

Apoyo social y calidad de vida en víctimas de mina antipersonal, munición sin explotar o artefacto explosivo improvisado en Colombia

Diego Andrés Orejuela Castro



Universidad Pontificia Bolivariana

Seccional Bucaramanga

2017

Apoyo social y calidad de vida en víctimas de mina antipersonal, munición sin explotar o artefacto explosivo improvisado en Colombia

Trabajo de grado para optar al título de Psicólogo

Diego Andrés Orejuela Castro

Directora

Ara Mercedes Cerquera Córdoba

Doctor en Ciencias Psicológicas

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Bucaramanga

2017

*La vida me ha enseñado que la gente es amable, si yo soy amable; que las personas están tristes, si estoy triste; que todos me quieren, si yo los quiero; que todos son malos, si yo los odio; que hay caras sonrientes, si les sonrío; que hay caras amargas, si estoy amargado; que el mundo está feliz, si yo soy feliz; que la gente se enoja, si yo me enojo; que las personas son agradecidas, si yo soy agradecido.*

*La vida es como un espejo: Si sonrío, el espejo me devuelve la sonrisa. La actitud que tome frente a la vida, es la misma que la vida tomará ante mí.*

*“El que quiera ser amado, que ame”.*

***Mahatma Gandhi***

*Agradecimientos*

*A Dios, a la vida y a todo el universo, por los dones y bendiciones recibidas a diario, por hacerme parte de este mundo y permitirme avanzar en la conquista de mi proyecto de vida.*

*A mi madre, padre y hermana que con su educación, apoyo permanente y amor incondicional han sido mis principales formadores y testigos tanto de mis logros como de todas aquellas experiencias de vida.*

*A mi mentora, asesora de proyecto y amiga por compartir sus conocimientos, por la confianza y todas las oportunidades dadas para ser un buen profesional*

*A todas aquellas personas cercanas y significativas, quienes estuvieron acompañándome en este proceso y me permitieron vivir gratas experiencias.*

## Tabla de Contenido

Resumen.....	11
Abstract.....	12
Capítulo 1 Introducción.....	13
Capítulo 2 Justificación.....	17
Capítulo 3 Planteamiento del problema.....	22
Capítulo 4 Objetivos.....	25
4.1. Objetivo general.....	25
4.2. Objetivos específicos.....	25
Capítulo 5 Marco teórico.....	26
5.1. Conflicto armado interno en Colombia.....	26
5.1.1. Antecedentes y contexto histórico del conflicto armado interno en Colombia.....	26
5.1.2. Población colombiana: principales víctimas del conflicto armado interno.....	27
5.1.3. Reporte estadístico de víctimas del conflicto armado interno y hechos victimizantes en Colombia.....	29
5.1.4. Conflicto armado interno y las minas antipersonal (MAP), munición sin explotar (MUSE) o artefactos explosivos improvisados (AEI) en Colombia.....	29
5.1.5. Datos estadísticos víctimas de MAP, MUSE o AEI.....	31
5.1.6. Los graves daños de las MAP, MUSE o AEI contra las personas: Consecuencias físicas, psicológicas y sociales.....	32
5.2. Referentes teóricos, marco conceptual y estudio empíricos del apoyo social.....	35

5.2.1 Antecedentes históricos del apoyo social.....	35
5.2.2. Definición y aspectos relevantes en el concepto del apoyo social...	36
5.2.3 Clasificación, funciones y características del apoyo social.....	39
5.2.4. Importancia del estudio del apoyo social en el contexto de la salud y vulnerabilidad social.....	40
5.2.5. Evaluación de Apoyo social.....	43
5.2.6. Estudios Empíricos del apoyo social.....	45
5.3. Referentes teóricos, marco conceptual y estudios empíricos de la calidad de vida.....	48
5.3.1. Antecedentes históricos y conceptuales de la calidad de vida.....	48
5.3.2. Definición conceptual y componentes de la calidad de vida.....	50
5.3.3. Calidad de vida relacionada con la salud.....	54
5.3.4. Importancia de la evaluación de la calidad de vida relacionada con salud.....	56
5.3.5. Medición en la calidad de vida relacionada con salud.....	58
5.3.6. Estudios empíricos de calidad de vida relacionada con salud.....	60
5.3.7. Calidad de vida en personas víctimas del conflicto armado interno por mina MAP, MUSE o AEI.....	60
5.4. Relación del apoyo social en la calidad de vida relacionada con salud.....	63
Capítulo 6 Metodología.....	67
6.1. Diseño.....	67
6.2. Población.....	67
6.3. Muestra.....	67
6.4. Consideraciones éticas.....	69
6.5. Instrumentos.....	69

6.6. Procedimiento.....	71
6.7. Análisis estadístico.....	74
Capítulo 7 Resultados.....	75
7.1. Descripción variables sociodemográficas.....	75
7.2. Descripción datos apoyo social percibido (MOS).....	78
7.3. Descripción calidad de vida relacionada con salud (WHOQOL-BREF).....	80
7.4. Coeficiente de correlación de Pearson de las variables apoyo social (MOS) y calidad de vida relacionada con salud (WHOQOL-BREF).....	83
7.5. Modelo regresión lineal entre las variables apoyo social (MOS) y calidad de vida relacionada con salud (WHOQOL-BREF	84
Capítulo 8 Discusión.....	88
Capítulo 9 Conclusiones.....	97
Capítulo 10 Recomendaciones y Sugerencias.....	100
Referencias.....	102
Anexos.....	117

### Lista de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de un grupo de víctimas de MAP, MUSE o AEI en Colombia.....	75
Tabla 1.1. Datos relacionados con el hecho victimizante en los participantes.....	77
Tabla 2. Número de amigos íntimos y familiares cercanos de los participantes.....	78
Tabla 3. Puntuación dimensiones apoyo social percibido (MOS).....	79
Tabla 4. Consistencia interna del cuestionario MOS aplicado en los participantes.....	80
Tabla 5. Puntuación dominios calidad de vida relacionada con salud (WHOQOL-BREF).....	81
Tabla 6. Consistencia interna del cuestionario WHOQOL-BREF aplicado en los participantes.....	82
Tabla 7. Coeficiente de correlación de Pearson de las variables apoyo social (MOS) y calidad de vida relacionada con salud (WHOQOL-BREF).....	83

## Lista de Figuras

Figura 1. Puntuación global de apoyo social percibido (MOS).....	78
Figura 2. Puntuación calidad de vida relacionada con salud (WHOQOL-BREF).....	80
Figura 3. Puntuación satisfacción de los participantes respecto a su salud (WHOQOL-BREF).....	81
Figura 4. Análisis de regresión lineal entre apoyo social global y CVRS.....	84
Figura 5. Análisis de regresión lineal entre apoyo social global y salud psicológica.....	84
Figura 6. Análisis de regresión lineal entre apoyo social global y relaciones.....	85
Figura 7. Análisis de regresión línea entre apoyo emocional/informacional y relaciones sociales.....	85
Figura 8. Análisis de regresión lineal entre apoyo emocional/informacional y salud psicológica.....	85
Figura 9. Análisis de regresión lineal entre apoyo emocional/informacional y relaciones sociales.....	85
Figura 10. Análisis de regresión lineal entre apoyo emocional/informacional y ambiente.....	86
Figura 11. Análisis de regresión lineal entre apoyo instrumental y ambiente.....	86
Figura 12. Análisis de regresión lineal entre apoyo instrumental y salud psicológica.....	86
Figura 13. Análisis de regresión lineal entre apoyo interacciones sociales y relaciones sociales.....	86
Figura 14. Análisis de regresión lineal entre apoyo afectivo y relaciones sociales.....	86

## Lista de Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado.....	117
Anexo 2. Ficha datos sociodemográficos.....	119
Anexo 3. Cuestionario MOS.....	121
Anexo 4. Cuestionario WHOQOL-BREF (Versión española).....	122

**RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO**

**TITULO:** Apoyo social y calidad de vida en víctimas de mina antipersonal, munición sin explotar o artefacto explosivo improvisado en Colombia

**AUTOR(ES):** Diego Andrés Orejuela Castro

**FACULTAD:** Facultad de Psicología

**DIRECTOR(A):** Ara Mercedes Cerquera Córdoba

**RESUMEN**

El presente estudio tuvo como objetivo determinar si existe influencia del apoyo social en la calidad de vida relacionada con salud en un grupo de víctimas del conflicto armado interno por mina antipersonal, munición sin explotar o artefacto explosivo improvisado en Colombia. Este estudio se enmarca en un enfoque cuantitativo de alcance descriptivo-correlacional, con un diseño no experimental de corte transversal. Se trabajó con un grupo de 56 participantes 49 hombres y 7 mujeres, con una edad promedio de 45.70 años, pertenecientes a 12 departamentos del país. Para la medición de las variables se utilizó una ficha de datos sociodemográficos y los cuestionarios MOS y WHOQOL-BREF. Como resultados se evidencia la prevalencia de hombres (87.5%), casados (46.4%), de estrato 1 (64.3%), pertenecientes al departamento de Santander (48.2%). Sobre el apoyo social, los participantes perciben un adecuado apoyo social a nivel general, en las dimensiones salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente; respecto a la calidad de vida relacionada con salud, la mayoría de los participantes la evalúan como normal, sin embargo, se identifica una baja calidad de vida en el dominio salud física. Sobre la relación entre las variables se identifican correlaciones positivas significativas con valores menores de 0.05. Finalmente, los resultados indicaron bajos porcentajes de estimación de causalidad entre las variables evaluadas, sin embargo, los dominios apoyo emocional/informacional, interacciones sociales y apoyo afectivo fueron los que presentaron mayores puntuaciones en el coeficiente de determinación. Se concluye que si existe influencia en bajas proporciones del apoyo social en la calidad de vida relacionada con salud en los participantes evaluados, logrando el cumplimiento de los objetivos propuestos.

**PALABRAS  
CLAVES:**

Apoyo social, calidad de vida, conflicto armado, victimas, mina antipersonal

**V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO**

**GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE**

**TITLE:** Social support and quality of life in victims of anti-personnel mine, unexploded ordnance or improvised explosive device in Colombia

**AUTHOR(S):** Diego Andrés Orejuela Castro

**FACULTY:** Facultad de Psicología

**DIRECTOR:** Ara Mercedes Cerquera Córdoba

**ABSTRACT**

The present study had as objective to determine if there is influence of social support in the quality of life related to health in a group of victims of the internal armed conflict by antipersonnel mine, unexploded ordnance or improvised explosive device in Colombia. This study is part of a quantitative approach of descriptive-correlational scope, with a non-experimental cross-sectional design. A total of 56 participants, 49 men and 7 women, with an average age of 45.70 years, from 12 departments of the country were worked with a group of 56 participants. A sociodemographic data sheet and the MOS and WHOQOL-BREF questionnaires were used to measure the variables. As a result, the prevalence of men (87.5%), married (46.4%), stratum 1 (64.3%), belonging to the department of Santander (48.2%) was evident. On social support, the participants perceive an adequate social support at the general level, in the dimensions of physical health, psychological health, social relations and environment; With regard to health-related quality of life, most participants evaluate it as normal, however, a low quality of life in the physical health domain is identified. On the relationship between variables, significant positive correlations were identified with values lower than 0.05. Finally, the results indicated low percentages of causality estimation among the evaluated variables, however, the emotional / informational support domains, social interactions and affective support were those that presented higher scores in the coefficient of determination. It is concluded that if there is influence in low proportions of the social support in the quality of life related to health in the evaluated participants, achieving the fulfillment of the objectives proposed.

**KEYWORDS:**

Social support, quality of life, armed conflict, victims, anti-personnel mine

**V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK**

## **CAPÍTULO 1**

### **Introducción**

El conflicto armado interno (CAI) en Colombia, ha sido ampliamente reconocido a nivel nacional y mundial, como el más antiguo en Latinoamérica sin llegar a una solución, debido a una serie de condiciones sociodemográficas, políticas y económicas que han dificultado los esfuerzos por darle fin (Centro Nacional de Memoria Histórica, CNMH, 2013). Este ha sido protagonizado por distintos actores que han perpetuando una guerra de más de 50 años, en la que los civiles son las principales víctimas, quienes se han visto expuestos a condiciones violentas en su vida cotidiana (Balanta, 2014; Gómez-Isa, 2010).

Durante la evolución del CAI en Colombia, los actores involucrados han desplegado diversas modalidades de violencia. El uso de minas antipersonal (MAP), munición sin explotar (MUSE) o artefactos explosivos (AEI) es sólo una parte del conflicto que ha afectado a la población Colombiana; estas son utilizadas en zonas de combate y alrededor de los campamentos para defender posiciones estratégicas, lugares de retención de secuestrados y como armas indiscriminadas de terror (Restrepo & López, 2010).

En el sistema de registro de información de la Dirección para la Acción Integral contra Minas Antipersonal - Descontamina Colombia (DAICMA, 2014), se considera víctima de MAP y MUSE a toda aquella persona que haya sufrido daños, incluidas lesiones físicas o mentales, como consecuencia de la acción de una MAP o MUSE.

Las MAP, MUSE o AEI causan en las víctimas lesiones múltiples mediante complejos mecanismos de trauma, heridas de alta contaminación, estancias hospitalarias prolongadas, incapacidades y secuelas, sumadas a los altos costos de atención. Sin embargo, más allá de las afectaciones físicas, las acompañan el impacto psicológico y social, en ellos mismos, como es sus familias y comunidades comprometiendo el futuro y la estabilidad colectiva (García & Velásquez, 2011).

Además, es importante destacar que los efectos de las MAP, MUSE o AEI afectan la capacidad de las víctimas para implicarse en relaciones afectivas y de apoyo. En este sentido, el apoyo social es un factor fundamental en la vida de las víctimas, dado que permite percibir de una mejor forma su ambiente, motivarlo a cuidar de sí mismo, a relacionarse de manera más positiva con las otras personas y a utilizar recursos propios y sociales para afrontar el estrés. De esta manera, la combinación de estos factores tendrá efectos positivos en su bienestar emocional y en su salud física al incrementar su resistencia a las enfermedades y reforzar también sus redes sociales de apoyo (Barra, 2004).

Por otro lado, son diversas, graves y complejas las consecuencias que tienen el conflicto armado interno en Colombia sobre la vida, la calidad de vida, la salud y la atención de la salud, al describirlas, es inevitable el entrecruzamiento entre formas específicas de violencia y sus principales víctimas. Así mismo, se observa que varios fenómenos pueden ser igualmente expresión y consecuencia del conflicto y, por lo tanto, afectar a varias víctimas y alterar tanto su calidad de vida como las distintas dimensiones físicas, afectivas y psicosociales de la salud que la componen (Franco, Suarez, Naranjo, Báez, & Rozo, 2007).

A la par de lo anterior, una de las razones del rápido desarrollo de las medidas de calidad de vida en el ámbito sanitario ha sido el reconocimiento de la importancia de comprender el impacto de las intervenciones sanitarias en las vidas de los pacientes; ello es particularmente importante en pacientes con enfermedades crónicas, discapacitantes o que pongan en peligro la vida del individuo (Muniesa et al., 2009).

Un aspecto importante que puede influir en el bienestar y la calidad de vida de las víctimas de MAP, MUSE o AEI es la autoeficacia, que a su vez puede influir sobre esta la red de apoyo social, dado que constituye una de las áreas centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo en la realización y participación de actividades (Acuña-Gurrola & González-Rangel, 2010).

En el caso de las víctimas de MAP, MUSE o AEI, según Hándicap International (2013), las investigaciones muestran que tener buenas relaciones familiares y sociales, así como el acceso a un ingreso y el empleo son los determinantes más importantes en la percepción subjetiva de la calidad de vida. Allí, las relaciones sociales y familiares contribuyen al bienestar psicológico de las víctimas, así como su provisión de apoyo material en el caso de las necesidades que presentan.

En este sentido, a partir de una síntesis sobre el contexto del CAI colombiano, en la presente investigación se presenta una aproximación acerca de las graves consecuencias y efectos físicos, psicológicos y sociales que trae consigo el conflicto sobre la vida, salud y bienestar de las víctimas, en particular de aquellas que han sido afectados a causa de una mina antipersonal, munición sin explotar o artefacto explosivo improvisado, resaltando la importancia del apoyo social como elemento fundamental para determinar si existe influencia

de esta variable en la calidad de vida relacionada con salud en dicha población, utilizando como instrumentos el Cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social - MOS (Sherbourne & Stewart, 1991) para evaluar el apoyo social percibido y WHOQOL-BREF (Programme on Mental Health, World Health Organization, 1996) para medir la calidad de vida relacionada con salud, y de esta manera, poder llevar a cabo el cumplimiento de los objetivos propuestos.

## CAPÍTULO 2

### Justificación

La guerra y cualquier forma de violencia pueden considerarse como un evento traumático para cualquier individuo. Se entiende como evento traumático aquella experiencia que causa perjuicios o consternación física, emocional o psicológica, relacionada directamente como una amenaza para la seguridad, bienestar y la vida de la persona que presencia el evento (Baró, 2003, citado en Barrero & Fajardo, 2009). Tal es el caso de las víctimas MAP, MUSE o AEI en Colombia, quienes se ven afectados por graves lesiones, mutilaciones, amputaciones, pérdida de órganos vitales y por complejas consecuencias psíquicas y comportamentales, como crisis emocional, ansiedad, depresión, conductas autodestructivas, trastorno por estrés postraumático, irritabilidad, llanto, deseos de cambiar su identidad, pérdida de vínculos familiares, inseguridad y la incapacidad para lograr sus deseos, dejando los mecanismos de defensa tales como la evasión, regresión, agresión, el olvido, la conversión reactiva y la negación (Andrade, Angarita, Perico, Henao & Zuluaga, 2011).

Según reportes estadísticos publicados en la DAICMA (2014), en el periodo de 1990 al 31 de julio de 2017 se han registrado un total de 11.495 víctimas por MAP, MUSE y/o AEI en Colombia, 7.025 miembros de la fuerza pública y 4.470 civiles. Cinco de los departamentos con mayor número de víctimas son: Antioquia (2.529), Meta (1.135), Caquetá (935), Nariño (860) y Norte de Santander (805). En el Departamento de Santander se han reportado 288 víctimas. Así mismo, de las 11.495 víctimas, 10.821 hacen parte del género masculino y 606 del género femenino. Respecto a la edad, 10.304 hacen parte del rango mayores de 18 años y 1.168 menores de 18 años.

Es importante resaltar que para las víctimas de MAP, MUSE o AEI, lo más difícil de afrontar no es el miedo que se desprende del acontecimiento amenazante, sino aprender a vivir en medio de la guerra, es decir, ajustarse a la situación, que ha marcado experiencias imborrables, que se traducen en afectaciones físicas, afectivas, psicológicas y sociales. Para muchos de los sobrevivientes, las secuelas después de ser afectado por una mina antipersonal son tan intensas que la mayoría de ellos piensan en el suicidio como la única opción para aliviar los dolores físicos y psicológicos que padecen (Andrade et al., 2011).

No obstante, a partir de lo anterior, surge el interés por considerar una variable psicológica de análisis, el apoyo social, como factor significativo para minimizar los efectos que causa una situación estresante, traumática y con graves afectaciones, como son las MAP, MUSE o AEI, pues a partir de la interacción entre los miembros de la red, es posible ampliar el repertorio conductual hacia formas más adaptativas para superar las demandas del medio ambiente (Palomar & Cienfuegos, 2007).

En este punto las redes sociales y la red personal desempeñan un papel fundamental en los contextos de vulnerabilidad social, ante los cuales surgen mecanismos de afrontamiento y protección para los sujetos, en especial para aquellos que son más frágiles o expuestos a las calamidades (Amar & Madariaga, 2008). De esta manera, las redes como fuente de apoyo social, permite el afrontamiento de las necesidades humanas, ya que se trata de una estructura de soporte dirigida a la potencialización de recursos, así como la participación social y la cooperación como estrategias para enfrentar la marginación, la exclusión y la pobreza (Ávila-Toscano & Madariaga, 2010).

Una de las principales fuentes de apoyo social de aquellas personas que poseen una amputación traumática, como es el caso de las víctimas de MAP, MUSE o AEI, es el apoyo familiar, quienes contribuyen a nivel personal y social a enfrentar los cambios en las personas afectadas (Rodas, 2015).

Las investigaciones teóricas y empíricas que se han realizado en torno al concepto de apoyo social, identifican que dicho constructo tiene diversos efectos positivos con respecto a la salud y bienestar de las personas (Vega & González, 2009). Dichos estudios dan cuenta que aquellos individuos que perciben altos niveles de apoyo social, tienen un alto autoconcepto, un estilo de afrontamiento más adecuado ante el estrés, una mayor autoestima y autoconfianza, mayor control personal y bienestar subjetivo, así como una mejor salud en general (Orcasita & Uribe, 2010).

Además, los estudios demuestran que aquellos sujetos en condición de riesgo que se sienten apoyados por sus amigos y familiares, tienen menor probabilidad de presentar consecuencias adversas para su salud y mantienen un mayor ajuste psicológico (Gracia & Herrero, 2006). Por ello, el apoyo social brindado de manera adecuada, puede considerarse entonces, como un recurso necesario para la adaptación del sujeto a las exigencias y situaciones adversas del entorno (Palomar & Cienfuegos, 2007).

Dado que son numerosos, graves y complejos los efectos que tiene el conflicto armado colombiano sobre la vida, la calidad de vida, la salud, la atención de la salud en la víctimas de MAP, MUSE o AEI (Franco et al., 2007), es importante destacar que la evaluación de la calidad de vida relacionada con salud, toma gran relevancia y mayor interés en personas con limitaciones físicas, psicológicas o sociales, debido a que éstas presentan un

mayor deterioro de las dimensiones que la componen e implican un mayor costo sanitario (Cardona-Arias, Giraldo & Maya, 2016).

Según Sinha y Van Den Heuvel (2011) la calidad de vida de las víctimas de MAP, MUSE o AEI se ve afectada debido a limitaciones en la función y estructura del cuerpo, que obstaculizan el nivel de actividad e influenciado por el impacto ambiental y factores personales, tal como se contempla en el clasificación de funcionamiento, discapacidad y Salud de la Organización Mundial de la Salud.

