

# UNIVERSIDAD ANTONIO RUIZ DE MONTOYA

Facultad de Filosofía, Educación y Ciencias Humanas



## **SALUD PERCIBIDA EN MUJERES QUE PERTENECEN A UNA ASOCIACIÓN DONDE RECIBEN APOYO PSICOSOCIAL**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Presenta la Bachiller:

**PILAR NORES LÓPEZ COMECA**

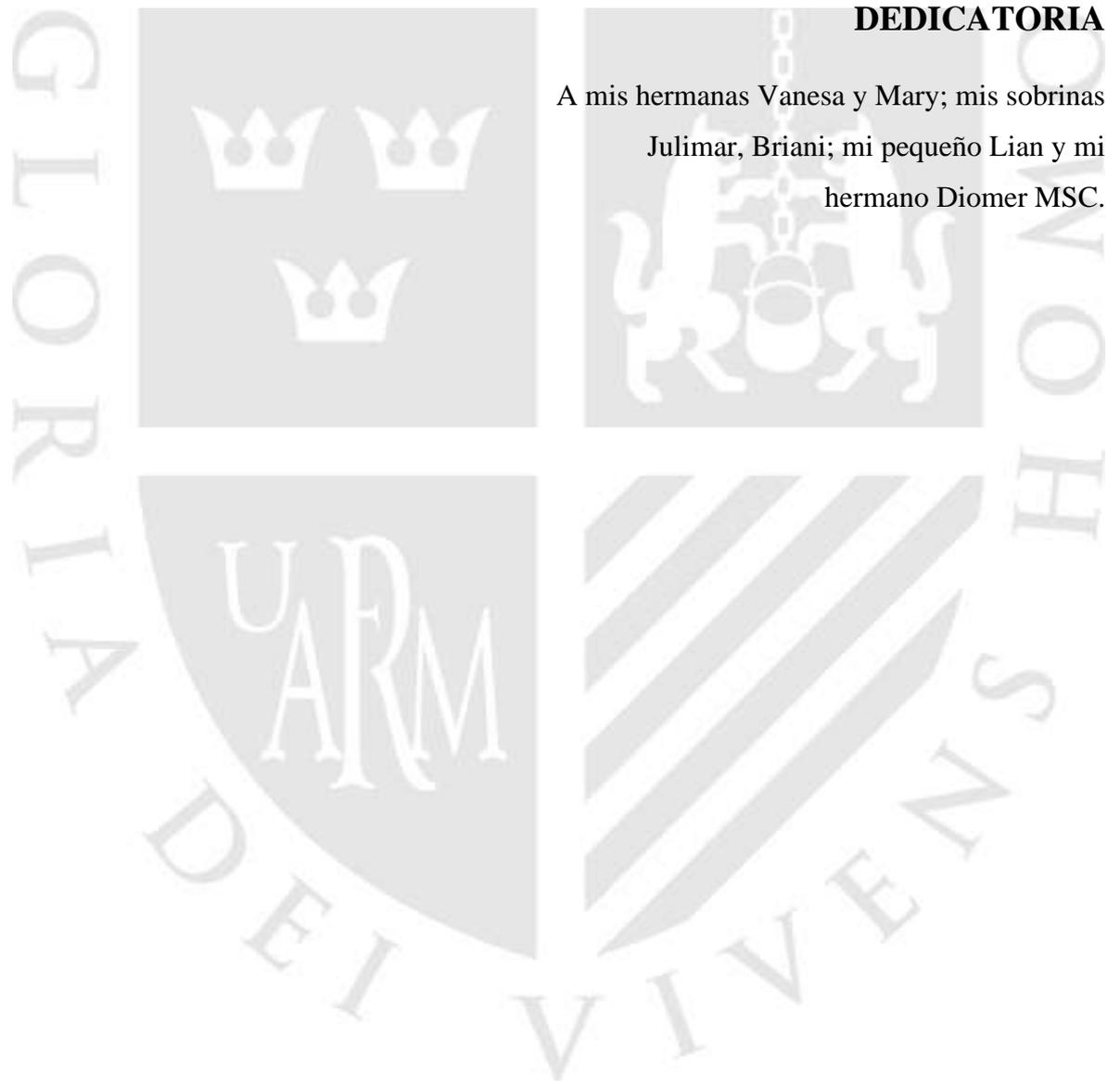
**Presidente** : Miguel Flores Galindo Rivera

**Asesora** : Mariela del Pilar Tavera Palomino

**Lectora** : Maria Eugenia Maguiña Lorbes

Lima - Perú

Julio, 2020



## **DEDICATORIA**

A mis hermanas Vanesa y Mary; mis sobrinas  
Julimar, Briani; mi pequeño Lian y mi  
hermano Diomer MSC.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por haberse manifestado en cada una de las personas.

