

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
Unidad de Posgrado de Psicología



Una Institución Adventista

Percepción del apoyo social funcional y evaluación del estado de salud integral en pacientes del Sanatorio Vida Sana de Popayán, 2018

Por
Celfa Patricia Gómez Cardona

Asesor
Dra. Damaris Quinteros Zúñiga

Lima, enero 2020

ANEXO 07 DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

Dra. Damaris Susana Quinteros Zúñiga, docente de la Escuela de Posgrado de la Unidad de Posgrado de Psicología, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: ***"Percepción del apoyo social funcional y evaluación del estado de salud integral en pacientes del Sanatorio Vida Sana de Popayán, 2018"*** constituye la memoria que presenta Celfa Patricia Gomez Cardona para aspirar al Grado académico de Maestra en Ciencias de la Familia con mención en Terapia Familiar, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en Ñaña, a los *15 día de enero* de 2020



Dra. Damaris Susana Quinteros Zúñiga
ASESORA

Percepción del apoyo social funcional y evaluación del estado de salud integral en pacientes del Sanatorio Vida Sana de Popayán, 2018

TESIS

Presentada para optar el Grado Académico de Maestra en Ciencias de la Familia con Mención en Terapia Familiar

JURADO DE SUSTENTACIÓN


Mg. Jesús Blanco Torres
Presidente


Mg. Aida Chelita Santillán Mejía
Secretaria


Dra. Dumbria Susana Quinteros Zúñiga
Asesora


Mg. Sara Esther Richard Pérez
Vocal

Lima, 15 de enero de 2020

Agradecimientos

Mi mayor gratitud es a Dios por permitirme conocerle y ver su gloria sobre mí, guiarme a cursar esta maestría que considero un regalo y un privilegio especial.

A mi familia por ser el motor de motivación en la trayectoria de conquistar mis sueños e ideales.

A todo el personal directivo de la Escuela de Posgrado de Psicología en cabeza de su directora la Mg. Aida Chelita Santillán, a la Dra. Ana Escobedo por su apoyo, amistad, palabras de ánimo y fortaleza en un país extranjero.

A mis docentes por sus aportes significativos en mi formación académica, instrumentos de gran valor para el crecimiento personal y profesional, guiando la adquisición de conocimientos y habilidades importantes a desarrollar en la profesión, a destacar mi asesora y docente; Dra. Damaris Quinteros por su paciencia y amor por lo que hace, el cual se ve reflejado en su trayectoria como mujer, esposa, madre y gran profesional.

A mis compañeros de maestría por los gratos recuerdos, momentos inolvidables que aportan experiencia a la vida.

Dedicatoria

Este estudio es dedicado a mi familia por su apoyo y palabras de ánimo, la constante colaboración en mis viajes, a mis tres hijos Pablo, José y María que aún infantes soportaron mis ausencias y especialmente a tres personas, las cuáles mencionaré no en orden de importancia para mí, sino en el orden que los he conocido en mi vida.

A mi madre, María quién ha sido ejemplo de fe, amor y perseverancia, a mi hermano Antonio Gómez y su esposa Elisabeth quienes me han apoyado en todos los aspectos e inspirado para alcanzar este sueño, un canal de bendición desde mi infancia, a mi amado esposo, Cristóbal Ocampo quién sostuvo mis manos en alto cuando sentí desmayar, secó mis lágrimas y me sostuvo como el brazo extendido de Dios para llegar a la meta.

Índice

Introducción	1
Capítulo I	5
El problema.....	5
1. Planteamiento del problema.....	5
2. Pregunta de investigación	9
2.1 Pregunta general	9
2.2 Preguntas Específicos	9
3. Justificación	10
4. Objetivos de la Investigación:.....	11
4.1 Objetivo General:.....	11
4.2 Objetivos Específicos:	12
Capítulo II	13
Marco teórico.....	13
1. Presuposición filosófica.....	13
2. Antecedentes de la investigación	16
2.1 Antecedentes internacionales.....	16
2.2 Antecedentes nacionales	19
3. Marco conceptual.....	22
3.1 Apoyo social funcional	22
3.2 El estado de salud integral	32

4. Definición de términos.....	40
5. Hipótesis de la investigación	41
5.1 Hipótesis general.....	41
5.2 Hipótesis específicas.....	41
Capítulo III.....	43
Materiales y métodos	43
1. Diseño y tipo de investigación.....	43
2. Variables de la investigación	43
2.1 Definición conceptual de las variables	43
2.1 Operacionalización de las variables.....	44
3. Delimitación geográfica y temporal	45
4. Población y muestra.....	46
4.1. Población	46
4.2. Muestra	46
4.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	46
4.4. Características de la muestra.....	47
5. Instrumentos.....	48
5.1 Cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNK-11, Alvarado, Zunzunegui y Delisle, (2005)	49
5.2 Cuestionario SF-36 sobre su estado de salud (español, Colombia), versión 1.2 Lugo y García (2006)	50
6. Proceso y recolección de datos	51
7. Procesamiento y análisis de datos.....	52

Capítulo IV	53
Resultados y discusión.....	53
1. Resultados	53
1.1. Analisis descriptivo.....	53
1.2. Prueba de normalidad de las variables.....	54
1.3. Analisis de correlación entre las variables.....	55
2. Discusión de resultados	56
Capítulo V	61
Conclusiones y recomendaciones	61
1. Conclusiones	61
2. Recomendaciones	63
Referencias.....	64

Índice de tablas

Tabla 1: <i>Operacionalización de la variable apoyo social funcional, según Alvarado, Zunzunegui, & Delisle, H.(2005).</i>	44
Tabla 2: <i>Operacionalización de la variable estado de salud integral según Lugo y García (2006)</i>	45
Tabla 3: <i>Características de los participantes</i>	48
Tabla 4: <i>Niveles de apoyo social en pacientes del Sanatorio Vida Sana, Popayán, 2018</i>	53
Tabla 5: <i>Características del estado de salud integral en pacientes del Sanatorio Vida Sana, Popayán, 2018</i>	54
Tabla 6: <i>Prueba de Kolmogorov para apoyo social funcional y estado de salud integral</i>	55
Tabla 7: <i>Análisis de correlación entre apoyo social funcional y estado de salud integral, en pacientes del Sanatorio Vida Sana de Popayán, 2018</i>	56

Índice de anexos

Anexo 1: <i>Cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNK-11 validado en Colombia por Alvarado, Zunzunegui, & Delisle, H. (2005)</i>	73
Anexo 2: <i>Cuestionario SF-36 sobre estado de salud (español, Colombia), versión 1.2 (2006)</i>	74
Anexo 3: <i>Carta de solicitud autorización</i>	79
Anexo 4: <i>Carta de aceptación</i>	80
Anexo 5: <i>Consentimiento informado</i>	81

Resumen

La presente investigación tuvo el objetivo de estudiar la relación entre el apoyo social funcional y el estado de salud integral en pacientes del sanatorio Vida Sana de Popayán, Colombia, 2018.

Para la medición de las variables del estudio, los instrumentos utilizados fueron, el Cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNK-11, adaptado y validado en Colombia por Alvarado, Zunzunegui, & Delisle, H. (2005) y el Cuestionario de Salud SF-36 en español versión 1.2 adaptado y validado en Colombia por Lugo y García (2006). La muestra total estuvo conformada por 167 pacientes internos, entre los 15 y 80 años de edad, que ingresaron al sanatorio Adventista Vida Sana de Popayán, Colombia durante el periodo de los meses de abril a noviembre de 2018.

Los resultados dejaron ver que existe relación significativa entre el apoyo social global y todas las dimensiones de la variable estado de salud, siendo la más elevada la relación con vitalidad ($\rho=.386$, $p=0.000$). Del mismo modo se halló relación significativa y altamente significativa entre las dimensiones del apoyo social y las dimensiones del estado de salud, excepto entre apoyo social confidencial y dolor ($\rho=0.129$, $p=0.096$) y apoyo social confidencial con desempeño físico ($\rho=0.133$, $p=0.087$). Por tanto, se concluye que el apoyo social funcional está relacionado con el estado de salud integral.

Palabras claves: Apoyo social, estado de salud integral y pacientes.

Abstract

This research aimed to study the relationship between functional social support and comprehensive health status in patients at life Sana's sanatorium in Popayán, Colombia, 2018.

For the measurement of the study variables, the instruments used were, the Duke-UNK-11 Functional Social Support Questionnaire, adapted and validated in Colombia by Alvarado, Zunzunegui, & Delisle, H. (2005) and the SF-36 Health Questionnaire 1.2 adapted and validated in Colombia by Lugo and García (2006). The total sample consisted of 167 inpatients, aged 15 to 80, who entered the Adventist sanatorium Vida Sana in Popayán, Colombia during the period from April to November 2018.

The results have shown that there is a significant relationship between the overall social support and all the dimensions of the variable state of health, the highest being the relationship with vitality ($\rho = -0.386$, $p = 0.000$). In the same way it was found relation significant and highly significant relationship was found between the dimensions of social support and the dimensions of the state of health, except between confidential social support and pain ($\rho = 0.129$, $p = 0.096$) and confidential social support with physical performance ($\rho = 0.133$, $p = 0.087$). It is therefore concluded that functional social support is related to comprehensive health status.

Keywords: Social support, comprehensive health and patients.

Introducción

El apoyo social funcional cada vez es más incluido en investigaciones relacionadas con el estado de salud de las personas, se ha considerado en todo el mundo la relevante influencia que este tiene en el entorno de quienes padecen algún malestar físico, el apoyo social es un facilitador en los procesos de afrontamiento y acomodación a las exigencias de quien enfrenta una situación de pérdida de la salud.

El apoyo social funcional y sus dimensiones apoyo social confidencial y apoyo social afectivo constituyen el cúmulo de herramientas de diferente índole con los que pueden contar las familias en el diario vivir, principalmente para enfrentar circunstancias imprevistas. Esta variable incluye varias dimensiones importantes en el estudio del apoyo económico o tangible y el bienestar psicológico, que contiene las relaciones de amistad, intimidad, compañerismo, tolerancia y comprensión, muy necesarios para enfrentar las exigencias de la vida y sobre todo aquellas que de algún modo parecen impuestas por las circunstancias inesperadas.

El aumento de las diferentes patologías en el mundo, como la diabetes, el cáncer, la hipertensión, entre otras parece no tener freno, están producidas por diferentes aspectos de evolución y cambio en la sociedad, el recalentamiento global, las nuevas políticas, los estándares sociales que obligan a hacer cambios significativos y rápidos en diferentes áreas vitales del ser, por ejemplo: los hábitos de alimentación, la escases de los alimentos en algunas regiones del mundo, la falta de autocuidado, el consumismo, la falta de tiempo, el aumento de las horas laborales, las nuevas tecnologías entre otras; son las causas de innumerables males que atañen a la humanidad, es allí donde se suma de igual forma cada día más frecuente y más

notorio una sociedad dónde la familia y el entorno social se vuelve agresivo consigo mismo, indiferente y sin afecto natural, una sociedad envuelta en una degradación moral decadente y que pareciera sin retorno, es dónde de algún modo se convierte en motivo de investigación y preocupación la salud integral de la familia.

El término apoyo social funcional fue determinado por Wethington y Kessler (1996) como:

La percepción posible que se tiene sobre los recursos sociales disponibles para ser socorrido en caso de necesitarlo. En pocas palabras, una dimensión de carácter subjetivo que implanta el cuidador como resultado de su relación con el entorno cercano, y la percepción de posibilidades de contar con ayuda en caso de necesitarla, desde realizar actividades de la vida cotidiana hasta como resolver situaciones de emergencia (p.277).

Vega-Angarita (citando por Pinto, 2010) relata que el apoyo afectivo se entiende como un tipo de soporte en el cual el individuo, a través de la comunicación, satisface necesidades emocionales y de afiliación (compartiendo sus sentimientos, sintiéndose querido, valorado y aceptado por los demás).

El apoyo confidencial representa la posibilidad de contar con personas a quien poder referirles problemas, situaciones conflictivas o asuntos que requieran comprensión y ayuda. Louro (2004).

El estado de salud integral es un concepto bien amplio, dónde influye de manera significativa el bienestar psicológico y la calidad de vida de las personas, la salud en general para llegar a un nivel óptimo involucra diferentes competencias que hacen parte del entorno social tanto interno como externo, esto es familia, amigos personal asistencial etc. Así pues se observa dentro de este concepto que a pesar de la patología la persona puede tener un funcionamiento físico poco adecuado debido al dolor físico pero si cuenta con apoyo social,

emocional y afectivo puede llegar a amortiguar esta dolencia. De igual modo, la salud mental y el desempeño emocional tendrán un papel significativo dentro de la recuperación y/o estabilización en esta nueva condición de vida. La vitalidad y el desempeño físico también pueden tener cambios favorables si se cuenta con este acompañamiento, estas dimensiones antes mencionadas son parte de la salud integral y por ende íntimamente ligadas al apoyo social funcional con el cual debería contar todo paciente crónico o no, ya que hasta ahora las instituciones y el entorno social pareciera manejarlo de manera empírica.

El trabajo está compuesto por cinco capítulos en el cuál se detalla lo siguiente:

En el primer capítulo se da a conocer la intencionalidad de la investigación presentada mediante el planteamiento y la formulación del problema, teniendo como guía los antecedentes consultados, de modo que en este capítulo se determina, orienta y desarrollan el objetivo general y objetivos específicos, y su respectiva justificación.

En el segundo capítulo se detalla el marco teórico, cosmovisión bíblica, antecedentes nacionales e internacionales, y los correspondientes enfoques de la investigación. Asimismo, algunas investigaciones anteriores y consideraciones en las que se sustenta la investigación, el contexto legal de los conceptos que se utilizaron para el planteamiento del problema, así como también la importancia y el aporte que esta investigación puede hacer en su respectiva área de aplicación. Lo que permite verificar, justificar, y demostrar las hipótesis y los resultados de una forma coherente y organizada, para así tener conclusiones confiables.

En el tercer capítulo se puede observar el método de la investigación, las características de la muestra, dónde y cómo se realizaron los hallazgos, el contexto de la población objeto de estudio, así como también la operacionalización de las variables junto con la descripción de los instrumentos, la explicación del procesamiento y análisis de datos y su interpretación.

En el cuarto capítulo se detallan los resultados obtenidos al finalizar el proceso de investigación, estos son: resultados descriptivos, resultados inferenciales y la correspondiente discusión de los mismos comparados con otras investigaciones.

Finalmente, en el quinto capítulo las conclusiones de la investigación que responden al logro de los objetivos planteados y su relación con la hipótesis inicial, las limitantes que surgieron a lo largo del proceso, los aportes más significativos y las recomendaciones sugeridas a futuras investigaciones.

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

El estado de salud integral es importante en todos los seres humanos, la pérdida o alteración de uno de sus componentes (como la salud física, desempeño físico adecuado, dolor corporal, desempeño emocional adecuado, salud mental, vitalidad, salud general o funcionamiento social) influirá significativamente en otro u otros factores aquí mencionados.

Según Maslow (1991) la persona siempre ha considerado la necesidad de sentirse apoyado y amado, este aspecto se hace visible y real aún más en el proceso salud-enfermedad, ya que se trata de situaciones inesperadas que desestabilizan el normal desarrollo de la vida y se presentan como amenazas al bienestar personal. Dichas situaciones se presentan como un desafío para el ser humano, sin distinción de edad, y donde el apoyo social (AS) llega a ser un componente importante y vital en el acompañamiento de las diferentes fases de recuperación. En ese sentido (Ruiz, 2014) menciona que en los últimos años el AS es imprescindible en el proceso de recuperación del paciente, resaltando la aplicación clínica de este proyecto investigativo por su contenido multidisciplinario.