Sobre la influencia de las redes sociales de apoyo en la salud, su potencial radica en el impacto de las relaciones personales como fuente de recursos psicológicos y materiales para el afrontamiento de acontecimientos problemáticos, dolorosos o de gran impacto afectivo. De igual manera, permite generar estrategias de adaptación de las personas vulnerables con los recursos sociales presentes en su entorno, proporcionando la actividad de las personas junto a toda una gama de emociones positivas, que tendrían efectos benéficos en la calidad de vida y la salud mental del individuo (Tousingnant, 1992, citado en Astaisa, 2013).

Por lo anterior, en la presente investigación es de interés determinar si existe influencia del apoyo social, definido como “todas aquellas acciones de diversa índole (emocional, instrumental e informacional, cognitiva y material), que son realizadas por diferentes actores con el propósito fundamental de contribuir al bienestar de otro en una situación cotidiana o de emergencia” (Pelcastre-Villafuerte, Treviño-Siller, González-Vázquez & Márquez-Serrano, 2011, p. 461), en la calidad de vida relacionada con salud, entendida como la percepción subjetiva de bienestar, salud y funcionalidad del individuo en diferentes áreas de su vida, la cual incluye el dominio físico, psicológico, el grado de

independencia, las relaciones sociales y la relación con el entorno (Cardona-Arias et al., 2016), en un grupo de víctimas del conflicto armado interno por mina antipersonal, munición sin explotar y/o artefacto explosivo improvisado en Colombia.

## CAPÍTULO 3

### Planteamiento del Problema

La dinámica del conflicto armado interno en Colombia como fenómeno social acarrea diversas repercusiones en la vida de las personas, además del fusil y otras armas de fuego el uso desmesurado de las MAP, MUSE o AEI hacen de estas, armas altamente nocivas que violan el Derecho Internacional Humanitario (Franco et al., 2007). El problema de las MAP existe en Colombia a mediados de los años 70<sup>s</sup>, que con el tiempo fue aumentando su uso de manera alarmante. De hecho, Colombia es el único país en América Latina donde se continúa utilizando este tipo de artefactos armados (Barrero & Fajardo, 2009).

Como consecuencia, el uso de las MAP, MUSE o AEI dejan en sus víctimas afectaciones físicas, que se traducen en graves lesiones, mutilaciones, amputaciones, pérdida de órganos vitales, etc. (Restrepo, Yara, Cano & Navia, 2014), así como también complejas consecuencias psicológicas, como reacciones depresivas, reacciones agresivas, trastorno por estrés postraumático, trastornos del sueño, episodios psicóticos transitorios, dificultades de concentración, confusión y culpa, entre otros (Barrero & Fajardo, 2009). Sus efectos son de larga duración, tanto en las personas que sufren el evento, como en su familia y la comunidad. En el funcionamiento del grupo familiar se presentan dificultades, las relaciones familiares se ven alteradas, ocasionándose un rompimiento no sólo del tejido familiar, sino también del tejido comunitario y social porque se pierden las relaciones de liderazgo y convivencia (García & Velásquez, 2011).

A partir de lo anterior, se pretende abordar la variable apoyo social en las víctimas de MAP, MUSE o AEI, dado que este constructo proporciona al individuo un sentido de estabilidad, predictibilidad y control que lo hace sentirse mejor y a percibir de manera más positiva su ambiente; a su vez, esos sentimientos pueden motivarlo a cuidar de sí mismo, a interactuar de manera más positiva con las otras personas y a utilizar más recursos personales y sociales para afrontar el estrés, producto de las situaciones adversas y adaptarse de forma positiva a las nuevas condiciones en su vida y entorno (Barra, 2004). Tal y como lo plantea Palomar y Cienfuegos (2007), quienes consideran al apoyo social como un recurso para minimizar los efectos que causa una situación estresante, pues a partir de la interacción entre los miembros de la red, es posible ampliar el repertorio conductual hacia formas más adaptativas para superar las demandas del medio ambiente.

El apoyo social desempeña un papel importante en el mantenimiento de la condición de salud y bienestar de los individuos, en el caso de las víctimas de MAP, MUSE o AEI, personas con alta vulnerabilidad social, dado a los daños potenciales a su salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades y violación a sus derechos humanos (Pelcastre-Villafuerte et al., 2011), tales aspectos se ven afectados a causa del evento traumático al que fue expuesto, que dejan graves perjuicios, daños y afectación física, emocional y psicológica, repercutiendo en su calidad de vida, por lo que se hace necesario destacar la importancia que tiene el apoyo social y ayuda que reciben los individuos de los sistemas sociales informales (familia, amigos, vecinos) sobre su salud (Orcasita & Uribe, 2010).

Esta condición particular en las víctimas de MAP, MUSE o AEI despierta el interés en desarrollar investigaciones en torno a la influencia que tendría el apoyo social en la calidad de vida relacionada con salud. Aunque no existen en Colombia investigaciones

correlacionales que den cuenta de la influencia que presenta una variable sobre la otra en dicha población específica, la literatura refiere la importancia que ejerce el apoyo social percibido sobre la salud y bienestar para afrontar el estrés, permitir una mayor adaptación a la situación y brindar recursos efectivos para su afrontamiento particularmente en personas con enfermedades crónicas (Ahmad et al., 2015; Avendaño & Barra, 2008).

De esta manera, el presente estudio se fundamentará en la siguiente pregunta de investigación: ¿existe influencia del apoyo social en la calidad de vida relacionada con salud en un grupo de víctimas del conflicto armado interno por MAP, MUSE o AEI en Colombia?

## CAPÍTULO 4

### Objetivos

#### 4.1. General:

Determinar si existe influencia del apoyo social en la calidad de vida relacionada con salud en un grupo de víctimas del conflicto armado interno por mina antipersonal, munición sin explotar o artefacto explosivo improvisado en Colombia.

#### 4.2. Específicos:

- Describir las variables sociodemográficas que presenta un grupo de víctimas del conflicto armado interno por mina antipersonal, munición sin explotar o artefacto explosivo improvisado en Colombia.

- Evaluar el apoyo social percibido en un grupo de víctimas del conflicto armado colombiano por mina antipersonal, munición sin explotar o artefacto explosivo improvisado en Colombia.

- Medir la calidad de vida relacionada con salud percibida en un grupo de víctimas del conflicto armado interno por mina antipersonal, munición sin explotar y/o artefacto explosivo improvisado en Colombia.

- Identificar si existe relación entre el apoyo social y calidad de vida percibida en un grupo de víctimas del conflicto armado interno por mina antipersonal, munición sin explotar o artefacto explosivo improvisado en Colombia.

## **CAPÍTULO 5**

### **APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA EN VÍCTIMAS DE MINA ANTIPERSONAL, MUNICIÓN SIN EXPLOTAR O ARTEFACTO EXPLOSIVO IMPROVISADO EN COLOMBIA**

#### **5.1. Conflicto armado interno en Colombia**

##### **5.1.1. Antecedentes y contexto histórico del conflicto armado interno en Colombia**

Colombia es un país que a lo largo de su historia ha sufrido por más de 50 años un conflicto armado interno (CAI), debido a una serie de condiciones sociodemográficas, políticas y económicas que han dificultado los esfuerzos para darle fin. Dicho conflicto, ha tenido como principales actores al gobierno y los grupos al margen de la ley como las guerrillas y los paramilitares, que se fortalecieron al vincularse con el narcotráfico (CNMH, 2013).

Durante el conflicto armado interno, se han reconocido más de 22 grupos guerrilleros y paramilitares, y entre 5 y 10 carteles de la droga. Siendo las guerrillas más representativas las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo (FARC-EP), el Ejército de Liberación Nacional (ELN), el Ejército Popular de Liberación (EPL) y el Movimiento 19 de abril (M-19), las cuales se formaron con una visión revolucionaria, pero que con el tiempo se transformó en una lucha por el control territorial. Por otro lado, los paramilitares fueron un grupo que desataron una guerra sucia contra la izquierda legal y contra las bases sociales de los grupos insurgentes. Finalmente, el narcotráfico, otro de los

actores de esta lucha armada, cuyas acciones garrafales han dejado heridas imborrables en todo el territorio colombiano (Obando, Viscaya & Fernández, 2016).

Ahora, al intentar reconocer el origen y los procesos dinamizadores del conflicto armado interno en Colombia, según el CNMH (2013), la dinámica de dicho conflicto se compone de 5 ejes: disputa por la tierra y el conflicto agrario, ausencia de garantías para la participación política, narcotráfico, contexto y presión internacional, además de la presencia fragmentada del gobierno en el territorio nacional.

### **5.1.2. Población colombiana: principales víctimas del conflicto armado interno**

Durante la evolución del CAI en Colombia, se han desplegado diversas modalidades de violencia, que se han convertido en una estrategia de los grupos armados para infundir terror a través de crímenes de guerra de lesa humanidad, vulnerando el Derecho Internacional Humanitario (DIH) y los Derechos Humanos (DDHH) de la población civil, quienes son la principal víctima del conflicto, afectados de forma directa o indirecta (Cepeda, 2012; Estrada, 2009; Rojas & Poveda, 2014; Sandoval & Martínez, 2010).

Ahora bien, tanto la población civil, como los diferentes actores del conflicto, se ven afectados por estar inmersos en esta realidad, de esta manera según la Ley 975 de 2005, se reconoce como víctima a:

La persona que individual o colectivamente haya sufrido daños directos tales como lesiones transitorias o permanentes que ocasionen algún tipo de discapacidad física, psíquica y/o sensorial (visual y/o auditiva), sufrimiento

emocional, pérdida financiera o menoscabo de sus derechos fundamentales. Los daños deberán ser consecuencia de acciones que hayan transgredido la legislación penal, realizadas por grupos armados organizados al margen de la ley. También se tendrá por víctima al cónyuge, compañero o compañera permanente, y familiar en primer grado de consanguinidad, primero civil de la víctima directa, cuando a esta se le hubiere dado muerte o estuviere desaparecida. (p. 2).

Por su parte la Ley de víctimas y restitución de tierras, Ley 1448 de 2011 define víctimas como:

Aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1° de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno. El cónyuge, compañero o compañera permanente, [...] De la misma forma, a las personas que hayan sufrido un daño al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización. (p. 9)

De acuerdo con el CNMH (2013), se destaca que durante mucho tiempo han predominado sobre las víctimas, aspectos de la violencia como: las características de los eventos violentos sufridos, el tipo de victimario, las modalidades de violencia, las particularidades y los perfiles de las víctimas, su edad, género, pertenencia étnica, condición de discapacidad, experiencia organizativa, adscripciones políticas y religiosas, el tipo de

apoyo recibido, las respuestas sociales frente a los hechos y a las víctimas, y las acciones u omisiones del Estado, en especial de las Fuerzas Militares y de Policía y de la justicia.

### **5.1.3. Reporte estadístico de víctimas del conflicto armado interno y hechos victimizantes en Colombia**

De acuerdo con el Registro Nacional de Información de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, hasta el 1 de Julio de 2017, existe un registro de 8.472.134 víctimas, lo que demuestra que en Colombia aproximadamente el 17% de la población se ha visto afectada (víctima indirecta o directa) por hechos como: Acto terrorista/Atentados/Combates/ Hostigamientos (95.860 personas), Amenaza (353.513 personas), Desplazamiento (7.219.471 personas), Homicidio (267.782 directas y 719.326 indirectas), Secuestro (31.673 víctimas directas y 4.001 víctimas indirectas) y Minas antipersonal/Munición sin explotar/Artefacto explosivo (11.047).

### **5.1.4. Conflicto armado interno y las minas antipersonal (MAP), munición sin explotar (MUSE) o artefactos explosivos improvisados (AEI) en Colombia**

A partir de la configuración de los primeros grupos guerrilleros organizados militarmente y fundamentados ideológicamente, son diversas las técnicas y artefactos bélicos utilizados durante el conflicto armado, con el objetivo de atacar y reducir al adversario. Además del fusil y otras armas de fuego, se comenzó a utilizar minas antipersonal (MAP) y artefactos explosivos improvisados (AEI) como recurso armado para batallar sin necesidad de que hubiese combate directo entre los integrantes de las huestes (Restrepo, Yara, Cano & Navia, 2014).

En relación a las MAP, éstas se crearon a mediados del siglo XX, desde la Segunda Guerra Mundial con el objetivo de “desmoralizar a las tropas enemigas y aterrorizar a los civiles. Son centinelas insomnes que no pueden ser heridos ni detectados por el enemigo y que, tarde o temprano, cobrarán una víctima” (Roa, 2002, citado en Restrepo et al., 2014, p. 88). Por su bajo costo, las minas parecen ser la mejor alternativa para algunos ejércitos: armas cuya fabricación no requiere una gran infraestructura, elaboradas con materiales baratos y asequibles.

En Colombia, el problema de las MAP existe a mediados de los años 70s, que con el paso del tiempo fue aumentando su uso de manera alarmante. De hecho, Colombia es el único país en América Latina donde se continúa utilizando este tipo de artefactos armados (Barrero & Fajardo, 2009).

Según García y Velásquez (2011) una mina está compuesta por una cierta cantidad de material explosivo contenido en algún tipo de caja (normalmente de metal, plástico o madera) y por un mecanismo de fusibles con el fin de causar la explosión. Las minas suelen clasificarse en dos categorías: las minas anti tanque o antivehículo y las minas anti personal. De acuerdo con el Glosario Nacional de Términos para la Acción Integral contra Minas Antipersonal, define MAP como toda mina concebida para que explote por la presencia, la proximidad o el contacto de una persona y que, en caso de explotar, tenga la potencialidad de incapacitar, herir y/o matar a una o más personas (DAICMA, 2014). Por lo general las minas antipersonal se clasifican en subcategorías, según el principal método utilizado para causar las heridas: minas de onda explosiva y mina de fragmentación.

Las minas de explosión causan heridas directamente en diferentes partes del cuerpo. En Colombia la mayoría de las minas son de fabricación artesanal, es decir son en realidad artefactos explosivos improvisados (AEI), según Mañas y Jordán (2007), son artefactos explosivos contruidos de forma manual y disimulados en el entorno con el fin de evitar su neutralización y producir daño deseado, estos pueden presentar un diseño y apariencia muy variados; universalmente se les conoce como minas, ya que se activan de la misma manera que una mina antipersonal, por la presencia, cercanía o proximidad de un ser humano de un animal, es decir, no discriminan quien es la víctima (García & Velásquez, 2011).

Las minas de fragmentación están compuestas de muchas piezas de metal dentro ellas, diseñadas para romperse en muchos pedazos pequeños. La explosión puede provocar daños o heridas, pero la mayoría son causados por los trozos de metralla que son lanzados en todas las direcciones a varios metros, dependiendo de la potencia individual de la mina (García & Velásquez, 2011).

Por otro lado, MUSE es toda munición explosiva que ha sido cargada, su fusible colocado, armado o por el contrario preparada para su uso o ya utilizada. Puede haber sido disparada, arrojada, lanzada o proyectada, pero que permanece sin explotar debido ya sea a mal funcionamiento, al tipo de diseño o a cualquier otra razón (DAICMA, 2014).

#### **5.1.5. Datos estadísticos víctimas de MAP, MUSE o AEI**

En todo el planeta, las víctimas por MAP superan ostensiblemente el número de víctimas por armas nucleares (Franco et al., 2007). En el sistema de registro de información, se considera víctima de MAP y MUSE a toda aquella persona que haya sufrido daños,

incluidas lesiones físicas o mentales, como consecuencia de la acción de una MAP o MUSE (DAICMA, 2014).

Según el informe Monitor de Minas Terrestre, presentado en Ginebra en 2007, Colombia sigue ocupando el primer lugar a nivel mundial en número de accidentes con este tipo de armas (Comando General Fuerzas Militares, 2012). Entre 1990 y 2017, se registraron en Colombia 6.726 accidentes y 28.388 incidentes. Los cinco departamentos con mayor frecuencia de incidentes fueron: Meta (17%), Antioquia (15%), Caquetá (9%), Arauca (7%) y Cauca (5%). Asimismo, los cinco departamentos con mayor frecuencia de accidentes fueron: Antioquia (24%), Meta (9%), Caquetá (9%), Nariño (8%) y Norte de Santander (7%). De acuerdo con Glosario Nacional de Términos para la AICMA, por accidente se entiende un acontecimiento indeseado causado por MAP o MUSE que causan daño físico y/o psicológico a una o más personas y por incidente se entiende un acontecimiento relacionado con MAP o MUSE, que puede aumentar hasta accidente o tiene el potencial para conducir a accidente (DAICMA, 2014).

#### **5.1.6. Los graves daños de las MAP, MUSE o AEI contra las personas: consecuencias físicas, psicológicas y sociales.**

De acuerdo con lo planteado por Roa (2000, citado en Restrepo et al., 2014) las heridas causadas por minas antipersonal son identificadas como las más complejas y perturbadoras de todas las heridas de guerra. Allí dichas heridas que se producen son sucias y contaminadas ya que comprometen varios miembros y órganos a la vez como: glúteos, órganos genitales, brazos, piernas, ojos, tronco y cabeza. Las ondas explosivas desgarran los tejidos, los coagula y causan quemaduras severas. Además la tierra, pedazos de metal, plásticos, así como también pedazos de ropa y calzado, fragmentos óseos y esquirlas se

internan en el miembro afectado causando, casi invariablemente, la amputación. Asimismo, las heridas causadas varían dependiendo del diseño del artefacto y la edad de la víctima, en general se puede clasificarlas en tres tipos:

Tipo I, causadas cuando un individuo se para sobre una mina, se caracterizan por lesiones en brazos, piernas y órganos genitales, y la amputación es la única solución posible; tipo II, generalmente resultan de la detonación de minas de fragmentación y, aunque no siempre, son fatales, ya que afectan a órganos internos como el estómago, los intestinos y los pulmones, así como el rostro, las extremidades y los ojos; y tipo III, heridas en manos y rostro causadas en muchos casos durante la manipulación de una mina. (Restrepo et al., 2014, p.89)

La dificultad para detectar, distinguir y evitar las MAP, MUSE o AEI hacen de estas armas altamente nocivas y peligrosas que violan el derecho internacional humanitario, causando graves lesiones, mutilaciones, amputaciones, pérdida de órganos vitales y complejas consecuencias psicológicas en las víctimas y en su ambiente afectivo (Franco et al., 2007).

De esta manera, tras el accidente, las lesiones que afectan a la salud pueden clasificarse en físicas y psicológicas. Las lesiones físicas son las más estudiadas y documentadas (Strada 1996, citado en Restrepo et al., 2014), dado que este tipo de lesiones exigen una intervención médica inmediata, al poner en riesgo la vida de la víctima. Asimismo, dicho autor, clasifica las lesiones físicas en cuatro categorías, de acuerdo con el patrón del daño: a) amputación de un pie o la parte baja de una pierna, aunque en algunos casos la amputación ocurre por debajo del tobillo; b) amputación en la parte alta de la pierna

o toda la pierna, en algunos casos afecta a los genitales, los glúteos o el abdomen; c) amputaciones de los dedos y las manos y lesiones en el pecho, la cara, los ojos y los oídos, y d) heridas generalizadas que suelen causar la muerte inmediata.

Las consecuencias finales de los accidentes por MAP, MUSE o AEI más allá de las mutilaciones físicas, las acompañan el impacto psicológico y social de las víctimas, sus familias y comunidades comprometiendo el futuro y la estabilidad colectiva (García & Velásquez, 2011).

Para Barrero y Fajardo (2009) la guerra como evento traumático, tiene un impacto significativo en el aparato psíquico de las personas que se evidencia a diferentes niveles y afecta diversas áreas del individuo, la familia, así como también un determinado grupo o una organización. Los efectos de la guerra sobre las personas se harán evidentes de manera proporcional con el tiempo en el que se evidencian los efectos, estos pueden ser inmediatos o a mediano o largo plazo.

Los efectos inmediatos son todos aquellos síntomas psíquicos observados, como reacciones depresivas y agresivas, trastornos del sueño, episodios psicóticos transitorios, dificultades de concentración, confusión y culpa. De igual forma se presentan trastornos en el funcionamiento familiar tales como la pérdida de la estructura y límites del sistema familiar. Los efectos a mediano o largo plazo son todos aquellos síntomas que se pueden presenciar a largo plazo con periodos de uno a quince años, pueden ser vistos por estructuras individuales y familiares crónicamente depresivas, el silencio y la negación son las formas más frecuentes de interacción; en la comunicación familiar hay un gran predominio del aislamiento y comportamiento evasivo, además se encuentra aislamiento por parte de la red social y

política, como consecuencia de la estigmatización y el ser víctima de la guerra (Barrero & Fajardo, 2009).

En este sentido, los efectos de las MAP, MUSE o AEI afectan la capacidad de las víctimas para implicarse en relaciones afectivas y de apoyo. Además, importante tener en cuenta que en el desarrollo de las diversas patologías en la población que debe enfrentar escenarios de guerra, las diferencias individuales, la reacción ante la situación traumática no solo dependen de la intensidad y de las circunstancias del suceso (Caballo, 2005) sino que también, se debe considerar la historia de traumas previos; el género; trastornos psiquiátricos anteriores como, depresión, trastorno de la personalidad, abuso de sustancias y aspectos socio familiares, encaminados a la falta de apoyo familiar y/o social (Carbonell, 2002, citado en Barrero & Fajardo, 2009).

## **5.2. Referentes teóricos, marco conceptual y estudio empíricos del apoyo social.**

### **5.2.1 Antecedentes históricos del apoyo social.**

El apoyo social es un concepto que puede resultar de sumo interés en el quehacer profesional en el campo del proceso salud-enfermedad. Es considerado un recurso externo que representa una importante dimensión que puede influir sobre la salud mental y bienestar del individuo (Méndez & Barra, 2008).

Al surgimiento del término le anteceden numerosas y variadas investigaciones que resaltan la importancia de los factores psicológicos y sociales sobre la salud y el bienestar de las personas, que dieron aportes importantes para el desarrollo del constructo. Entre estos se

destaca la Escuela de Chicago y los epidemiólogos Farish y Dunhan en los años 30', quienes basados en la perspectiva ecológica, analizaron que el surgimiento de muchos problemas sociales estaba influenciado por el contexto sociocultural en que se manifestaban. Hacia los años 60', la temática del apoyo social comienza a contribuirse en un área relevante de investigación dentro de la ciencia psicológica (Roca, 2013). No obstante es en los años 70', las publicaciones realizadas por Cassel, Cobb y Caplan, principales pioneros en el tema, dieron modelos para la investigación e intervención en la salud humana. Estos autores propusieron que el apoyo social, protege a las personas de las consecuencias negativas, tanto físicas como psicológicas, de experiencias estresantes (Orcasita & Uribe, 2010).