A Mariela Tavera por su apoyo incondicional, su paciencia y su confianza en este caminar de la investigación.

A mi familia, por ser mí soporte, especialmente a mis padres Leandro y Elvia, quienes desde la distancia me han acompañado en esta tarea ardua y desafiante.

A las mujeres de la asociación, por su apoyo en el desarrollo del estudio.

A mis profesores y amistades de los diferentes espacios a quienes con su permanente interés me han inspirado seguridad y confianza.

## RESUMEN

El objetivo principal de la presente investigación fue describir la salud percibida en un grupo de mujeres que participan en una Asociación, través de la cual reciben apoyo psicosocial. Las participantes fueron 62 mujeres cuyas edades fluctuaron entre los 18 y 60 años, quienes se capacitan en dicha institución en talleres técnicos productivos y, a la vez, estudian en la modalidad Centro de Educación Básica Alternativa (CEBA). El presente estudio es de tipo cuantitativo transversal, debido a que se aplicó el instrumento en un único momento en el tiempo. Para medir la salud percibida, se utilizó el cuestionario de salud SF- 36v2 (Ware, John & Sherbourne,1992). Los resultados mostraron que la mayoría de las mujeres del estudio calificaban su salud como “buena” y “muy buena”. En las dimensiones del SF36 v2 se obtuvieron niveles promedio. En relación con las variables sociodemográficas y la salud percibida, se encontró que, a mayor edad, las participantes mostraban mayor vitalidad. Además, las mujeres que habían culminado la universidad reportaron una mejor percepción de salud, especialmente en las dimensiones de salud mental. Finalmente, las participantes que reportaron como estado civil solteras, madres solteras o separadas presentaron mayores puntuaciones en las escalas de salud general, salud mental y dolor corporal, en comparación con las mujeres casadas o convivientes.

**Palabras clave:** salud percibida, indicadores de salud, mujeres

## ABSTRACT

The main objective of this study is to describe the perceived health of a group of women who receive social support in a private institution. The main objective of this study is to describe the perceived health of women who receive social support in a private institution. The participants were 62 women between 18 and 60 years' old who studied and who studied in that institution in productive technical workshops and in the CEBA modality. A cross-sectional quantitative study was proposed because the instrument was going to be applied once. Likewise, to measure the perceived health, the SF36v2 health questionnaire was used (Ware, John & Sherbourne,1992). Regarding the results of women's general perceived health, they were "good" and "very good". In the sub-scales of the SF36v2 average was obtained, it means that women perceive their health at the level of functioning as normal which allows them to perform their activities. About the factors and perceived health, it has been found, first that at a higher age more vitality, as a second, at the academic level, the university superior intervenes in the perception of health, especially in the mental health sub-scales. Finally, the marital status factor such as being single or living alone influences general health, mental health and body pain.