Alpi et al. (2007) afirma que el incremento de las enfermedades crónicas en los últimos tiempos ha obligado a los entes investigativos a mirar hacia este campo, no solo por el aumento y su prevalencia, sino también por la propagación de estas enfermedades, así pues que los resultados obligan a hacer fuertes cambios en los estilos de vida de las personas, lo que

implica reformar los hábitos y crear estrategias psicológicas para acomodarse al nuevo estilo de vida que llega de forma inesperada.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) a dicho que el estado de salud no es solamente la ausencia de enfermedad, sino que además incluye otros factores importantes como son: el estado de bienestar físico, mental y social, Terris (1990) coincide con la definición de la OMS quién afirma que el estado de salud no es únicamente la ausencia de afección o enfermedad sino que implica además la capacidad de funcionamiento.

Fernandez (2011) concuerda con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2000) quien al respecto sugiere que los conceptos y estrategias para las políticas públicas saludables, son determinantes de la salud, entre ellos se destacan algunas categorías como el ingreso y posición social, educación, entorno físico, empleo y condiciones de trabajo, tipos biológicos, la genética, costumbres o hábitos personales de salud y habilidades de adaptación, un adecuado desarrollo del niño sano, redes de apoyo social y servicios de salud, etc.

Es de resaltar que resultan novedosas y válidas estas nuevas categorías, donde la sociedad y el trabajo son contextos muy relacionados con la salud, involucrando en este nuevo concepto todo el entorno al que pertenece el ser humano, llevándolo poco a poco a un nivel mas integral (Suarez, y Márquez, 1995).

Reconociendo la importancia del estado de salud integral para el bienestar del ser humano, es importante relacionar en esta investigación el apoyo social funcional como un factor que interviene de manera significativa en el mismo.

Cifuentes y Quintul (2005) señalan que cuando el paciente recibe el apoyo familiar o de amigos existe mayor probabilidad de que el paciente colabore con el médico, habrá una mejor adherencia al tratamiento, caso contrario cuando no recibe apoyo social de ninguna índole, el

paciente tiende a deprimirse y descuidar su medicación. Sin duda el ámbito de la salud es en donde se refleja el apoyo social con mayor énfasis e importancia en estos sucesos importantes de la vida.

Prince, Harwood, Blizard, Thomas y Mann (1997) sustentan que las tasas de mortalidad son elevadas en sujetos con escaso apoyo social, en caso que no haya mortalidad los sujetos muestran inestabilidad, desafecto y deterioro de la autoestima. Así también, Dean, y Lin (citados por Diaz, Martinez y Calvo, 2012) sostienen que la salud de las personas se ve afectada si hay una carencia del apoyo social y esto lo puede afectar física y psicológicamente, dado que los orígenes de la salud y la ausencia de ésta no son exclusivamente orgánicos, son varios los factores que intervienen allí, debido a la condición y función social e intersistémica del ser humano y el funcionamiento. En esta concepción Bertalanffy (citado por Nieto, Abad, Esteban y Tejerina, 2015) resaltan la importancia de las relaciones favorables para pacientes donde intervienen la familia, la pareja y amigos como parte del apoyo social, su importancia en la recuperación de la salud física y mental obtenidas de dichas relaciones. En esa misma línea Gracia y Herrero (citados por Castro, Campero, y Hernández, 1997) afirman que la desorganización, desintegración social y la falta de las redes y grupos de apoyo social, son factores desencadenantes de los problemas psicosociales. Dentro del apoyo social También se considera importante señalar a la salud mental como factor determinante en la salud física. De esta forma el apoyo social posee un rol de mucho significado en el bienestar psicológico y la salud (Barrón, 1996; Méndez & Barra, 2008).

Entonces, se entiende al apoyo social como: “las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación” (Khan y Antonucci citado por Castellano, 2014 p.365). En esa misma línea, Cassel y Cobb (citado por Castro, 2011) añaden que, el apoyo social tiene una

función especial centrada en el sostén de la salud en los seres humanos, al proporcionar conductas adaptativas en circunstancias de estrés. A través de los años son más las evidencias acumuladas sobre el efecto tanto positivo como negativo que el apoyo social ejerce en los niveles de bienestar y salud de las personas (Castro, Camper, & Hernández, 1997), y Jadad (2008) agregan que el sistema sanitario necesita de apoyo social sobre todo por la familia, para dar soporte a los sentimientos, emociones y no solamente el uso de paliativos como se acostumbra dar en los centros sanitarios, el ser humano no debe pasar a segundo plano, éste mismo autor define a la salud integral como el estado completo de bienestar tanto mental, como físico y social, insiste además que la salud no solo es ausencia de enfermedad.

Gaviria, Dávila, Correa, Burgos y Girón (2016), dada la alta estadística de enfermedades en la actualidad, según estudios llevados a cabo por el ministerio de salud y protección social de Colombia, a través del Análisis de Situación de Salud (ASIS) que estudia la interacción entre las condiciones de vida y el nivel de los procesos de salud en las diferentes escalas territoriales, políticas y sociales buscan identificar, calcular y exponer la modalidad de salud y enfermedad de la comunidad en su territorio, incluyendo daños, riesgos y los determinantes de la salud que los generan, estipuló que las principales causas de muerte fueron debido a enfermedades del sistema circulatorio, que representan el 30.08% de las defunciones, las enfermedades cerebrovasculares provocaron el 23,47%, las enfermedades hipertensivas causaron el 10,47%, así como las neoplasias son una de las tres primeras causas de muerte en Colombia representando el 17.99% de las muertes, los tumores, la diabetes, y las deficiencias en la nutrición, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, la cirrosis y algunas otras enfermedades crónicas del hígado el 24,37% las enfermedades transmisibles fueron responsables del 6.78%, y afecciones en periodo perinatal el 2.37% y las causas externas un

16.43% donde entran situaciones como el suicidio entre otras, a nivel mundial la realidad en cuanto a salud no dista mucho de estos porcentajes.

Por lo tanto surgió la necesidad de llevar a cabo esta investigación en el Sanatorio de Vida Sana Popayan, Colombia, por que se han observado problemáticas en los pacientes como: afectación de la economía, falta de autocuidado, de educación en la prevención de enfermedades, inestabilidad emocional, afectación del entorno social, problemas familiares, problemas para el afrontamiento de la crisis, falta de psicoeducación e información sobre síntomas psicológicos que afectan al paciente, a la familia y sobre las patologías padecidas, el paciente es incapacitado cognitivamente también por el grupo familiar, enfermo mental o físico?, cosas distintas, pero no se hace o no se sabe hacer la diferencia, de esta problemática nace la pregunta de investigación.

2. Pregunta de investigación

2.1 Pregunta general

¿Existe relación significativa entre el apoyo social funcional y el estado de salud integral en pacientes del Sanatorio de Vida Sana, Popayán, Colombia, 2018?

2.2 Preguntas Específicas

¿Existe relación significativa entre el apoyo social funcional y el funcionamiento físico en pacientes del sanatorio de Vida Sana, Popayán, Colombia, 2018?

¿Existe relación significativa entre el apoyo social funcional y el rol físico en pacientes del Sanatorio de Vida Sana, Popayán, Colombia, 2018?

¿Existe relación significativa entre el apoyo social funcional y el dolor corporal en pacientes del Sanatorio de Vida Sana, Popayán, Colombia, 2018?

¿Existe relación significativa entre el apoyo social funcional y el funcionamiento o rol social en pacientes del Sanatorio de Vida Sana, Popayán, Colombia, 2018?

¿Existe relación significativa entre el apoyo social funcional y la salud mental en pacientes del Sanatorio de Vida Sana, Popayán, Colombia, 2018?

¿Existe relación significativa entre el apoyo social funcional y la limitación por problemas emocionales en pacientes del Sanatorio de Vida Sana, Popayán, Colombia, 2018?

¿Existe relación significativa entre el apoyo social funcional y la vitalidad, energía o fatiga, en pacientes del Sanatorio de Vida Sana, Popayán, Colombia, 2018?

¿Existe relación significativa entre el apoyo social funcional y la percepción general de la salud, en pacientes del Sanatorio de Vida Sana, Popayán, Colombia, 2018?

¿Existe relación significativa entre el apoyo social funcional y la transición de la salud en pacientes del Sanatorio de Vida Sana, Popayán, Colombia, 2018?

3. Justificación

Esta investigación servirá como base de inicio para mejorar el servicio que se presta en el Sanatorio de Vida Sana Popayan, haciendo de esta una herramienta útil de aplicación y complemento en los procesos terapéuticos y clínicos que se le brindan al paciente, implementando talleres, seminarios, ayuda personalizada, programas de promoción y prevención, tanto las enfermeras como médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos y demás personal que hace parte del proceso dentro de la institución. Hasta donde se ha investigado no se ha encontrado ninguna investigación al respecto en esta población de estudio, no solo en este santorio sino en todos los demas sanatorios que se encuantran en el terrotorio nacional colombiano y extranjero.

El beneficio que puede llegar a ofrecer la investigación a nivel social es muy importante ya que vuelca la mirada a estos conceptos que hasta ahora no son tomados en cuenta en los procesos de recuperación y atención al paciente, fijando la mirada en en estas dos variables, el apoyo social funcional y el estado de salud integral como instrumentos útiles y necesarios a medir, en el momento de ingreso de un a persona que acude a la institución, con fines aplicativos más que de recolección de información, aunque puede llegar a servir como base de datos estadísticos para otras investigaciones que lo requieran.

El apoyo social funcional bajo condiciones aislantes en los pacientes que son recluidos por largos periodos de tiempo en lugares donde se encuentran alejados de su red de apoyo social (familia, amigos y otros) aumenta la vulnerabilidad de sufrir trastornos del estado de ánimo, y los hace mas propensos a estados emocionales cambiantes y nocivos, que pueden llegar a interferir conciderablemente en el proceso que se adelanta clínicamente por el hecho de sentirse solos.

Al estudiar el apoyo social funcional que el paciente tiene, se podría llegar a tomar medidas preventivas y correctivas durante el proceso que el paciente lleva desde que ingresa hasta la terminación de su tratamiento, en aras de optimizar su estado de salud de un modo más rápido y sostenible.

4. Objetivos de la Investigación:

4.1 Objetivo General:

Estipular si existe relación significativa entre el apoyo social funcional y el estado de salud integral en pacientes del Sanatorio de Vida Sana Popayán Colombia, 2018.

4.2 Objetivos Específicos:

Comprobar si existe relación significativa entre el apoyo social funcional y la función física en pacientes del Sanatorio Adventista Vida Sana, Popayán, Colombia, 2018

Determinar si existe relación significativa entre el apoyo social funcional y el desempeño físico en pacientes del Sanatorio Adventista Vida Sana, Popayán, Colombia, 2018.

Determinar si existe relación significativa entre el apoyo social funcional y el Dolor físico en pacientes del Sanatorio Adventista Vida Sana, Popayán, Colombia, 2018.

Establecer si existe relación significativa entre el apoyo social funcional y la salud general en pacientes del Sanatorio Adventista Vida Sana, Popayán, Colombia, 2018.

Determinar si existe relación significativa entre el apoyo social funcional y la vitalidad en pacientes del Sanatorio Adventista Vida Sana, Popayán, Colombia, 2018.

Comprobar si existe relación significativa entre el apoyo social funcional y la función social en pacientes del Sanatorio Adventista Vida Sana, Popayán, Colombia, 2018.

Estipular si existe relación significativa entre el apoyo social funcional y el desempeño emocional, en pacientes del Sanatorio Adventista Vida Sana, Popayán, Colombia, 2018.

Establecer si existe relación significativa entre el apoyo social funcional y la salud mental en pacientes del Sanatorio Adventista Vida Sana, Popayán, Colombia, 2018.

Comprobar si existe relación significativa entre el apoyo social funcional y la transición de la salud en pacientes del Sanatorio Adventista Vida Sana, Popayán, Colombia, 2018.

Precisar si existe relación significativa entre el apoyo social funcional y el estado de salud en pacientes del Sanatorio Adventista Vida Sana, Popayán, Colombia, 2018.

Capítulo II

Marco teórico

1. Presuposición filosófica

Son cada vez más las personas que cada día se ven sumidas en la desesperanza, la angustia y el desánimo frente a esta situación, experimentando mayores niveles de estrés, ansiedad, depresión y desconfianza, no hay diferencia de edad ni de género, y mucho menos de credo, hay mucha desesperanza en el mundo, y el cristianismo no está exento de estas problemáticas pues es un flagelo global.

En la Biblia, se hallan historias sobre el apoyo familiar y social en el momento de la enfermedad, en Lucas 8: 40-56 se relata una historia que refleja la unión familiar en medio de la crisis. Cuenta el relato bíblico de una niña de 12 años se encontraba muy enferma y su padre la amaba mucho, éste caminó un largo trayecto hasta donde estaba Jesús en busca de una solución. Cuando llegan a la casa de Jairo, la gente está llorando con gran tristeza. Pero Jesús dice: “No lloren. La niña no ha muerto. Solo duerme” (Lucas 8: 52). Lo que hace evidente, la relación que existía entre ellos, no solo la familia sino también todo el entorno.

“El ánimo del hombre lo sostiene en su enfermedad” (Proverbios 18:14), escribió Salomón. Esto implica que las expectativas positivas o negativas que el paciente tiene de su enfermedad puede influir en el resultado del tratamiento, en ese sentido Jairo al saber de la existencia de Jesús se llenó de esperanza en su corazón y como él muchos hombres y mujeres de la Biblia han demostrado que es más alentador tener esperanza.

El estado de salud integral influye significativamente en la calidad de vida, el cual no solo depende del bienestar físico sino también de la capacidad de amar y ser amado, White (2000) menciona que el amor de Jesucristo es una fuente vivificante de salud para todo el organismo, da salud a cada una de las partes vitales: el cerebro, el corazón y los nervios. Por su medio las energías más potentes de nuestro ser despiertan y entran en actividad. Libera al alma de culpa y tristeza, de la ansiedad y congoja que agotan las fuerzas de la vida, su presencia trae paz y calma, da un gozo indestructible, el gozo del Espíritu Santo que vivifica y da salud, por tanto, para dar este amor el ser humano debe recibirlo primero

La misma autora sigue indicando que participar en actividades placenteras y conservar la fe, también forman parte vital del proceso de recuperación, conocer sobre la patología y sus limitaciones también son de gran ayuda, o sea, se puede disfrutar teniendo conciencia de la realidad, es así como muchos pacientes pueden llevar una vida placentera de acuerdo con el estado en que se encuentre y al nivel que se lo permita la enfermedad, el tratamiento y aquellos quiénes hacen parte del grupo de cuidadores. Por otro lado afirma que los cuidadores de pacientes deben informarse y educarse sobre las leyes de salud, resalta también sobre el cuidado y fidelidad hasta en las cosas más mínimas, ya que cualquier descuido o negligencia, señal de agitación, de temor o de impaciencia, y apatía, pueden decidir entre la vida y la muerte, que hecho de otro modo hubiere influenciado de manera distinta en su recuperación, éstas son recomendaciones para quiénes cuidan de los enfermos que son parte importante de su red de apoyo social.