De esta manera, es importante destacar que el apoyo social ha sido abordado como tema de gran interés, dado las constantes transformaciones sociales y de modernización que de alguna manera repercuten en el debilitamiento y deterioro de los lazos sociales; incidiendo en diversas problemáticas que afectan la salud, el bienestar y calidad de vida de los seres humanos; por ello es necesario destacar la importancia que tiene la ayuda que reciben los individuos de los sistemas sociales informales como lo son la familia, amigos, vecinos, entre otros (Orcasita & Uribe, 2010).

### **5.2.2. Definición y aspectos relevantes en el concepto del apoyo social.**

El interés del estudio del apoyo social en relación a la salud y la enfermedad ha aumentado durante las últimas décadas, allí los referentes teóricos que surge frente a la definición del tema es muy amplia; sin embargo, para Vega y González (2009) el abordaje del fenómeno se desarrolla desde tres perspectivas: estructura de la red (lazos básicos entre miembros de la red social), funciones de apoyo (funciones de la fuente de apoyo que fluyen a

través de estos lazos de la red), y la naturaleza de las relaciones (contacto de los individuos con los integrantes o miembros de la red).

Para entender el concepto de apoyo social es necesario hacer una distinción entre los términos red social y apoyo social. Para Abelló y Madariaga (1999, citado en Orcasita & Uribe, 2010) la red social es un conjunto de relaciones humanas que tienen un impacto duradero en la vida de cualquier persona. Es decir, cuando se habla de red social, esta hace referencia a las características estructurales (dimensión o cantidad de relaciones, frecuencia de contactos, proximidad física, densidad, etc.) de las relaciones sociales mantenidas por una persona, dichas relaciones a su vez, hacen alusión al conjunto de personas con las que interacciona el individuo, a las características de los vínculos que se establecen entre ellas y a las interacciones que se producen a través de dichos vínculos (García, et al., 2013).

En este sentido, las redes sociales suelen estar constituidas por los miembros de la familia nuclear, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y conocidos de la comunidad. Allí, los vínculos se convierten en sistemas de apoyo social, los cuales forman un elemento indispensable para la salud, ajuste y bienestar del individuo. Teniendo en cuenta esta distinción, el apoyo social es un componente fundamental para el desarrollo del bienestar individual y familiar, este responde a las necesidades de cada sujeto, llevándolo a buscar la compañía de otras personas, especialmente en situaciones estresantes en el transcurso del ciclo de vida (Orcasita & Uribe, 2010).

De acuerdo con la literatura, existen distintas conceptualizaciones del apoyo social, en algunas de ellas se reiteran elementos, en tanto en otras aparecen componentes más originales y específicos, entre estos se destacan: apoyo emocional (expresión de afecto positivo,

empatía, comprensión y estímulo de expresiones de sentimientos), apoyo informativo (asesoramiento y orientación con resolución de problemas), apoyo instrumental (proporciona recursos tangibles o apoyo financiero y ayuda práctica con actividades de la vida diaria), valoración (comparación con los demás), compañerismo social (Pasar tiempo con otros en actividades recreativas o de ocio), y el apoyo afectivo (expresiones de amor y afecto) (Charyton, Elliott, Lu & Moore, 2009).

Para Arredondo, Márquez, Moreno y Bazán, M. (2006), el apoyo social es un proceso interactivo, del cual el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en que se encuentra inmerso. Con respecto a todos los aspectos mencionados anteriormente en las conceptualizaciones del apoyo social, una definición clara y pertinente sería aquella que implica beneficios reales o percibidos, aportados por la comunidad, redes sociales, amigos íntimos, etc.; así pues la definición con la que se abordará el concepto de apoyo social en esta investigación, es la propuesta por Pelcastre-Villafuerte et al. (2011) quienes definen el apoyo social como “todas aquellas acciones de diversa índole (emocional, instrumental e informacional, cognitiva y material), que son realizadas por diferentes actores con el propósito fundamental de contribuir al bienestar de otro en una situación cotidiana o de emergencia” (p.461).

En general, la literatura plantea que el apoyo social tiene distintas maneras de efectuar sobre la salud humana y el bienestar, que pueden estar mediadas por cambios comportamentales, cambios fisiológicos, las significaciones subjetivas, o alguna combinación entre estas tres alternativas, que se pueden manifestar a través de las más diferentes vías, teniendo uno u otro efecto sobre la salud y el bienestar (Roca, 2013).

Además, el apoyo social reduce la tendencia a padecer enfermedades, favorece la recuperación cuando se tiene alguna enfermedad, reduce el riesgo de mortalidad en enfermedades crónicas, favorece la adherencia a los tratamientos médicos y a procesos cognitivos a medida que se avanza en edad (Prada, Hernández, Gómez, Gil, Reyes, Solís & Molinero, 2015).

### **5.2.3. Clasificación, funciones y características del apoyo social.**

Teniendo en cuenta las definiciones anteriormente mencionadas según Vega y González (2009) el concepto de apoyo social y la forma como éste se ejecuta, pueden ser organizadas en tres categorías amplias: redes sociales, apoyo social percibido y apoyo social efectivo. La primera hace alusión a las conexiones que los sujetos tienen para significar a otros en su medio social. La segunda hace referencia a la dimensión subjetiva, que representa la valoración cognitiva y evaluación de apoyo que hace la persona respecto a quiénes le pueden proveer determinada ayuda en momentos de necesidad. Por último, el apoyo social efectivo que representa la cantidad de ayuda y las acciones que recibe la persona de otros en momentos de necesidades.

Además, como constructo, se le conceptualiza el apoyo social desde dos dimensiones: la estructural y la funcional (Gottlieb, 1983, citado en Londoño et al., 2012). La primera hace referencia al tamaño de la red, a las relaciones entre las personas y sus vínculos sociales que integra una variedad de componente (número de vínculos, interacción entre los miembros de la red y homogeneidad entre ellos). El segundo aspecto, se acentúa en el contenido de dichas interrelaciones y vínculos sociales, las características del apoyo social ofrecido y los procesos

involucrados, lo cual implica los recursos con los que el sujeto cuenta y la forma de acceder a ellos (Orcasita & Uribe, 2010).

A su vez, según Londoño et al. (2012) el apoyo funcional se compone multifactorialmente por tres tipos de recursos: el emocional, que se refiere a aspectos como intimidad, apego, confort, cuidado y preocupación en el que el apoyo social se expresa a través de empatía, amor y confianza; el instrumental, que implica la disponibilidad de ayuda directa en forma de servicios o recursos, es decir, constituye la ayuda tangible y material en la solución a un problema; por último el informativo, a través del cual se obtiene información útil para afrontar un problema también conocido como consejo o guía cognitiva, que ayuda a definir y enfrentar los eventos problemáticos mediante asesoramiento por parte de la red.

#### **5.2.4. Importancia del estudio del apoyo social en el contexto de la salud y vulnerabilidad social.**

En el contexto de la salud, se ha identificado que el apoyo social ayuda a las personas con enfermedades crónicas a reducir el estrés en la vida, ya que proporciona un espacio para relajarse y desarrollar un compartir positivo, lo que permite a su vez, reducir los efectos negativos de la condición de salud (Barra, 2004).

Igualmente, se ha encontrado que los pacientes con enfermedades crónicas tienen un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social, ya que presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad (Vega & González, 2009). Tal como se evidencia en una investigación realizada por Vinaccia, Fernández, Quinceno, López y Otalvaro (2008) en un grupo de adultos jóvenes con diagnóstico de VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral en el

que los factores de apoyo social fueron valorados por los sujetos de como significativos especialmente aquellos de tipo afectivo emocional asociados a una comunicación empática y comunicativa con su grupo de referencia como familiares, amigos y compañeros de trabajo. Allí el apoyo social pudo influir de una forma directa en la cantidad y profundidad de los cambios en los hábitos de vida de los pacientes para poder seguir viviendo.

De acuerdo a lo planteado, las investigaciones teóricas y empíricas que se han realizado en torno al concepto de apoyo social, señalan que el apoyo tiene diversos efectos positivos con respecto a la salud y bienestar de las personas. En este sentido, los sujetos que perciben altos niveles de apoyo social, tienen un alto autoconcepto, un estilo de afrontamiento más adecuado ante el estrés, una mayor autoestima y autoconfianza, mayor control personal y bienestar subjetivo, así como una mejor salud en general (Orcasita & Uribe, 2010).

Así pues, de manera general para Vega y González (2009) existe la tendencia de asumir dos posiciones teóricas respecto al protagonismo del apoyo social en la salud. La primera, plantea que los efectos de la relación entre apoyo social y salud son independientes del grado de estrés que el individuo experimente ya que el apoyo social aumenta de manera directa y por sí solo el bienestar, la autoestima y la salud; es decir, se establece una relación directamente proporcional entre el apoyo social y la salud. El segundo planteamiento hace referencia a que el apoyo social sirve de protector o amortiguador del estrés o efectos negativos generados por los eventos vitales estresantes.

En los contextos de vulnerabilidad social, las redes cobran un valor significativo por constituir una estructura que busca la superación de las adversidades. Allí surgen mecanismos

de afrontamiento y protección para los integrantes, en especial para aquellos que son más frágiles o expuestos a las calamidades (Amar & Madariaga, 2008). Diversas investigaciones han evidenciado que el intercambio material y emocional dentro de las redes permiten tener a los individuos mayores herramientas personales y grupales para los retos a los que se enfrentan en la vida diaria, al parecer, en las redes las personas cumplen una función social de peso en el ofrecimiento de apoyo que se basa en intercambios formados sobre una base de confianza e interacción humana recíproca, en el que el mayor porcentaje de ayuda recibida proviene de la propia familia (Ávila-Toscano & Madariaga, 2010).

Además, de acuerdo con Camargo-Velásquez y Palacio-Sañudo (2017) el apoyo social es de gran importancia para el desarrollo social y cultural de una comunidad, puesto que permite el fortalecimiento de los vínculos dentro un grupo, es decir, favorece de forma positiva tener un sentido de comunidad, que según Távora (2012), es considerada como la responsabilidad entre los miembros de un grupo determinado que se da de forma recíproca, donde no existe el individualismo sino que se genera sentimientos mutuos que contribuyen al desarrollo de una estructura sólida dentro de una comunidad promoviendo así la construcción del tejido social.

El apoyo social brindado de forma adecuada, puede considerarse como un recurso necesario para la adaptación del sujeto a las exigencias medioambientales, pero para que esto se logre, se debe de tener en cuenta la naturaleza del problema. Frente a situaciones incontrolables, el apoyo social más eficaz es aquel que favorece un afrontamiento centrado en las emociones que genera el problema, con el objeto de mitigar la tensión; por otro lado, cuando un evento puede ser controlado, el apoyo social debe promover un afrontamiento

centrado en el problema, canalizando los recursos del sujeto para solucionar la causa del estrés (Palomar & Cienfuegos, 2007).

### **5.2.5. Evaluación del Apoyo social**

La influencia del apoyo social en la salud y el bienestar psicológico y social ha despertado el interés de disciplinas como la Psicología, el Trabajo Social, la Sociología o la Psiquiatría, por mencionar algunas de ellas. Se trata, de un tema de investigación y trabajo aplicado sobre el que profesionales de distintas áreas están de acuerdo en cuanto a su importancia de cara a la promoción del bienestar físico y el ajuste psicológico (López et al., 2007).

Para Barra (2004) el constructo de apoyo social se contempla como un conjunto de dimensiones, el cual se puede concebir y evaluar desde distintas perspectivas. Una de ellas es la perspectiva cuantitativa- estructural (o de integración social) que se refiere a la interconexión de recursos que lo posibilitan, es decir, se centra en la cantidad de vínculos en la red social del individuo, por ejemplo, el estatus marital, la cantidad de amigos, la participación comunitaria, etc. Por otro lado se encuentra la perspectiva cualitativa-funcional, que con un carácter más multidimensional que privilegia la existencia de relaciones cercanas y significativas, así como la evaluación que hace el individuo del apoyo disponible. De acuerdo con la evidencia disponible, tanto la cantidad como la calidad de apoyo social parecen tener efectos significativos en el bienestar y la salud.

Por otro lado, para una adecuada conceptualización del apoyo social es necesario aunar criterios para su evaluación. En este sentido, una de las propuestas mejor acogidas para

evaluarlo, es el modelo presentado por Tardy (1985, citado en Costa, Salamero & Gil, 2007). En este modelo se establecen y diferencian 5 dimensiones, entre las que se encuentran: 1) la direccionalidad, que se refiere a desde donde el apoyo se evalúa, puede proveerse o recibirse; 2) la disposición del apoyo ante una situación hipotética y/o ante una situación de presentación real; 3) la descripción y evaluación, dimensión que especifica las acciones de apoyo y su adecuación en términos de satisfacción; 4) el contenido del apoyo social, donde se diferencian 4 categorías: apoyo emocional, instrumental, informativo y valorativo, y 5) redes, dimensión que se refiere a la fuente de donde proviene el apoyo: familia, amigos, vecinos, etc. Algunos de los instrumentos contruidos para evaluar el apoyo social parten de este modelo para establecer sus unidades de medida.

Dada la complejidad del constructo, la elección de un instrumento adecuado para su evaluación debe acotarse a una población específica y en un contexto determinado, lo que limita la generalización de resultados (Costa et al., 2007). Así pues, teniendo en cuenta los aportes psicométricos de algunos instrumentos utilizados para evaluar el apoyo social, como lo es el cuestionario de afrontamiento al estrés (CASPE; Calvo & Díaz, 2004) y el cuestionario de estrategias de afrontamiento coping modificado (EEC-M; Londoño et al., 2006) estos incluyen dentro de sus componentes el apoyo social y el apoyo profesional como una de las estrategias de mejor nivel de explicación de la varianza.

Sin embargo, uno de los instrumentos más usados en la evaluación del apoyo social es el cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social (MOS; Sherbourne & Stewart, 1991), que será utilizado en la presente investigación para la recolección de datos; diseñado como un cuestionario breve y autoaplicado, cuya evaluación integra los componentes: a) Red de apoyo social: esta variable evalúa el número de personas que

conforma la red de apoyo social (amigos y familiares); b) Apoyo social emocional: definida como el soporte emocional, orientación y consejos; c) Apoyo instrumental: caracterizado por la conducta o material de apoyo; d) Interacción social positiva: caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas; y e) Apoyo afectivo: caracterizado por las expresiones de amor y afecto (Londoño et al., 2012).

Por tanto, la necesidad de evaluar y analizar el apoyo social se convierte en un tema de gran relevancia. No obstante, este no es un constructo de fácil descripción y evaluación, debido a las diversas dimensiones y distintos niveles de análisis que lo componen, de manera que en los estudios sobre esta temática se identifican distintos acercamientos a la hora de definir y evaluar empíricamente el apoyo social. A grandes rasgos, el interés puede focalizarse en las características estructurales de la red social con la que cuenta una persona, en las funciones que dicha red cumple, es decir, en los tipos o modalidades de apoyo que aporta y/o en la valoración subjetiva que la persona realiza al respecto. Por ello, existen distintas herramientas de evaluación en función de las dimensiones que despierten el interés del investigador o del profesional (López et al., 2007).

#### **5.2.6. Estudios Empíricos del Apoyo Social**

En torno a las investigaciones que se han realizado sobre el apoyo social, se ha estudiado la relación entre este constructo y una gran cantidad de problemas de salud en distintas poblaciones, hallándose diversos estudios que describen y explican cómo este apoyo resulta ser de gran beneficio para el ajuste, salud y bienestar de personas con enfermedades crónicas, permitiendo una mayor adaptación a la situación y brindando recursos efectivos para su afrontamiento (Ahmad et al., 2015; Avendaño & Barra, 2008; Brooks, Andrade,

Middleton & Wallen, 2014; Kurpas et al., 2014). Asimismo, existen varias investigaciones respecto al papel que desempeña el apoyo social en los pacientes con VIH/Sida (Trejos, Reyes, Bahamon, Alarcón & Gaviria, 2015; Villa & Vinaccia, 2006; Vinaccia et al., 2008) y en la progresión de dos de las principales causas de muerte: el cáncer (Coyotl et al., 2015; Vinaccia et al., 2005) y la enfermedad cardíaca (Hammash et al., 2017; Howard, Creaven, Hughes, O'Leary & James, 2017; Su, Chang, & He, 2017).

En relación con la evaluación del apoyo social en las víctimas del conflicto armado por MAP, MUSE o AEI, no se evidencia una amplia variedad de estudios empíricos que permitieran ver la manera como esta población percibe dicho constructo. Sin embargo, a continuación, se describen algunas investigaciones y las conclusiones a las que han llegado algunos autores sobre el apoyo social en personas con afectaciones físicas, discapacidad, reincorporados y víctimas del conflicto armado por desplazamiento:

En Venezuela, Molina, Bahsas y Hernández (2009) llevaron a cabo un estudio para determinar la funcionalidad familiar y el soporte social en 87 pacientes diabéticos amputados en el Hospital Universitario de los Andes, mediante el Cuestionario de Funcionalidad Familiar y el cuestionario de Apoyo Social. Como resultado se obtuvo que respecto a la calidad de la relación del paciente con su grupo familiar en su totalidad fue buena, con el apoyo de los amigos como soporte social. La funcionalidad familiar fue muy buena a expensas de la adaptación y la participación.

En Colombia, Villa, Londoño, Gallego, Arango y Rosso (2016) realizaron una investigación con el propósito de identificar las características de las redes personales de un grupo de 10 personas desmovilizadas del conflicto armado colombiano, utilizando como

instrumento Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS) para medir la red de relaciones de los participantes. Los resultados indican que la dimensión de ayuda material es aquella en la cual se reporta un mayor índice de satisfacción frente a la ayuda recibida de los miembros de la red personal. Se concluye que la familia demuestra ser uno de los pilares de los procesos de arraigo afectivo y emocional de los individuos que afrontan condiciones de vulnerabilidad, a la vez que constituye una sobresaliente fuente de satisfacción, apoyo y acompañamiento socioafectivo para las persona.

Por su parte, Camargo-Velásquez y Palacio-Sañudo (2017), desarrollaron un estudio en Colombia con el objetivo de establecer la relación entre apoyo social y sentido de comunidad en un grupo de 136 personas en situación de desplazamiento por violencia y damnificados por la ola invernal del 2010- 2011 en el departamento del Magdalena. Se utilizó como instrumento la escala de Sentido de Comunidad Índice SC-221 y el Cuestionario de apoyo social-MOS2. Se encontró que la percepción del apoyo social de forma general es alta, es decir, presenta niveles altos de apoyo emocional/informacional, apoyo instrumental, tiene una excelente interacción social y tienen apoyo afectivo. En conclusión, se halló que los participantes refieren tener apoyo social en un nivel alto, entendiéndolo como la obtención del bienestar afectivo en un grupo que soluciona los problemas que más lo aquejan, la relación o interacción entre ellos es excelente o positiva, garantizando su estabilidad como grupo comunitario.

Teniendo en cuenta las evidencias anteriormente mencionadas y los resultados de diferentes estudios, según Palomar y Cienfuegos (2007), se ha identificado que los sujetos que perciben altos niveles de apoyo social, tienen un alto autoconcepto, un adecuado estilo de afrontamiento ante el estrés, una mayor autoestima y autoconfianza, mayor control personal y

bienestar subjetivo, así como una mejor salud en general. Por otro lado, quienes reportan mayores niveles de ansiedad, depresión, así como pensamientos irracionales e incluso, ideas suicidas ante situaciones estresantes reportan percibir bajos niveles de apoyo social.

Además, el apoyo social proporciona al individuo un sentido de estabilidad, predictibilidad y control que le permite percibir de una mejor forma su ambiente; de igual manera, esos sentimientos pueden motivarlo a cuidar de sí mismo, a relacionarse de manera más positiva con las otras personas y a utilizar recursos propios y sociales para afrontar el estrés. Como resultado, la combinación de estos factores tendrá efectos positivos en su bienestar emocional y en su salud física al incrementar su resistencia a las enfermedades y reforzar también sus redes sociales de apoyo (Barra, 2004).

En el caso de las víctimas del conflicto, según Hándicap International (2013), las investigaciones muestran que tener buenas relaciones familiares y sociales, así como el acceso a un ingreso y el empleo son los determinantes más importantes en la percepción subjetiva de la calidad de vida. Allí, las relaciones sociales y familiares contribuyen al bienestar psicológico de las víctimas, así como su provisión de apoyo material en el caso de las necesidades que presentan

### **5.3. Referentes teóricos, marco conceptual y estudios empíricos de la calidad de vida.**

#### **5.3.1. Antecedentes históricos y conceptuales de la calidad de vida**

La importancia de comprender el impacto de las intervenciones sanitarias en la vida de los pacientes, ha permitido el rápido desarrollo de las medidas de calidad de vida (CV) en

el ámbito sanitario, cuyo reconocimiento se ha reflejado particularmente en pacientes con enfermedades crónicas, discapacitantes o que pongan en peligro su vida (Muniesa et al., 2009). Este ha sido un término que ha pasado a ser prioritario en el discurso de muchos sectores de la sociedad, político, comercial, social, económico, sanitario, entre otros (García, 2005).

En lo que respecta a la historia del término calidad de vida, fue en la década de 1950 en el que los países occidentales emplearon el término en su lenguaje culto y popular, con el interés de conocer el bienestar humano. Además, debido a la preocupación por las consecuencias de la industrialización llevó a la necesidad de buscar indicadores para medir este nuevo constructo (Quinceno & Vinaccia, 2013). A finales de los años 50, fue el economista norteamericano Galbraith la primera persona quien se refirió sobre el tema; no obstante, para otros, fue el entonces presidente norteamericano Lyndon B. Johnson, en 1964 (Vinaccia & Quinceno, 2012).

Sin embargo, independientemente de quien haya sido la primera persona que utilizó el término, autores como Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quinceno (2007) señalan que la evolución del constructo calidad de vida se ha caracterizado por varios factores que ha traído confusiones sobre el tema, dado que para algunos la calidad de vida se describe como el efecto de los bienes materiales sobre la vida de las personas, para otros es más bien la satisfacción, bienestar y felicidad interior alcanzada por éstos en cierto periodo de su existencia (García, 2005; Sinha & Van Den Heuvel, 2011).

