I. & Misrachi, C. (2005). Utilidad de las mediciones de calidad de vida relacionada con la salud. *Revista dental de Chile*. Vol 96(2). Pp. 28-35. Disponible en: <http://www.revistadentaldechile.cl/agosto05/bibliografia.htm>
- Gali, D. (2005). Autopercepción de calidad de vida: un estudio comparativo. *Psicología, cultura y sociedad*. Disponible en: <http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/10226/417/1/6Psico%2007.pdf>
- Galvez, J., Diaz, C., Apolaya, M., Manrique, L. & Benavides, J. (2009). Percepción de calidad de vida relacionada con salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta medica peruana*. vol 26(4). pp. 230-238. disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n4/a08v26n4.pdf>
- Galvan, J., Romero, M., Rodriguez, E., Durand, A., Colmenares, E. & Saldivar, G. (2006). La importancia del apoyo social para el bienestar físico y mental de las mujeres

- reclusas. *Medigraphic*. Vol 23(3). Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58232909>
- García, F., Włodarczyk, A., Reyes, A., San Cristóbal, C. & Solar, C. (2014). Violencia de Pareja, apoyo social y bienestar psicológico en adultos jóvenes. *Ajayu*. Vol 12 (2). Pp. 246-265. Disponible en:  
<http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v12n2/v12n2a05.pdf>
- García, H., Vera, C., & Lugo, L. (2013) Calidad de vida relacionada con la salud en Medellín y su área metropolitana, con aplicación del SF-36. *Rev. Facultad Nacional de Salud Pública*. 32 (1). 26 -39. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n1/v32n1a04.pdf>
- Gonzales, P., Astudillo, E. & Hurtado, E. (2013). Salud mental positiva y apoyo social percibido en personas con discapacidad física. *Revista Cultura del Cuidado* vol 9 (2). Disponible en:  
<https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAAahUKEwj6fTkPflAhWD7yYKHeejC3w&url=http%3A%2F%2Funilibreperreira.edu.co%2Fpublicaciones%2Findex.php%2Fcultura%2Farticle%2Fdownload%2F78%2F76&usg=AFQjCNEZT9D8UAZ6qR45CNUqg-fRlzl1aSQ&sig2=ACzLn3vYn-FLiyIrr20Kow>
- Gonzalez, M. & Hernandez, R. (2006). Apoyo social en mujeres de familias monoparentales y biparentales. *Mutualismo*. disponible en:  
<http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/767/1372>
- Gonzales, L. & Ollarves, M. (2012). *Calidad de vida y apoyo social en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana*. Tesis de Psicología. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Barquisimeto, Venezuela. Disponible en:  
<http://bibhumartes.ucla.edu.ve/DB/bcucla/edocs/repositorio/TEGRC607A26C352012.pdf>
- Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, L. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández, R. & Gonzales, M. (2006). Apoyo social en mujeres de familias monoparentales y biparentales. *Psicología y salud*. Vol 16 (2). pp. 149-157. disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/767/1372>

- Hernández, A. & Gutiérrez, M. (2005). Vulnerabilidad y exclusión: condiciones de vida, situaciones de salud y acceso a servicios de salud de la población desplazada por violencia asentada en Bogotá-Colombia. *Gerencia, política y salud*. vol. (14). pp. 145-176. disponible en: [http://rev\\_gerenc\\_polit\\_salud.javeriana.edu.co/vol7\\_n\\_14/estudios\\_4.pdf](http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol7_n_14/estudios_4.pdf)
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2013). Boletín de Prensa Forensis-2013. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/145695/presentacion+forensis2014.pdf/3b0aa016-1a19-4322-9cf3-a9b9fd985978>
- Juárez, C., Márquez, M., Salgado, N., Ruelas, G. & Reyes, H. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Rev Panam Salud Publica*. vol 35(4):284–90. disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n4/08.pdf>
- Londoño, N. E., Rogers, H., Castilla, J. F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M.A., Oliveros, M., Palacio, J. & Aguirre, D., (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539016.pdf>
- Lopez, A. & Calero, M. (2008). Sensibilidad al Dolor, autorregulación, afrontamiento y personalidad en mujeres adultas sanas. *Psicothema*. Vol 20 (3). Pp. 420- 426. Disponible en: <http://www.psycothema.com/psycothema.asp?id=3502>
- Lubinga, S., Levine, G., Ngonzi, J., Jenny, A., Stergachis, A. & Babigumira, J. (2013). health-related quality of life and social support among women treated for abortion complications in western Uganda. *health and quiality of life outcomes*. vol 11 (1).
- Michiello, C. (2007). Los niños y el apoyo social percibido en contextos de vulnerabilidad socioeconómica: resultados preliminares. Encuentro de investigadores en psicología del Mercosur. Disponible en: <http://www.aacademica.com/000-073/443.pdf>
- Molina, R. (2005). La Calidad de Vida, su importancia y como medirla. *Salud Uninorte*. 21. 76 – 86. Disponible en: [file:///D:/Mis%20Documentos/Downloads/4113-14334-1-PB%20\(1\).pdf](file:///D:/Mis%20Documentos/Downloads/4113-14334-1-PB%20(1).pdf)