**Key words:** (perceived health, health indicators, women)

## TABLA DE CONTENIDOS

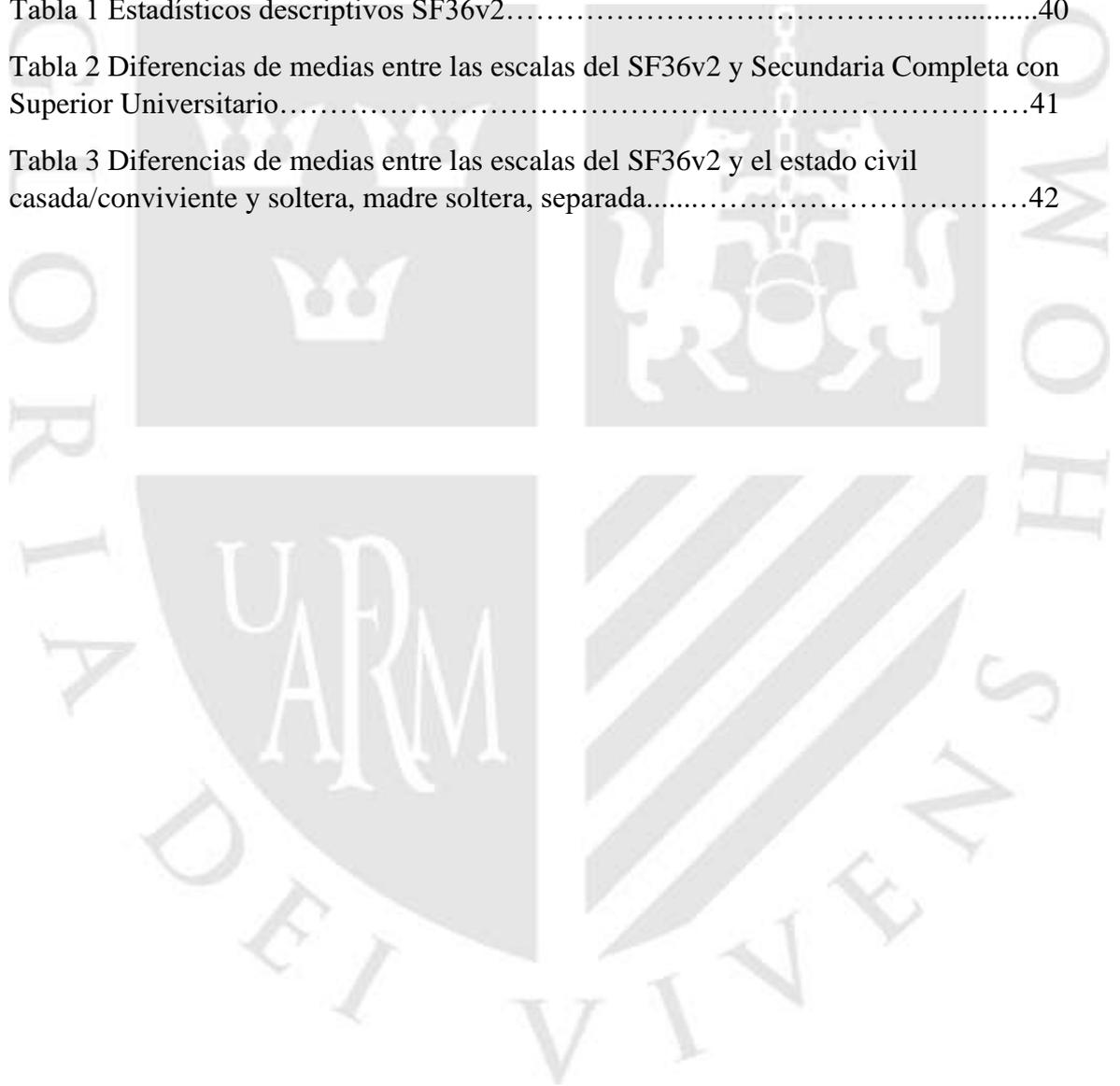
|   |     |
|---|-----|
| INTRODUCCIÓN .....  | 11  |
| CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO .....                                 | 15  |
| 1.1 Importancia de los indicadores de salud.....                | 15  |
| 1.2 Concepto de salud percibida.....                            | 18  |
| 1.3 Factores asociados a la salud percibida en las mujeres..... | 22  |
| 1.3.1 La edad de las mujeres y salud percibida.....             | 23  |
| 1.3.2 El nivel educativo y la salud percibida.....              | 24  |
| 1.3.3 Apoyo social – familiar y salud percibida.....            | 25  |
| 1.3.4 Cáncer en mujeres y salud percibida.....                  | 288 |
| 1.3.5 Los servicios de salud y salud percibida.....             | 299 |
| CAPÍTULO II: METODOLOGÍA.....                                   | 31  |
| 2.1 Participantes.....  | 31  |
| 2.2 Medición.....   | 33  |
| 2.2.1 Instrumentos.....   | 33  |
| 2.3 Procedimiento.....  | 36  |
| 2.3.1 Piloto.....   | 36  |
| 2.3.2 Recojo de la información.....                             | 36  |
| 2.3.3 Consentimiento informado.....                             | 37  |
| CAPÍTULO III: RESULTADOS.....                                   | 38  |
| CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....                                     | 43  |
| CONCLUSIONES.....   | 56  |
| LIMITACIONES.....   | 57  |

|   |    |
|---|----|
| RECOMENDACIONES .....   | 58 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....                                       | 59 |
| ANEXOS .....  | 73 |
| ANEXO 1: Consentimiento informado.....                                | 74 |
| ANEXO 2: Ficha sociodemográfica .....                                 | 76 |
| ANEXO 3: Cuestionario SF36 v2.....                                    | 77 |
| ANEXO 4: Resumen de la ficha sociodemográfica.....                    | 84 |
| ANEXO 5: Confiabilidad de consistencia interna Alfa de Cronbach ..... | 85 |