Sobre el término de calidad de vida, según Schwartzmann (2003, citado en Gaviria et al., 2007), éste tuvo diversas connotaciones a través del tiempo: inicialmente se relacionaba al

cuidado de la salud personal, posteriormente se incluyó en la salud e higiene pública, así como también, en los derechos humanos, laborales y ciudadanos, en la capacidad de acceso a los bienes económicos, hasta convertirse en la preocupación por la experiencia de cada persona, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud.

A la par de lo anterior, se evidencia que el concepto de calidad de vida tuvo una evolución muy significativa, lo que implicó pasar de entender el bienestar en términos objetivos a incluir perspectiva subjetiva de satisfacción con la vida. Esto permitió dar una entidad propia, diferenciándolo de los indicadores sociales y acentuando la percepción del sujeto sobre su vida y sobre las condiciones objetivas de su existencia (García, 2005).

### **5.3.2. Definición conceptual y componentes de la calidad de vida**

Enfatizando sobre este aspecto, autores como Asano, Rushton, Miller y Deathe (2008) identifican que existen dos conceptualizaciones principales de la calidad de vida que prevalecen hoy en día: la primera es la subjetividad, allí el punto focal es la evaluación emocional o cognitiva del individuo en el que se existe coherencia entre sus expectativas de vida y logros. El segundo, es el objetivo, que se basa en las características de un individuo que pueden medirse objetivamente por un evaluador externo.

Otro argumento que se plantea en relación a la calidad de vida, según Rodas (2015), es su concepto polivalente y multidisciplinario, cuyas acepciones principales se manejan en diferentes disciplinas y saberes tales como: la medicina, la filosofía, la economía, la sociología, la política, el ambiente, etc. En la medicina, la CV se asocia con la salud psicosomática del organismo, funcionalidad, sintomatología o la ausencia de la enfermedad;

los filósofos la asocian con la felicidad; los economistas, con la utilidad del ingreso; los sociólogos, con la inserción del individuo en la arena social; los políticos, como una meta que ha de alcanzarse para sus ciudadanos en el mediano o corto plazo; y los ambientalistas, con las condiciones ambientales en que vive, crece, se reproduce y muere un individuo (Cardona & Agudelo, 2005).

A pesar de las diferencias que existen en relación al término, se identifica en la visión biopsicosocial un punto de convergencia en las definiciones que se le han dado en el tiempo a la calidad de vida (Gaviria et al., 2007; Vinaccia & Quinceno, 2012). Además, es un concepto subjetivo y multidimensional (Ramírez, 2007; Urzúa, 2010) que se relaciona con el grado de satisfacción por la vida (Astaisa, 2013; Sinha & Van Den Heuvel, 2011), en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive en relación con los objetivos personales, las expectativas, los intereses y el estilo de vida (Buzgova, Buzga, & Kristinikova, 2009).

En este sentido, la calidad de vida es un fenómeno que tiene una fuerte carga psicológica y es un concepto fundamentalmente valorativo (Grau, 1996, citado en Díaz, 2008) el cual sirve como referente de la percepción que tiene el paciente ante el impacto de una enfermedad determinada o los efectos de cierto proceso de intervención en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social (Segura, 2012).

Respecto a la multidimensionalidad, la calidad de vida está compuesta por diferentes dominios o componentes (Ramírez, 2007). Dentro de dichos dominios, algunos autores destacan los siguientes: dimensión física, psicológica, emocional y social (Rodas, 2015). Para

Handicap International (2013) hace parte de la CV la salud física, el bienestar psicológico, las relaciones familiares y sociales, el ambiente, el nivel de independencia y movilidad, los ingresos, las leyes y políticas. Por su parte, Segura (2012) refiere como componentes básicos la dimensión física, psicológica, social y espiritual.

Para Buzgova, Buzga, y Kristinikova (2009), la calidad de vida se define a partir de los siguientes dominios: la salud física, que apunta a la evaluación el dolor, la dependencia de la atención médica, la fatiga, la movilidad, el sueño, las actividades de la vida cotidiana y ocupación; la salud psicológica, que se centra en la alegría de la vida, sentido de la vida, concentración, aceptación de la apariencia física, satisfacción de uno mismo y sentimientos negativos; las relaciones sociales, que se concentra en las relaciones personales, el apoyo de los amigos, de la familia y la seguridad personal y por último, el medio ambiente, el cual se centra en la situación financiera, el acceso a la información, el ambiente en un lugar de residencia, accesibilidad de los servicios de salud y transporte de una persona.

Así pues, bajo las premisas anteriormente mencionadas, la definición que más se acerca a las características que se plantean sobre la calidad de vida, es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996, citado en Cardona-Arias & Higuita-Gutiérrez, 2014) quienes definen este término como:

La manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico,

el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (p. 177).

De esta manera, la calidad de vida se conceptúa de acuerdo con un sistema de valores, estándares y perspectivas que varían tanto de una persona a otra como de grupo a otro dependiendo del lugar en que se vive; esta a su vez, consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones objetivas y subjetivas personales (Cardona & Agudelo, 2005).

Es importante destacar que la calidad de vida se ha convertido en los últimos años en un objetivo fundamental a alcanzar en el área de la salud. Allí su evaluación se considera como una nueva estrategia para analizar los resultados de los programas terapéuticos, reforzando indicadores del área de la salud, tales como control de los síntomas, índices de mortalidad y expectativa de vida (Prada et al., 2015).

Es por ello que, debido al desarrollo y evolución del concepto de CV Kaplan y Bush (1982, citado en Vinaccia & Quinceno, 2012) propusieron el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), para diferenciar el amplio concepto de CV con aquellos aspectos específicamente relevantes para el estado de salud y los cuidados sanitarios. Además, este término se asocia al bienestar físico, mental y social y aparece como sinónimo de salud percibida, tal y como lo plantea Meeberg (1993, citado en Urzúa, 2010) para quienes el concepto de CVRS “llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida” (p. 358).

### 5.3.3. Calidad de vida relacionada con la salud.

En el contexto más específico de la salud, este concepto se hizo popular a partir de los años ochenta, con el incremento cada vez más de la esperanza de vida y simultáneamente de enfermedades crónicas en porcentajes cada vez mayores de los habitantes en países desarrollados. Esto llevó a finales de los años 80 al surgimiento de la expresión calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) para referirse a investigaciones donde se estudiaba la calidad de vida de muestras poblacionales con algún nivel de minusvalía resultado de la cronificación de diferentes enfermedades y/o accidentes (Gaviria et al., 2007).

Para Cardona y Agudelo (2005) más que construir un concepto, la calidad de vida relacionada con la salud, “se ha centrado en la elaboración de indicadores que midan y evalúen las diferentes formas de enfermar y morir de la población; para ello convoca otras disciplinas que le permitan una mejor comprensión del fenómeno” (p. 84).

Sin embargo, según Patrick y Erickson (1993, citados en Cardona-Arias, Peláez-Vanegas, López-Saldarriaga, Duque-Molina & Leal-Álvarez, 2011) lo relacionado con la salud, es el componente de la calidad de vida que se afecta con los cambios que la enfermedad, las discapacidades y los tratamientos en salud, producen sobre el estado funcional, las percepciones y las oportunidades sociales de las personas a lo largo de su vida.

En ese sentido, la CVRS es la percepción subjetiva de bienestar, salud y funcionalidad del individuo en diferentes áreas de su vida, la cual incluye el dominio físico, psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales y la relación con el entorno (Cardona-Arias et al., 2016; Melguizo-Herrera, Díaz-Gómez & Osorio-Lambis, 2011), permite conocer cómo

los estados de salud o si se prefiere cómo las distintas formas de enfermar modifican la calidad de vida de las personas (Prada et al., 2015).

En el contexto sanitario, conocer las dimensiones que componen la calidad de vida relacionada con la salud es de gran importancia, dado que esto permitiría desarrollar modelos de atención y evaluar resultados de intervenciones en salud, así como también optimizar el uso de recursos institucionales y orientar acciones de salud pública (Cardona-Arias et al., 2011); premisa que se relaciona con lo planteado por Fleury y Lana da Costa (2004) quienes identifican que la calidad de vida relacionada con salud, ha sido objeto de atención como una forma de evaluar la eficiencia, la eficacia y el impacto de determinados programas con las comunidades.

Además de los dominios que componen la CVRS, Schwartzmann (2003, citado en Vinaccia & Quinceno, 2012) plantea que una de las características que más emplea la CVRS es la capacidad del ser humano para satisfacer sus necesidades y para sobrevivir, así pues define este término como:

La valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado y refleja el grado de satisfacción con una situación personal a nivel: fisiológico (síntomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), y social (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel

económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras).

(p. 125)

En síntesis, teniendo en cuenta lo que se plantea en la literatura sobre CV y CVRS una de las diferencias que permite hacer distinción entre ambos términos radica en que la primera hace énfasis sobre los aspectos psicosociales sean estos cuantitativos y/o cualitativos del bienestar social y del bienestar subjetivo general; la segunda, da mayor énfasis a la evaluación por parte del individuo de las limitaciones que en diferentes áreas biológicas, psicológicas y sociales le ha procurado el desarrollo de una determinada enfermedad y/o accidente (Quinceno & Vinaccia, 2013).

#### **5.3.4. Importancia de la evaluación de la calidad de vida relacionada con salud.**

Sobre la evaluación de CVRS es importante destacar que este término permite medir la percepción del paciente sobre su nivel de bienestar, además, comprender desde la perspectiva de los propios sujetos la evaluación sobre su propio estado de salud, permitiendo su emergente utilización, profundizar en el amplio campo de la dimensión subjetiva de la salud humana (Urzúa, 2010).

Según Díaz (2008), para comprender la propuesta de búsqueda de los determinantes propiamente psicológicos de la calidad de vida, resulta importante esclarecer algunos puntos de vista. Lo primero es plantear que la CVRS es un fenómeno social y, como tal, puede ser estudiado en diferentes niveles de manifestación.

Los dos aspectos fundamentales en la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud son: las variables independientes, como las emociones, la familia, el ambiente social y el lugar de residencia, entre otros; y las variables dependientes, como las dimensiones física, emocional y social (Vinaccia & Orozco, 2005).

Al evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, según Segura (2012), se hace necesario tener en consideración aspectos como la autoestima, la salud, la funcionalidad, la vivienda, las aspiraciones o en su defecto las frustraciones ante la situación de cronicidad que padezca la persona, dado que esto permite dar cuenta de sus sentimientos y emociones. Además, de esta manera es como la calidad de vida refleja lo que el paciente conoce, cree y valora de su propia vida.

Para Hincapié-Zapata, Suárez, Pineda-Tamayo y Anaya (2009), la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud se debe basar en la subjetividad, la concepción propia del estado de salud y bienestar para su medición, cuyos métodos permitirían incorporar una evaluación integral, a través de cuestionarios que evalúen la percepción del individuo frente a su estado de salud, contribuyendo a la toma de decisiones en el área asistencial.

Así pues, según Cardona-Arias et al. (2016) es importante destacar que la evaluación de la calidad de vida relacionada con salud toma gran relevancia en todo tipo de población, pero el mayor interés ha estado en personas con limitaciones físicas, psicológicas o sociales, debido a que estas presentan un mayor deterioro de las dimensiones que la componen e implican un mayor costo sanitario.

### **5.3.5. Medición en la calidad de vida relacionada con salud.**

De acuerdo con lo planteado por Ebrahim (1995, citado en Urzúa, 2010) uno de los propósitos específicos de las mediciones en CVRS son monitorear la salud de la población, evaluar el efecto de las políticas sociales y de salud, focalizar los recursos con relación a las necesidades, diagnóstico de la naturaleza, severidad y pronóstico de una enfermedad y evaluar los efectos de un tratamiento.

A la par de lo anterior, la clasificación más sencilla y utilizada de los instrumentos de medición de la calidad de vida es según su especificidad, entendiendo por especificidad de un instrumento, el grado en que es aplicable a distintas poblaciones para la medición de las áreas o dominios que componen la CV (León-Salas & Martínez-Martín, 2010). Según Guyatt y Feeny (1993, citado en Ramírez, 2007) existe una clasificación de instrumentos para evaluar la calidad de vida en cuanto a categorías, dividiéndolos en genéricos y específicos.

Los instrumentos genéricos son aplicables a la población general y a cualquier población específica, independientemente de sus características; permiten realizar comparaciones, establecer valores de referencia, facilitar la interpretación de las puntuaciones, identificar desviaciones en los valores esperados en una población y pueden utilizarse como marco de referencia para establecer objetivos terapéuticos. Esta a su vez se subdivide en dos modos de evaluación: el perfil de salud y las medidas de utilidad (Cardona-Arias & Higuera-Gutiérrez, 2014).

Los perfiles de salud son instrumentos que evalúan el estado de salud, englobando diferentes aspectos referentes a la calidad de vida de las personas. En general, se dividen en

subescalas denominadas dominios. El segundo modo de evaluar, es decir, las medidas de utilidad, refleja la preferencia del paciente o individuo por un determinado estado de salud, tratamiento o intervención (Ramírez, 2009).

Por otra parte, según Díaz (2008), los instrumentos específicos centran sus valoraciones en aspectos direccionados para cierta área de interés. Es decir, están diseñadas y pueden ser específicos para una enfermedad, para función o para cierta población.

Ahora, de acuerdo con lo planteado por Cardona-Arias e Higueta-Gutiérrez (2014), en la literatura científica se ha informado la utilización de cerca de 45 instrumentos genéricos diferentes, entre estos se destacan el Medical Outcome Study Short Form (MOSSF-36) y la versión resumida del proyecto World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF), por ser los instrumentos que presentan mejor estructura conceptual, desarrollo psicométrico, adaptaciones culturales y de lenguaje (Cardona-Arias et al., 2011).

Además, el WHOQOL-BREF es un instrumento de medición que trasciende la perspectiva económica o de condiciones materiales de vida, al generar un perfil en cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Este instrumento se desarrolló y validó transculturalmente, es aplicable a personas sanas o enfermas y presenta excelentes propiedades psicométricas y estructura conceptual. Además, en alusión al carácter multicultural, es el instrumento con más rigor el proceso de traducción y adaptación cultural, el que provee información más confiable en las diferentes versiones y proporciona las siguientes características: estructura conceptual, de ítems, semántica, operatividad, de medida y funcionalidad (Cardona-Arias & Higueta-Gutiérrez, 2014; Cardona-Arias et al., 2016).

### **5.3.6. Estudios empíricos de calidad de vida relacionada con salud**

En torno a los estudios empíricos que se han realizado en Colombia sobre calidad de vida relacionada con salud, se ha investigado sobre este tema en distintas poblaciones, con enfermedades crónicas, hallándose diversos estudios que describen y explican el contrato en pacientes con artritis reumatoide (Quiceno, Vinaccia & Remor, 2011; Vinaccia, Fernández, Moreno-San Pedro & Padilla, 2006), Lupus eritematoso Sistémico –LES (Ariza et al., 2010), cáncer de tiroides (Novoa, Vargas, Obispo, Pertuz & Rivera, 2010), cáncer de mama (Salas & Grisales, 2010), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Vinaccia & Quiceno, 2011) y VIH (Cardona, Pelaéz, López, Duque & Leal, 2011), entre otros.

En la revisión de la literatura no se encontraron suficientes estudios sobre la calidad de vida relacionada con salud en personas víctimas del conflicto armado colombiano por MAP, MUSE o AEI. Lo anterior evidencia que no se dispone de suficientes estudios en este campo. No obstante, algunas investigaciones sobre el tema, han centrado sus estudios en personas con discapacidad física (González et al., 2012), heridas compelas (Melguizo-Herrera et al., 2011), amputación de miembros (Asano et al., 2008; Buzgova et al., 2009; Munieras et al., 2009) y víctimas por desplazamiento a causa de la violencia (Astaisa, 2013) cuyos resultados permiten dar un acercamiento de dicho constructo en la población de estudio.

### **5.3.7. Calidad de vida en personas víctimas del conflicto armado interno por mina MAP, MUSE o AEI**

Desde el comienzo de los años 80, el CAI en Colombia se fue intensificando cada vez más, debido a la diversidad de formas de violencia que se desataron, como el asesinato, desapariciones, el desplazamiento forzado y el secuestro alcanzando niveles nunca antes registrados en el país. Allí, la calidad de vida de todos los colombianos ha sido gravemente afectada por el conflicto y el propio sector salud ha recibido el impacto negativo de las consecuencias de la violencia (Franco et al., 2007).

Las formas de violencia que se presentan en el conflicto armado interno se dividen en daños materiales e inmateriales que afectan a personas, familias, comunidades y el sujeto colectivo (Campo-Arias, Oviedo & Herazo, 2014). Los daños materiales hacen referencia a la pérdida de bienes e inmuebles, así como los daños emergente y gastos. Por su parte, los daños inmateriales lo representan el sufrimiento moral, el cambio en el proyecto de vida y deterioro en la vida de relación de las comunidades y el sujeto colectivo (Mildner, Lauster, & Wodni, 2011; Thomson, 2011).

Es importante resaltar que para las víctimas, lo más difícil de afrontar no es el miedo que se desprende del acontecimiento amenazante, sino aprender a vivir en medio de la guerra, es decir, ajustarse a la situación, que ha marcado experiencias imborrables, que se traducen en afectaciones físicas, afectivas y psicológicas como: crisis emocional, ansiedad, depresión, conductas autodestructivas, irritabilidad, llanto, deseos de cambiar su identidad, pérdida de vínculos familiares, inseguridad y la incapacidad para lograr sus deseos, dejando los mecanismos de defensa tales como la evasión, regresión, agresión, el olvido, la conversión reactiva y la negación (Andrade et al., 2011).

Dichas afectaciones son consecuentes de las condiciones violentas, arbitrarias y deshumanizadoras a las que son expuestas las víctimas en su vida cotidiana, especialmente aquellas que se ubican en la zona rural del territorio, consideradas zonas vulnerables, afectados a causas de una mina antipersonal, artefacto explosivo y/o munición sin explotar, que deterioran la salud física y mental del individuo (Comité Internacional de la Cruz Roja, 2010; Gómez-Isa, 2010; Machado & Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011; Nieto, 2010; Serpa, 2013; Sidel & Levy, 2009).

A la par de lo anterior, son diversas, graves y complejas las consecuencias que tienen el conflicto armado interno en Colombia sobre la vida, la calidad de vida, la salud y la atención de la salud, al describirlas, es inevitable el entrecruzamiento entre formas específicas de violencia y sus principales víctimas. Así mismo, se observa que varios fenómenos pueden ser igualmente expresión y consecuencia del conflicto y, por lo tanto, afectar a varias víctimas y alterar tanto su calidad de vida como las distintas dimensiones que la componen (Franco et al., 2007).

Por ello, la guerra y cualquier forma de violencia pueden considerarse como un evento traumático para cualquier individuo. Asimismo es importante aclarar el concepto de evento traumático como una experiencia que causa perjuicios o consternación física, emocional o psicológica y relacionada directamente como una amenaza para la seguridad, bienestar y la vida de la persona que presencia el evento (Barrero & Fajardo, 2009).

Según Sinha y Van Den Heuvel (2011) la calidad de vida de las víctimas de MAP, MUSE o AEI se ve afectada debido a limitaciones en la función y estructura del cuerpo, que obstaculiza el nivel de actividad e influenciado por el impacto ambiental y factores

personales, tal como se contempla en el clasificación de funcionamiento, discapacidad y salud de la Organización Mundial de la Salud.

En este mismo sentido, Asano et al. (2008) plantean que la calidad de vida para las personas que han experimentado una amputación de miembros está influenciada por factores físicos, sociológicos y psicológicos. Allí los problemas relacionados con la movilidad y la prótesis son a menudo las principales preocupaciones entre los individuos con una amputación.

Según Handicap International (2013), tener buenas relaciones familiares y sociales, así como el acceso a un ingreso y el empleo son uno de los determinantes más importantes de la percepción subjetiva de la calidad de vida de las víctimas. Las relaciones sociales y familiares contribuyen al bienestar psicológico de las víctimas, así como su provisión de apoyo material en el caso de tener necesidades.

#### **5.4. Relación del apoyo social en la calidad de vida relacionada con salud**

De acuerdo con Astaisa (2013), el apoyo social es un elemento de gran relevancia en la vida de las personas, ya que permite promover y mejorar la salud individual, en tanto el sujeto conciba ese apoyo como una potencialidad para mantener o transformar su bienestar y por ende su salud. Este mismo autor plantea 3 tipos de relaciones entre el apoyo social y sus beneficios para la salud: el primero, es el fortalecimiento de la identidad personal, como segundo lugar, se encuentra la satisfacción de necesidades, y el último, el alivio del estrés, que deben tener en consideración los aspectos subjetivos y situacionales en los que el apoyo es dado y la duración del mismo.

Sobre la influencia de las redes sociales de apoyo en la salud, su potencial radica en el impacto de las relaciones personales como fuente de recursos psicológicos y materiales para el afrontamiento de acontecimientos problemáticos, dolorosos o de gran impacto afectivo; de igual manera, permite generar estrategias de adaptación de las personas vulnerables con los recursos sociales presentes en su entorno, proporcionando la actividad de las personas junto a toda una gama de emociones positivas, que tendrían efectos benéficos en la calidad de vida y la salud mental del individuo (Tousingnant, 1992, citado en Astaisa, 2013).

En relación a las personas que sufrieron eventos traumáticos, el apoyo social desempeña un papel importante ya que este, de forma positiva, puede promover conductas adaptativas de salud y proporcionar un sentimiento de bienestar que ayuda a reducir reacciones negativas ante el estrés (Camargo-Velásquez & Palacio-Sañudo, 2017). En un sentido contrario, la ausencia de tal apoyo social podría comprometer a la persona a una mayor exposición de estrés, lo que en consecuencia podría producir algunos efectos en la actividad fisiológica, ya sea directamente o mediante procesos psicológicos (por ejemplo, la ansiedad o depresión) (Barra, 2004).

A su vez, Vinaccia y Quinceno (2012) plantearon que las variables social-psicológicas como el estrés, el autocontrol, el control por otro, el apoyo social y el desempeño personal influyen en variables psicológicas como la ansiedad y la depresión, que inciden en los resultados de la calidad de vida.