La Biblia muestra una actitud de ayuda de Jesús hacia la humanidad, así, en el tercer libro de Juan 1:2 se encuentran las palabras del gran maestro donde alienta a las personas con un mensaje positivo y les afirma que; Él quiere prosperarlos en todo, que gocen de buena salud de

la misma forma como prosperan sus almas. Encontramos aquí una clave para la salud espiritual en el ser humano un cristiano consagrado que da a conocer sus peticiones a Dios en oración y acción de gracias. La Biblia da la certeza de esto cuándo dice que es la paz de Dios, aquella que supera todo entendimiento, quién guarda los corazones y las facultades mentales de las personas (Filipenses 4:6, 7).

La Biblia garantiza que un corazón gozoso estará mas saludable (Proverbios 17:22), como también que Dios puede devolver la salud, "Porque yo te devolveré la salud, y te sanaré de tus heridas" (Jeremias 30:17), así mismo, se encuentran historias de muchos enfermos abandonados por sus familias, que han enfrentado sus dolencias con el apoyo de Dios, por ejemplo, la historia de Job quién fue abandonado por sus amigos, y esposa. Otra historia es la mujer del flujo de sangre, sola y señalada por la sociedad, los leprosos y los endemoniados gadarenos, caso contrario es la historia de Naamán (2 Reyes 5:1-14), Lázaro (Juan 11: 1-23), quiénes fueron ayudados por sus familiares mas cercanos, así también la historia del paralítico que fue llevado por sus amigos e introducido por el techo del lugar donde se encontraba Jesús, todos ellos tenían algo en común la misma necesidad física pero diferían en el apoyo que recibían de su entorno (Mateo 9:1-8). También Mateo 9:12, hace ver que una persona que está enferma es la que más necesita de cuidados por parte de otra u otras personas.

White (2000) menciona que alma y cuerpo son un complemento, al afectarse uno se afectará el otro e incidirá significativamente para bien o para mal sobre la salud física y el estado emocional, así pues hombres y mujeres deben estar educados acerca de su propia constitución física y como permanecer saludables, además indica que tanto niños como adultos deberían tener conocimiento amplio sobre su propia fisiología, higiene, cuidado y preservación de la salud, en un esfuerzo mancomunado tanto de padres como de aquellos que

intervienen en los procesos de formación de las personas, el cuerpo debe ser cuidado como un templo digno de ser habitado, es importante prevenir las enfermedades a través de la conservación saludable de cada órgano, y enseñar didácticamente como reaccionar en caso de enfermedad o accidente. También la misma autora llama la atención al decir que las enfermedades se podrían evitar si las personas tomaran más conciencia de la importancia de conservar la salud, saber cuáles son las deficiencias que se pueden llegar a sufrir y estar alertas al más mínimos síntoma de aparición de éstos. En ese sentido recalca que la actividad cerebral es un poderoso instrumento para estar sanos o para recuperarse de las enfermedades, así también como el estado de ánimo.

Finalmente, la Biblia da algunas recomendaciones para conservar la salud como tener un corazón alegre por que es remedio para el alma (Proverbios 17:22.), también en Proverbios 3: 1-2, señala que a quién guarde sus mandamientos, le serán añadidos muchos años de vida y paz, y además aquellos que obedezcan esa ley tendrán como una medicina a todo su cuerpo (Proverbios 4:22). También compara los dichos suaves con un panal de miel que dan suavidad al alma y son medicina para los huesos (Proverbios 6: 24-26), es muy importante que las personas tengan ese toque de amabilidad al momento de comunicarse, según este texto de la Biblia ayuda a tener una mejor salud cuando el lenguaje suave se practica de forma constante.

2. Antecedentes de la investigación

2.1 Antecedentes internacionales

Fernández de Larrinoa et al. (2011) realizaron la investigación titulada “Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga”, desarrollado en Viscaya, España con una muestra de 1.257 cuidadores de personas dependientes entre los 45 y 69 años. Se utilizaron los instrumentos de salud percibida

relacionada con la calidad de vida, a saber, el cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 y el inventario de sobrecarga. Los resultados mostraron que los cuidadores que participaron en la investigación tienen una idea sobre la salud peor que el resto de la población y que esta apreciación se atribuye especialmente al elemento concerniente a la salud mental, así como también señala que entre más mala es la percepción que se tiene sobre la salud mayor es la sobrecarga según la correlación.

Vivaldi y Barra (2012) llevaron a cabo un estudio sobre el bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. Fue realizado en Chile con una muestra conformada por 250 adultos mayores, 146 mujeres y 104 hombres, con edades entre 60 y 87 años. Se utilizó una encuesta sociodemográfica, la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) de Zimet, donde arrojó los siguientes resultados: que el bienestar psicológico representaba mayor relación con el apoyo social percibido que con la percepción de salud, y que las personas emocionalmente más estables, o sea que contaban con pareja o eran casadas tenían mayor bienestar psicológico y más apoyo social percibido que aquellas sin pareja estable.

Gomes, Foss, Foss de Freitas y Pace (2012) realizaron una investigación titulada “Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con Diabetes Mellitus”. llevado a cabo en Riberairao Preto, Brasil en una población de 162 personas con edad mínima de 40 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. Se utilizaron tres instrumentos validados: Inventario de la Red de Soporte Social (IRSS), Cuestionario de Actividades de Autocuidado con la Diabetes (CAAD) también utilizaron un instrumento estructurado para hacer la recolección de los datos sociodemográficos, clínicos, relacionados al tratamiento y al control metabólico y de hábitos de vida. El resultado dejó como conclusión

que el apoyo social puede llegar a ser útil para que las personas se adhieran a los tratamientos. El apoyo social puede llegar a ser un valioso recurso con la capacidad de promover una adecuada adaptación de la persona frente a las demandas impuestas por la enfermedad. Constituyéndose en una herramienta importante para el profesional de la salud y también de manera especial para el individuo que se encuentra enfermo.

Gutierrez, Caqueo, Ferrer y Fernandez (2012) han realizado una investigación sobre la Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. Esta investigación se desarrolló en la Universidad de Barcelona y Universidad de Tarapacá, Chile, donde participaron 45 pacientes y 45 familiares, el objetivo de estudio fue analizar la influencia que la percepción de apoyo y funcionamiento social que puede ejercer sobre la calidad de vida en los pacientes, utilizando la Escala Multidimensional de Percepción y Apoyo Social, el Cuestionario Sevilla de calidad de vida, la Escala de Síntomas Positivos y Negativos, la Escala de Funcionamiento Social SFS y la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Los resultados en este estudio concluyen que las personas diagnosticadas con esquizofrenia muestran una actividad e integración social deficiente, a pesar de tener capacidades adecuadas para desenvolverse bien en el entorno familiar, esta percepción de falta de apoyo social y sentir que son aislados disminuye en ellos la calidad de vida. Así también, el estilo de vida de los cuidadores se ve disminuida, cuando la persona a su cargo tiene dificultades en el momento de interactuar y sostener relaciones sociales con su entorno familiar y con otros grupos sociales, de igual forma se ve afectada su vida laboral pues afecta su capacidad de sostener un empleo. Estos datos demuestran la importancia y la necesidad de vincular aspectos relacionados a la integración no solo social,

sino también económica de los pacientes con este diagnóstico, para hacer una tarea especial y disminuir el nivel de sobrecarga que experimentan los cuidadores.

Flores, Jenaro, Moro y Tomsa (2014) realizaron un estudio comparativo sobre salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes. Este estudio se realizó en una muestra de 600 cuidadores entre familiares (33,83%) y cuidadores profesionales (66.17%) quienes fueron evaluados su nivel de estrés, salud física y psicológica y la calidad de vida en general, familiar y social. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Carga del Cuidador (CBI) y el Cuestionario de Salud de Goldberg, versión de 28 ítems (GHQ-28). Los resultados indicaron que los cuidadores que son parte de la familia soportan mayores niveles de sobrecarga debido a la atención dada al familiar dependiente que aquellos que hacen estas atenciones o cuidados de manera profesional. También se hallaron diferencias a nivel de salud física y psicológica por parte de éstos cuidadores, presentaron doleres de cabeza, musculares y mayores niveles de insomnio y ansiedad. Es decir, los cuidadores familiares presentaron un peor nivel de salud tanto físico como psicológico provocando una menor satisfacción con la vida en general y con todas las áreas como es el trabajo, familia y las relaciones sociales. En los cuidadores profesionales ocurre lo contrario se sintieron con mayor satisfacción con la vida en general, con el trabajo, la familia y las relaciones sociales. Esto retribuyó su trabajo remunerado y motivación intrínseca

2.2 Antecedentes nacionales

Hasta donde se ha investigado, existen pocos estudios que asocien estas dos variables, apoyo social funcional y estado de salud integral en Colombia, sin embargo, los estudios abordan alguna de las dos.

Se describen algunas considerando las más importantes por su escaso estudio como sigue:

Vicaccia, Fernández, Quiceno, López y Otalvaro (2008) llevaron a cabo el estudio sobre calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social funcional en pacientes diagnosticados con VIH/Sida, desarrollado en la Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia, con una población de 50 pacientes de ambos géneros diagnosticados con VIH/Sida. Para encontrar los resultados usaron el Cuestionario de Calidad de Vida en Salud SF-30 que mide calidad de vida y el Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke-Unc-11, que evalúa apoyo social funcional. Los resultados demuestran que la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social funcional es favorable, ya que se encontraron niveles altos de apoyo social.

Angarita (2011) Estudió la percepción del apoyo social funcional en cuidadores familiares de enfermos crónicos, en San José de Cúcuta, Colombia, a través de un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal y con aplicación de dos instrumentos: Caracterización de los Cuidadores y el Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke-Unc-11, en el que participaron 179 cuidadores de personas con enfermedades crónicas, los resultados fueron que: la mayoría de los cuidadores (54,7%) obtuvieron una inadecuada percepción ante el apoyo social funcional global ofrecido por su grupo de apoyo más cercano; el 45,3% opina lo contrario. Sobre la dimensión del apoyo confidencial el mayor porcentaje de los participantes (53,6%) obtuvo una percepción mal adecuada, mientras que el 46,4% cree que fue la mejor; con un resultado parecido en la dimensión afectiva se encontró que el 51,4% de los cuidadores tiene una percepción inadecuada, y el 48,6% la describen como buena o adecuada.

Quiceno et al. (2007). En una investigación que se llevó a cabo en Medellín Colombia en la Universidad de San Buenaventura, titulado “Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar”, en una muestra de 60

pacientes entre los 18 a 70 años de edad de ambos sexos, los cuales hacían parte del programa de control y prevención de tuberculosis de Metrosalud de Antioquia, Colombia. Donde se utilizó el Cuestionario SF36 para evaluar calidad de vida y el Cuestionario DUKE-UNK-11 para apoyo social. el resultado indicó que la calidad de vida en la muestra fue buena y presentaron poco apoyo o soporte. En general la fiabilidad fue alta en todo el estudio con un alfa de Cronbach superior a .80.

Gomez y Lagoueyte (2012) realizaron una investigación sobre “El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix” en Medellín, Colombia, mediante un estudio de tipo cualitativo en 14 mujeres diagnosticadas con esta patología a través de entrevistas con lectura textual por medio de un análisis manual de los datos. Las entrevistas grabadas fueron el instrumento que se utilizó las cuales se transcribieron en su totalidad con una duración de 45 y 90 minutos. Después de la transcripción de las primeras cinco entrevistas, se procedió al análisis de los datos, haciendo una lectura textual de estos desde una frase a varias, buscando que se pudieran nombrar con un enunciado de los mismos datos. Después de ser realizada esta codificación abierta, se continuó con la reimpresión en físico de los datos y se fijaron de forma individual en tarjetas; durante estos procesos se leyeron nuevamente los datos y se llevó a cabo una revisión del código in vivo. Se obtuvo un resultado que mostró que el apoyo social ofrecido por la familia, el personal de salud, amigos y vecinos, surgió como un método importante de afrontamiento durante el tiempo de la enfermedad. Se concluyó que la familia en los planes de cuidado e involucramiento y en la educación que se da al paciente, son una parte especial y significativa en el proceso de afrontamiento del cáncer de cérvix.

3. Marco conceptual

A continuación, se citarán algunas teorías que avalan y dan soporte a este proyecto de investigación. Se tomó en cuenta la definición hecha por Vega y Gonzalez (2009) quienes señalan que el apoyo social desde su origen recopila diferentes definiciones en las cuales intervienen varias ciencias como la psicología, la medicina, la psociología y la enfermería, éstas hacen un aporte importante para determinar que tanto influye el apoyo social en la recuperación de los pacientes, ya que en esta etapa se da una interacción entre el enfermo y todo su entorno de una manera diferente al habitual, que involucra todo el grupo de personas que intervienen en este proceso, así lo expresa el artículo sobre el Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica.

3.1 Apoyo social funcional

3.1.1 Definiciones.

El apoyo social está conformado por dos principios: (a) los naturales que son: los grupos de pares, vecinos, amigos, familia, grupos primarios, etc., y su función principal es la de ofrecer apoyo inmediato y (b) los institucionales, los cuales son creados precisamente para proporcionar apoyo, tales como consultorios, servicios asistenciales, entre otros (Veiel, 1985). Dentro del área de la salud predomina el concepto de apoyo social percibido (Barra, Cerna, Kramm & Véliz, 2006; Vega & González, 2009; Vinaccia et al., 2007; Vivaldi & Barra, 2012), entendiéndose este como una evaluación que el paciente realiza sobre su red de apoyo y los recursos que estos le proporcionan, donde se resalta el grado de satisfacción que recibe de ellos. (Gracia, 1997).

El apoyo social es un asunto cambiante, es decir que se va modificando por medio de las relaciones que se van estableciendo entre las personas y su red social, es decir, como las

personas pueden medir el grado de disponibilidad, confianza y apoyo social en el momento que se necesita. Es probable que exista un riesgo de incurrir en confusión en el modo de operar entre el apoyo social y sus efectos, incluso algunos autores han dicho que es posible reconocer esta dimensión de modo operativo (Castro, Camper, y Hernández, 1997).

También se puede definir el apoyo social funcional como el resultado de la relación que el individuo ha hecho con el medio que lo rodea, siendo este muy significativo en la vida de todo ser humano no solo de forma individual sino familiarmente, a pesar de los avances tecnológicos, cada vez se genera más distancias entre las personas se busca que estos vínculos afectivos se sigan fortaleciendo, ya que hoy día se puede ver más deterioradas las relaciones sociales y familiares a causa de la introducción a la cotidianidad de estas nuevas tecnologías, afectando la salud con diferentes problemas, así como también la calidad de vida y el bienestar de estos individuos que hacen parte de dicha sociedad. Por tal motivo es vital destacar la importancia que tiene la ayuda que puedan ofrecer las personas que hacen parte de los sistemas de salud informal (vecinos, amigos, pareja, familia. Etc.) en el caso de la salud sin decir que siempre resulten ser de gran beneficio (Vega y Gonzáles, 2009).

El concepto de apoyo social surge del interés por entender las interacciones sociales y la disposición o necesidad de buscar la compañía de otras personas, mucho más marcada en circunstancias estresantes y conflictivas en la duración del ciclo vital.

El apoyo social funcional percibido y la percepción del estado de salud integral presentan una relación significativa con el bienestar psicológico. Esta definición coincide con diferentes estudios que afirman que tener relaciones importantes y duraderas aportan estabilidad a las personas y ayudan en que estos tengan un buen autoconcepto, mejor nivel de afrontamiento

del estrés y mejor nivel de funcionamiento de ahí que resalten la importancia del apoyo social percibido como medida protectora de la salud mental (Aguerre y Bouffard, 2008).