- Monje, A. (2011). Metodología de Investigación Cuantitativa y cualitativa-guía didáctica. Universidad surcolombiana Facultad de Ciencias sociales y humanas. Libro. Univesidad sur Colombiana. Neiva, 2011. Disponible en: <https://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo+-+Gu%C3%ADa+did%C3%A1ctica+Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n.pdf>
- Morales, F., Cerezo, M., Fernandez, F., Infante, L. & Trianes, M. (2009). Eficacia de una intervención para incrementar apoyo social en adolescentes discapacitados motores a partir del voluntariado de estudiantes de educación secundaria. *Revista latinoamericana de psicología*. Vol 41 (1). Pp.141-150. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511492011>
- Morales, R. & Gijon, A. (2005). Vulnerabilidad social de las mujeres y la población indígena en Oaxaca, 2005: restricciones y estrategias. *liminar*. vol 5(2). pp. 90-107. disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/745/74511236007.pdf>
- Muñoz, D., Gomez, O. & Ballesteros, L. (2014). Factores correlacionados con la calidad de vida en pacientes diabeticos de bajos ingresos en Bogotá. *Salud publica*. Vol 16 (2). Pp. 246-259. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v16n2/v16n2a08.pdf>
- Narváez, J. (2013). Vicitiny violence, social tensión as humanitaria crisis. *revista tesis psicológica*. vol 8 (1). pp. 56-67. disponible en: <file:///C:/Users/Sony/Downloads/Dialnet-ViolenciaBarrialLaTensionSocialComoCrisisHumanitar-4630274.pdf>
- Núñez, A., Tobon, S. & Arias, D. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicologicos asociados. *Perspectivas en psicología*. Edicion 13. Disponible en: [http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas\\_psicologia/html/revistas\\_contenido/revista13/Calidad\\_de%20vida\\_salud\\_y\\_factores\\_psicologicos\\_asociados.pdf](http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas_psicologia/html/revistas_contenido/revista13/Calidad_de%20vida_salud_y_factores_psicologicos_asociados.pdf)
- Olivares, C. & Cruzado, J. (2008). Evaluación Psicológica del Dolor. *Clínica y salud*. Vol 19 (3). Pp. 321-341. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180617473004.pdf>



- Organización Mundial de la Salud. (2006). [Suplemento de la 45 edición, octubre de 2006] Constitución de la Organización Mundial de la Salud- Asamblea Mundial de la Salud. Disponible en: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2005). La salud y los objetivos del desarrollo del milenio. Disponible en: [http://www.who.int/hdp/publications/mdg\\_es.pdf](http://www.who.int/hdp/publications/mdg_es.pdf)
- Palomar, J., & Cienfuegos, Y. (2007) Pobreza y Apoyo Social: Un estudio Comparativo en tres niveles socioeconómicos. *Revista Interamericana de Psicología*. 41 (2), 177-188. Disponible en: <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP041a5/RIP04119.pdf>
- Pedraza, R. Ballesteros, M. & Anzola, J. (2010). Concepto de Calidad de Vida en Mujeres con Cáncer. *Revista de Salud Pública*. 12 (6). 889 – 902. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n6/v12n6a02.pdf>
- Piazzaola, J., Ruiz, I., Montero, M. & Grupo de Estudio para la Violencia de Género. (2007). Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer. *Gac. Sanit.* 2008(6). pp. 527-533. disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000600005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000600005&script=sci_arttext)
- Quiceno, J., Vinaccia, S., Ibañez, J., Alvarez, A. & Serna, A. (2012). Calidad de vida Relacionada con Salud, resiliencia y felicidad en hombres privados de la libertad. *Pensamiento psicológico*. Vol 10 (2). Disponible en: <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/419>
- Rivas, R. (2013). Apoyo social funcional en mujeres de la población general y en mujeres maltratadas chilenas. Propiedades psicométricas del Duke- UNC 11. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación*. vol 36 (2). pp. 9-27. disponible en: [http://www.aidep.org/03\\_ridep/R36/Art.%201.pdf](http://www.aidep.org/03_ridep/R36/Art.%201.pdf)
- Rodriguez, S. (2011). Adaptacion en niños del cuestionario MOS de apoyo social percibido. *Liberabit*. Vol 17 (2). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272011000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272011000200002&script=sci_arttext)
- Rodríguez, S. y Carmelo, E. (2007). Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicod debate* 7, 155-168. Disponible en:

- <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2010.pdf>
- Ruiz, M. (2010). Redes de apoyo social en las personas en situación de vulnerabilidad y exclusión social en la diócesis de Madrid. Equipo de investigación sociológica S.A. – Madrid, España. Disponible en:<http://www.caritasmadrid.org/sites/default/files/PDF%20ESTUDIO%20DE%20REDES%20DE%20APOYO%20SOCIAL.pdf>
- Salazar, C. (2010). Calidad de vida relacionada con salud en mujeres trabajadoras del sector informal que habitan en el asentamiento Laura Simons de la quebrada Pubus de Popayán. *Revista Memorias*. 9(15). 29-40. Disponible en: <http://revistas.ucc.edu.co/index.php/me/article/view/148/149>
- Sepulveda, D. & Alvarez, L. (2012). Exclusión social y calidad de vida relacionada con salud en personas entre 25 y 60 años de la zona nororiental de Medellín Colombia, 2009. *Rev. Fac. nac. Salud pública*. vol 30 (1). disponible en: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/EscuelaNutricionDietetica/ElementosDiseno/Archivos/Tab4/Exclusi%C3%B3n%20social%20y%20calidad%20de%20vida%20relacionada%20con%20la%20salud%20en%20personas%20entre%2025%20y%2060%20a%C3%B1os%20en%20la%20zona%20nororiental%20de%20Medell%C3%ADn.pdf>
- Torres, I. (2008). Calidad de vida en salud y apoyo social percibido por pacientes en tratamiento de hemodiálisis. Trabajo de grado para optar por el título de psicólogo. Universidad Rafael Urdaneta. Disponible en: <http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-08-02606.pdf>
- Tuesca, R. (2005). La calidad de vida, su importancia y como medirla. *Revista científica salud uninorte*. vol 21. disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4113>
- Urzua, A. (2010). Calidad de Vida Relacionada con Salud: elementos conceptuales. *Revista medica chile*. Númer 138. Pp. 358- 365. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>

- Vinaccia, S. & Quiceno, M. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia. Avances de la Diciplina*. Vol 6 (1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770004>
- Vinaccia, S., Quiceno., Fernandez, H. & Posada, C. (2008). Calidad de vida relacionada con salud y apoyo social funcional en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA. *Terapia psicológica*. vol 26 (1). pp. 125-132. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100011&script=sci_arttext)
- Vinaccia, S., Quiceno, M., Fernandez, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobon, S. & Zapata, M. (2005). Calidad de Vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnostico de cancer pulmonar. *Psicologia y salud*, Vol 15(2). Pp. 207-221. Disponible en: [https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCAQFjAAahUKEwimor-jjffIAhWK4yYKHcLQAls&url=http%3A%2F%2Frevistas.uv.mx%2Findex.php%2Fpsicysalud%2Farticle%2Fdownload%2F805%2F1459&usg=AFQjCNFRerfz1Atw\\_41zZeCqPsTA9DFuOg&sig2=mE02rBOAjUG86QaSAv2npw](https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCAQFjAAahUKEwimor-jjffIAhWK4yYKHcLQAls&url=http%3A%2F%2Frevistas.uv.mx%2Findex.php%2Fpsicysalud%2Farticle%2Fdownload%2F805%2F1459&usg=AFQjCNFRerfz1Atw_41zZeCqPsTA9DFuOg&sig2=mE02rBOAjUG86QaSAv2npw)

## ANEXOS

### Anexo1. Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido

#### CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (*personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre*)

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros

Tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes  
Tipos de apoyo cuando lo necesita?