Un aspecto importante que puede influir en el bienestar y la calidad de vida de los seres humanos es la autoeficacia; entendida según Bandura (1999, citado en Acuña-Gurrola

& González-Rangel, 2010) como la evaluación que cada individuo hace respecto a su capacidad o competencia para realizar una conducta específica exitosamente. Asimismo, un elemento relacionado con la autoeficacia y que a su vez puede influir sobre esta es la red de apoyo social, dado que constituye una de las áreas centrales de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo en la realización y participación de actividades (Acuña-Gurrola & González-Rangel, 2010).

Algunos autores han evidenciado que la calidad de vida en las personas con algún problema de salud se ve modificada por las redes de apoyo con que cuentan (Peña, Terán, Moreno & Bazán, 2009). Sobre este aspecto, cuando el apoyo social es sólido, fuerte y las personas tienen buenas relaciones familiares, se sienten satisfechos con su vida (Fenco, 2010), lo que genera un cambio en la percepción de la calidad de vida (Candiotti, 2013). De esta manera, según Hernández y Landero (2014), existe una relación positiva entre la calidad de vida con el apoyo social.

Asimismo, según Ares (2009, citado en Govea, 2016) tener el apoyo familiar es primordial en el desarrollo de la socialización de las personas vulnerables, lo que permite el mejoramiento de su calidad de vida, tal como lo plantea Muñoz, Toloza y Jiménez (2012) cuanto mejores sean las interacciones familiares de una persona, mayor será su nivel de calidad de vida y felicidad. Además, es importante destacar los altos índices terapéuticos que trae la red social para la familia, extendiéndose éstos a la población en general, dado que mediante estas redes el individuo puede manifestar todas sus habilidades, sentimientos y facultades y crear nuevos vínculos sociales estables, permitiéndole mantener el apoyo social al buscar la aceptación de parte de las demás personas de su entorno (Astaisa, 2013).

Por lo anterior, la calidad de vida, es un constructo que depende de muchos factores (socioculturales, políticos, emocionales, físicos, espirituales, entre otros), el cual, al tratarse de una apreciación del individuo, incluye la subjetividad en su valoración (Padilla, 2005), es decir, implica su percepción de bienestar, satisfacción en las distintas dimensiones de vida y con el tratamiento, recursos que estime poseer, y estrategias de afrontamiento que instrumente para hacer frente a las dificultades. La forma de afrontar los sucesos que repercuten su salud, no sólo está mediada por la interpretación que el individuo hace de este, o por el concepto de calidad de vida que posea, sino también por el apoyo social que perciba (Moreno & Ximénez, 1996, citados en Gaviria, Vinaccia, Riveros & Quinceno, 2007).

## **CAPÍTULO 6**

### **Metodología**

#### **6.1. Diseño**

Esta investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo de alcance descriptivo-correlacional, con un diseño no experimental de corte transversal (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

#### **6.2. Población**

La población evaluada fueron víctimas del conflicto armado interno afectados por mina antipersonal (MAP), munición sin explotar (MUSE) y/o artefacto explosivo (AEI) en Colombia.

#### **6.3. Muestra**

Para el presente proyecto de investigación se trabajó con un grupo de 56 participantes pertenecientes a 12 departamentos del país, contactados en el departamento de Santander. La muestra fue seleccionada bajo un método no probabilístico a conveniencia mediante el muestreo en cadena (Hernández, Fernández & Baptista, 2014), teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

1. Reconocerse como víctima del conflicto armado interno colombiano, que de acuerdo con la ley 1448 de 2011, en su artículo 3, son consideradas:

Aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1° de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno. El cónyuge, compañero o compañera permanente, [...] De la misma forma, a las personas que hayan sufrido un daño al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización. (p. 9)

2. Que el hecho victimizante sea a causa de una mina antipersonal (MAP), munición sin explotar (MUSE) y/o artefacto explosivo improvisado (AEI).

3. Ser mayor de 18 años de edad.

4. Firmar consentimiento de participación y de autorización a aplicación del protocolo del estudio (en el caso de personas con discapacidad física, con afectación en miembros superiores, y/o discapacidad sensorial, con afectación en el sentido de la vista, que dificulten responder el documento, este podrá ser firmado por un representante legal presente en el momento de la aplicación bajo la autorización del participante).

En cuanto a los criterios de exclusión, se tuvo en cuenta:

1. Personas con discapacidad sensorial, completa o parcial, con afectación en los sentidos de la vista y audición.
2. Que el participante se rehusara y no deseara hacer parte de la investigación.

#### **6.4. Consideraciones éticas**

El presente estudio salvaguarda la confidencialidad y los derechos de todas las personas participantes, por medio de un consentimiento informado; la información recolectada fue exclusivamente de uso académico e investigativo, y sus nombres mantenidos en el anonimato. Lo anterior, corresponde a lo enunciado en la Ley 1090 de 2006 del Ministerio de la Protección Social del Congreso de Colombia, puntualizando en el numeral 9 del artículo 2, que hace referencia a la investigación con humanos y el respeto de la dignidad y el bienestar de los individuos que participan voluntariamente y con conocimiento de la investigación. Asimismo, se tuvo en cuenta el artículo 50 que dicta que los profesionales de la psicología deben basarse al llevar a cabo investigaciones científicas, en los principios éticos de respeto y dignidad, bajo el compromiso de proteger el bienestar y los derechos de los participantes.

#### **6.5. Instrumentos**

- *Ficha de datos sociodemográficos*: elaborada por el investigador, en esta se incluyen datos como: nombre, edad, estado civil, nivel de escolaridad, nivel de ingresos, nivel socioeconómico, hecho victimizante, así como también lugar y año donde ocurrieron los hechos.

- *Cuestionario de Apoyo Social: Medical Outcomes Study-Social Support Survey- MOS*, diseñado por Sherbourne y Stewart (1991). Este instrumento autoaplicable, tiene como objetivo evaluar el apoyo social percibido. Cuenta con un total de 20 ítems, con opción de respuesta tipo Likert, cuyas opciones de respuesta son: Nunca (1), Pocas veces (2), Algunas veces (3), La mayoría de las veces (4), Siempre (5), de manera que a mayor puntuación, mayor apoyo social percibido. El ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes evalúan cuatro dimensiones del apoyo social funcional: *apoyo emocional o informacional*, que se refiere a la comprensión empática y la guía u oferta de consejos y orientación (preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19, punto de corte: 24 puntos); *apoyo instrumental*, es decir, la provisión de ayuda material que pueda precisar la persona (preguntas: 2, 5, 12, 15, punto de corte:12 puntos); *interacción social positiva*, referida a la disponibilidad de personas con las cuales salir, divertirse o distraerse (preguntas 7, 11, 14, 18, punto de corte:12 puntos); y *apoyo afectivo*, la expresión de amor y afecto (preguntas 6, 10, 20 punto de corte: 9 puntos). Este instrumento ha sido validado y adaptado en el contexto colombiano por Londoño et al. (2012). Para el presente estudio, se realizó un análisis de fiabilidad de consistencia interna del instrumento, obteniéndose un alfa de Cronbach de 0.948 para el total de la misma y para los componentes el alfa oscila entre 0.902 y 0.768.

- *WHOQOL-BREF (Version española)* diseñado por Programme on Mental Health, World Health Organization (1996). Este instrumento autoaplicable, consta de 26 preguntas con opción de respuesta tipo Likert. Dos preguntas generales sobre calidad

de vida y satisfacción con el estado de salud, y 24 preguntas agrupadas en cuatro dimensiones: *salud física*, conformada por siete ítems relacionados con dolor, dependencia de medicamentos, energía, movilidad, sueño, trabajo y actividades cotidianas; *salud psicológica*, compuesta de seis ítems sobre sentimientos positivos, espiritualidad, pensamiento, concentración, autoimagen, autoestima y sentimientos negativos; *relaciones sociales*, incluye tres ítems que cualifican las relaciones personales, la actividad sexual y el apoyo social; y *dimensión de ambiente*, tiene ocho ítems sobre seguridad, ambiente físico, recursos económicos, acceso a información, ocio, hogar, atención en salud y transporte. Cada uno de los ítems se suman y se transforman a puntajes de 0 a 100 para cada una de las dimensiones, no existen puntos de corte propuestos, a mayor puntuación, mayor calidad de vida. En el presente estudio el instrumento reportó un alfa de Cronbach de 0.928 para el total de la misma y para los componentes el alfa oscila entre 0.815 y 0.763.

## **6.6. Procedimiento**

### ***Fase 1. Revisión teórica y selección de instrumentos***

En primera instancia, se realizó una búsqueda de información bibliográfica y referentes teóricos de estudios realizados sobre el tema, para definir los conceptos claves del proyecto y escoger los instrumentos más adecuados, relacionado con la población de estudio. Se utilizaron bases de datos como: SCIELO, REDALYC, EBSCO, SCOPUS y PUBMED.

### ***Fase 2. Selección de la muestra***

A través de cartas, en las que se estipula el carácter académico de la investigación y los aspectos más relevantes de la misma, se hizo contacto con centros, fundaciones, organizaciones y entidades que acojan a víctimas de mina antipersonal, munición sin explotar y/o artefacto explosivo, solicitando información acerca de las personas víctimas para poder contactarlas.

### ***Fase 3. Contacto con la muestra***

Con la información suministrada por los centros, fundaciones, organizaciones y entidades, se creó una base de datos con el fin de llevar un registro riguroso y organizado de los datos. Hecho esto, se contactó a los sujetos por vía telefónica, dándole a conocer de forma general información sobre el proyecto, como objetivos, fines y toda la información ética y profesional que representa la investigación. Una vez aceptada la invitación del participante, se fijó una fecha de visita domiciliaria para la aplicación de la batería de pruebas.

### ***Fase 4. Aplicación de instrumentos***

En el momento de encuentro con el participante, se dio a conocer nuevamente los aspectos éticos y procedimentales de la investigación, y los respectivos objetivos. Una vez aceptada la participación, se solicitó el diligenciamiento del consentimiento informado y se procedió a la aplicación de los instrumentos (ficha de datos sociodemográficos,

cuestionario MOS de apoyo social percibido y cuestionario WOHQOL-BREF), todos a modo de autoinforme.

#### ***Fase 5. Calificación y análisis de los datos.***

Una vez finalizada la recopilación de la información para el estudio, se procedió a sistematizar los datos y analizarlos, mediante el uso del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences, IBM SPSS versión 24.0. Se ejecutaron distintos procesos estadísticos de análisis (descriptivo, fiabilidad, correlacional e inferencial) de las variables apoyo social y calidad de vida relacionada con salud para poder dar cumplimiento a los objetivos propuestos.

#### ***Fase 6. Discusión de datos, conclusiones y elaboración de informe***

Se contrastó la información recolectada con los avances en investigación en el área, se analizaron y concluyeron los aspectos relevantes fruto del comportamiento de las variables en la población tenida en cuenta, para culminar con la elaboración del informe final del estudio.

#### ***Fase 7. Socialización y divulgación de resultados***

Finalmente, se proyecta dar a conocer los resultados y conclusiones obtenidas mediante la socialización del proyecto de grado frente a la comunidad académica, la publicación de un artículo científico y divulgación en eventos de difusión científica.

## 6.7. Análisis estadístico

En primer lugar, se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel, que contenía los datos sociodemográficos y cada una de las puntuaciones de los ítems de las pruebas aplicadas. A partir de esto, se procesó la información en el programa estadístico IBM SPSS versión 24.0, de la siguiente manera: 1. *Análisis estadístico descriptivo* de las variables sociodemográficos, apoyo social percibido y calidad de vida relacionada con salud, a través de distribución de frecuencias (frecuencia y porcentaje válido). 2. *Análisis de fiabilidad de consistencia interna* de los instrumentos MOS y WHOWOL-BREF, obteniéndose un alfa de Cronbach con valores cercanos a 1 (consistencia máxima) en las dos escalas y en sus respectivas dimensiones, lo que permite establecer que ambos instrumentos son consistentes. 3. *Análisis correlacional* mediante el Coeficiente de Pearson, para analizar la relación entre las dos variables medidas, bajo un nivel de significancia de 0.05 (95% de confianza en que la correlación sea verdadera y 5% de probabilidad de error). Finalmente, se realizó un *análisis estadístico inferencial* a través del modelo de regresión lineal, para determinar y estimar el efecto de una variable sobre otra.

## CAPÍTULO 7

### Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el presente estudio teniendo en cuenta los objetivos propuestos, los cuales se desglosarán en cuatro apartados, a saber: en primer lugar, se caracteriza el grupo partícipe de acuerdo a variables sociodemográficas. En segundo lugar, se hace una descripción de los datos cuantitativos obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos MOS y WHOQOL-BREF. En tercer lugar, se plasman los resultados de la relación de las variables evaluadas a través del coeficiente de correlación de Pearson. Finalmente, se determina el efecto del apoyo social sobre la calidad de vida a través del modelo de regresión lineal.

#### 7.1. Descripción variables sociodemográficas

Tabla 1  
*Datos sociodemográficos de un grupo de víctimas de MAP, MUSE o AEI en Colombia*

Variable		Media	DE
Edad		45.70	13.645
	Ítem	Fi	%
Rango edad	18-33 años	10	17.9
	34-49 años	25	44.6
	50 o + años	21	37.5
Género	Masculino	49	87.5
	Femenino	7	12.5

Estado civil	Soltero	13	23.2
	Casado	26	46.4
	Divorciado	2	3.6
	Viudo	2	3.6
	Unión libre	13	2.2
Nivel de escolaridad	Sin estudio	4	7.1
	Primaria culminado	10	17.9
	Primaria no culminado	21	37.5
	Secundaria culminado	5	8.9
	Secundaria no culminado	6	10.7
	Técnico-Tecnológico culminado	2	3.6
	Técnico-Tecnológico no culminado	2	3.6
	Universitario culminado	2	3.6
	Posgrado culminado	1	1.8
Nivel socioeconómico	Estrato 1	36	64.3
	Estrato 2	11	19.6
	Estrato 3	9	16.1
Situación laboral	Activo	15	26.8
	Jubilado	10	17.9
	Hogar	6	10.7
	Desempleado	23	41.1
	Activo y Jubilado	2	3.6
Nivel de ingresos	Menos del mínimo	21	37.5
	Mínimo	8	14.3
	Más del mínimo	14	25.0
	Sin ingresos	13	23.2

Fuente: elaboración propia

En la Tabla 1, los datos sociodemográficos permiten evidenciar que el grupo de participantes estuvo compuesto por 49 hombres (87.5%) y 7 mujeres (12.5%), con una edad promedio de 45.70 años. Por otro lado, se destaca que el 46.4% son casados y el 23.2% son solteros. Sobre el nivel de escolaridad, el 55.4% se encuentra en el nivel de primaria, mientras que el 9% han accedido a educación superior. En cuanto al nivel socioeconómico, 64.3% pertenece al estrato 1 y 19.6% al estrato 2; la situación laboral del

41.1% de la muestra es desempleado, mientras que el 26.8% se encuentran activo a nivel laboral, siendo el nivel de ingresos del 37.5% menor al SMLV (737.717 COP).

Tabla 1.1

*Datos relacionados con el hecho victimizante en los participantes*

Variable	Ítem	Fi	%
Año víctima	2015 en adelante	4	7.1
	2010-2014	6	10.7
	2006-2009	5	8.9
	2002-2005	10	17.9
	1998-2001	7	12.5
	1994-1997	9	16.1
	1990-1993	11	19.6
	1985-1989	4	7.2
Departamento víctima	Antioquia	1	1.8
	Bolívar	13	23.2
	Caldas	1	1.8
	Caquetá	2	3.6
	Cauca	1	1.8
	Cesar	1	1.8
	Cundinamarca	1	1.8
	Guaviare	2	3.6
	Norte de Santander	5	8.9
	Santander	27	48.2
	Sucre	1	1.8
	Tolima	1	1.8
Sector hecho victimizante	Rural	54	96.4
	Urbano	2	3.6

Fuente: elaboración propia

Sobre los datos relacionados al evento causado por MAP, MUSE o AEI (ver Tabla 1.1), se observa que el 19.6% de los hechos ocurrieron entre los años 1990 y 1993, siendo

el 48.2% de las víctimas pertenecientes al departamento de Santander y 23.2% al departamento de Bolívar, con un 96.4% en el sector rural.

## 7.2. Descripción datos apoyo social percibido (MOS)

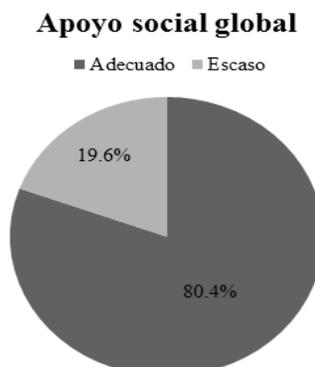
Tabla 2

*Número de amigos íntimos y familiares cercanos de los participantes*

		Frecuencia	Porcentaje
Tamaño red social	Ninguno	10	17,9
	1 a 3 personas	14	25,0
	4 a 6 personas	5	8,9
	7 a 9 personas	4	7,1
	10 o más personas	23	41,1

Fuente: elaboración propia

Sobre el tamaño de la red social de los participantes, se identifica que un alto porcentaje mantiene un amplio número de amigos familiares cercanos, dado que el 41.1% reporta tener 10 o más amigos y familiares cercanos (ver Tabla 2).



*Figural. Puntuación global de apoyo social percibido (MOS)*

En la Figura 1, se grafica la puntuación global de los datos obtenidos en el MOS, encantándose que un 80.6% de los participantes percibe un adecuado apoyo social

Tabla 3

*Puntuación dimensiones apoyo social percibido (MOS)*

Dimensión		Fi	%
Emocional/informacional	Adecuado	43	76.8
	Escaso	13	23.2
Instrumental	Adecuado	47	83.9
	Escaso	9	16.1
Interacción social positiva	Adecuado	46	82.1
	Escaso	10	17.9
Afectivo	Adecuado	49	87.5
	Escaso	7	12.5

Fuente: elaboración propia

En cuanto a las dimensiones del apoyo social, en la Tabla 3 se evidencia que el 87.5% de los participantes perciben un adecuado apoyo afectivo, seguido del tipo de apoyo instrumental con un 83.9%. De igual manera, el 82.1% perciben un apoyo de tipo interactivo positivo y el 76.8% un adecuado apoyo emocional informacional.

Tabla 4

*Consistencia interna del cuestionario MOS aplicado en los participantes*

Dimensión	Ítems	Alfa de Cronbach
Apoyo emocional/informacional	3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19	.902
Apoyo instrumental	2, 5, 12 y 15	.768
Interacción social positiva	7, 11, 14 y 18	.894
Apoyo afectivo	6, 10 y 20	.869
Índice global de apoyo social		.948

Fuente: elaboración propia

Respecto al análisis de fiabilidad de consistencia interna realizado en el instrumento MOS, se evidencia altos puntajes a nivel general como en cada una de las dimensiones de la prueba, obteniéndose un índice de confiabilidad de alfa de Cronbach de .948 para el total de la misma, y para las dimensiones, las puntuaciones del alfa oscilan entre .902 y .768 (ver Tabla 4).

### 7.3. Descripción calidad de vida relacionada con salud (WHOQOL-BREF)

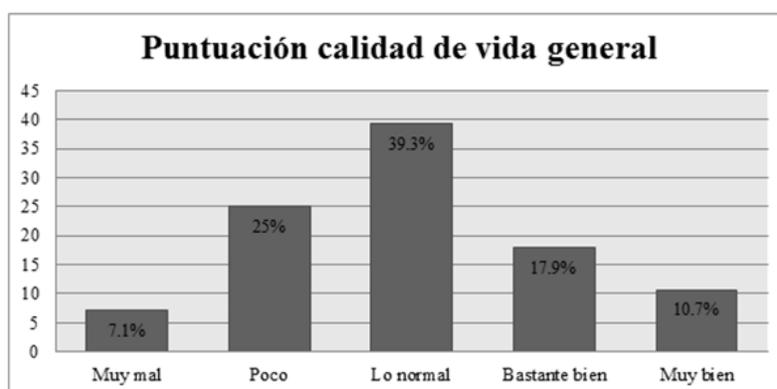


Figura 2. Puntuación calidad de vida relacionada con salud (WHOQOL-BREF)

Respecto a la puntuación de la calidad de los participantes, en la Figura 2 se observa que el 39.3% de las víctimas de MAP, MUSE o AEI la califican como normal, seguido de un 25% que la puntúan como poca.



*Figura 3.* Puntuación satisfacción de los participantes respecto a su salud (WHOQOL-BREF)

Sobre qué tan satisfechos están los participantes con su salud, el 42.9% la identifica como normal, sin embargo, se evidencia una apreciación dual de insatisfacción y satisfacción de la variable con un 16.1% (ver Figura 3).

Tabla 5  
*Puntuación dominios calidad de vida relacionada con salud (WHOQOL-BREF)*

Dominio		Fi	%
Salud física	Alta	23	41.1

	Baja	33	58.9
Salud psicológica	Alta	28	50.0
	Baja	28	50.0
Relaciones sociales	Alta	30	53.6
	Baja	26	46.4
Ambiente	Alta	37	66.1
	Baja	19	33.9

Fuente: elaboración propia

De acuerdo con las puntuaciones obtenidas en el WHOQOL-BREF, en la tabla 5 se evidencia que los participantes perciben una alta calidad de vida en los dominios relaciones sociales (53.6%) y ambiente (66.1%), y baja en el dominio salud física (58.9%).

Tabla 6  
*Consistencia interna del cuestionario WHOQOL-BREF aplicado en los participantes*

<b>Dominio</b>	<b>Ítems</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
Salud física	3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18	.815
Salud psicológica	5, 6, 7, 11, 19 y 26	.790
Relaciones sociales	20, 21 y 22	.797
Ambiente	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25	.763
Calidad de vida total		.928

Fuente: elaboración propia

Sobre evaluación del desempeño psicométrico de la escala de la CVRS del WHOQOL-BREF (ver Tabla 5), se encontraron alfas de Cronbach superiores a 0.7 en las cuatro dimensiones evaluadas, y en el total de la misma, corroborando su buena fiabilidad.