Fernández y Manrique (2010) señalan que los lazos afectivos duraderos son parte importante para que la salud física y mental de una persona se lleve a cabo de un modo integral. Asimismo, señala que el apoyo social son el grupo de personas que hacen parte del círculo familiar, de amigos, y conocidos del paciente, ya que cuando llega la enfermedad es como un filtro que permite conocer los verdaderos vínculos afectivos con los que se cuenta, la recuperación podría ser más lenta si este apoyo es de carácter ausente y débil, o por el contrario se tendrían más avances si estos vínculos son fuertes y constantes. Beigel, Naparstek y Khan (1980) explican que al hacer parte de la sociedad la personas cuentan con grupos de apoyo cercano o red social y que cuando sienten que estos les proporcionan el apoyo necesario en momentos difíciles en general, se convierten en parte importante para sus vidas.

Para Gracia, Herrero y Musitu (2017) el apoyo social representa la aprobación e información dada a la persona a través de la cual pueda creer y sentir que es cuidado, amado, estimado y miembro de un conjunto de compromisos recíprocos.

El apoyo social desde su origen recopila diferentes definiciones en las cuales intervienen varias ciencias como la psicología, la medicina, la psociología y la enfermería, estas hacen un aporte importante para determinar que tanto influye el apoyo social en la recuperación de los pacientes, ya que en esta etapa se da una interacción entre el enfermo y todo su entorno de una manera diferente al habitual, que involucra todo el grupo de personas que intervienen en este proceso, así lo expresa el artículo sobre el Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica elaborado por (Vega y Gonzalez, 2009).

3.1.2 Importancia del apoyo social funcional.

En la presente investigación se tomará en cuenta la definición hecha por Canga, Vivar y Naval citado por Astudillo, Perez y Orbegozo (2016) quienes señalan la importancia de la dependencia y cuidado de la familia, se debe tomar en cuenta las repercusiones sufridas por el cuidador ya que constituyen un factor de tensión adicional sobre el modelo familiar de atención, la llamada «carga» del cuidador tiene incidencia sobre los familiares que cuidan, sobre el entorno familiar, económico, laboral y sobre su propia salud, y que esto a la vez puede generar en el paciente una sobrecarga de emociones y pensamientos negativos al sentirse un peso para la familia, el objetivo de este artículo fue de tipo reflexivo desde un enfoque sistémico familiar, donde justifica la necesidad y la importancia de considerar la familia como unidad de cuidado y así mismo involucrar a quienes hacen parte del cuidado de pacientes o personas que requieran una atención especial.

En esa misma línea Castro, Campero y Hernández (1997) plantean que, el concepto de apoyo social presenta varias situaciones que hay que tomarlos en cuenta y son necesarios resolver, examinando y analizando las diferentes maneras de estudios recientes donde se vincula el apoyo social con ciertos niveles de salud y enfermedad, donde la necesidad de estudiar el apoyo social como una variable independiente sea tomada en cuenta y no solo como un posible factor determinante en las enfermedades. Del mismo modo destaca la relevancia que tiene investigar cuáles son los factores que determinan el apoyo social dentro de una realidad social, principalmente en el interior de las clases sociales y de género. Entonces se debe comprender que el apoyo social es un concepto multidimensional y por lo tanto bastante complejo, el objetivo es que a futuro no solo se mire desde un punto de vista

cuantitativo sino también cualitativo como una estrategia a largo plazo en la sociología médica.

3.1.3 Importancia del apoyo social funcional y aspectos tangibles.

Así también, Angarita y Gonzáles (2014) refieren algunos aspectos tangibles y psicológicos importantes en el apoyo social como son: tangible objetivo y psicológico objetivo, tangible subjetivo y psicológico subjetivo: lo tangible son recursos, lo psicológico son cogniciones, lo objetivo son conductas y lo subjetivo percepciones, ayuda percibida, que es subjetivo, referido a la percepción y vivencia del sujeto de la disponibilidad de apoyo para un momento determinado.

Por otro lado también es importante la forma como el paciente vincula sus emociones y pensamientos de forma positiva con respecto a como lo ve su familia, las actitudes positivas, el respaldo y apoyo, ya sea presencial o a través de contacto telefónico puede llegar a ser un gran aporte en la recuperación del estado de salud emocional, físico y mental, que puedan tener un equilibrio en estas tres esferas que son un pilar sólido del ser humano para un óptimo desempeño como miembro de la familia y de la sociedad.

Entonces también, es de vital importancia resaltar que la compañía de la familia no garantiza que exista un buen vínculo entre ellos, por tanto, el apoyo familiar solo se garantiza desde las buenas relaciones entre ellos, otro desafío dentro de la investigación fue ayudar a reconstruir posibles relaciones fracturadas que impidan el normal desarrollo del proceso.

En esta investigación, se busca profundizar en el apoyo social funcional, de las instituciones, siendo estos los principales centros donde se acude en caso de enfermedad y dónde podría haber una influencia significativa y de cambio en los procesos de

acompañamiento en aras de mejorar los estados físicos y emocionales que puedan contribuir a tener una rápida recuperación y mejor calidad de vida.

3.1.4 Dimension de la variable apoyo social funcional.

Este término fue definido por Wethington y Kessler como la posible percepción que posee un individuo acerca los recursos sociales que puede disponer en caso de necesitar ayuda o asesoría.

Apoyo social confidencial: el apoyo social confidencial representa la posibilidad especial que puede tener un individuo para hablar sobre sus problemas o situaciones de conflicto a un grupo de personas que puedan brindar esa ayuda con asuntos que requieran de su total comprensión.

Apoyo social afectivo: el apoyo social afectivo es entendido como el soporte con el cual las personas cuentan para satisfacer las necesidades emocionales y de afiliación por medio de una buena comunicación (comunicando sus sentimientos, sintiéndose querido, valorado y aceptado por los demás). Cuando los individuos piensan que otros pueden servirles de soporte cultivan y fomentan las relaciones interpersonales que sirvan como facilitador del mismo.

3.1.5 Modelos teóricos sobre el apoyo social funcional.

a. Teoría general de los sistemas (TGS). Este modelo es considerado por su excelente definición y aplicación al proyecto, esta teoría involucra a todos los componentes de un sistema como medios útiles y aportantes en el resultado para el cual se han juntado, ya que afectan o participan como un todo, al hablar de sistemas hablamos de un conjunto, que es compuesto por diferentes participantes y que tienen una relación estrecha entre los mismos, los cuales se encargan de que este sistema sea estable y se mantenga unido directa o indirectamente para lograr un fin que es la teleología (Ortiz, 2008).

Los métodos sistémicos internos deberían inevitablemente, ser integrados con un concepto de sistemas abiertos, y así establecer un flujo de relaciones con el ambiente como condición especial para dar continuidad al proceso sistémico. De acuerdo a estas consideraciones de la TGS se podría dispersar para dar lugar a dos grupos importantes para la investigación en sistemas generales. Los aspectos en los sistemas donde los conceptos se centran en la relación del todo, el sistema y sus elementos. Es pues aquí donde el cuidador forma parte vital del cuidado y apoyo en los procesos de salud-enfermedad convirtiéndose en elemento clave dentro del sistema (Arnold y Osorio 1998).

En esta coyuntura, el apoyo social funcional es interdisciplinario e incluyente de los sistemas en general (familiar, social, histórico, económico y cultural), con el objetivo de lograr una equifinalidad optimizada, en el caso de esta investigación una recuperación del paciente con bases sólidas y perdurables mejorando su calidad de vida.

b. Teoría de la atribución. Se analiza la forma en que se explica el comportamiento de los individuos. Posee ciertas transiciones, estas variaciones suponen: que hay una búsqueda en cuanto a darle sentido al mundo, que el comportamiento de las personas está influido por causas internas y externas, y que se hace de forma muy lógica y permanente.

Heider (1958), fue el fundador de la teoría de la atribución y fue quién estudió la psicología del sentido común, a través de la cual las personas le dan significado a los acontecimientos acostumbrados de la vida diaria. El creador de esta teoría concluyó que los individuos atribuyen a la conducta de alguien los factores internos, la disposición que tengan, o a causas externas o condiciones que tengan que ver con la situación. Por ejemplo, las disposiciones internas (motivos, rasgos, actitudes permanentes o a situaciones externas). Donde es importante como se interactúa con el entorno social en el proceso de percibir un

evento, para saber como se adapta por medio de lo que percibe del medio ambiente que lo rodea, medio físico y social. En este proceso intervienen algunos conceptos como la atribución, la cognición social y la inferencia (Mayers, 2000)

Del mismo modo Salazar (1986) como aporte sobre el tema aborda dos enfoques tradicionales que han sido incluidas en las obras de la psicología social, tales como son “la percepción social”, como influyen los factores sociales y culturales sobre la apreciación y cognición y la percepción de las personas, la conformación de impresiones y procesos de atribución. Entonces se podría concluir que existen diferentes enfoques de la percepción social desde un proceso dinámico, selectivo, y funcional, dónde la percepción radica fundamentalmente en tomar decisiones y formular hipótesis, este proceso esta delimitado basicamente por los valores sociales las necesidades, el aprendizaje y a modo general por algunas características transitorias o permanentes de las personas (Arias, 2006).

Es así como, el apoyo social debería comprenderse dentro de un marco de muchos componentes, donde participan varios elementos formando un conjunto con diferentes significados; por tal razón varios teóricos eligen definirlo como un meta concepto (López y Chacón, 1997).

c. Modelo de apoyo formal e informal. El apoyo formal es conocido como una fuente de apoyo que involucra a una organización burocrática que cumplen objetivos determinados y específicos, que esta distribuido por personal o profesionales empleados así como voluntarios. Al contrario del apoyo informal es un sistema de apoyo que está formado por redes personales y comunitarias no estructuradas, la forma más común de apoyo informal es la familia también están considerados los vecinos, amigos y personas que comparten algún vínculo afectivo o social. Esto aporta a las personas calidad de vida tanto en lo físico como en lo afectivo. Sin

embargo el apoyo informal muchas veces no es constante y esto puede no favorecer al paciente (Castellano, 2014).

d. Modelo de apoyo funcional. Evalúa si las relaciones interpersonales cumplen determinadas funciones emocionales y cognitivas de ayuda. La función principal es crear un sentimiento de que la persona se sienta apoyada por las diferentes formas de apoyo posibles. Incluye la valoración subjetiva de sentirse apoyado y en cómo la calidad de las relaciones sociales fomenta sentimientos positivos en el paciente. Entonces este modelo defiende que “el apoyo social está influido por variables de personalidad que determinan ese sentimiento subjetivo de apoyo”. Esta perspectiva funcional se basa en las teorías psicológicas que defienden que el proceso de apoyo está determinado por la percepción que tienen el sujeto frente a esa ayuda, es decir considera tanto medidas subjetivas de las percepciones frente al sistema de apoyo de un sujeto como también las que no pueden estar relacionadas con otras medidas objetivas reales (Terol, 1999 p.7).

e. Modelo estructural. Este modelo está centrado en la existencia y tamaño de las relaciones sociales, según López y Chacón (1999) dice que las dimensiones de las redes sociales más conocidas se encuentran: el tamaño o número de miembros que forman la red social, la composición que es la diversidad de personas como amigos, familiares, compañeros de trabajo, colegas, etc. La densidad que es el número de vínculos e intensidad de los mismos, la reciprocidad esto se dará si los vínculos con los miembros resultan recíprocos, la frecuencia o número de veces que se establece el contacto, la multiplicidad que son aquellos sujetos que proporcionan más de una forma de apoyo, la dispersión que es la facilidad o dificultad que se da al poder contactar con los miembros de la red social.

f. Modelo contextual. El principal interés es que se centra en las fuentes de apoyo tomando en cuenta las características particulares como las individuales y de relación, sistema estresor, el entorno, condiciones sociales y culturales. House (citado por Domínguez, 2006) señala que esta perspectiva tienen nueve fuentes de apoyo que son: Esposo o compañero, además de amigos, familiares, vecinos, colegas de trabajo, personal del servicio social y cuidadores, así también como: grupos de autoayuda y profesionales de la salud, sin embargo Martínez y García (1995) solo consideran tres fuentes de apoyo: el matrimonio y la familia, los amigos, y el entorno laboral.

3.1.6 Niveles de intervención de apoyo social.

Según Gottlieb (citado por Domínguez, 2006) señala los siguientes niveles de intervención:

a. Nivel individual. Es el proveedor de apoyo y también receptor de apoyo. Es la promoción de creencias acerca de la legitimidad del apoyo social informal a la vez facilita la movilización del apoyo social.

b. Nivel diádico. Es el apoyo de un sujeto y es clave de la red social. Es el apoyo durante el proceso en los hábitos, es el apoyo que se puede dar por ejemplo en el parto o acompañar en los estilos de afrontamiento que faciliten el apoyo social, visita al hospital o al hogar, etc.

c. Nivel grupal. Es el apoyo de miembros de la red social y ayuda a crear nuevos vínculos sociales. Este nivel ayuda en la promoción de la red de apoyo informal, terapia de red, genera creación de grupos de apoyo, así como programas de apoyo familiar.

d. Nivel de sistema social. Ayuda en las definiciones de rol, en los cambios estructurales y organizacionales, genera ampliación del rol realizado por un profesional y personal sanitario. Ayuda a la introducción de nuevas normas con el objetivo de facilitar la interacción entre

paciente, familiares y amigos. también facilita la introducción de nuevas estrategias de desarrollo.

3.2 El estado de salud integral

3.2.1 Definición.

Cortés, Guerrero, Méndez y Arriaga, (2009) señalan que el nivel de calidad de vida tocante con el estado de salud integral, conceptualmente está basado en un modelo bidimensional de la salud: física y mental, que consta de indagar que tan saludable ha sido el paciente, cuáles han sido sus patologías más comunes, que tanto lo imposibilita para realizar sus actividades diarias, como se siente al estar así, que tanto afecta sus relaciones familiares y sociales y cual la percepción que tienen sobre sí mismos, en la parte emocional, como afecta su autoestima, sus estados de ánimo, y deseos de vivir.

Según Calderón y Hernández (2016) señala que una excelente calidad de vida, incluye un estado de salud apropiado, relaciones saludables, afinidad y manejo del entorno social, en el cual se pueda desempeñar en óptimas condiciones emocionales, físicas y mentales, sentirse y ser útil a la sociedad como influencia positiva en el medio que le ha tocado desarrollarse. Asimismo, el estado de salud se puede definir como un momento, un periodo en el que un individuo se encuentra, a través de los años este concepto se ha ido redefiniendo debido a los avances científicos e investigaciones, sería conveniente definir en primera instancia lo que significa estado y luego si es que se logra llegar a un consenso entre conceptos, la salud, ya que hablar de esta es tan compleja como multidisciplinar.

Según la OMS (2010) El termino de salud implica tres componentes: el primero es objetivo que implica la integridad la funcionalidad orgánica; el segundo es adaptativo, y se refiere a la capacidad de integración bio-psico-social de las personas y finalmente tenemos el subjetivo,

donde aparece la percepción que cada uno tiene de la salud y lo que cree que es bienestar. Sigue señalando que la salud es algo que siempre ha preocupado al ser humano, pero pareciera algo somero o un concepto de tendencia, pues la preocupación no va ligada al autocuidado, la disciplina y el compromiso por conservarla, realmente la mayoría de la población mundial llegan a entender el significado cuando han pasado del estado de salud al estado de enfermedad.