### Anexo 2. Cuestionario de Salud SF-36

#### CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

**MARQUE CON UNA (X) EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A UNA ÚNICA RESPUESTA QUE UD. CONSIDERE CORRECTA EN LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.**

|  | Nunca | Pocas veces | Algunas veces | La Mayoría De veces. | Siempre. |
|--|-------|-------------|---------------|----------------------|----------|
| 2. Alguien que le ayude cuando tiene que estar en la cama                        |       |             |               |                      |          |
| 3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar                         |       |             |               |                      |          |
| 4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas                                |       |             |               |                      |          |
| 5. Alguien que lo lleve al médico cuando lo necesita.                            |       |             |               |                      |          |
| 6. Alguien que le Muestre amor y afecto.   |       |             |               |                      |          |
| 7. Alguien con quien pueda pasar un buen rato.                                   |       |             |               |                      |          |
| 8. Alguien que le ayude y le informe a atender su situación.                     |       |             |               |                      |          |
| 9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones. |       |             |               |                      |          |
| 10. Alguien que le abrace.   |       |             |               |                      |          |
| 11. Alguien con quien pueda relajarse.   |       |             |               |                      |          |
| 12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.                        |       |             |               |                      |          |
| 13. Alguien que realmente cuyo consejo desee.                                    |       |             |               |                      |          |
| 14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.         |       |             |               |                      |          |
| 15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si usted está enfermo.         |       |             |               |                      |          |
| 16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.             |       |             |               |                      |          |
| 17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.              |       |             |               |                      |          |
| 18. Alguien con quien divertirse.  |       |             |               |                      |          |
| 19. Alguien que comprenda sus problemas.   |       |             |               |                      |          |
| 20. Alguien a quien amar y sentirse querido.                                     |       |             |               |                      |          |

1. En general, usted diría que su salud es:  
**1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala**
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?  
**1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año  
3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año  
5 Mucho peor ahora que hace un año**
3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?  
**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**
4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?  
**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**
5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?  
**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?  
**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?  
**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?  
**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?  
**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?  
**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?  
**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?  
**1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada**

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.**

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

**1 Sí 2 No**

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

**1 Sí 2 No**

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

**1 Sí 2 No**

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

**1 Sí 2 No**

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

**1 Sí 2 No**

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

**1 Sí 2 No**

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

**1 Sí 2 No**

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

**1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho**

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

**1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho  
6 Sí, muchísimo**

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

**1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho**

**LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y  
CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.  
EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE  
HA SENTIDO USTED.**

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez  
6 Nunca**

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez  
6 Nunca**

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez  
6 Nunca**

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez  
6 Nunca**

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez  
6 Nunca**

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez  
6 Nunca**

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez  
6 Nunca**

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca**

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez**

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

**1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca**

**POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.**

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

**1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa**

34. Estoy tan sano como cualquiera.

**1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa**

35. Creo que mi salud va a empeorar.

**1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa**

36. Mi salud es excelente.

**1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa**

### **Anexo 3. Cuestionario Sociodemográfico**

**Universidad de Nariño**

**Obra Social Casa de la Divina Providencia**

**Cuestionario Sociodemográfico**

Edad: \_\_\_\_\_. Escolarizada: SI \_\_\_ No\_\_\_\_; Nivel de escolaridad: \_\_\_\_\_.



Estado civil: \_\_\_\_\_ . Barrio: \_\_\_\_\_

¿Pertenece a algún grupo social?: SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_. ¿Cuál? \_\_\_\_\_.

#### **Anexo 4. Consentimiento informado**

##### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Participación en el Proyecto “CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN UN GRUPO DE MUJERES RESIDENTES DE COMUNA 10- SAN JUAN DE PASTO”

Fecha: \_\_\_\_\_

Mediante la firma del presente documento, Yo \_\_\_\_\_,

Identificado con documento de identidad N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, Expreso mi aceptación voluntaria de participar en el desarrollo del proyecto de investigación denominado “CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN UN GRUPO DE MUJERES RESIDENTES DE COMUNA 10- SAN JUAN DE PASTO”; desarrollado por los estudiantes STEPHANIE MARTÍNEZ MUÑOZ y JONNATHAN JAIR ORTIZ, psicóloga egresada y psicólogo practicantes de la Universidad de Nariño, respectivamente.

El estudio se rige por las consideraciones éticas planteadas para la investigación en seres humanos (Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de la psicología, el acuerdo N°. 001 de 2011, por el cual se promulga el Comité de Ética en Investigaciones de la Universidad de Nariño y la resolución 008430 de 1993 por la cual se estipula la investigación en salud).

De esta manera, actuó consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedor de la autonomía que poseo para retirarme u oponerme al proceso que se llevara a cabo, cuando lo estime conveniente. Que se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica. De igual manera, podre conocer los resultados del estudio una vez este culmine, y si estoy interesado, conocer los desarrollos posteriores que se lleven a cabo a partir de la información recolectada con este trabajo.

Al firmar este documento reconozco que he leído o que me ha sido leído y explicado en procedimiento a realizar, y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en formas satisfactorias.

\_\_\_\_\_  
Firma del Usuario.

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador(a).

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador(a)