#### 7.4. Coeficiente de correlación de Pearson de las variables apoyo social (MOS) y calidad de vida relacionada con salud (WHOQOL-BREF)

Tabla 7

*Coeficiente de correlación de Pearson de las variables apoyo social (MOS) y calidad de vida relacionada con salud (WHOQOL-BREF)*

	CVRS general	Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Ambiente
Apoyo social global	<b>.292*</b>	0.171	<b>.330*</b>	<b>.446**</b>	0.251
	<b>0.029</b>	0.209	<b>0.013</b>	<b>0.001</b>	0.062
Apoyo emocional/informacional	<b>.322*</b>	0.199	<b>.363**</b>	<b>.473**</b>	<b>.269*</b>
	<b>0.016</b>	0.141	<b>0.006</b>	<b>0.000</b>	<b>0.045</b>
Apoyo instrumental	0.225	0.083	<b>.283*</b>	0.188	<b>.267*</b>
	0.096	0.541	<b>0.035</b>	0.166	<b>0.047</b>
Apoyo de interacción social positiva	0.247	0.207	0.257	<b>.426**</b>	0.149
	0.067	0.126	0.056	<b>0.001</b>	0.272
Apoyo afectivo	0.236	0.134	0.262	<b>.471**</b>	0.201
	0.080	0.327	0.051	<b>0.000</b>	0.137

Fuente: elaboración propia

Nota: \*\*. La correlación es significativa en el nivel 0,01

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05

En la Tabla 7, se evidencia la presencia de correlaciones positivas entre las variables: apoyo social global con CVRS general ( $r= 0.292$ ;  $s= 0.029$ ), a su vez con salud psicológica ( $r=0.330$ ;  $s= 0.0013$ ), y relaciones sociales ( $r=0.446$ ;  $s=0.001$ ); Además, se obtienen correlaciones entre apoyo social emocional/instrumental con CVRS general ( $r=0.322$ ;  $s= 0.016$ ), salud psicológica ( $r= 0.363$ ;  $s=0.006$ ), relaciones sociales ( $r=0.473$ ;

s=0.000) y ambiente ( $r=0.269$ ;  $s=0.045$ ); de igual manera, apoyo instrumental con salud psicológica ( $r=0,283$ ;  $s=0,035$ ) y ambiente ( $r=0.267$ ;  $s=0.047$ ); así mismo, apoyo de interacción social positiva con el dominio relaciones sociales ( $r=0.426$ ;  $s=0.001$ ). Finalmente, apoyo afectivo con el dominio relaciones sociales ( $r=0.471$ ;  $s=0.000$ ).

A partir de los resultados de las correlaciones obtenidas se procedió al análisis inferencial a través del modelo de regresión lineal, para predecir y determinar el efecto de una variable sobre la otra, teniendo en cuenta la proporción de la varianza.

#### 7.5. Modelo regresión lineal entre las variables apoyo social (MOS) y calidad de vida relacionada con salud (WHOQOL-BREF)

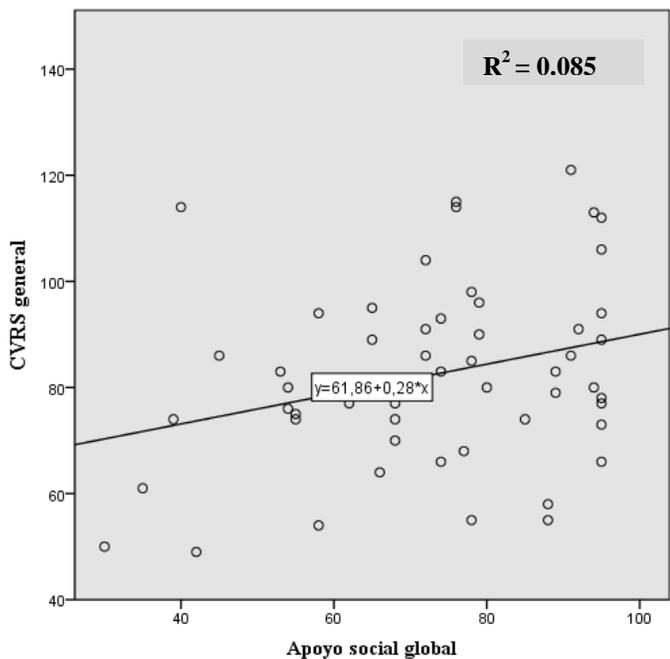


Figura 4. Análisis de regresión lineal entre apoyo social global y CVRS

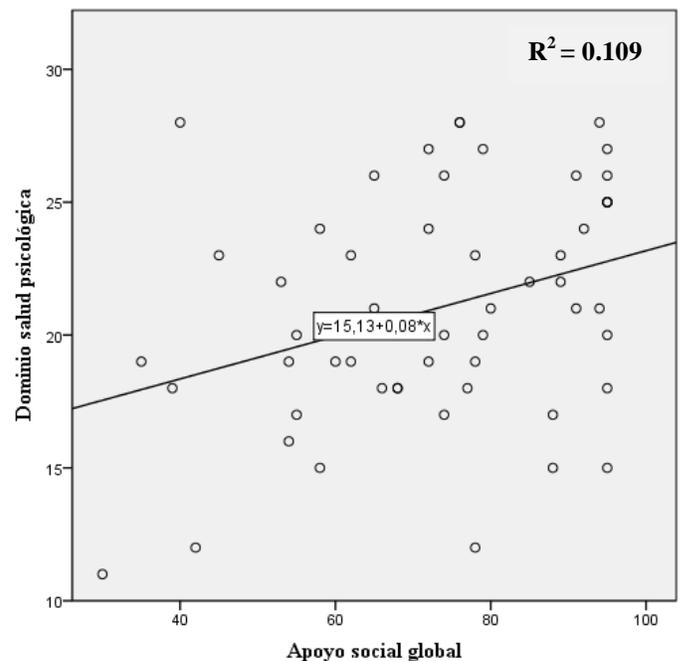
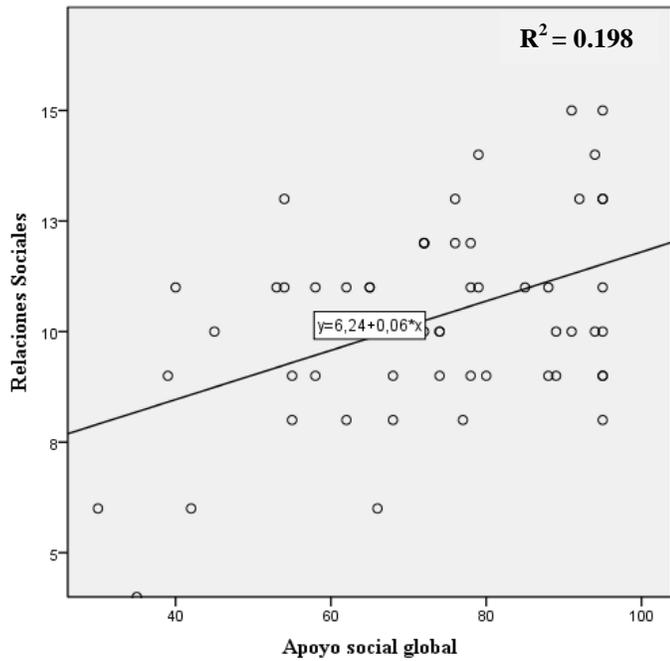


Figura 5. Análisis de regresión lineal entre apoyo social global y salud psicológica



Figuran 6. Análisis de regresión lineal entre apoyo social global y relaciones

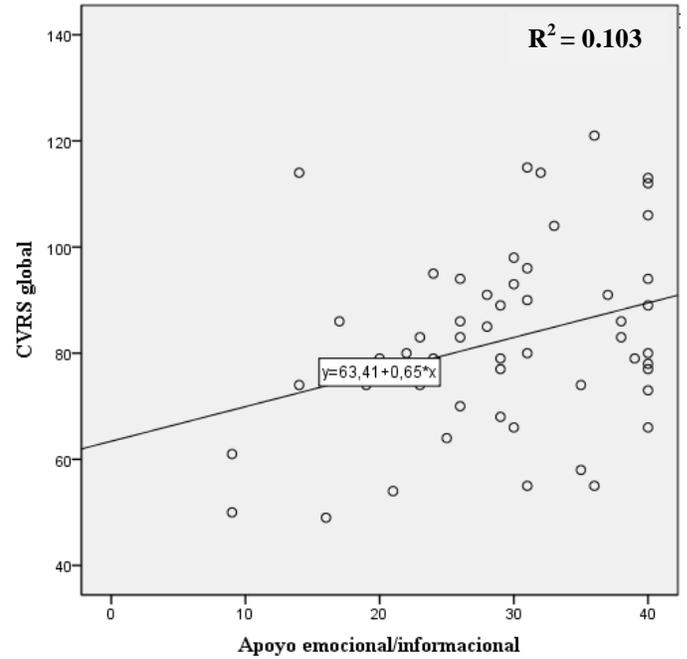


Figura 7. Análisis de regresión línea entre apoyo emocional/informacional y relaciones sociales

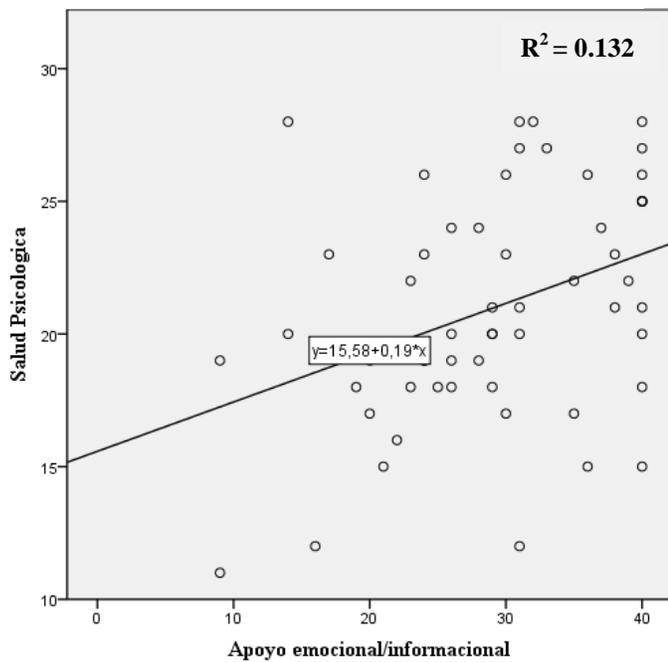


Figura 8. Análisis de regresión lineal entre apoyo emocional/informacional y salud psicológica

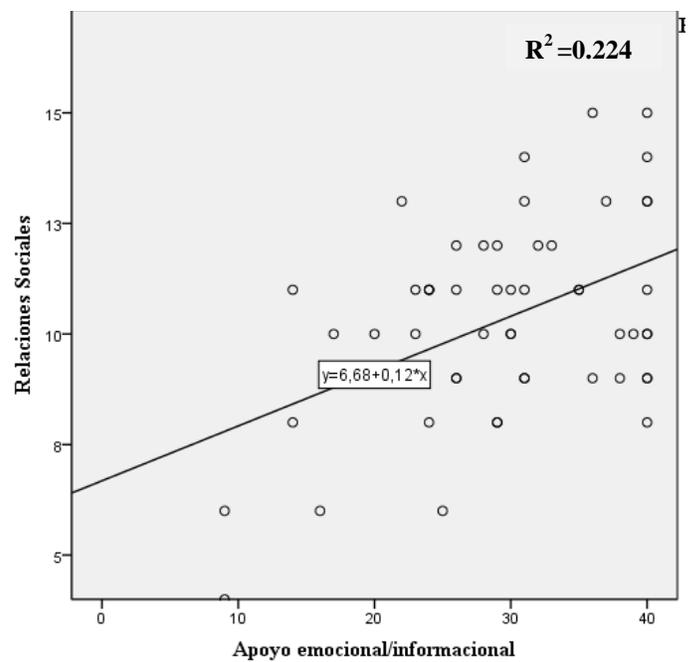


Figura 9. Análisis de regresión lineal entre apoyo emocional/informacional y relaciones sociales

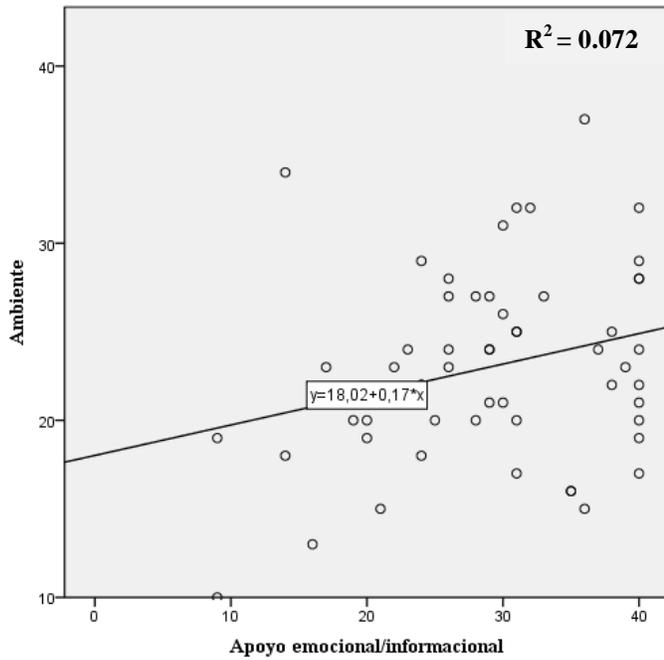


Figura 10. Análisis de regresión lineal entre apoyo emocional/informacional y ambiente

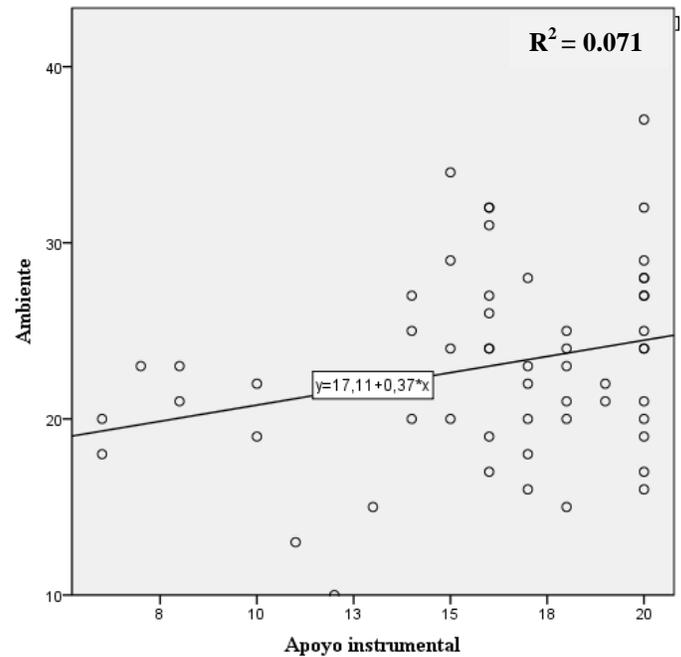


Figura 11. Análisis de regresión lineal entre apoyo instrumental y ambiente

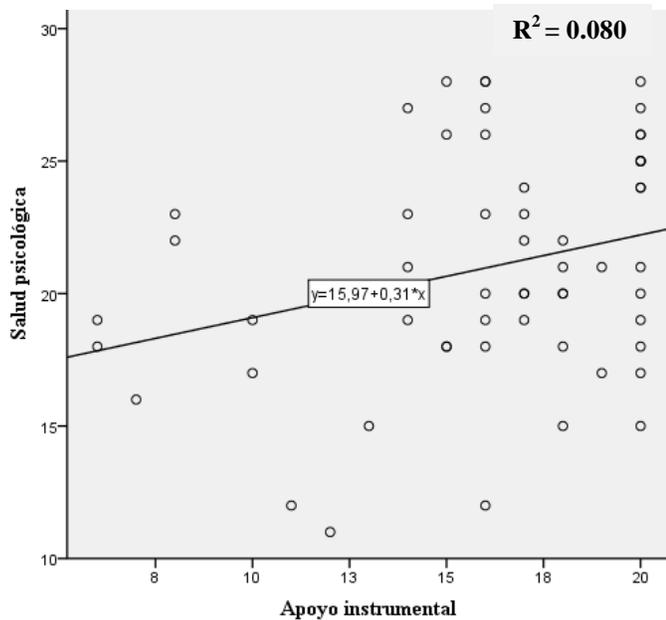


Figura 12. Análisis de regresión lineal entre apoyo instrumental y salud psicológica

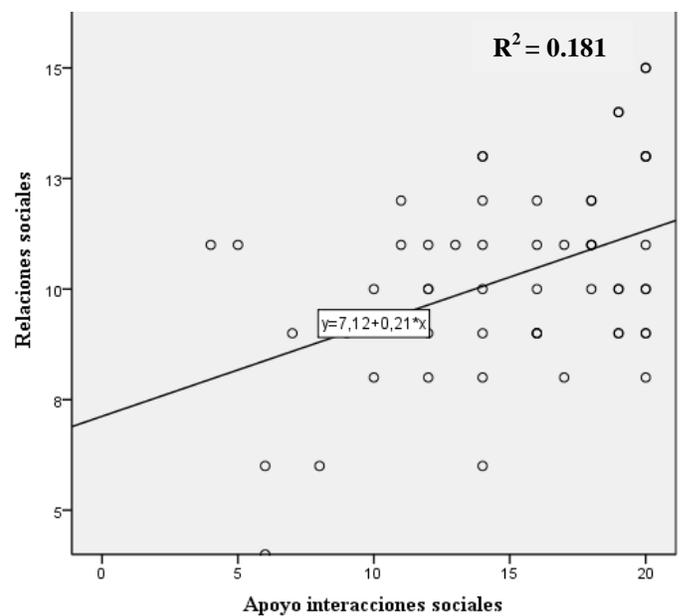
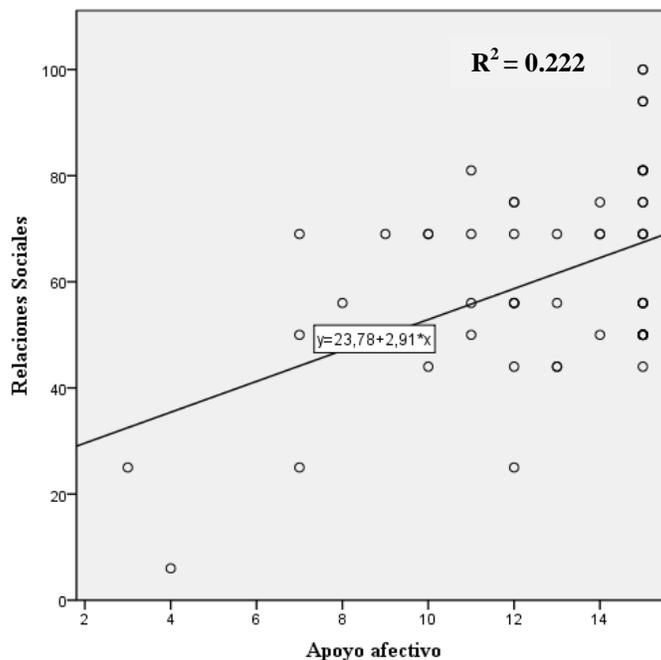


Figura 13. Análisis de regresión lineal entre apoyo interacciones sociales y relaciones sociales



*Figura 14.* Análisis de regresión lineal entre apoyo afectivo y relaciones sociales

De acuerdo con los resultados del modelo de regresión lineal, la  $R^2$  expresa la proporción de varianza de las variables dependientes que está explicada por la variable independiente. Es importante tener en cuenta que el coeficiente de determinación  $R^2$  toma un valor alto cuando su máximo es 1. Así pues, en la figura 4, el  $R^2$  indica que 8.5% de la CVRS es explicada por el apoyo social. Respecto a las dimensiones de cada variable, los valores con mayor porcentaje de determinación se evidencian en la figura 6, allí, el 19.8% del dominio relaciones sociales son explicados por el apoyo social global. En la figura 9, el 22.4% de las relaciones sociales son explicadas por el apoyo emocional. En la figura 10, el 18.1% de las relaciones sociales son explicadas por el apoyo de interacción social y el 22.2% por el apoyo afectivo (ver Figura 14).

## CAPÍTULO 8

### Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar si existe influencia del apoyo social sobre la calidad de vida relacionada con salud en un grupo de víctimas del conflicto armado interno por mina antipersonal, munición sin explotar y/o artefacto explosivo improvisado en Colombia. Para llevar a cabo su cumplimiento se considera fundamental contrastar los resultados más relevantes obtenidos en todo el proceso investigativo, a fin de dar cuenta descriptivamente de las características de la población, las variables evaluadas y la relación que existe entre ellas.

En primer lugar, en relación a las características sociodemográficas de los participantes, se evidenció un mayor predominio del género masculino en víctimas de MAP, MUSE o AEI en Colombia, lo que concuerda con lo descrito por Hernández y Hernández (2005) quienes expresan que la principal razón por la cual sobresale el género masculino es su mayor participación en el conflicto armado y la constante exposición a actividades laborales más riesgosas. Por otra parte, en cuanto a la edad, la muestra se encuentra en un rango entre los 34 a 49 años, con un promedio de 47.70 años, lo cual se aproxima a las cifras presentadas por la Unidad de Atención a Víctimas en las cuales aproximadamente el 34% de las víctimas registradas está entre los 29 y 60 años (reporte a 1 de Junio de 2017). Además, se destaca que la mayoría de los participantes son casados, con bajos niveles de educación formativa, de estratos 1 y 2, cuya situación laboral actual es desempleado.

Sobre los datos relacionados al hecho victimizante causado por MAP, MUSE o AEI, los años donde mayor reporte de víctimas se registraron, fue entre 1990 y 2005: este periodo según el CNMH (2013) se distingue por las expansiones simultáneas de las guerrillas y de los grupos paramilitares, la radicalización política de la opinión pública hacia una solución militar del conflicto armado y la imbricación con la lucha contra el terrorismo renuevan las presiones internacionales que alimentan el conflicto armado. Además, a partir de 2002, los diálogos entre las FARC-EP y el Gobierno de Pastrana se rompieron, y el uso de minas por parte de esta guerrilla se hizo más frecuente con el fin de defenderse de la ofensiva emprendida en su contra por la Fuerza Pública. En cuanto al lugar de los hechos, el mayor número de participantes hacen parte de los departamentos de Santander, Bolívar y Norte de Santander, siendo este último, uno de los cinco departamentos con mayor número de víctimas de MAP, MUSE o AEI reportadas en Colombia junto con Antioquia, Meta, Caquetá y Arauca, según datos registrados por el DAICMA (2014).