Por otra parte, la fragilidad del ser humano cuando pierde la salud implica una afección no solo física sino psíquica y espiritual, por lo cual algunos individuos llegan a colapsar por completo, por consiguiente, la salud es la base para alcanzar diferentes metas que llevan al hombre a su realización personal y social. Así pues podemos concluir que la salud es muy importante para el ser humano, convirtiéndose en antesala para compensar cualquier otra necesidad o aspiración de felicidad y bienestar, aunque la salud no puede ser identificada taxativamente como felicidad o bienestar sin más (Lain, 1984).

La OMS en su definición sobre salud lo cataloga no solo como la ausencia de enfermedad, sino que también vincula el estado de completo bienestar físico, mental y social y en ese sentido esta definición lo deja todo por fuera y de esta manera nadie podría considerarse saludable. Entonces, cualquier molestia afecta el completo bienestar (Botella, 2014) de este modo se enfoca en la capacidad de las personas o las comunidades para adaptarse, o para auto gestionar los desafíos físicos y mentales o sociales que se le presenten en la vida.

En esta investigación se tomo en cuenta la definición de Restrepo y Malaga, (2001) quienes señalan en esta línea que el estado de salud integral es una sensación de bienestar físico, mental y social, que vincula no solo lo fisiológico (ausencia de enfermedad), psíquico (bienestar relacionado con las funciones y elementos de carácter psicológico), sino y con

mucha incidencia en los anteriores el entorno social y todo lo que ello abarca (medio ambiente, cultura, credos, trabajo, nivel de ingresos, educación, raza, etc.) el estado de salud es un concepto integral.

3.2.2 Importancia de la salud integral.

Sin duda la familia constituye una de las estrategias de atención primaria en la salud, existen diferentes programas que ponen en evidencia como principal eje en los diseños de apoyo en la salud. La consideración de la familia como unidad básica para la atención de la salud individual, en ese sentido, el rol que cumple la familia es fundamental en la salud.

Como se sabe la salud está determinada por las condiciones sociales y económicas dadas por cada grupo social. El condicionamiento psicológico y social constituye un principio básico de determinantes intermedios que provienen del grupo familiar, de su estructura y funcionamiento de las condiciones económicas y sociales que se dan en el hogar. En ese sentido la familia se convierte en la red de apoyo social más importante que tiene un sujeto a través de toda su vida por tener un alto significado y compromiso social, fuente de afecto, satisfacción y bienestar. Sin embargo, también existen familias que promueven la insatisfacción, el malestar, el estrés, la enfermedad mediante las alteraciones negativas de la vida familiar que se viven de forma constante (Louro, 2003).

Del mismo modo Herrera, Gonzáles y Soler (2002) señalan que la forma como la familia afronta el impacto de los eventos de la salud va a depender del uso de los recursos protectores, la capacidad del reajuste familiar, la adaptación, la vivencia del estrés. Estos son elementos vitales que contribuyen significativamente en la contribución del apoyo familiar. La adaptabilidad familiar con que cuenta la familia le dará la capacidad para flexibilizar las circunstancias que se dan por los cambios a nuevas situaciones como es la enfermedad de uno

de sus miembros. Cuando la familia actúa como sistema de apoyo es un factor presente también a nivel social y a la vez contribuyen con los diferentes niveles de prevención de la salud.

3.2.3 Dimensiones de la salud integral.

a. Funcionamiento Físico. hace referencia a las actividades intensas tales como correr, levantar objetos pesados, actividades moderadas tales como mover una mesa, trapear, lavar, levantar o llevar bolsas de compras, subir varios pisos por una escalera, subir un piso por una escalera, agacharse, arrodillarse o ponerse de cuclillas, caminar más de un kilómetro, caminar medio kilómetro, caminar cien metros, bañarse o vestirse, que se pueden ver afectadas por alguna situación de salud-enfermedad.

b. Desempeño físico. alude al menor tiempo dedicado al trabajo u otras actividades, hacer menos actividades de las que hubiera querido hacer, limitación en el tipo de trabajo o actividades y dificultades para hacer el trabajo u otras actividades que se vean interrumpidas por alguna situación de salud- enfermedad.

c. Dolor corporal. se refiere a la intensidad del dolor físico, la interferencia del dolor físico para el trabajo diario. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como aquella experiencia sensitiva y emocional que es desagradable y esta asociada a una lesión tisular ya sea real o potencial (Puebla-Díaz, 2005).

d. Funcionamiento o rol social. el funcionamiento social se evalúa a través de una entrevista, en la cual el paciente reporta el grado de satisfacción en relación a su desempeño de roles en la áreas ocupacional, social, económica, sexual, y familiar. Valencia et al. (2013). También el funcionamiento social tiene que ver con las capacidades que las personas tienen de adaptarse a las demandas de entorno ya sean familiares, laborales, sociales, así también las

capacidades para asumir roles sociales adquiridos por el matrimonio o laborales (Cavieres y Valdebenito, 2005).

e. Salud mental. Fue definida por la OMS como la etapa en la cual el individuo experimenta bienestar, a pesar de estar sumido en un ambiente familiar que puede conllevar estrés o en un ambiente social con todas sus perplejidades desarrollando así su potencial de adaptación importante para tener un estado de salud integral. Esto significa que tanto la promoción de la salud como la prevención de la problemática en salud y trastornos mentales, deberán tomar un giro importante y ser tomados como un componente más de la salud sin desarticularlo de la salud general. Posada, J. A. (2013).

En 1948 cuando se creó la OMS, también se llevó a cabo el primer Congreso Internacional de Salud Mental en Londres, donde definieron la salud mental como: “La salud mental es una condición, sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros, y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico». (Bertolote, 2008)

f. Vitalidad. las personas experimentan mayores niveles de vitalidad cuando demuestran altas preferencias de iniciativas de autonomía, suelen tener menos conflictos internos y confían en sus propias motivaciones para realizar las tareas que se proponen.

La vitalidad se considera dentro de la conducta propositiva y los procesos de regulación como uno de los principales indicadores de salud y bienestar, ya que está relacionada directamente con la persistencia, el esfuerzo y la energía que el individuo necesita para lograr las metas y los proyectos a nivel personal que se ha propuesto.

Otras investigaciones han logrado demostrar que personas con un alto nivel de vitalidad presentan mejor función a nivel de manejo de las emociones sin llegar a somatizarlas, menos estrés y aumento de sentimientos positivos. (Ryan y Frederick, 1997). Por esta razón, la vitalidad brota como un factor de suma importancia en el constructo del bienestar eudaemónico, este resultado muestra que los individuos se encuentran en armonía con los valores y las necesidades más nucleares de sí mismos (Waterman, 1993).

3.2.4 Modelos teóricos sobre el estado de salud integral.

Según una investigación sobre modelos teóricos, se han extraído los más acordes con esta investigación, que está más inclinada a un enfoque sistémico de la vida del individuo y su relación con el medio, existen muchas disciplinas involucradas en el estudio de los factores determinantes y condicionantes del proceso salud-enfermedad, se podría decir que es muy amplia y compleja a la hora de ser enmarcada en una sola teoría (Arredondo, 1992).

a) Modelo Teórico Multicausal. Este modelo habla sobre la intervención de diferentes factores a la vez, a saber: al agente, al huésped y al ambiente, siendo esta la primera medida que puede determinar si existen óptimas condiciones para un buen estado de salud de una o un conjunto de personas. Por medio del estudio de las variables incluidas en este modelo se pueden conocer varias causas que interfieren en esta investigación, por los cuáles se puede llegar a prevenir. Tenemos como desventaja que no se especifica el valor de cada factor así que se continúa haciendo énfasis en la parte biológica y la individual, entre tanto que lo social surge contenido en el entorno (Leavell y Clark citado por Castellano, 1992).

b) Modelo Teórico Social. El principal componente que es motivo de estudio en este modelo, es que tanto la salud como la enfermedad se crean dentro de las condiciones de vida y laborales del ser humano y dentro de cada grupo dentro de la población. Implanta como

variables concluyentes los factores del medio ambiente, el estilo de vida, y enaltece la parte social como uno de los principales factores, causa que revela la aparición y el desempeño de otros componentes participantes. Su principal dificultad es que, al aplicarlo como herramienta de estudio, se genera el riesgo de disminuir lo complejo y real del proceso de salud y enfermedad a meramente una situación de relacionamiento social. Se pueden considerar los máximos representantes de este modelo a Peter Frank, Virchow y Ramazzini (Pina, 1990).

c) Modelo Teórico Interdisciplinario. Este modelo habla sobre como el estado de salud o enfermedad se ve influido por múltiples factores ya sea de modo social o individual y que de acuerdo a ello se dan niveles que determinan la complejidad. Están los determinantes principales a nivel sistémico (genoma, ambiente, etc.), y los determinantes de estructura a nivel socio-estructural (estrato social, elemento de redistribución de la riqueza, etc.), los determinantes cercanos a nivel institucional-familiar (estilos de vida, sistemas de salud, etc.) y en el plano individual el estado de salud como tal. Una de las grandes ventajas de esta idea es que busca tener un enfoque integral para integrar los factores que determinan el proceso de estudio estos son: factores económicos, factores demográficos, factores sociales y factores políticos entre otros; también presenta desventajas, una de ellas es similar a otros modelos, no desarticula la influencia de los factores que considera y por tanto parece ser que no pondera el valor específico de cada determinante. Los autores de este modelo son Julio Frenk y Col y surgió en los primeros años de la década de los 90 (Arredondo, 1992).

3.2.5 Determinantes de la salud integral.

Según Finley y Landless (2014) el cuerpo humano es el mejor diseño de este mundo es por ello que se debe cuidar como un tesoro, por ello indica factores que contribuyen para tener una buena salud integral.

a. Buena nutrición. Se debe alimentar al cuerpo con alimentos saludables, esto significa que se debe conocer lo que realmente necesita el organismo y comer no solo para llenarse sino para alimentarse. Los carbohidratos, las proteínas, las grasas, las vitaminas, los minerales, antioxidantes y fitoquímicos son realmente fundamentales para una adecuada nutrición, es muy importante saber qué cantidad de cada uno de ellos se requiere cada día, es por ello se recomienda consumir, granos y cereales, frutas y verduras, así como legumbres, nueces y semillas y las grasas, aceites, dulces y sal en mínimas cantidades ya que el organismo solo lo necesita en pocas cantidades. Otras recomendaciones que considerar son las cantidades, la calidad de los productos, la moderación, evitar alimentos que no aportan de forma positiva al organismo.

b. Ejercicio físico. Este elemento es otra contribución positiva tan importante como la alimentación, el camino seguro para una buena salud va acompañado de una adecuada alimentación más los ejercicios, se debe entender que el ejercicio es parte del paquete total de la salud. El ejercicio mejora la aptitud física y la salud en general, fortalece los músculos, optimiza el sistema cardiovascular, controla el peso corporal, agilidad mental, mejora la apariencia física, entre otros. Sus beneficios son múltiples: aumenta la energía, regula la presión arterial, ejercita al corazón, ayuda a eliminar toxinas del riñón, alivia el estrés, disminuye la depresión, mejora el estado anímico entre otros. Es muy importante también considerar la frecuencia de los ejercicios, la intensidad, el tiempo y el tipo.

c. Mente positiva. Esto implica en lo posible la anulación de los pensamientos negativos, no permitir que la mente se inunde de ello. Es importante comprender que es la mente o la forma en que razonamos también es la respuesta de nuestros actos. Es importante entonces poner en ejercicio la inteligencia emocional, es decir en lo posible conocer e identificar las emociones

personales y también de los demás, esto ayudará a tener una vida más tranquila con empatía. Según Goleman citado por el mismo autor nos indica que la inteligencia emocional incluye conocer y manejar las propias emociones, reconocer y manejar las emociones en otros, manejar relaciones con otros y auto motivarse en el logro de las metas.

d. Descanso. Desde luego el descanso es el remedio para el cansancio y la fatiga. Esto implica tener las horas suficientes de descanso tanto por la noche al dormir como en el día al tomar espacios para descansar. Se debe dormir temprano para que el cuerpo haya recibido el suficiente descanso y necesario para seguir con energía y vitalidad en la mañana siguiente. Cuando el sueño es profundo durante la noche al dormir el cuerpo se revitaliza por completo. Si no se duerme adecuadamente el cuerpo no funcionará apropiadamente, el dormir es esencial para la salud y el bienestar, incluso la falta de descanso propiciará la enfermedad y consecuencias cognitivas y médicas de trastornos del sueño no tratados empeoran la calidad de sueño. También afecta de forma emocional contribuyendo a la ansiedad, la irritabilidad, cambio de humor, estrés, etc.

4. Definición de términos

Paciente

Es la persona que recibe atención de un médico u otro profesional de la salud, después de haberle practicado un examen médico que demuestre la necesidad de ser sometido a un tratamiento o a una intervención (Bulechek, Howard y McCloskey, 2009). Para la teoría general de los sistemas y de acuerdo a lo antes citado los síntomas que son los que le dan origen al paciente, desde esta perspectiva son vistos como parte de un modelo de comunicación, y por ende una cualidad del sistema en general y no solamente del que lo padece. Por ello, se desarrolla trabajando con todo el grupo familiar y se orienta la

intervención en donde interactúa el núcleo familiar y en los que el síntoma deja de cobrar su sentido (Feixas, Muñoz, Compañía y Montesano del Campo, 2016).

Percepción

De acuerdo con Carterette y Friedman citado por Arias (2006) la percepción es parte fundamental de la conciencia, son aquellos hechos que se hacen difícil tratar y, por consiguiente, forman la realidad como se experimenta. Este uso de la percepción depende de la acción de los receptores que se ven afectados por procesos que provienen del mundo físico. Este término entonces se puede definir como el resultado de la forma como el individuo procesa la información suministrada por su entorno, de acuerdo a los estímulos que va recibiendo parcialmente del medio en que vive.

Apoyo psicológico

Es el proceso que forma parte de la atención integral al paciente como medidas complementarias al tratamiento médico (Gallar, 2001).

5. Hipótesis de la investigación

5.1 Hipótesis general

Existe relación significativa entre el apoyo social funcional y el estado de salud integral en los pacientes del Sanatorio Adventista Vida Sana Popayan, Colombia, 2018.

5.2 Hipótesis específicas

Existe relación significativa entre el apoyo social funcional y el funcionamiento físico en pacientes del Sanatorio de Vida Sana, Popayán, Colombia, 2018.

Existe relación significativa entre el apoyo social funcional y el Rol físico en pacientes del Sanatorio de Vida Sana Popayán, Colombia, 2018

Existe relación significativa entre el apoyo social funcional y el Dolor corporal en pacientes del Sanatorio de Vida Sana, Popayán, 2018

Existe relación significativa entre el apoyo social funcional y el funcionamiento o rol social en pacientes del Sanatorio de Vida Sana, Popayán, 2018

Existe relación significativa entre el apoyo social funcional y la salud mental en pacientes del Sanatorio de Vida Sana, Popayán, 2018

Existe relación significativa entre el apoyo social funcional y la limitación por problemas emocionales en pacientes del Sanatorio de Vida Sana, Popayán, 2018

Existe relación significativa entre el apoyo social funcional y la vitalidad, energía o fatiga en pacientes del Sanatorio de Vida Sana, Popayán, 2018

Existe relación significativa entre el apoyo social funcional y la percepción general de la salud en pacientes del Sanatorio de Vida Sana, Popayán, 2018

Existe relación significativa entre el apoyo social funcional y la transición de la salud en pacientes del Sanatorio de Vida Sana, Popayán 2018.

Existe relación significativa entre el apoyo social funcional y el estado de salud en pacientes del Sanatorio Vida Sana, Popayán, 2018.