## INDICE DE TABLAS

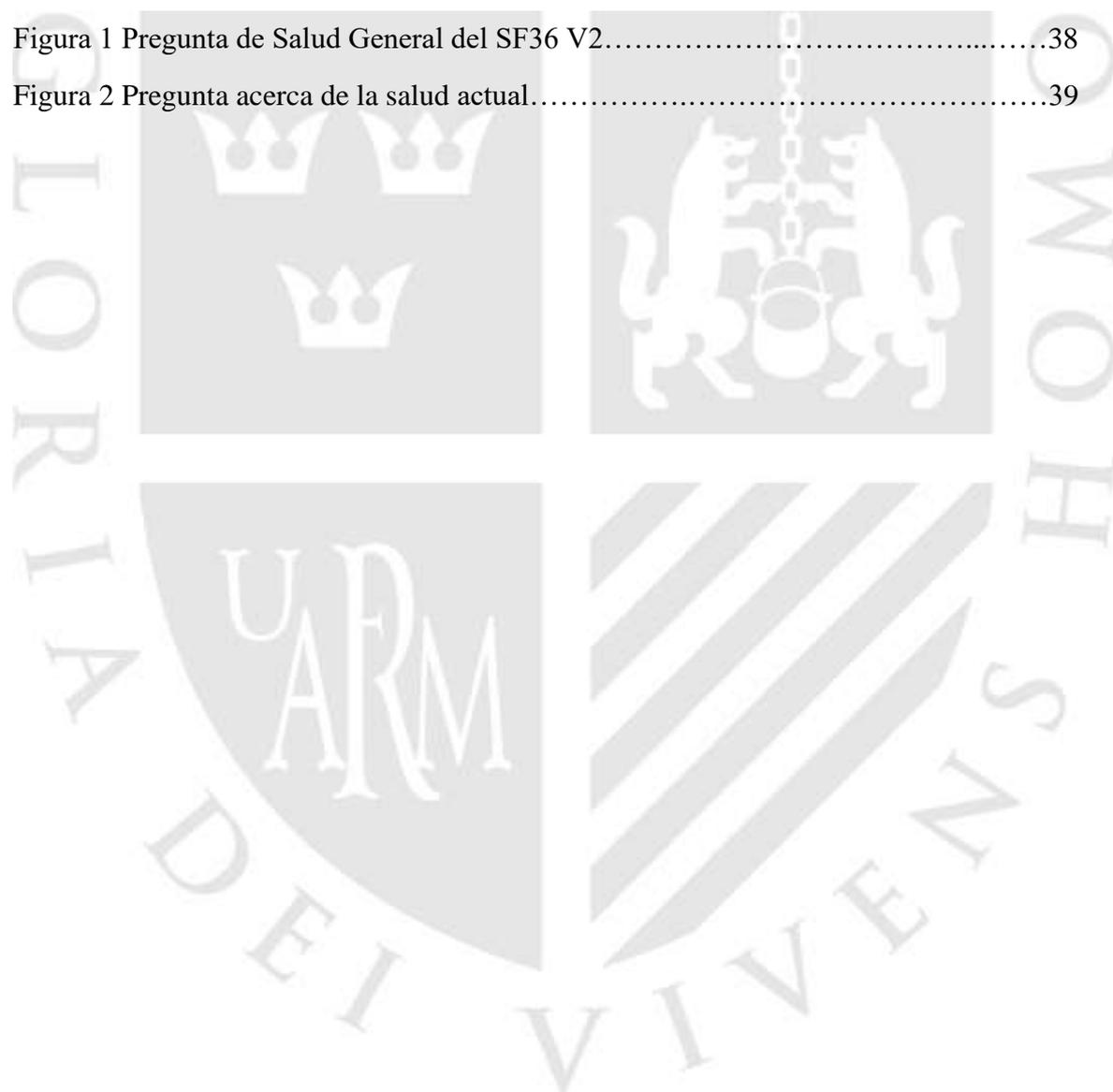
|   |    |
|---|----|
| Tabla 1 Estadísticos descriptivos SF36v2.....   | 40 |
| Tabla 2 Diferencias de medias entre las escalas del SF36v2 y Secundaria Completa con Superior Universitario.....                        | 41 |
| Tabla 3 Diferencias de medias entre las escalas del SF36v2 y el estado civil casada/conviviente y soltera, madre soltera, separada..... | 42 |



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Pregunta de Salud General del SF36 V2.....38

Figura 2 Pregunta acerca de la salud actual.....39





## INTRODUCCION

La salud es el mayor bien que toda persona desea tener porque se relaciona con el progreso personal, económico y social y, además, es una dimensión importante de la calidad de vida. La salud debe ser apreciada no como el fin, sino como fuente de riqueza de la vida cotidiana (Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2018). Hoy en día prima esta concepción de la salud; no obstante, en épocas pasadas, la salud era conceptualizada como la ausencia de enfermedad. Posteriormente, a partir de la década de los cuarenta, con la llegada de diversos cambios socio económicos, culturales y epidemiológicos, se comienza a cuestionar esa concepción de la salud y surgió una nueva mirada de la misma (Girón, 2010; Schwartzmann, 2003; Rodríguez, Seoane, Schiavone y Ríos, 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS], 1948 la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades” (Alcántara, 2008). A esta definición se le han ido incorporando otras dimensiones, como por ejemplo la capacidad de funcionar y la capacidad de relacionarse con otros. De esta manera, la noción de salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia. Inicialmente primó un paradigma médico-biológico y hoy en día se reconoce que la salud es un concepto más global e integral (Frutos y Royo, 2006; Oblitas, 2008; OPS, 2018).