En segundo lugar, respecto a la descripción de apoyo social en las víctimas de MAP, MUSE o AEI, los resultados registraron puntuaciones altas a nivel general como en cada uno de sus dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente, evidenciando que los participantes perciben recibir un adecuado apoyo social. De acuerdo con Palomar y Cienfuegos (2007) aquellos sujetos que perciben altos niveles de apoyo social, tienen un alto autoconcepto y mayor autoestima, estilos de afrontamiento más adecuado ante el estrés, mayor control personal y bienestar subjetivo, así como una mejor salud en general. Además, altos niveles de apoyo social, proporcionados generalmente por

la familia, amigos y vecinos, están relacionados con altos niveles de satisfacción en diferentes áreas de la vida del sujeto, incluyendo las personales e interpersonales.

Las investigaciones señalan que las personas en condición de riesgo que se sienten apoyadas por sus amigos y familiares, tienen menor probabilidad de presentar consecuencias adversas para su salud y mantienen un mayor ajuste psicológico (Gracia & Herrero, 2006). En este mismo sentido, Orcasita y Uribe (2010) plantean que las relaciones que se establecen entre las personas permiten minimizar los efectos adversos de diferentes situaciones tensionantes, además de que las personas que se encuentran en mejores condiciones psicológicas y físicas son aquellas que mantenían un mayor número de interacciones o se hallaban integrados socialmente.

De acuerdo con lo anterior, para Barra (2004), el apoyo social es un factor de estabilidad, predictibilidad y control que permite al individuo sentirse mejor y percibir de forma más positiva su ambiente; a su vez, esos sentimientos pueden motivarlo a cuidar de sí mismo, a interactuar de manera más positiva con otras personas y a utilizar más recursos personales y sociales para afrontar situaciones adversas.

Por lo tanto, en las víctimas de MAP, MUSE o AEI un adecuado, inmediato y de largo plazo apoyo psicosocial, hace una diferencia significativa para su inclusión dentro de la sociedad, que ayudan a la sobrevivientes a adaptarse a su imagen corporal que ha cambiado por los efectos de evento traumático, y que facilitan a las víctimas la participación, independencia, capacidad de recuperación y adaptación a su entorno. Además, cabe resaltar que la mayoría de las víctimas se basan en las ONG para asegurar su

acceso a los servicios de salud y la inclusión socioeconómica. Las ONG han desempeñado un papel vital en el apoyo a la potenciación de las víctimas, lo que contribuye a su conciencia de sus derechos, su autonomía en el acceso a los servicios y la participación en los procesos de toma de decisiones y la vida comunitaria (Handicap International, 2013).

Por otro lado, en relación a la calidad de vida, los participantes presentan bajas puntuaciones en la dimensión salud física. Dicho resultado se relaciona con lo planteado por Melguizo-Herrera, Díaz-Gómez, y Osorio-Lambis (2011) en el que las personas con heridas complejas perciben tener una mala calidad de vida, particularmente en los componentes plenitud personal, funcionamiento ocupacional y bienestar físico. Además, según Handicap International (2013), el deterioro de la salud y los problemas físicos en las víctimas de MAP, MUSE o AEI pueden verse afectados por el uso prolongado de prótesis viejas y el limitado funcionamiento físico, lo que genera consecuencias para la capacidad de trabajar, ir a la escuela y llevar a cabo sus actividades cotidianas.

Sobre este mismo dominio, las bajas puntuaciones pueden estar relacionadas con las nuevas condiciones físicas a las que las víctimas con afectaciones físicas tienen que enfrentarse, lo que es afirmado por Deneuille y Perrouillet (2006) quienes detectaron estadísticamente disminución significativa de la calidad de vida en un grupo de pacientes después de una amputación. Para Muniesa et al. (2009), una amputación, cualquiera que sea su causa, comporta una fuerte repercusión en aspectos físicos, funcionales y emocionales pues afecta la calidad de vida de la persona amputada.

En general, de acuerdo con la literatura y los resultados obtenidos en el presente estudio, se identifica que las MAP, MUSE o AEI representan un impacto negativo en aspectos físicos que influyen en la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en las víctimas del conflicto armado por tales hechos.

No obstante, a pesar de la baja puntuación reportada en el dominio físico, los resultados evidencian altas puntuaciones en las dimensiones relaciones sociales y ambiente. Sobre este aspecto, según Palomar y Cienfuegos (2007), se ha establecido que un incremento en el bienestar subjetivo, promueve una alta percepción de control sobre el ambiente, lo que le permite al sujeto tener un mayor acceso a las redes de apoyo social y experimentar como estresantes un menor número de eventos.

Finalmente, sobre los resultados del análisis correlacional, se evidencia la relación que existe entre las variables apoyo social y calidad de vida relacionada con salud, y en alguna de sus dimensiones de forma positiva. Resultados fundamentales que permitieron proceder al análisis inferencial a través del modelo de regresión lineal, para predecir y determinar el efecto de una variable sobre la otra, teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas en la correlación, cuanto mayor sea su valor (covariación), mayor capacidad de predicción (Hernández et al., 2014).

De esta manera, los valores obtenidos en la regresión lineal permitieron evidenciar en los diagramas de dispersión, la tendencia ascendente de los datos de cada variable, y la

proporción de varianza para determinar el porcentaje en que una variable es explicada por otra. En el caso de que dos variables no estén correlacionadas, el diagrama de dispersión no tendría ninguna tendencia. Así pues, los resultados indicaron bajos porcentajes de estimación de causalidad; sin embargo, los dominios apoyo emocional/informacional, interacciones sociales y apoyo afectivo fueron los que presentaron mayores puntuaciones en el coeficiente de determinación, particularmente sobre el dominio de relaciones sociales de la calidad de vida relacionada con salud.

De acuerdo con lo anterior, a la luz de la teoría, según Handicap International (2013), el tener buenas relaciones familiares y sociales, así como el acceso a un ingreso y el empleo son los determinantes más importantes en la percepción subjetiva de la calidad de vida relacionada con salud de las víctimas. Además, las relaciones sociales y familiares contribuyen al bienestar psicológico de las víctimas, así como su provisión de apoyo material en el caso de necesidad.

La evidencia investigativa tiende a resaltar los efectos positivos que tiene el apoyo social, así como el desempeño significativo de roles dentro del contexto social sobre la calidad de vida de los individuos; asimismo los efectos adversos que puede tener sobre la calidad de vida la ausencia de las favorabilidades del apoyo social (Amar-amar, Abello-Llanos, Madariaga & Ávila, 2011).

Para Astaiza (2013) el apoyo social promueve y mejora la salud individual, en tanto la persona conciba ese apoyo como un factor potenciador a su alcance para mantener o transformar su bienestar y, por ende, su salud. Para este autor, existen tres tipos de relaciones entre el apoyo social y sus beneficios para la salud: el primero, es el fortalecimiento de la identidad propia, segundo, la satisfacción de necesidades y, por último, el alivio del estrés, que deben tener en cuenta los aspectos subjetivos y situacionales en los que el apoyo es dado, y la duración del mismo. Además, la influencia del apoyo social en la salud, radica en el impacto de las relaciones personales como fuente de recursos psicológicos y materiales para el afrontamiento de situaciones problemáticas, dolorosas o de gran impacto afectivo. Por ello, el apoyo social es importante en las víctimas de MAP, MUSE o AEI, ya que les permite generar estrategias de adaptación con los recursos sociales del entorno, que tendrían efectos benéficos en la calidad de vida y la salud mental.

Además, la importancia del apoyo social se basa en el intercambio de sentimientos y expresiones afectivas como un mecanismo para la adaptación y el afrontamiento de las dificultades, con ello, las relaciones sociales se entienden como un mecanismo de afrontamiento ante las situaciones adversas (Ávila-Toscano & Madariaga, 2010).

Las puntuaciones altas reportadas en el apoyo social percibido y en cada una de sus dimensiones, podrían estar fundamentadas en que la mayoría de los participantes manifestó estar casados o vivir en unión libre, lo que supone contar con una familia. Es por tanto que el apoyo social favorece el manejo de la intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora de problemas de salud (Melguizo-Herrera, Díaz-Gómez & Osorio-Lambis, 2011)

En las víctimas de MAP, MUSE o AEI, contar con el apoyo familiar es fundamental en el desarrollo de la socialización, puesto que es la familia el sistema directo en el cual se adquieren las primeras interacciones humanas (Muñoz, Poblete & Jiménez, 2012). A su vez, esto permite el mejoramiento de su calidad de vida, ya que cuanto mejores sean sus interacciones familiares, mayor será su nivel de calidad de vida y felicidad (Govela, 2016). Sobre esta afirmación, Silva et al. (2012) plantea que los espacios sociales y la integración familiar y comunitaria incrementan el bienestar y elevan la calidad de vida de los individuos.

En términos generales la calidad de vida, aunque depende de muchos factores (socioculturales, políticos, emocionales, físicos, espirituales, entre otros), es una apreciación del individuo, es decir, incluye un elemento subjetivo en su valoración, que implica su percepción de bienestar, satisfacción en las distintas dimensiones de vida y con el tratamiento, los recursos que estime poseer y el apoyo social que perciba, esto es, su valoración de las redes sociales que podrían favorecer la adaptación a acontecimientos vitales, en este caso, un evento traumático a causa de las MAP, MUSE o AEI (Vinaccia et al., 2008).

Se puede concluir que los efectos positivos que tiene apoyo social en la vida de las víctimas de MAP, MUSE o AEI, influyen en el mejoramiento de su calidad de vida. Tales efectos se pueden evidenciar en una disminución de sentimientos asociados al aislamiento o la exclusión, el aumento de los recursos y las opciones relacionadas con el bienestar las

cuales son promovidas mediante los intercambios de la red, el apoyo emocional y la promoción de la salud.

## CAPÍTULO 9

### Conclusiones

De acuerdo con la revisión teórica y empírica hecha en el presente estudio, son escasas las investigaciones cuantitativas previas sobre la influencia del apoyo social en la calidad de vida relacionada con salud en víctimas del conflicto armado interno por MAP, MUSE o AEI en Colombia. Existe literatura sobre testimonios y descripciones cualitativas, así como también resultados que han sido cuantificados sobre otro tipo de variables en población víctima de otros hechos victimizantes, pero no existe un registro amplio que aborde el tema en la población específica como en el presente estudio.

Ahora, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la presente investigación se encontró que las personas víctimas del conflicto armado interno por MAP, MUSE o AEI de la muestra, en su mayoría son hombres con una edad promedio de 45.70 años, casados, con nivel de escolaridad primaria, pertenecientes al estrato 1 y desempleados. Respecto a los datos relacionados al hecho victimizante, el periodo donde mayor reporte de víctimas hubo fue entre los años 1900 y 1993, en cuanto al lugar, el mayor número de participantes son de los departamentos de Santander, Bolívar y Norte de Santander.

Por otro lado, se administraron los cuestionarios MOS y WHOQOL-BREF para la evaluación de las variables de estudio y dar cumplimiento a los objetivos propuestos, encontrándose una alta consistencia interna con un Alfa de Cronbach superior a 0.7 a nivel

general como en cada uno de los dominios en ambos instrumentos, lo que permitió identificar la alta confiabilidad que presentan dichos instrumentos en la población evaluada.

De esta manera, teniendo en cuenta los resultados, los participantes del presente estudio perciben un adecuado apoyo social a nivel general, como en las dimensiones salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente; sobre este aspecto, la familia, amigos y pares, son determinantes en el proceso de protección y recuperación luego de las experiencias traumáticas, además es un factor de suma importancia que permite a las víctimas de MAP, MUSE o AEI percibir de forma más positiva su ambiente.

Sobre la calidad de vida relacionada con salud, la mayoría de los participantes la evalúan como normal. Sin embargo, se identifica una baja calidad de vida en el dominio salud física, dado que se trata de una población que en su mayoría presenta discapacidad o alguna afectación física, lo que tiene una fuerte repercusión en aspectos físicos, funcionales y emocionales que influye en la percepción que tiene la persona de su propia vida. Además, es un factor que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación, denota los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud. Las dimensiones de la CVRS que mostraron mayores puntuaciones fueron el de tipo relaciones sociales y ambiente.

En cuanto a la relación entre apoyo social percibido y calidad de vida relacionada con salud, se identificaron correlaciones positivas entre el dominio salud psicológica de CVRS con apoyo social global, a su vez con apoyo social emocional/informacional y con

apoyo instrumental; el dominio ambiente de CVRS con apoyo emocional/informacional y apoyo instrumental; y por último, el dominio de relaciones sociales de CVRS con apoyo social global, apoyo emocional/informacional, apoyo de interacción social positiva y apoyo afectivo, bajo un nivel de significancia de 0.05 (95% de confianza en que la correlación sea verdadera y 5% de probabilidad de error).

Finalmente, los resultados indicaron bajos porcentajes de estimación de causalidad entre las variables evaluadas, sin embargo, los dominios apoyo emocional/informacional, interacciones sociales y apoyo afectivo fueron los que presentaron mayores puntuaciones en el coeficiente de determinación, particularmente sobre el dominio de relaciones sociales de la calidad de vida relacionada con salud; lo que permite evidenciar que sí existe influencia, aunque en bajas proporciones, del apoyo social en la calidad de vida relacionada con salud en las víctimas del conflicto armado interno en Colombia por mina antipersonal, munición sin explotar o artefacto explosivo improvisado evaluadas, que a la luz de la revisión teórica realizada y de los resultados hallados en el presente estudio las relaciones sociales y familiares son un factor importante y determinante en la CVRS.

## CAPÍTULO 10

### Recomendaciones y Sugerencias

Dado que en la presente investigación, el apoyo social se convierte en un factor de suma importancia sobre la calidad de vida relacionada con salud en la muestra evaluada, se recomienda realizar un estudio cualitativo con una entrevista a profundidad donde se evalúe dicha variable, a fin de identificar otros elementos determinantes en la percepción subjetiva de la población estudiada.

De igual manera, se sugiere en próximos estudios indagar sobre la variable resiliencia, teniendo en cuenta que a pesar que las situaciones adversas a los que fueron expuestos las víctimas de MAP, MUSE o AEI y de las graves repercusiones a nivel físico, psicológico y social que este tipo de armas genera, las condiciones de apoyo social y CVRS en los participantes del presente estudio fueron favorables,

Así mismo, es importante en próximos estudios, profundizar sobre la salud física, dado que en el presente estudio fue percibido como bajo, lo que hace necesario indagar sobre los factores que se asocian e influyen en la percepción negativa de este componente. Además, porque se trata de uno de los aspectos de mayor impacto y afectación en dicha población teniendo en cuenta las características del evento traumático a los que son expuestos.

Además, teniendo en cuenta que la mayoría de los participantes presentan algún tipo de discapacidad física a causa de los efectos de las minas antipersonal, artefactos explosivos o munición sin explotar, que en muchas ocasiones conlleva a la amputación de miembros superiores y/o inferiores, se hace necesario en próximos estudios evaluar sobre aspectos relacionados con su autoimagen.

Por otro lado, se espera que a partir de los resultados obtenidos en el presente estudio, estos sean de gran utilidad para la construcción de programas de salud que contribuyan al diseño de intervenciones viables y pertinentes enfocadas en el bienestar físico y psicológico, y el desarrollo educativo y cultural de esta población.

Finalmente, en relación a lo anterior, se sugiere que desde el semillero Calidad de Vida en la Tercera Edad se continúe fortaleciendo la línea de conflicto armado, generando nuevas investigaciones dirigidas por profesionales y estudiantes que trabajen por y para el bienestar, atención e intervención de las víctimas del conflicto armado interno en Colombia. Asimismo poder lograr aumentar la producción científica e intelectual a través estudios enfocados en esta población en particular.

## Referencias

- Acuña-Gurrola, M., & González-Rangel, A. (2010). Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2), 71-81. doi: 0.5460/jbhsi.v2.2.26792
- Ahmad, S., Shadaifat, E., Mohd, H., Shonor, N., Ahmad, F., & Zakaria, Z. (2015). Social support and self-care activities among the elderly patients with diabetes in Kelantan. *Malays Fam Physician*, 10(1), 34-43.
- Amar, J., & Madariaga, C. (2008). *Proyectos sociales y cuidados a la infancia*. Barranquilla: Ediciones Uninorte.
- Amar-Amar, J., Abello-Llanos, R., Madariaga, C., & Ávila, J. (2011). Relación entre redes personales y calidad de vida en individuos desmovilizados del conflicto armado colombiano. *Universitas Psychologica*, 10(2), 335-369.
- Andrade, J., Angarita, L., Perico, L., Henao, N. R., & Zuluaga, Y. (2011). Desplazamiento forzado y conflicto armado. Niños y niñas vulnerados en sus derechos humanos. *Orbis. Revista Científica de Ciencias Humanas*, 7(20), 51-78.
- Ariza, K., Isaza, P., Gaviria, A. M., Quiceno, J. M., Vinaccia, S., Alvarán, L.,... Márquez, J. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud, factores psicológicos y fisiopatológicos en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico –LES. *Terapia Psicológica*, 28(1), 27-36.
- Arredondo, A., Márquez, E., Moreno, F., & Bazán, M. (2006). Influencia del apoyo social en el control del paciente diabético tipo 2. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 11(3), 43-48.

- Asano, M., Rushton, P., Miller, W., & Deathe, B. (2008). Predictors of quality of life among individuals who have a lower limb amputation. *Prosthetics and Orthotics International*, 32(2), 231-243. doi:10.1080/03093640802024955.
- Astaisa, G. (2013). *Dinámicas sociales, calidad de vida y salud en desplazados por la violencia del 2007 al 2010 en Neiva, Huila* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C.
- Avendaño, M.J., & Barra, E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia Psicológica*, 26(2), 165-172.
- Ávila-Toscano, J., & Madariaga, C. (2010). Redes personales y dimensiones de apoyo en individuos desmovilizados del conflicto armado. *Psicología desde el Caribe*, 25, 179-201.
- Balanta, X. (2014). Victims and Reparations: Limitations and Challenges Colombia Victims Law (Act 1448 of 2011). *International Journal of Humanities and Social Science*, 4(5), 152-164.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243.
- Barrero, D., & Fajardo, D. (2009). Significado de la guerra en soldados víctimas de las minas antipersonales. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 3(1), 179-202.
- Brooks, A., Andrade, R., Middleto, K., & Wallen, G. (2014). Social support: a key variable for health promotion and chronic disease management in Hispanic patients with rheumatic diseases. *Clinical Medicine Insights. Arthritis Musculoskeletal Disorder*, 16(7), 21- 26. doi: 10.4137/CMAMD.S13849
- Buzgova, R., Buzga, M., & Kristinikova, J. (2009). Whoqol: assessment of quality of life in patients after lower limb amputation. *Acta Médica Martiniana*, 9(1), 33-40.

- Caballo, V. (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Calvo, F. & Díaz, M. D. (2004). Apoyo social percibido: características psicométricas del cuestionario Caspe en una población urbana geriátrica. *Psicothema, 16*, 570-575.
- Camargo-Velásquez, A., & Palacio-Sañudo, J. (2017). Apoyo social y sentido de comunidad en desplazados y damnificados en el departamento del Magdalena. *Duazary, 14*(1), 25-44.
- Campo-Arias, A., Oviedo, H., & Herazo, E. (2014). Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 43*(4), 177-185
- Candiotti, C. (2013). *Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
- Cardona, D., & Agudelo, H. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 23*(1), 79-90.
- Cardona, J., Peláez, L., López., Duque, M., & Leal, O. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con VIH/sida. *Biomédica, 31*, 532-544.
- Cardona-Arias, J., & Higuera-Gutiérrez, L. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública, 40*(2), 175-189.

- Cardona-Arias, J., Giraldo, E., & Maya, M. (2016). Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de un municipio colombiano, 2013. *Revista Médicas UIS*, 29(1), 17-27. doi: 10.18273/revmed.v29n1-2016002.
- Cardona-Arias, J., Peláez-Vanegas, L., López-Saldarriaga, J., Duque-Molina, M., & Leal-Álvarez, O. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con VIH/sida, Medellín, Colombia, 2009. *Biomédica*, 31, 532-544.
- Centro de Memoria Histórica (2013). *Los orígenes, las dinámicas y el crecimiento del conflicto armado*. En ¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Cepeda, E. (2012). Corte constitucional y conflicto armado; control de políticas sociales en el marco del conflicto en Colombia. *Revista Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, 42(117), 425-453.
- Charyton, C., Elliott, J., Lu, B., & Moore, L. (2009). The impact of social support on health related quality of life in persons with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 16, 640-645.
- Comando General Fuerzas Militares. (2012). *Testigos fieles víctimas del horror de las minas antipersonal*. Bogotá: Fuerzas Militares.
- Comité Internacional de la Cruz Roja. (2010). Informe, Colombia: consecuencias humanitarias del conflicto armado en Colombia. Recuperado de: <http://www.icrc.org/spa/resources/documents/report/colombia-report-intro-220410.htm>
- Costa, G., Salamero, M., & Gil, F. (2007). Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 128(18), 687-691. doi: 10.1157/13102357

- Coyotl, E., Morale, F., Xicali, N., Torres, A., Villegas, M. S., Tenahuma, I.,...Arrijoja, G. (2015). Relación del apoyo social y la calidad de vida en personas con cáncer. *European Journal of Health Research*, 1(2), 39-49. doi: 10.1989/ejhr.v1i2.5
- Dirección para la Acción Integral contra Minas Antipersonal - Descontamina Colombia. DAICMA. (2014) [Internet]. Recuperado de <http://www.accioncontraminas.gov.co/Paginas/AICMA.aspx>
- Deneuille, M., & Perrouillet, A. (2006). Survival and Quality of Life after Arterial Revascularization or Major Amputation for Critical Leg Ischemia in Guadeloupe. *Annals of Vascular Surgery*, 6, 753-760.
- Díaz, I. (2008). *Determinantes psicológicos de la calidad de vida* (Tesis doctoral). Universidad de la Habana, La Habana.
- Estrada, F. (2009). Evolución estratégica del conflicto armado en Colombia. *Análisis Político*, 67, 156-181. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/anpol/v22n67/v22n67a08.pdf>
- Fenco, M. (2010). *Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el hospital nacional Daniel Alcides Carrión*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Recuperado de: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1299/1/fenco\\_am.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1299/1/fenco_am.pdf)
- Fleury, E., & Lana da Costa, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Franco, S., Suarez, C., Naranjo, C., Báez, L., & Roza, P. (2007). Efeitos do conflito armado sobre a vida e a saúde na Colômbia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11, 1247-1258.