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Diseño y tipo de investigación

La investigadora aclara que éste estudio tuvo un diseño no experimental porque no se pretendió manipular variables de estudio, así mismo pertenece a un enfoque cuantitativo de alcance correlacional. Donde se analizó la relación entre el apoyo social funcional y el estado de salud integral en pacientes del Sanatorio Vida Sana, Popayán, Colombia, 2018. Teniendo en cuenta los objetivos establecidos para esta investigación, se utilizó un corte transversal ya que se aplicaron en un solo momento los instrumentos para la recolección de la información (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

2. Variables de la investigación

2.1 Definición conceptual de las variables

2.1.1 Apoyo social funcional.

El apoyo social funcional y sus dimensiones apoyo social confidencial y apoyo social afectivo constituyen el cúmulo de herramientas de diferente índole con los que pueden contar las familias en el diario vivir, principalmente para enfrentar circunstancias imprevistas. Esta variable incluye varias dimensiones importantes en el estudio del apoyo económico o tangible y el bienestar psicológico, que contiene las relaciones de amistad, intimidad compañerismo de tolerancia y comprensión, muy necesarios para enfrentar las exigencias de la vida y sobre todo aquellas que de algún modo parecen impuestas por las circunstancias inesperadas.

Incluye los aspectos de cuidado que generan bienestar al paciente en sus relaciones con otras personas, en su comportamiento con el entorno y también con sus relaciones sociales, generando calidad de vida (Bellón, Delgado, Luna, y Lardelli, 1996).

2.1.2 Estado de salud integral.

Se considera salud integral al estado de bienestar de los aspectos de la salud física y como esta interfiere en el trabajo y otras actividades, así como el funcionamiento social, la salud mental, la vitalidad, es decir la salud general y como el sujeto valora su propio estado de salud (Lugo y García, 2006).

2.1 Operacionalización de las variables

Tabla 1

Operacionalización de la variable apoyo social funcional, según Alvarado, Zunzunegui, & Delisle, H.(2005).

Variable	Dimensiones	Definición	Items	Definición operacional	Categorías de respuesta
Apoyo social funcional	Apoyo social confidencial Apoyo social afectivo	A través de este las personas pueden recibir información, ser guiados y aconsejados, es decir tienen con quien compartir sus problemas o preocupaciones. Es entendido como el soporte a través de expresiones de amor, simpatía, aprecio o pertenencia.	1,4,6,7,8 y 10 2,3,5,9y 11	<i>Cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNK-11 validado en Colombia por Alvarado, Zunzunegui, & Delisle, H. (2005).</i>	Escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta 1= mucho menos de lo que deseo 2= menos de lo que deseo 3= ni mucho ni poco 4= casi como deseo 5= tanto como deseo Apoyo afectivo Apoyo confidencial Apoyo normal Escaso apoyo

Tabla 2

Operacionalización de la variable estado de salud integral según Lugo y García (2006)

Variable	Dimensions	Definición	Items	Definición operacional	Categoría de respuesta
Estado de salud integral	Función Física	Evalúan hasta qué punto los problemas de salud física interfirieron con el funcionamiento ocupacional del paciente.	10	Cuestionario SF-36 sobre el estado de salud (español, Colombia), versión 1.2 adaptado por Lugo y García (2006)	Dicotómico: si, no Escala Likert de 3, 5 y 6 opciones, que señalan frecuencia, grado de veracidad, intensidad, grado de limitación, grado de mejoría y calidad
	Desempeño físico	Valora la forma en que la falta de salud afecta el trabajo y otras actividades diarias.	4		
	Dolor físico	Mide intensidad del dolor y su consecuencia en el trabajo habitual y en actividades del hogar.	2		
	Función social	Evalúa el nivel en que los problemas emocionales y físicos por la falta de salud obstaculizan la vida social diaria.	2		
	Desempeño emocional	Evalúa el grado en que los problemas emocionales afectan las actividades diarias.	3		
	Salud mental.	Valora el estado de salud mental en general, tomando como referencia la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.	5		
	Vitalidad	Evalúa el grado de dinamismo o vigor personal para llevar a cabo sus actividades diarias.	4		
	Salud general	Evaluación individual del estado de salud su situación actual y perspectivas a futuro, como también la resistencia a enfermar	5		
Ítem de transición de la salud	Valoración propia de su estado de salud actual, respecto de la inicial	1			

3. Delimitación geográfica y temporal

Este trabajo de investigación se llevó a cabo en las instalaciones del Sanatorio Adventista; Centro de Vida Sana Popayán, Colombia, durante los meses de abril y noviembre del 2018.

4. Población y muestra

4.1. Población

La población incluyo pacientes de diferentes partes de Colombia y del mundo, que recibieron tratamientos para diferentes patologías, crónicas como diabetes, hipertensión y enfermedades terminales como cáncer, entre otras de tipo psicológico y psiquiátrico tales como: trastorno bipolar, trastornos obsesivo desafiante (TOD), traumas por estrés postraumático (TEP) y trastorno de hiperactividad (TDH).

4.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por 167 pacientes internos que ingresaron al sanatorio Adventista Vida Sana Popayán, Colombia, de diferentes edades, de ambos sexos en los meses de abril a noviembre de 2018.

4.3 Criterios de inclusión y exclusión

4.3.1 Criterios de inclusión.

- Pacientes con estancia en el sanatorio Centro de Vida Sana Popayán, Colombia.
- Pacientes entre 15 y 80 años
- Pacientes de ambos sexos
- Estancia en el sanatorio en los meses de abril a noviembre del 2018.

Se considera el criterio de estancia ya que es la mejor manera de llevar un control tanto del estado de salud y sus efectos de mejoría, referente al apoyo social percibido, de igual forma también el criterio de edad, ya que estos dos grupos manejan distintas formas o estilos de relacionarse tanto social como familiar, precisamente por las diferencias de edad.

4.3.2 Criterios de exclusión.

- No estar reclusos en el Centro de Vida Sana Popayán, Colombia.

- No remitir menos de dos familiares como referencias de contacto

4.4. Características de la muestra

Se procedió a trabajar con el total de la población, 167 pacientes que ingresaron al sanatorio Adventista Vida Sana Popayán, Colombia, esto significa que el muestreo es no probabilístico seleccionados por disponibilidad durante los meses de abril a noviembre de 2018 (Hernández y Batista, 2000).

En la tabla 3 se observa que la edad de la mayoría de los participantes oscila entre 46- y 59 años (46.3%); donde el mayor número de participantes lo conforma el grupo de las mujeres (65.3%), en cuanto al nivel de estudio en su mayoría son bachilleres (31.7%) sin embargo no difiere mucho de la cantidad de profesionales (25.7%). De igual manera, en las características observadas, se destacan las ocupaciones de la población, revelando que el mayor número figura como empleados (29.9%); seguido muy de cerca por otras ocupaciones (29.3%); independientes (25.1%) y finalmente los estudiantes (15.6%). También se puede observar que la cantidad más representativa de la población estudiada se encuentra casada (41.3%); pertenecientes a la iglesia adventista (61.7%); de procedencia colombiana (82.6%); y con un nivel de patología moderado (52.1%).

Tabla 3

Características de los participantes

Variable	Categoría	F	%
Edad	15-25	36	21.6
	26-35	23	13.8
	36-45	27	16.2
	46-59	44	26.3
	60 a más	37	22.2
	Total	167	100.0
Sexo	Hombre	58	34.7
	Mujer	109	65.3
Religión	Adventista	103	61.7
	Católico	47	28.1
	Otro	17	10.2
Ocupación	Empleado	50	29.9
	Independiente	42	25.1
	Estudiante	26	15.6
	Otro	49	29.3
Patología	Grave	30	18.0
	Moderado	87	52.1
	Leve	50	29.9
Grado escolar	Primaria	35	21.0
	Bachiller	53	31.7
	Pregrado	43	25.7
	Otro	36	21.6
Estado civil	Casado	69	41.3
	Soltero	54	32.3
	Unión libre	17	10.2
	Otro	27	16.2
Procedencia	Colombia	138	82.6
	Extranjero	29	17.4

5. Instrumentos

En esta sección se presentan las características de los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos.

5.1 Cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNK-11, Alvarado, Zunzunegui y Delisle, (2005)

El Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke-Unc (Functional Social Support Questionnaire), fue diseñado en los Estados Unidos por Broadhead en 1988, y ha sido validado en población colombiana por (Alvarado, Zunzunegui y Delisle, 2005), y utilizado fundamentalmente en personas con patologías médicas. Instrumento sencillo y breve formado por 11 ítems, puntuados en un gradiente de frecuencia en escala tipo Likert que va desde 1, “Mucho menos de lo que deseo”, a 5, “Tanto como deseo”; la puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, a menor puntuación, menor apoyo. Está conformado por dos dimensiones: “apoyo confidencial” (posibilidad de contar con personas para comunicarse) y el “apoyo afectivo” (demostraciones de amor, cariño y empatía) se investiga por medio de 7 preguntas, los puntajes mínimos y máximos de esta dimensión oscilan entre 7 a 35, para que sea considerado como apoyo confidencial adecuado se deben obtener 21 a 35 puntos. La dimensión afectiva es calculada a través de 4 interrogantes, donde se encuentran la demostración de amor, cariño y empatía, como también la disposición de las personas para ofrecer esas expresiones de afecto, los puntajes de esta dimensión varían entre 4 a 20, y para considerarse que existe apoyo afectivo adecuado el resultado debe ser de 12 o más puntos. El puntaje del apoyo funcional global debe estar entre 11 y 55 puntos, un puntaje igual o por encima de 32 muestra una percepción buena de esta dimensión. Tanto la validez de concepto como la validez de constructo han sido investigadas. Obteniendo un alfa de Crombach en la consistencia interna de 0,90 para la totalidad de la escala, y de 0,88 y 0,79 para las escalas de apoyo confidencial y afectivo respectivamente

Dicho instrumento ha sido validado en España tanto en población general como en personas con VIH positivo.

Es aplicable para poblaciones de diferentes edades y de diferentes géneros. Este cuestionario ha sido aplicado y validado en una población española obteniendo valores de consistencia interna total de Alfa de Crombach de 0.90 demostrando una alta confiabilidad respecto a otros instrumentos relacionados. Para Colombia el instrumento ha sido validado y utilizado en varias investigaciones, arrojando resultados positivos donde el alfa de Crombach osciló entre 0,70 y 0,90 de lo cual indica que es un instrumento confiable y válido. Según Alvarado, Zunzunegui, & Delisle, H. (2005).

Para los fines de la presente investigación, también se obtuvo el índice de fiabilidad a través del análisis de alfa de Crombach, que arrojó un valor de 0,892, que indica que el instrumento es estable y confiable.

5.2 Cuestionario SF-36 sobre su estado de salud (español, Colombia), versión 1.2 Lugo y García (2006)

La versión colombiana en español del cuestionario SF-36 es un instrumento adaptado y confiable que puede utilizarse en el país para el estudio de la calidad de vida de las personas sanas o enfermas, mayores de 18 años de edad, con cualquier grado de escolaridad. Lugo y García (2006)

El cuestionario original fue diseñado en Estados Unidos por Ware y Sherbourne, en el año 1992, fue traducido al español por dos personas bilingües cuya lengua materna era el español. Incluye 36 ítems agrupados en ocho dimensiones: función física (ff), desempeño físico (df), dolor físico (df), desempeño emocional (de), salud mental (sm), vitalidad (vt), salud general (sg) y funcionamiento social (fs) y uno adicional, el cambio de la salud en el tiempo. En el

idioma original el SF-36 reveló confiabilidad y validez de apariencia, de contenido, de criterio (concurrente y predictiva) y de constructo. Ha sido usado en más de 40 países en el proyecto International Quality of Life Assessment (IQOLA), está argumentado en más de 1.000 publicaciones, las ventajas de usarlo para medir la carga de la enfermedad están referenciada en más de 130 publicaciones dado a la brevedad y comprensión se usa ampliamente en el mundo. En Colombia se ha demostrado la fiabilidad y validez, se utilizó una versión adaptada a Colombia del SF-36 que fue facilitada por sus autores, esta pertenece a la versión en inglés, traducida y retraducida por un grupo de colombianos expertos en la materia.

Este cuestionario está ordenado de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Para el cálculo de las puntuaciones se debe considerar la homogeneización, cálculo del sumatorio de los ítems, transformación lineal de las puntuaciones crudas. El instrumento debe ser llenado al menos el 50% y sustituir cualquier ítem por el promedio de los ítems de una escala. Sin embargo, más del 50% de ítems se invalida. Además, este cuestionario permite el cálculo de dos puntuaciones sumario y mental. La fiabilidad en Colombia fue mayor de 0.70 eso indica que el instrumento es confiable, según Lugo, L. H., García, H. I., & Gómez, C. (2006). Del mismo modo, en el presente estudio también se obtuvo el índice de fiabilidad del instrumento evidenciado en el valor de alfa de Crombach de 0.934, que revela una alta fiabilidad

6. Proceso y recolección de datos

Luego que se aprobó la realización de este estudio por los directivos de la institución, se contó con el apoyo y la colaboración de quienes se encontraban vinculados con el proceso, médicos, fisioterapeutas, enfermeras y promotores de salud en curso y demás. Los datos se procedieron a recolectar de manera colectiva, una vez consignado el consentimiento

informado. La duración fue aproximadamente de 40 minutos y estuvo a cargo del autor de la investigación. El método de recolección de datos fue mediante la técnica de la encuesta por medio de los instrumentos correspondientes de forma escrita.

Asimismo, se aplicó también el cuestionario de calidad de vida en salud SF-36, por entrevistas y auto diligenciado. Se usó medidas descriptivas para ítems, escalas y grupos, de una versión validada en Medellín Colombia y adaptado socioculturalmente al país. Se dieron las debidas instrucciones y se les explicó la importancia de la investigación para otros casos futuros en los que se pueda ofrecer psi coeducación sobre los resultados que se obtienen al poseer una red de apoyo en momentos de crisis, se les agradeció por su colaboración y disposición que tuvieron para realizar dicho trabajo.

7. Procesamiento y análisis de datos

Una vez obtenida la información, los datos fueron procesados a través del software Microsoft Excel y el paquete estadístico SPSS 22.0 una vez configurada la base de datos se procedió al análisis de los mismos mediante pruebas estadísticas descriptivas: media, desviación estándar, tablas de frecuencia, e inferenciales: coeficiente de correlación de Spearman / Tau B de Kendall y la prueba de normalidad de Kolmogorov.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

1.1. Analisis descriptivo

A continuación, se presentan los resultados descriptivos para las variables apoyo funcional y estado de salud integral hallados en los participantes:

El 45.5% de los pacientes, evidenciaron nivel medio en cuanto al apoyo social global. Mientras que 41.3% y el 36.5% de ellos, se ubicaron en el nivel medio del apoyo social confidencial y apoyo social afectivo, respectivamente.

Tabla 4

Niveles de apoyo social en pacientes del Sanatorio Vida Sana, Popayán, 2018

	Apoyo social global		Apoyo social confidencial		Apoyo social afectivo	
	F	%	F	%	F	%
Bajo	50	29.9	53	31.7	56	33.5
Medio	76	45.5	69	41.3	61	36.5
Alto	41	24.6	45	26.9	50	29.9

En la tabla 5 se observa que la media más alta se encuentra en las dimensiones funcionamiento físico con un puntaje percentilar mínimo de 0 y un máximo de 100; mientras que función social presenta un puntaje percentilar 0 y un máximo de 112 y la salud mental un puntaje percentilar mínimo de 20 y máximo de 80. Así mismo la media más baja se registró en la dimensión desempeño físico, con un puntaje percentilar mínimo de 25 y un máximo de 100.