Hacia la mitad del siglo XX, se inició el estudio de las condiciones o factores que influyen en la salud, a los cuales se le denominó determinantes de la salud. Estos se refieren a la agrupación de características que impactan o condicionan el estado de salud de las personas y son los siguientes: la biología, el medio ambiente, el estilo de vida, y el sistema sanitario (Girón, 2010). A partir de la ampliación de la conceptualización de la salud se reconoce que ésta es un proceso dinámico y complejo (Achío, 2003; Berbesi, Peñata, y Segura, 2017; Rico, 2008).

La conceptualización de la salud como un estado multidimensional representa un reto para su medición. Para ello, se utilizan los indicadores, los cuales son “las medidas que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud” (OPS, pg. 1, 2001). Existen dos tipos de indicadores: objetivos y subjetivos (Girón, 2010; Rodríguez, et al. 2015). Los indicadores más reconocidos en los diversos estudios a lo largo de los años son los indicadores objetivos (mortalidad, morbilidad y esperanza de vida, entre otros).

De manera específica, los indicadores objetivos brindan información concreta de la salud, los cuales se muestran a través de cifras y/o evaluaciones clínicas del laboratorio (OPS, 2001). Por otro lado, los indicadores subjetivos, entre ellos la salud percibida, complementan y proporcionan datos necesarios y multidimensionales, los cuales son recogidos desde las propias creencias de los individuos (Girón, 2010; Rodríguez et al., 2015; Rodríguez, 2012). En los últimos años, los estudios han valorado la percepción de los usuarios con relación a su bienestar y su estado de salud, y no solo se han basado en indicadores objetivos de la salud (Schwartzmann, 2003; Suárez, 2003; Yanguas, 2006; Ware, 1993).

La salud percibida, es un tipo de indicador subjetivo y se conceptualiza como la autoevaluación general de la persona acerca de la satisfacción de sus diversas necesidades. La salud percibida representa el proceso mental en el que la persona, al ser consultada sobre su salud, responde acerca de cómo se siente en un momento determinado de su vida (Jylha, 1996; Knäuper y Turner, 2000). Asimismo, se valora según una gradiente que va desde mala, regular, buena, muy buena hasta excelente, (Abellán, 2003; Girón, 2010; González, 2017; Rodríguez et al., 2015). Esta gradiente considera que “... los individuos a lo largo de su vida experimentan niveles del estado de la salud, desde excelente hasta la pérdida total de ella” (Rodríguez et al., 2015, p. 11). Cabe resaltar que, en esta valoración subjetiva, los individuos evalúan y dan cuenta de cómo se encuentra su estado de salud a nivel físico, emocional y social (Girón, 2010; Rodríguez et al., 2015).

La salud percibida es uno de los indicadores más utilizados para evaluar la salud real de la población, comprendida en su forma más amplia y superando lo meramente biológico. Este indicador permite obtener un perfil general sobre la opinión percibida acerca de la propia salud, lo cual es útil para las intervenciones sanitarias y las políticas públicas. Además, evalúa la eficacia de las intervenciones y orienta el desarrollo de

nuevas formas de intervención integral porque focaliza los recursos al atender a las necesidades de las personas. Otro aspecto de suma importancia es que es un indicador predictivo de la salud porque sirve como pronóstico de alguna enfermedad (Cartujo, 2017; Girón, 2010; Jylha, 1996).

Por otro lado, es necesario tener en cuenta que la salud se ve afectada por diversos procesos sociales, económicos, políticos, demográficos, epidemiológicos, desastres naturales y pandemias devastadoras (Cartujo, 2017; Girón, 2010; Rico, 2008; Rodríguez, et. al 2015). Con el objetivo de conocer cómo estos diferentes aspectos afectan la salud de los individuos, se debe considerar como un indicador válido a la salud percibida. Además, se debe tener en cuenta que la salud percibida es una primera aproximación a la satisfacción vital y a la calidad de vida de las personas; los indicadores objetivos solo reflejan aspectos parciales de la salud. (Girón, 2010; Rico, 2008; OMS, 2009).

A nivel mundial, existen desigualdades en la salud y uno de los grupos más afectados por estas brechas son las mujeres. Según un estudio mexicano en el desempeño de cargos públicos, aspecto laboral, en la educación, la violencia., mujeres rurales e indígenas, pobreza y el acceso al cuidado de la salud (Zamudio, Ayala y Arana, 2014). Por ello, la OMS planteó que su salud ha sido un tema de gran preocupación a lo largo de los años y, actualmente, se ha convertido en una prioridad en muchos países. La OMS (2009) exhorta a trabajar en este tema y otros vinculados, tales como: la desigualdad de género, la salud reproductiva y sexual. Estos son aspectos centrales de la vida de la mujer, pero no son las únicas necesidades. Es necesario, cuidar también la salud de las niñas porque de ello depende la salud de las mujeres en el futuro. Finalmente, los sistemas de salud de los diferentes países no están cumpliendo con sus obligaciones en atención primaria de las mujeres porque su atención ha sido abordada desde una mirada asistencial, es decir, como objeto pasivo de atención y con roles a nivel tradicional materno-doméstico (OMS, 2009).