- García, J. (2005). *Evaluación de la Calidad de Vida en los Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1: El caso del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria de Tenerife* (Tesis Doctoral). Universidad de la Laguna, España.
- García, J., & Velásquez, Z. (2011). *Mi vida: Antes y después de ese día. El accidente por minas antipersonal (MAP), munición si explotar (MUSE) y artefactos explosivos improvisados (AEI) su atención y la gestión* (Tesis de especialización). Universidad CES, Colombia.
- García, R., Morales, Y., García, E., Gonzáles-Pardo, S., Matos, M., & López, R. (2013). Las redes de apoyo social en la vida de las personas con discapacidad. Una introspección a la temática. *Revista Médica Electrónica de Ciego de Ávila*, 19(1), 1-10.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros M. F., & Quinceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Gómez-Isa, F. (2010). La restitución de la tierra y la prevención del desplazamiento forzado en Colombia. *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, 12(2), 11-58.
- González, S., Tello, J., Silva, P., Lüders, C., Butelmann, S., Fristch, R.,...David, P. (2012). Calidad de vida en pacientes con discapacidad motora según factores sociodemográficos y salud mental. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 50(1), 23-34.

- Govela, R. (2016). Calidad de vida en las familias con integrantes con discapacidad en Jalisco, México: una aproximación objetiva. *Augusto Guzzo Revista Académica*, *1*(17), 84-99. doi:10.22287/ag.v1i17.322
- Gracia, E., & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social. Evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *38*, 327-342.
- Grupo de Psicología Social Crítica de la Universidad de los Andes. (2009). Del dolor a la propuesta voces del panel de víctimas. *Revista de Estudios Sociales*, *63*, 114-125.
- Hammash, M., Crawford, T., Shawler, C., Schrader, M., Lin, C., Shewekah, D., & Moser, D. (2017). Beyond social support: Self-care confidence is key for adherence in patients with heart failure. *European Journal Cardiovascular Nursing*, *1*. doi: 10.1177/1474515117705939
- Handicap International. (2013). *Quality of Life of Victims of Mines and Explosive Remnants o War: The Perception of Victims in Colombia*. Recuperado de [http://www.handicapinternational.org/wpcontent/uploads/2016/09/DOC24\\_ENG.pdf](http://www.handicapinternational.org/wpcontent/uploads/2016/09/DOC24_ENG.pdf)
- Hernández, J., & Hernández, I. (2005). Una aproximación a los costos de la discapacidad en Colombia. *Revista de Salud Pública*, *7*(2), 130-144.
- Hernández, M.F., & Landero, H.R. (2014). Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Summa Psicológica*, *11*(1), 99-104. Recuperado de <http://www.summapsicologica.cl/index.php/summa/article/view/164/148>

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ª ed.). México D.F.: Editorial McGraw Hill.
- Hincapié-Zapata, M.E., Suárez, J.C., Pineda-Tamayo, R., & Anaya, J.M. (2009). Calidad de vida en esclerosis múltiple y otras enfermedades crónicas autoinmunes y no autoinmunes. *Revista de Neurología*, 48(5), 225-230.
- Howard, S., Creaven, A., Hughes, B., O'Leary, E., & James, J. (2017). Perceived social support predicts lower cardiovascular reactivity to stress in older adults. *Biological Psychology*, 125, 70-75. doi: 10.1016/j.biopsycho.2017.02.006
- Kurpas, D., Piotrowski, P., Marciniak, D., Kasprzak, M., Mroczek, S., Nitsch-Osuchi, A.,...Kiejna, A. (2014). Social support versus chosen health status indicators in primary care patients. *Psychiatr Polska*, 48(5), 941-960.
- León-Salas, B., & Martínez-Martín, P. (2011). Revisión de instrumentos de calidad de vida utilizados en personas con demencia: I. Instrumentos genéricos. *Psicogeriatría*, 2(1), 15-24.
- Ley No. 1090. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia, Septiembre 6 de 2006.
- Ley No. 1448. Ley de Víctimas y Restitución de tierras, República de Colombia, 10 de Junio de 2011. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Ley%201448%20de%202011.pdf>.
- Ley No. 975. Diario Oficial No. 45.980 de la Fiscalía General de la Nación, República de Colombia, 25 de Julio de 2005. Recuperado de [http://www.fiscalia.gov.co:8080/Documentos/LEY\\_975\\_concordada.pdf](http://www.fiscalia.gov.co:8080/Documentos/LEY_975_concordada.pdf).

- Londoño, N. H., Henao, G.C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D., & Aguirre Acevedo, D.C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Revista Universitas Psychologicas*, 5(2), 27-349.
- Londoño, N.E., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M.A.,...Aguirre-Acevedo, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.
- López, I., Álvarez-Dardet, S., Lorence, B., Jiménez, L., Hidalgo, M.V., & Sánchez, J. (2007). Evaluación del apoyo social mediante la escala ASSIS: descripción y resultados en una muestra de madres en situación de riesgo psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 16(3), 323-337.
- Machado, A., & Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2011). Informe de desarrollo humano 2011 - Pnud Colombia rural - razones para la esperanza. Recuperado de [http://escuelapnud.org/biblioteca/pmb/opac\\_css/index.php?lvl=notice\\_display&id=617&seule=1](http://escuelapnud.org/biblioteca/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=617&seule=1)
- Mañas, F., & Jordán J. (2007). Los artefactos explosivos improvisados (IEDs). *Athenea Intelligence Journal*, 2(4), 110-122.
- Melguizo-Herrera, E., Díaz-Gómez, A., & Osorio-Lambis, M. (2011). Calidad de vida de persona con heridas complejas en Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 13(6), 942-952.
- Méndez, P. & Barra, E. (2008). Apoyo social percibido en adolescentes infractores de ley y no infractores. *Psykhé*, 17(1), 59-64.

- Mildner, S., Lauster, G., & Wodn, W. (2011). Scarcity and abundance revisited: A literature review on natural resources and conflict. *International Journal of Conflict and Violence*, 5, 155-172.
- Molina, C., Bahsas, F., & Hernández, M. (2009). Funcionalidad familiar y apoyo social en pacientes diabéticos amputados. *MedULA*, 18(1), 8-11
- Muniesa, J., Pou, M., Marco, E., Boza, R., Guillén, A., Duarte, E.,...Tejero, M. (2009). Calidad de vida en pacientes con amputación de extremidad inferior. *Rehabilitación*, 43(1), 28-33.
- Muñoz, Y., Poblete, Y., & Jiménez, A. (2012). Calidad de vida familiar y bienestar subjetivo en jóvenes con discapacidad intelectual de un establecimiento con educación especial y laboral de la Ciudad de Talcan. *Interdisciplinaria. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 29(2), 207-221.
- Nieto, P. (2010). Relatos autobiográficos de víctimas del conflicto armado. *Estudios Sociales*, 36, 76-78
- Novoa, M. M., Vargas, R., Obispo, S., Pertuz, M., & Rivera, Y. (2010). Relación entre bienestar psicológico y calidad de vida en pacientes con tratamiento para el cáncer de tiroides con condición postquirúrgica. *Terapia Psicológica*, 28, 69-84.
- Obando, L., Viscaya, Y., & Fernández, M. (2016). Conflicto armado, problemática de poderes que ha vulnerado a la sociedad colombiana. *Revista Katharsis*, 21, 385-417.
- Orcasita, L., & Uribe, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4(2), 69-82.
- Padilla, G. (2005). Calidad de vida: panorámica de investigaciones clínicas. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 80-88.

- Palomar, J., & Cienfuegos, Y. (2007). Pobreza y apoyo social: Un estudio comparativo en tres niveles socioeconómicos. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 177-188.
- Pécaut, D. (2013). La experiencia de la violencia: los desafíos del relato y la memoria. *Coherencia*, 10(19), 305-311. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77429184012>
- Pelcastre-Villafuerte, B., Treviño-Siller, S., González-Vázquez, T., & Márquez-Serrano, M. (2011). Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(3), 460-470.
- Peña, B., Terán, M., Moreno, F., & Bazán, M. (2009). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(2), 53-56.
- Prada, D., Hernández, C., Gómez, J., Gil, R., Reyes, Y., Solís, U., & Molinero, R. (2015). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. *Revista Cubana de Reumatología*, 27(1), 48-60.
- Programme on Mental Health, World Health Organization (1996). WHOQOL-BREF *Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Ginebra: WHO.
- Quiceno, J. M., Vinaccia, S., & Remor, E. (2011). Programa de potenciación de la resiliencia para pacientes con artritis reumatoide. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 27- 47.

- Quinceno, J., & Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación desde la enfermedad crónica. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7(2), 69-86.
- Ramírez, R. (2007). Calidad de vida relacionada con salud como medida de resultados en salud: revisión sistemática de la literatura. *Revista Colombiana de Cancerología*, 14(7), 207-222.
- Restrepo, A., & López, J. (2010). Perfil clínico y microbiológico de las lesiones por minas antipersonal en el Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, 2003-2005. *Biomédica*, 30, 338-344.
- Restrepo, J., Yara, E., Cano, J., & Navia, L. (2014). Perfil emocional de un grupo de militares colombianos víctimas de minas antipersona o artefactos explosivos improvisados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(2), 87-95.
- Roca, M. (2013). *Psicología clínica*. La Habana: Editorial Universitaria Félix Varela.
- Rodas, P. (2015). *Auto-percepción de la calidad de vida en pacientes con amputación de extremidad inferior* (Tesis de pregrado). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.
- Rojas, A., & Poveda, A. (2014). Conflicto armado, despojo de tierras y actividad ganadera: Indagando entre el testimonio no oficial y las cifras estatales en el Departamento del Meta-Colombia. *Revista Iberoamericana de Estudios de Desarrollo*, 3(1), 32-57.
- Salas, C., & Grisales, H. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de la Salud*, 28, 9-18.

- Sandoval, L., & Martínez, D. (2010). Presencia de conflicto armado interno y su efecto en la inversión extranjera directa: Tendencia mundial perspectivas para Colombia (2001-2007). *Revista Facultad Ciencias Económicas*, 18(1), 133-150.
- Segura, I. (2012). *Percepción de la calidad de vida en personas con situación de enfermedad crónica en una institución prestadora de servicios de salud barranquilla* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C
- Serpa, C. (2013, 05, 15). Conflicto armado y post-conflicto. El Heraldo. Recuperado de <http://www.elheraldo.co/blogs/politica/conflicto-armado-y-post-conflicto-110408>.
- Sherbourne, C.D., & Stewart, A.L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32(6), 705-714.
- Sidel, V., & Levy, B. (2009). Las consecuencias en salud de la desviación de recursos hacia la guerra y su preparación. *Medicina Social*, 4(3), 154-157.
- Silva, K., Ortiz, A., Patiño, E., Aguilera, C., Velasco, T., García de Vicuña, R., & González, I. (2012). Influencia de la estructura de los afectos en la evaluación de la artritis reumatoide mediante la escala visual analógica de dolor, el HAQ y el DAS28. *Reumatología Clínica*, 8(6), 328-333.
- Sinha, R., & Van Den Heuvel, W. (2011). A systematic literature review of quality of life in lower limb amputees. *Disability and Rehabilitation*, 33(11), 883-899. doi:10.3109/09638288.2010.514646.
- Su, S., Chang, M., & He, C. (2017). Social support, unstable angina, and stroke as predictors of depression in patients with coronary heart disease. *The Journal of Cardiovascular Nursing*. doi: 10.1097/JCN.0000000000000419

- Távora, M. (2012). *Sentido de Comunidad en un contexto de violencia comunitaria* (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Thomson, F. (2011). The agrarian question and violence in Colombia: conflict and development. *Journal of Agrarian Change*, *11*, 321-356.
- Trejos, A., Reyes, L., Bahamon, M., Alarcón, Y., & Gaviria, G. (2015). Effects in the adherence treatment and psychological adjustment after the disclosure of HIV/AIDS diagnosis with the "DIRE" clinical model in Colombian children under 17. *Revista Chilena de Infectología*, *32*(4), 408-415.
- Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. (2017). Registro Único de Víctimas. Colombia: UARIV.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, *138*, 358-365.
- Vega, O., & González, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, *8*(2), 1-11.
- Villa, I. C. & Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA. *Psicología y Salud*, *16*, 51-62.
- Vinaccia, S., & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, *1*, 125-137.
- Vinaccia, S., & Quiceno, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, *6*(1), 12-136.

- Vinaccia, S., & Quiceno, J. M. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y factores psicológicos: un estudio desde la enfermedad pulmonar obstructiva crónica -EPOC. *Terapia Psicológica, 29*, 65-75.
- Vinaccia, S., Fernández, F., Moreno-San Pedro, E., & Padilla, G. (2006). Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis QOL-RA en Colombia. *Revista Colombiana de Reumatología, 13*, 284-270.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Quiceno, J., López, M., & Ojalvaro, 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.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S., Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud, 15*(2), 207-221.

## **ANEXO 1. Consentimiento Informado**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO: “Apoyo social y calidad de vida en víctimas de mina antipersonal, munición sin explotar o artefacto explosivo improvisado en Colombia”**

Estimado(a) participante

De acuerdo con los artículos 2 y 50 de la ley 1090 del 06 de septiembre del año 2006, firmada y publicada por el Congreso de la República de Colombia, por medio de los cuales se establecen las normas pertinentes frente a aspectos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en psicología, se hace necesario obtener el consentimiento informado por parte de los participantes en esta investigación. Igualmente de acuerdo con los artículos 15 y 16 (capítulo I de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos) de la resolución No. 008430 de 1993 por lo cual se establecen en las normas científicas, técnicas y administrativas, para la investigación en salud, se considera importante obtener el consentimiento informado de los participantes, aunque la presente investigación no implica riesgo alguno, a continuación se presenta una serie de informaciones que usted deberá tener en cuenta para firmar el presente consentimiento informado:

Usted es invitado a participar en un proyecto investigativo que tiene como propósito determinar si existe influencia del apoyo social en la calidad de vida relacionada con salud percibido en un grupo de víctimas del conflicto armado interno por mina antipersonal, munición sin explotar o artefacto explosivo improvisado en Colombia, desarrollado por el psicólogo en formación Diego Andrés Orejuela Castro de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga bajo la supervisión de la Dra Ara Mercedes Cerquera Córdoba.

En este contexto, su participación es voluntaria y anónima, y se llevará a cabo bajo la aplicación de los siguientes instrumentos:

1. Ficha de datos sociodemográficos
2. Cuestionario de estudio de desenlaces médicos de apoyo social (MOS)
3. Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF

**Duración de la aplicación de instrumentos para la presente investigación:** 60 minutos aproximadamente

#### **Beneficios**

Con la ejecución del presente proyecto se pretende tener información acerca de las del apoyo social percibido y la calidad de vida relacionada con salud de personas víctimas del conflicto armado interno por mina antipersonal, munición sin explotar o artefacto explosivo

improvisado en Colombia, que contribuyan al diseño de intervenciones viables y pertinentes enfocadas en el bienestar físico y psicológico, y el desarrollo educativo y cultural de esta población. Se espera socializar los resultados obtenidos en medios de difusión científica y académica. Así mismo, usted debe tener en cuenta que su participación es voluntaria, no recibirá ningún beneficio económico ni tendrá que pagar o gastar dinero para ser partícipe del presente estudio.

### **Posibles riesgos de la participación**

No existe riesgo serio conocido por participar en este estudio, lo que quiere decir que durante su participación, usted no correrá ningún tipo de riesgo a nivel médico o psicológico, tampoco se realizará ningún tipo de intervención clínica o procedimiento invasivo (Artículo 11: Investigación sin riesgo, Resolución 008430, Ministerio de Salud, Colombia).

### **Confidencialidad**

Toda la información del estudio se mantendrá bajo la estricta confidencialidad, velando por su integridad y dignidad. Los datos utilizados serán utilizados únicamente por el personal investigador, los cuales podrán ser publicados en cualquier medio científico como revistas, congresos, entre otros, respetando la confidencialidad y anonimato de los participantes. El nombre y datos serán identificados mediante códigos.

### **Derecho a participar o retirarse del estudio**

Usted podrá reusarse a participar del estudio en el momento que así lo considere, sin necesidad de una explicación o justificación al personal investigador. Lo anterior, no implicará sanción alguna.

---

Después de haber leído toda la información contenida en este documento, haber recibido las explicaciones verbales sobre el mismo y ser resueltas mis inquietudes; voluntariamente manifiesto que Yo \_\_\_\_\_ identificado con la Cédula de Ciudadanía Número \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_, he decidido participar en el estudio.

En constancia firmo este documento de mi consentimiento informado, en el la ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

---

FIRMA PARTICIPANTE

---

FIRMA EVALUADOR

---

Ara Mercedes Cerquera Córdoba

FIRMA SUPERVISORA

## ANEXO 2

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Lugar actual de residencia: \_\_\_\_\_

1	Rural
2	Urbano

Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_

1	Rural
2	Urbano

Dirección/ ubicación (por favor sea específico): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Hace parte de alguna institución que brinde atención especializada a víctimas del conflicto armado o a discapacitados? SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cuál? \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ Descripción de la discapacidad: \_\_\_\_\_

## Estado Civil

1	Soltero(a)	2	Casado(a)	3	Divorciado(a)	4	Viudo(a)	5	En unión Libre
---	------------	---	-----------	---	---------------	---	----------	---	----------------

## Nivel de escolaridad

1	Sin estudios	2	Primaria	3	Secundaria/Bachillerato	4	Técnico / Tecnológico	5	Universitario
6	Posgrado	7	Otros	1	Culminado	2	No culminado	3	No aplica

## Nivel de Ingresos

1	Menos del mínimo	2	Mínimo	3	Más del mínimo	4	Sin ingresos
---	------------------	---	--------	---	----------------	---	--------------

## Nivel Socioeconómico

1	Estrato 1	2	Estrato 2	3	Estrato 3	4	Estrato 4	5	Estrato 5	6	Superior
---	-----------	---	-----------	---	-----------	---	-----------	---	-----------	---	----------

## Situación Laboral actual

1	Activo	2	Jubilado	3	Hogar	4	Desempleado	5	Activo y Jubilado	6	Jubilado y Hogar
---	--------	---	----------	---	-------	---	-------------	---	-------------------	---	------------------

¿Cuál es su profesión/ocupación? \_\_\_\_\_

## Fuente(s) de ingresos (especificar también si es diferente a la actividad laboral actual):

1	Gubernamental	2	Vinculado laboralmente	3	Independiente	4	Sin ingresos
5	Gubernamental e independiente	6	Vinculado laboralmente e independiente	7	Gubernamental y vinculado laboralmente		

¿En cuál año ocurrió el hecho que está DIRECTAMENTE relacionado con su discapacidad? \_\_\_\_\_

1	2015-2017	2	2010-2014	3	2006-2009	4	2002-2005
5	1998-2001	6	1994-1997	7	1990-1993	8	1986-1989
9	1982-1985	10	1978-1981	11	1974-1977	12	1970-1973
13	1966-1969	14	1962-1965	15	1958-1961	16	1949-1957

¿En qué LUGAR ocurrieron los hechos por los cuales es víctima del conflicto? \_\_\_\_\_

1	Rural
2	Urbana

Departamento: \_\_\_\_\_

¿Cuál hecho del conflicto armado está DIRECTAMENTE RELACIONADO CON SU DISCAPACIDAD? \_\_\_\_\_

¿Es víctima de otros hechos? ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

1	Sin información	7	Delitos contra la libertad y la integridad sexual
---	-----------------	---	---

<b>2</b>	Perdida de Bienes Muebles o Inmuebles	<b>8</b>	Acto terrorista/Atentados/Combates/Hostigamientos
<b>3</b>	Abandono o Despojo Forzado de Tierras	<b>9</b>	Amenaza
<b>4</b>	Secuestro	<b>10</b>	Minas antipersonal/Munición sin explotar/Artefacto explosivo
<b>5</b>	Tortura	<b>11</b>	Desplazamiento
<b>6</b>	Vinculación de Niños Niñas y Adolescentes		

## ANEXO 3

## CUESTIONARIO MOS

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que le ocurre).

Nº de amigos íntimos o familiares...

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila).

PREGUNTA	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE VECES	SIEMPRE
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.					
6. Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abraza.	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.					
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.	1	2	3	4	5

APOYO EMOCIONAL: suma de ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.

APOYO INSTRUMENTAL: suma de ítems 2, 5, 12 y 15.

APOYO DE INTERACCIÓN SOCIAL POSITIVA: suma de ítems 7, 11, 14 y 18.

APOYO AFECTIVO: suma de ítems 6, 10 y 20.

INDICE GLOBAL DE APOYO SOCIAL: suma de los 19 ítems.

Apoyo global es escaso si inferior o igual a 57.

Apoyo emocional/informacional: falta de apoyo si inferior o igual a 24.

Apoyo instrumental: falta de apoyo si inferior o igual a 12.

Apoyo de interacción social positiva: falta de apoyo si inferior o igual a 9.

Apoyo afectivo: falta de apoyo si inferior o igual a 9.

## ANEXO 4

## VERSION ESPAÑOLA DEL WHOQOL-BREF.

## BARCELONA (CENTRO WHOQOL)

## Instrucciones

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud, y otras áreas de su vida. **Por favor conteste a todas las preguntas.** Si no está seguro(a) sobre qué respuesta dará a una pregunta, **escoja la que le parezca más apropiada.** A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Haga un círculo en el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otros en las dos últimas semanas. Usted hará un círculo en el número 4 si obtuvo bastante apoyo de otros, como sigue:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Haría un círculo en el 1 si no obtuvo el apoyo que necesitaba de otros en las dos últimas semanas. Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

**Gracias por su ayuda**

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cuán satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuánto** ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿ En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuán totalmente** usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán **satisfecho(a) o bien** se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

		Muy Insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la **frecuencia** con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

	Nunca	Raramente	Mediana	Frecuente	Siempre

				mente	mente	
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

**¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?**

**GRACIAS POR SU AYUDA**