Tabla 5

Características del estado de salud integral en pacientes del Sanatorio Vida Sana, Popayán, 2018

	Estadísticos descriptivos			
	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Función física	0	100	71.4671	26.75362
Desempeño físico	25	100	21.2575	39.06173
Dolor físico	0	90	49.6407	19.57045
Salud general	15	100	44.6609	17.68897
Vitalidad	15	100	50.8683	16.48276
Función social	00	112.50	60.6287	25.80149
Desempeño emocional	00	100	43.3134	47.63693
Salud mental	20	80	52.7425	10.58868

1.2. Prueba de normalidad de las variables

Con el fin de contrastar las hipótesis planeadas y poder desarrollar el propósito de realizar los análisis correlacionales, se procedió a realizar primero la prueba de normalidad de ajuste para corroborar si las variables demuestran una distribución normal. De este modo, en la tabla 6 se presentan los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), como se puede apreciar los datos correspondientes a las dos variables.

Se percibe que los valores de significancia para las variables, se encuentra por debajo de 0.05, por lo que se asume que la distribución de los datos en ellas es no paramétrica. Dados los resultados, se procederá a aplicar la prueba de correlación rho de Spearman.

Tabla 6

Prueba de Kolmogorov para apoyo social funcional y estado de salud integral

Variables	Media	DS	K- S	P
Apoyo social afectivo	17.59	3.701	0.094	.001
Apoyo social confidencial	21.77	4,892	0.130	.000
Apoyo social global	39.36	8.113	0.070	.042
Función física	24.29	5.351	0.143	.000
Desempeño Físico	4.85	1.562	0,455	.000
Dolor físico	6.96	1.957	0.132	.000
Salud general	13.91	3.538	0,122	.000
Vitalidad	14.17	3.297	0.204	.000
Función Social	6,85	2.064	0.138	.000
Desempeño Emocional	4.30	1.429	0.345	.000
Salud Mental	18.19	2.647	0.204	.000

*p<0.05

1.3. Analisis de correlación entre las variables

En la tabla 7 se observa el análisis de correlación entre las variables de estudio. Los resultados dejaron ver que existe relacion significativa entre el apoyo social global y todas las dimensiones de la variable estado de salud, siendo la más elevada la relación con vitalidad ($\rho=.386$, $p=0.000$). Del mismo modo se halló relación significativa y altamente significativa entre las dimensiones del apoyo social y las dimensiones del estado de salud, excepto entre apoyo social confidencial y dolor fisico ($\rho=0.129$, $p=0.096$) y apoyo social confidencial con desempeño físico ($\rho=0.133$, $p=0.087$).

Tabla 7

Análisis de correlación entre apoyo social funcional y estado de salud integral, en pacientes del Sanatorio Vida Sana de Popayán, 2018.

Estado de salud integral	Apoyo social confidencial		Apoyo social afectivo		Apoyo social global	
	Rho	P	Rho	P	Rho	P
Función Física	.171*	0.027	.212**	0.006	.199**	0.01
Desempeño Físico	0.133	0.087	.213**	0.006	.185*	0.017
Dolor físico	0.129	0.096	.230**	0.003	.193*	0.012
Salud general	.290**	0	.342**	0	.339**	0
Vitalidad	.329**	0	.391**	0	.386**	0
Función Social	.257**	0.001	.369**	0	.336**	0
Desempeño Emocional	.250.8**	0.001	.292**	0	.303**	0
Salud Mental	.259**	0.001	.368**	0	.329**	0

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**.. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

2. Discusión de resultados

Seguidamente se presentan la argumentación de los resultados obtenidos. Se encontró que si existe una relación altamente significativa entre la variable de estado de salud integral y el apoyo social funcional en los pacientes del Sanatorio Adventista Vida Sana Popayán, Colombia, 2018; lo que indica que a mayor apoyo social funcional es decir donde la persona percibe compañía, respaldo emocional y bienestar psicológico adecuado, un entorno que le brinde seguridad y motivación hará que las condiciones físicas mejoren y esto se vea reflejado en el estado de salud, sus funciones vitales, el estado de ánimo para sobrellevar la pérdida de la salud, la adherencia a los tratamientos y la recuperación final.

Este hallazgo es también corroborado por Vivaldi y Barra (2012), en un estudio llevado a cabo en Chile en cuyo resultado se puede señalar que las personas que tienen mejores relaciones poseen mayor bienestar psicológico y perciben una mejoría de la salud. De igual

manera, una relación similar se encontró en la investigación planteada por Gomes, Foss, Foss de Freitas y Pace, (2012) después de realizar un estudio en Brasil, quienes concluyen que el apoyo social es útil para la adhesión a los tratamientos médicos necesarios para mejorar el estado de salud, y que, sin duda, el apoyo social es un recurso o una herramienta muy valiosa que contribuye a promover una adecuada adaptación a las demandas impuestas por la enfermedad.

Asimismo, respecto a la primera y segunda hipótesis específicas, se encontró relación altamente significativa entre función física y desempeño físico con el apoyo social funcional en los pacientes del sanatorio Vida Sana Popayán, Colombia, 2018. Vicaccia, Fernández, Quiceno, López y Otalvaro (2008) sustentan que la calidad de vida contribuye a la salud física y que el apoyo social funcional favorece a la misma. También Angarita (2011) encontró que la percepción de los cuidadores de parientes con enfermedad crónica, argumentan que el apoyo social funcional debe ser más promovido por que es muy adecuado para las personas que padecen alguna enfermedad sobre todo de este tipo. Dicho de otro modo, la vulnerabilidad del sujeto cuando pierde la salud se atribuye a una situación no solo física sino psíquica y espiritual, es por ello la importancia del entorno (Lain, 1984).

En cuanto a la tercera y cuarta hipótesis específicas, se encontró relación significativa entre el dolor físico y salud general, con el apoyo social funcional. Este resultado concuerda con el argumento de Gutierrez, Caqueo, Ferrer y Fernandez (2012) en su investigación sobre la percepción del apoyo social y la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores llevada a cabo en Chile, señalan que los pacientes que perciben falta de apoyo social funcional, poca integración social y aislamiento, disminuyen significativamente la calidad de vida contribuyendo al malestar físico y la salud en general. Por otro lado, cabe

resaltar que además los cuidadores al no ser sostenidos por otras ayudas o familiares también sufren dolores físicos como: dolores de cabeza, dolores musculares, además de incremento de insomnio y ansiedad, esto implica que todas las personas involucradas necesitan soporte y apoyo social (Flores, Jenaro, Moro y Tomsa, 2014). En este sentido Vega y Gonzáles (2009) añaden que los sistemas sociales como la familia, amigos, vecinos entre otros siempre serán beneficiosos para la salud del individuo ya sea en estado de salud o enfermedad.

Así también, se halló relación significativa entre vitalidad con el apoyo social funcional. Evidentemente, el apoyo social otorgado ya sea por la familia, el personal de salud, vecinos u otros se convierte en una estrategia de afrontamiento muy valioso que genera vitalidad en el paciente durante la trayectoria de la enfermedad (Gomez y lagoueyte, 2012). Además, las personas se sienten valoradas cuando en su entorno existe el apoyo de su red social aumentando los recursos de afrontamiento hacia la enfermedad (Gracia, 1997).

De igual manera, se comprobó que, si existe relación altamente significativa entre la dimensión función social y el apoyo social funcional. Al respecto, Alvarado, Zunzunegui, & Delisle, (2005) dicen que el apoyo social contribuye en la mejoría de la salud favoreciendo la funcionalidad general de los pacientes. Entonces el apoyo social es el soporte a través del cual la persona siente mas cuidado, protección y estimación generando mayor compromiso con la recuperación (Gracia, Herrero y Musitu, 2017).

Del mismo modo, se corroboró la séptima hipótesis específica, encontrándose relación altamente significativa entre el desempeño emocional y el apoyo social funcional lo cual es argumentado por (Salotti, 2006) poniendo hincapié al apoyo social afectivo juntamente con el apoyo social confidencial como situaciones muy relevantes en el acompañamiento social, que motiva al ser humano a tomar partido en su recuperación, al sentir que sus necesidades básicas

son cubiertas por el entorno más cercano, a través de la afiliación, la pertenencia y la seguridad, entendiéndose así que la parte afectiva juega un papel vital en el estado de salud y de ánimo de las personas.

Así como en el octavo objetivo específico, se estableció que si existe relación altamente significativa entre la salud mental y el apoyo social funcional. A este hallazgo, Etcoff, Gilbert, Csikszentmihalyi y Seligman (2004) coincidieron en la importancia de estudiar aspectos positivos de la salud mental como la percepción de apoyo social, que es la evaluación valorativa sobre el grado de satisfacción personal y la realización del propio potencial con un significado positivo. Del mismo modo Aguerre y Bouffard, (2008) contribuyen a este resultado diciendo que el apoyo al individuo es elemental por que sirve de protector en la salud mental ayudando en el auto concepto, el nivel de funcionamiento y el afrontamiento al estrés dado por la misma enfermedad. También el círculo social es como un filtro que ayuda a conocer los verdaderos vínculos afectivos de las personas con quién se cuenta, dada esta importancia si hay ausencia de este soporte humano la recuperación podría tornarse más lenta, caso contrario si estos vínculos son fuertes y permanentes (Fernández y Manrique, 2010).

Por otra parte, es importante considerar los aspectos personales de los sujetos que padecen alguna enfermedad tal como lo indican Quiceno et al. (2007), quienes argumentan que puede haber calidad de vida favorable y muy poco apoyo o respaldo social. Ésto evidencia que las personas también pueden poseer recursos individuales para hacer frente a situaciones de enfermedad. Sin embargo, la mayoría de los estudios lo atribuyen al apoyo social brindado por agentes sociales del entorno lo cual debe ser muy tomado en cuenta en el abordaje a los pacientes.

Por otra parte, se exponen las limitaciones de esta investigación y la relevancia en este apartado. Al realizar la revisión teórica sobre apoyo social funcional, la primera limitación fue el cambio de terminología y su uso en teorías o investigaciones pasadas bajo el término de apoyo social únicamente, lo que dificultó el manejo de la información y la búsqueda de investigaciones con la misma terminología de la variable (apoyo social funcional), lo que generó confusión al buscar trabajos que refuercen los resultados, a pesar de que ambos términos sean usados por varios autores como sinónimo (García y González, 2000) .

Una limitación adicional fue que, en la mayoría de las investigaciones, la población de estudio fue o cuidadores o adultos mayores, en consecuencia, no se encontró investigaciones comparables con las mismas variables e igual población, siendo esto relevante para los hallazgos de este estudio.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

La investigación tuvo por propósito encontrar relación significativa entre el apoyo social funcional y el estado de salud integral en los pacientes del sanatorio Adventista Vida Sana Popayan, Colombia, 2018. De acuerdo con los resultados presentados en esta investigación se concluye lo siguiente:

- Respecto al objetivo general, Se encontró que todas las dimensiones de la variable estado de salud se relacionan con la variable apoyo social funcional global, siendo las más elevada, la relación con vitalidad ($\rho=.386^{**}$, $p=0.000$); Salud general ($\rho=.339^{**}$, $p=0.000$); Función social ($\rho=.336^{**}$, $p=0.000$); Salud mental ($\rho=.329^{**}$, $p=0.000$); Desempeño emocional ($\rho=.303^{**}$, $p=0.000$) y función física ($\rho=.199^{**}$, $p=0.001$); exceptuando la dimensión de apoyo social confidencial y dolor físico ($\rho=0.129$, $p=0.096$), y apoyo social confidencial con desempeño físico ($\rho=0.133$, $p=0.087$).

- Respecto al primer objetivo específico, se encontró que si existe relación altamente significativa entre la dimensión función física y el apoyo social funcional ($\rho=0.199^{*}$; $p<0,01$) en pacientes del sanatorio Adventista Vida Sana Popayán, Colombia 2018.

- En relación al segundo objetivo específico, se demostró que existe relación significativa entre la dimensión desempeño físico, y el apoyo social funcional ($\rho=0.185^{*}$; $p<0,01$) en pacientes del sanatorio Adventista Vida Sana Popayán, Colombia, 2018.

- En el tercer objetivo específico, se determinó que si existe relación significativa entre el dolor físico y el apoyo social funcional ($\rho=0.193^*$, $p=0.01$) en pacientes del Sanatorio Adventista Vida Sana Popayán, Colombia, 2018.
- Con respecto al cuarto objetivo, los resultados indicaron que si existe una relación altamente significativa entre la salud general y el apoyo social funcional ($\rho=0,339^{**}$; $p<0.00$), en pacientes del Sanatorio Adventista Vida Sana Popayán, Colombia, 2018
- Así también, en referencia al quinto objetivo específico se determinó que si existe relación altamente significativa entre la dimensión vitalidad y el apoyo social funcional ($\rho=0,386^{**}$; $p<0.00$), en pacientes del Sanatorio Adventista Vida Sana Popayán, Colombia, 2018.
- De igual manera, en el sexto objetivo específico se comprobó que, a nivel general, si existe relación altamente significativa entre la dimensión función social y el apoyo social funcional ($\rho=0,336^{**}$; $p<0.00$), en pacientes del Sanatorio Adventista Vida Sana Popayán, Colombia, 2018.
- Del mismo modo, se confirmó el séptimo objetivo específico y la relación altamente significativa entre el desempeño emocional y el apoyo social funcional ($\rho=0,303^{**}$; $p<0.00$), en pacientes del Sanatorio Adventista Vida Sana Popayán, Colombia, 2018.
- Finalmente, se estableció que si existe relación altamente significativa entre la salud mental y el apoyo social funcional ($\rho=0,329^{**}$; $p<0.00$), en pacientes del Sanatorio Adventista Vida Sana Popayán, Colombia, 2018.
- Se precisó que, si existe relación significativa entre el apoyo social funcional y el estado de salud en pacientes del Sanatorio Adventista Vida Sana Popayán, Colombia, 2018.

2. Recomendaciones

- Realizar investigaciones con un enfoque sistémico, para fomentar la importancia de las relaciones significativas, necesarias en el reestablecimiento de la salud física.
- Realizar una investigación comparativa con otras entidades de salud pública para observar si los principios cristianos generan diferencias significativas sobre los niveles del apoyo social funcional y el estado de salud integral.
- Fomentar programas psicoeducativos para generar recursos del entorno social y propios que puedan ser útiles en la recuperación del estado de salud integral de los pacientes.
- Replicar esta investigación en una muestra más amplia.
- Replicar esta investigación por edades.
- Seguir investigando estas variables en diversos grupos de pacientes con distintos diagnósticos.
- Realizar revisión teórica de términos sobre apoyo social funcional y estado de salud integral.
- Considerar como una variable interviniente la familia con quién vive.
- Se recomienda que, a partir de los resultados de la presente investigación, las instituciones prestadoras de servicios de salud puedan incluir programas concretos y definidos en la atención al paciente con temas relacionados con el apoyo social funcional y el estado de salud integral, dando a estos un rol importante en la recuperación y mejoría de la calidad de vida y el estado de salud de los mismos.