En este contexto donde distintos factores afectan la salud de las mujeres y se sigue con un rol pasivo en la salud, en el Perú se ha encontrado cifras como el 57% de las mujeres padecen cáncer de mama a temprana edad, además de enfermedades infecciosas (Ministerio de la Salud [MINSA], 2015). En otro estudio en mujeres peruanas, se halló que el 71,5% de ellas en el país han reportado haber sufrido algún tipo de violencia por

parte de su pareja donde las consecuencias son graves, no solo a nivel personal sino familiar y sobre todo en el desarrollo integral de sus hijos (Alcázar y Ocampo, 2016). En la misma línea, otro estudio peruano reportó que el 45 % de mujeres sufren depresión post parto (Masías y Arias, 2018).

En resumen, existen diferentes variables que afectan la percepción de salud de los individuos, especialmente de las mujeres. Estas no sólo corresponden a aspectos físicos, sino también involucran otras condiciones como el acceso y atención en el sistema de salud; las desigualdades sociales; la violencia de género; las condiciones socio económicas (no contar con apoyo material o económico para el cuidado de los hijos), entre otros. Es necesario estudiar y comprender estos factores individuales, sociales y culturales que influyen en la percepción de la salud y que pueden ser factores de riesgo o de protección para la preservación de la misma.

Por ello, se torna necesario realizar estudios de salud percibida en mujeres, en este caso, que pertenecen a una asociación que tiene como objetivo fomentar el desarrollo humano integral en ellas y sus hijos. Asimismo, esta asociación tiene como base un modelo integral de desarrollo comunitario. Por estas razones, realizar un estudio con esta población representa una oportunidad para evaluar la salud percibida de un grupo de mujeres que cuenta con diversos tipos de soportes y donde la asociación toma en cuenta su integralidad física, psicológica, social, familiar y económica.

Además, es necesario generar evidencia sobre los aspectos de salud integral en las mujeres con el fin de empoderarlas y considerarlas protagonistas de su salud. De esta forma diseñar e implantar políticas públicas que tengan como objetivo favorecer su bienestar. Por ello, estudiar la salud percibida junto a las variables que favorecen o afectan la salud de las mujeres de esta asociación particular es una oportunidad para profundizar en el conocimiento de la salud en un grupo con características particulares. Desde esta perspectiva se podría contribuir a una sociedad más sana, integral y equitativa ya que se conoce que miles de ellas sufren diversos problemas sociales y de salud, pero las respuestas han sido unidimensionales y las investigaciones en salud en mujeres son aún limitadas debido a que se centran en las mediciones solamente objetivas (Torringhi, 2018).

## **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

### **1.1 Importancia de los indicadores de salud**

La OMS en 1948 propuso que la salud era un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. A partir de esta conceptualización, la noción de salud adquirió un carácter multidimensional, es decir, una visión holística que refuerza la connotación positiva de la misma (Juárez, 2011; OPS, 2018). Esta visión permite que la salud sea valorada de manera integral y no solo prime su componente físico y biológico, sino que también considere los aspectos vinculados con el bienestar y la satisfacción vital del individuo (Rodríguez et al., 2015).

La salud es considerada como uno de los derechos básicos que poseen las personas. Por ello, su medición es necesaria para conocer sus dimensiones, y así poder comprenderla y proponer intervenciones pertinentes para su mejora. Además, se necesita de parte de las instituciones la inversión de recursos y un buen financiamiento para poder promoverla y cuidarla (Castro, Espinosa, Rodríguez y Santos, 2007). Finalmente, hacen falta medidas de cuidado de la salud que trasciendan la mirada física y se logre una percepción integral de la misma (OMS, 2009). Sin embargo, evaluar la salud resulta complejo, ya que su medición está determinada por su propia definición y por el grado de salud que muestra la persona según su etapa de vida (Rodríguez et al., 2015).

Los estudios han reconocido que la salud está asociada a múltiples factores, tales como los aspectos socioeconómicos, sociodemográficos, psicosociales (como el apoyo social-familiar), los servicios de básicos, los estilos de vida y las condiciones ambientales. Es por ello que su medición se vuelve más compleja. A esto se suma la multidimensionalidad de la salud porque también ésta es un continuo en el que la persona

es consciente de los estados que varían desde la salud plena a la enfermedad (Girón, 2010; Frenk, Bobadilla y Stern, 1991; Vergara, 2007).

Si bien hoy en día se reconoce la multidimensionalidad de la salud, hace algunas décadas, las investigaciones consideraban a la salud como ausencia de enfermedad, por lo cual se centraban en el diagnóstico y el tratamiento de los problemas físicos y/o anatómicos. Desde esta perspectiva, las mediciones más usadas fueron las tradicionales como la mortalidad y morbilidad, entre otras. No obstante, las medidas de salud han estado en continuo cambio en función a los avances culturales, económicos y sociales. Estos han permitido abarcar sus distintas dimensiones desde una mirada integral incluyendo la física, psicológica y la social (Girón, 2010; Ware, 1993).

La medición y/o valoración del estado de salud se realiza por medio de indicadores cuya calidad depende de su validez, confiabilidad y relevancia (Zaccsa, 2010). El estado de salud es la salud actual atribuida por la misma persona tomando en cuentas las diversas dimensiones (Begner, 1989). Según la OPS (2018) los indicadores son mediciones puntuales que capturan información relevante sobre las distintas dimensiones del estado de salud e incluso sobre el desempeño de un sistema de salud. Cabe señalar que los indicadores pretenden describir y monitorear el estado de salud de las personas y las poblaciones. También reflejan los resultados de las intervenciones o la repercusión de las políticas públicas, los programas, los servicios y acciones orientadas al cuidado de la salud (Rodríguez et al., 2015; Zaccsa, 2010).

Los indicadores recopilan diversas informaciones concretas tales como: la tasa de envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades no transmisibles (ENT), la tasa de mortalidad, la tasa de morbilidad, entre otros. Por ello, los países realizan grandes esfuerzos para recoger datos actualizados sobre indicadores que sean claves para controlar de forma eficaz los problemas de salud poblacional. Finalmente, los indicadores tienen como objetivo alimentar la toma de decisiones en el ámbito de la salud. (OPS, 2018).

También, los indicadores del estado de salud se dividen en positivos y negativos. Los primeros mantienen una relación directa con la salud y se considera que cuanto mayor sea su magnitud, mejor será el estado de salud de las personas. Mientras que los indicadores negativos mantienen una relación inversa, es decir cuanto mayor sea su

magnitud, peor será el estado de salud de los sujetos OPS (2018). Por su parte Girón (2010) propone la división de los indicadores en tres categorías: morbilidad, mortalidad e indicadores generales de salud, siendo uno de estos últimos el indicador salud percibida.

Rodríguez y colaboradores (2015) distinguen dos indicadores de salud: objetivos y subjetivos. Los primeros expresan la observación directa mediante registros sanitarios y censos, basados en información objetiva. Estos contribuyen a brindar información para el cálculo de las tasas de mortalidad, morbilidad, esperanza de vida, etc. Por otra parte, los indicadores subjetivos se obtienen por medio de cuestionarios a través de los cuales se les solicita a los individuos que auto valoren la percepción de su salud (Girón, 2010). En un estudio en mujeres migrantes latinoamericanas entre los 16 y 65 años se halló que el estatus social subjetivo es un predictor de mejor estado de salud, lo cual trae mejores recursos psicológicos como autoestima y seguridad. El uso de este indicador sería relevante sobre todo para el estudio de desigualdades de salud en grupos con mayores necesidades.

Los indicadores subjetivos toman en cuenta el concepto de salud integral porque consideran al ser humano como un ser biopsicosocial, que, a pesar de presentar algunas afecciones, síntomas, discapacidades, puede continuar con las funciones de su vida. Asimismo, permiten evaluar el potencial de salud, es decir, qué tanto la persona es capaz de crear estrategias de afrontamiento para lidiar con su salud y generar expectativas sobre la misma. También, recoge información sobre los daños y/o beneficios que podría estar afectando la salud de los individuos. Cabe aclarar, que estos indicadores no sustituyen a las medidas tradicionales, sino que son una parte complementaria de las medidas en salud (Jenkinson, 1998; Schwartzmann, 2003; Vinaccia y Quiceno, 2012).

El estudio del indicador de la salud percibida se inicia en los países desarrollados como respuesta al descenso de la mortalidad, el aumento de la población en edad avanzada y la hegemonía de las enfermedades crónicas (Girón, 2010). Los indicadores de mortalidad y morbilidad se han mostrado insuficientes para explicar el estado de salud de las personas. Esto se debe al carácter complejo y multidimensional de la noción de la salud en el que es necesario aplicar nuevos indicadores que recojan otros aspectos del estado de salud (Rodríguez et al., 2015).