Referencias

- Alpi, S. V., Quiceno, J. M., Fernández, H., Pérez, B. E., Sánchez, M. O., & Londoño, A. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 23(2), 245-252.
- Alvarado BE, Zunzunegui MV, Delisle H. Validación de escalas de seguridad alimentaria y de apoyo social en una población afrocolombiana: aplicación en el estudio de prevalencia del estado nutricional en niños de 6 a 18 meses. *Cad Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2005 June; 21 (3): 724-736. Disponible en: <http://www.scielosp>.
- Angarita, D. (2014). *Rehabilitación integral: Un análisis de contenido del marco normativo de apoyo a la discapacidad*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: https://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/PUBLICACIONES_ARTICULOS/Rehabilitacin%20integral.pdf
- Angarita, O. y Gonzáles, D. (2017). Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Revista de Enfermería*, 16 (2), 26-38. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/337122237/Apoyo-Social-Elemento-Clave-en-El-Afrontamiento-de-La-Enfermedad-Cronica>
- Arias BG. Acerca del valor teórico y metodológico de la obra de L.S. Vygotsky. *Revista Cubana de Psicología*. 1999; 16(3): 171. Recuperado de:

<https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-cubana-de-psicologia/articulo/acerca-del-valor-teorico-y-metodologico-de-la-obra-de-l-s-vigotsky>

Arias BG. El papel de los otros y sus características en el proceso de potenciación del desarrollo humano. *Revista Cubana de Psicología*.1999; 16(3) 194 -9. Recuperado de: <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-cubana-de-psicologia/articulo/el-papel-de-los-otros-y-sus-caracteristicas-en-el-proceso-de-potenciacion-del-desarrollo-humano>

Arredondo, A. (1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Health-Disease Process*, 8 (3), 254-261. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n3/v8n3a05.pdf>

Arias, A. (2006). Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas. *Horiz. Pedagóg*, 8 (1), 9-22. Recuperado de www.scribd.com/document/330225147/Dialnet-Enfo...

Calderón y Hernández (2016). *Relación entre el estado nutricional y la calidad de vida de mujeres mayores de 60 años del Centro Integral del Adulto Mayor, CIAM, del distrito de La Molina - Lima-Perú 2016*. (Tesis de Maestro). Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Lima. Recuperado de: [http://biblio.unife.edu.pe/wxis-
php/call.php?count=25&database=%2Ftesis&namebase=Tesis&reverse=On&search%5B%
5D=molina&task=Buscar](http://biblio.unife.edu.pe/wxis-
php/call.php?count=25&database=%2Ftesis&namebase=Tesis&reverse=On&search%5B%
5D=molina&task=Buscar)

Astudillo, W. Pérez, M. Ispizua, Á y Orbegozo, A. (2016). *Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa*. Paliativos. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/355924171/acompanamiento-en-el-duelo-y-paliativos-pdf>

Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*, 6(2), 113-6.

Recuperado de: <https://es.slideshare.net/titovitor/races-del-concepto-de-salud-mental>

Bellón JA, Delgado A, De Dios J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNC-11. *Aten Primaria* 1996; 18: 17-31.

Botella, A. (2014). *Estudio del bienestar en personal sanitario: Relaciones con resiliencia, apoyo social, estrés laboral y afrontamiento*. (Tesis Doctoral). Universidad Nacional de Educación (UNED), España. Recuperado de: <http://docplayer.es/4067622-Estudio-del-bienestar-en-personal-sanitario-relaciones-con-resiliencia-apoyo-social-estres-laboral-y-afrontamiento.html>

Bulechek, G., Howard, K. y McCloskey, J. (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). España: Elsevier. Recuperado de: <https://books.google.com.pe/books?id=UsQcHuBuNHYC&pg=PR23&dq=D>

Castellano, L. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14 (3), 365-377. Recuperado de: <http://www.ijpsy.com/volumen14/num3/393/apoyo-social-y-vejez-la-influencia-del-ES.pdf>

Castro, P. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Waxapa*, 3(2), 102- 107. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2011/wax115e.pdf>

Castro, R., Campero, L., y Hernández, B. (1997). La investigación sobre el apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Sáude Pública*, 31 (4), 425 - 435. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89101997000400

- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *Am. J. Epidemiol. Psychosom. Med*, 23 (2), 104-107. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/782233>
- Cifuentes, J. y Quintul (2005). *La familia: ¿apoyo o desaliento para el paciente diabético?* Recuperado de: http://www.medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/La_Familia_y_el_paciente_diabetico.pdf
- Cortés, B., Guerrero, Méndez, A. y Arriaga, Y. (2009). *Investigación y practica en psicología del desarrollo*. Recuperado de issuu.com/editorialuaa/docs/investigacion.
- De la Revilla L, Bailón E, De Dios J et al. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria* 1994); 9: 688.
- Domínguez, M. (2006). *Apoyo social, integración y calidad de vida de la mujer inmigrante en Málaga*. (Tesis Doctoral). Universidad de Málaga, España. Recuperado de: <http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/1711228x.pdf>.
- Diaz, D., Martinez, B. y Calvo, F. (2012) Handicap as Risk Factors for Depression in Old Age. The Fospel Oak Project V. *Psychological Medicine* 27(3), 311-321. recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/241215825_Determinantes_psicosociales_de_la_salud_mental_en_la_poblacion_anciana
- Finley, M. y Landless, P. (2014). *Viva con esperanza. Secretos para tener salud y calidad de vida*. Buenos Aires: Asociación Casa Editora Sudamericana.
- Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V. y Montesano del Campo, A. (2016). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Recuperado de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/6/Modelo_Sistematico_Enero2016

- Fernández, R. y Manrique, F. (2010). Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería Global*, 19 (1), 26-32. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200016
- Flores, Jenaro, Moro y Tomsa (2014). Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4 (2), 79-88. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/european-journal-cuidadores-03-2015.pdf>
- Gaviria, Dávila, Correa, Burgos y Girón (2016). *Clase social y salud*. Instituto Nacional de Salud. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/362956622/INS-Colombia-Clase-Social-y-SP-Informe-8>
- Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (2017). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/356631487/LibroApoyoSocial-doc>
- Gomes, F. Freitas, F. y Pace, A. (2012). Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con diabetes mellitus. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (1), 26-35. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1169
- Gomez y lagoueyte (2012). El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. *Avances en enfermería*, 3 (1), 32-41. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35430/36127>
- Gutierrez, J., Caqueo, A., Ferrer, M. y Fernández, P. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y

- sus cuidadores. *Psicothema*, 24 (2), 255-262. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3858979>
- Herrera, P., Gonzáles, I. y Soler, S. (2002). Metodología para evaluar el impacto de los acontecimientos vitales de la familia en la salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18 (2), 30-46. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252002000200013&script=sci_arttext&tlng=pt
- Larrinoa, P., Martínez, S., Ortiz, N., Carrasco, M., Solabarrieta, J. y Gómez, I. et (2011). Autopercepción del Estado de Salud en Familiares Cuidadores y su Relación con el Nivel de Sobrecarga. *Psicothema*, 23. (3), 388-393. Recuperado de: www.psicothema.com/pdf/3899.pdf
- Lain, E. (1984). *La espera y la esperanza. Historia y teoría del esperar humano*. Madrid: Alianza Editorial.
- Louro, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29 (1), 56 -78. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000100007&script=sci_arttext&tlng=en
- Louro Bernal, Isabel. (2004). Towards a new conceptualization of family group health and its conditioning factors. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(3) Recuperado el 21 de octubre de 2019, de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000300005&lng=es&tlng=en.
- López, M. y Chacón, F. (1999). *Intervención Psicosocial y Servicios Sociales: Un enfoque participativo*. Madrid: Síntesis.
- Lugo, L. H., García, H. I., & Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud*

- Pública*, 24(2), 37-50. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a05.pdf?fbclid=IwAR3mafysIJZXM>
- Martínez, M. y García, M. (2001). El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*, 13 (4), 605-610. Recuperado de:
www.psicothema.com/pdf/486.pdf
- Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. México: Ediciones Díaz de Santos.
- Nieto, Abad, Esteban y Tejerina (2015). *Psicología de ciencias de la salud*. Recuperado de:
edoc.site/psicologia-para-ciencias-de-la-salud...
- Organización Panamericana de la Salud (2000). *Apoyo social y servicios de salud*. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/?lang=es>
- OMS (2010). *Concepto de salud*. Recuperado de <https://concepto.de/salud-segun-la-oms/>
- Ortiz, D. (2008). *Terapia Familiar Sistémico*. Primera edición. Cuenca-Ecuador.
- Puebla Díaz, F.. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 33-37. Recuperado en 22 de octubre de 2019, de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-8352005000300006&lng=es&tlng=en.
- Posada, J. A. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33(4), 497-498.
- Quiceno, Japcy & Londoño, Amanda & Vinaccia, Stefano & Hamilton, Fernandez & Elena Pérez, Beatriz & Sánchez G, Olga. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *Anales de psicología*, ISSN 0212-9728, Vol. 23, N°. 2, 2007, pags. 245-252. 23.
- Quiceno, Japcy & Londoño, Amanda & Vinaccia, Stefano & Hamilton, Fernandez & Elena Pérez, Beatriz & Sánchez G, Olga. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y

- apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *Anales de psicología*, ISSN 0212-9728, Vol. 23, Nº. 2, 2007, pags. 245-252. 23.
- Rodríguez-Carvajal, Raquel, & Díaz Méndez, Darío, & Moreno-Jiménez, Bernardo, & Blanco Abarca, Amalio, & Dierendonck, Dirk van (2010). Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo de bienestar psicológico. *Psicothema*, 22(1), undefined-undefined. [fecha de Consulta 22 de octubre de 2019]. ISSN: 0214-9915. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72712699011>
- Ruiz, I. (2014). Desarrollo y validación del cuestionario de apoyo social V.I.D.A. (Vínculos Interpersonales de Apoyo). Recuperado de <https://core.ac.uk/display/62515748>
- Restrepo, H. y Malaga, H. (2001). *Promoción de la salud; cómo construir vida saludable*. Colombia: Edit. Medica Panamericana.
- Salazar, J. M. (1986). *Psicología Social*. México D. F.: Editorial Trillas.
- Vinaccia Alpi, S., Margarita Quiceno, J., Fernández, H., Elena Pérez, B., Olga Sánchez, M., & Londoño, A. (1). HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT IN PATIENTS WITH DIAGNOSIS OF PULMONARY TUBERCULOSIS. *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 23(2), 245-252. Retrieved from: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/22341>
- Salazar, J. M. (1986). *Psicología Social*. México D. F.: Editorial Trillas.
- Terol, C. (1999). *Apoyo Social y salud en pacientes oncológicos*. (Tesis Doctoral). Universidad Miguel Hernández, España. Recuperado de: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/689/7/TESIS%20TEROL-CANTERO-MC.pdf>
- Vinaccia Alpi, S., Fernández, H., Quiceno, J. M., López Posada, M., & Otalvaro, C. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social funcional en pacientes

- diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia psicológica*, 26(1), 125-132. Recuperado de:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100011&script=sci_arttext
- Vinaccia Alpi, S., Margarita Quiceno, J., Fernández, H., Elena Pérez, B., Olga Sánchez, M., & Londoño, A. (1). HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT IN PATIENTS WITH DIAGNOSIS OF PULMONARY TUBERCULOSIS. *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 23(2), 245-252. Retrieved from <https://revistas.um.es/analesps/article/view/22341>
- Vega, O. y Gonzáles, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 16 (2), 40-53. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021
- Vivaldi y Barra (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 30 (2), 23-29. Recuperado de:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n2/art02.pdf>
- White, E. (2000). *El Ministerio de curación. Argentina: ACCES.*

Anexos

Anexo 1

Cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNK-11 validado en Colombia por Alvarado, Zunzunegui, & Delisle, H. (2005).

Nombre y apellido:

Fecha: Id: Grado Escolar: Patología:

Sexo: Edad: Procedencia:

Estado civil: Religión: Ocupación:

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					

Anexo 2

Cuestionario SF-36 sobre estado de salud (español, Colombia), versión 1.2 (2006)

Nombre y apellido:

Fecha: Id: Grado Escolar: Patología:
Sexo: Edad: Procedencia:
Estado civil: Religión: Ocupación:

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

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
- 2 " Más o menos igual que hace un año
- 4 " Algo peor ahora que hace un año
- 5 " Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

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 " Muchas veces

4 " Algunas veces

5 " Sólo alguna vez

6 " Nunca

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

1 " Siempre

2 " Casi siempre

3 " Muchas veces

4 " Algunas veces

5 " Sólo alguna vez

6 " Nunca

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

Carta de solicitud autorización

DIRECTOR

Sanatorio Centro de Vida Sana Popayán Colombia

Oscar Minayo

Apreciado Doctor, es grato dirigirme a usted para hacerle llegar un saludo cordial, y a la vez desearle bendiciones del altísimo en las labores que realiza, en bienestar del prójimo.

El motivo de la presente es para hacer de su conocimiento que estoy realizando un proyecto de investigación titulado “Apoyo social funcional y evaluación del estado de salud en pacientes del Sanatorio Centro de Vida Sana Popayán, 2018”, para optar al grado de Magister en Ciencias de la Familia con énfasis en Terapia Familiar por la Universidad Peruana Unión. Por tal motivo acudo a usted para solicitar el permiso para ejecutar la investigación y todo lo que concierne al mismo entre ello, la aplicación de pruebas para los pacientes seleccionados en el Sanatorio Centro de Vida Sana Popayán.

Esta investigación es realizada por:

<i>Nombres y Apellidos</i>	<i>Institución</i>	<i>Rol</i>	<i>Email</i>	<i>Documento de Identidad CC #</i>
<i>Celfa Patricia Gómez Cardona</i>	Universidad Peruana Unión	Estudiante de Posgrado	Patico01@hotmail.com	43143376

Para cualquier información, comunicarse al teléfono 3105395410, Psi. Patricia Gómez, o al correo patico01@hotmail.com.

Atentamente,

Celfa Patricia Gómez Cardona

CC 43143376

Psicóloga

Anexo 4

Carta de aceptación

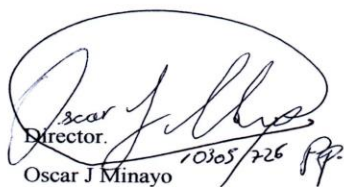
Popayán 15 de Febrero 2018

Dra.
Patricia Gómez
Psicóloga Centro Vida Sana
Popayán, Colombia

De acuerdo a su solicitud hecha a la institución para realizar la investigación correspondiente para optar a su grado como magister dentro de la institución, le informamos que estamos muy agradecidos por su excelente labor y por consiguiente autorizamos la aplicación de los instrumentos necesarios para llevarla a cabo.

Puede hacer uso de las instalaciones y estaremos dispuestos a brindar la colaboración necesaria para dicho proceso.

Atentamente,


Director.
Oscar J Minayo 10305/726 PP

CC 10305726

Anexo 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) amigo (a) mi nombre es Celfa Patricia Gómez Cardona, de profesión Psicóloga y estudiante de la maestría en ciencias de la salud con énfasis en terapia familiar. Este cuestionario tiene como propósito recopilar información para establecer la relación entre la percepción del apoyo social y la evaluación del estado de salud de los pacientes del Sanatorio Centro de Vida Sana Popayán Colombia, 2017. Su participación es totalmente voluntaria y no será obligatoria llenar dicha encuesta si no lo desea. Si decides participar en este estudio, por favor responde el cuestionario

Cualquier información adicional, duda o consulta posteriormente puede escribirme a:

Nombre del Investigador

Patricia Gómez C

Dirección

Centro de Vida Sana Popayán

Teléfono

3105395410

Email

Patico01@hotmail.com

He leído el consentimiento y he oído las aplicaciones orales del investigador, mis preguntas concernientes al estudio han sido respondidas satisfactoriamente. Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio. Firmo a continuación

Firma del participante y fecha

Nombre del participante