## 1.2. Concepto de la salud percibida

La salud percibida es un indicador subjetivo importante que evalúa distintas dimensiones de la salud. Es una medida global que integra las dimensiones de la salud física, emocional y social, los síntomas y la discapacidad (Girón, 2010; Rodríguez et al., 2015). Según Vilagut et al., (2005), es una escala o indicador que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a pacientes como a la población general presuntamente, sana.

En este sentido, la salud percibida es considerada como una valoración subjetiva que contempla los criterios personales que percibe el individuo al evaluarse a nivel físico (los síntomas, la discapacidad funcional, sueño, respuesta sexual, etc.); a nivel psicológico (sentimientos de miedo, inseguridad, tristeza, frustración, satisfacción, etc.); finalmente, a nivel social (su situación laboral o académica, interacciones sociales, relaciones de amistad y familiar, actividades de diversión, etc.) (Abellán, 2003). Ware y Sherbourne (1992) señalan que es importante que la misma persona reconozca su estado de salud no solo a nivel físico, sino considerando las otras dimensiones previamente mencionadas.

Por su lado, los autores Knäuper y Turner (2000) proponen que la salud percibida es un proceso cognitivo en el que la persona, al ser preguntada por cómo cree que es su estado de salud, la valora de forma objetiva (información médica) y subjetiva (emociones, sensaciones y creencias). En otras palabras, crea una representación o imagen mental sobre el propio estado de salud, que por lo general tiende a relacionarse con la capacidad funcional, las conductas de salud o la presencia de problemas de salud (Krause y Jay, 1994).

Morcillo (2017) afirma que no existe un consenso universal sobre lo que la población considera una buena salud, ya que las personas viven etapas, contextos y periodos asociados a diversos factores dentro de un determinado tiempo. Por ello, la evaluación de la salud percibida es uno de los indicadores más usados para medir la salud real de una población. Con este indicador se espera comprender la salud desde una forma más amplia, y superar así lo meramente biológico para lograr aproximarnos a la satisfacción vital de la persona (Girón, 2010; Rodríguez et al., 2015).

Uno de los instrumentos más utilizado para evaluar la salud percibida es el cuestionario SF 36, el cual evalúa el componente de salud física y el componente de salud mental, cada uno de los cuales tiene 4 dimensiones para cada componente. Estos componentes son el punto central en el análisis del cuestionario ya que son un resumen del estado de salud de la persona desde una mirada que indica los niveles de funcionamiento de la capacidad física y de la mental. Así, desarrolla ocho dimensiones de la salud percibida. Específicamente, el componente de salud física está conformado por las siguientes dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal y función social. En el componente mental se encuentran las dimensiones de vitalidad, rol emocional, función social y salud mental (Maruish, 2011; Vilagut, et. al., 2004).

A mayor puntaje en estas dimensiones, mejor percepción de salud, a menor puntaje, peor percepción de salud. (Olivares, 2006; Maruish, 2011; Vilagut et al., 2005). El componente de salud mental lo constituyen las siguientes sub dimensiones. Primero, la *función física* muestra las capacidades o las limitaciones para realizar todo tipo de actividad física (bañarse, vestirse, subir escaleras, esfuerzo moderado e intensos). Como segundo, el *rol físico* es la capacidad o deterioro de la salud física que influye en las actividades diarias o laborales. El tercero, *dolor corporal* cuenta la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo o en el hogar. Como cuarto, la *salud general* es la valoración personal de la salud, incluye salud actual, del futuro y la resistencia a enfermar.

Como quinto y parte ya del componente de salud mental tenemos a la *vitalidad* que es la sensación de energía y vitalidad, en contraposición al cansancio y agotamiento. Sexto, el *rol emocional* que significa presentar problema con el trabajo u otras actividades diarias a causa de los problemas emocionales. Séptimo, la *salud mental*, que incluye la depresión, ansiedad y capacidad para controlar la conducta y las emociones, es decir, el bienestar en general. Por último, la *función social* que significa la interferencia con la vida social, debido a problemas físicos o emocionales; y una pregunta general acerca la percepción de salud.

Con respecto, a la pregunta general de la salud percibida, según algunos estudios (Girón, 2010; Olivares, 2006; Salud, México, 2002), independientemente de las condiciones o edades de las distintas poblaciones, existe una tendencia a valorar la salud como en promedio o promedio alto o bajo. En esa línea, los estudios realizados con

muestra española, así como las de la región chilena y mexicana, se mantiene la tendencia de calificar su salud entre “regular”, “buena”, “muy buena”. No obstante, es preciso mencionar que existen diferencias en la percepción de la salud porque influyen diversos factores como la edad, el sexo, el nivel académico, etc. Por ejemplo, los estudios indican que los jóvenes tienden a valorar su salud como “buena”, “muy buena” y “excelente”, mientras que en el grupo de adultos mayores las puntuaciones fluctúan entre “buena” “regular” y “mala” dado que presentan mayores malestares propias de la etapa y comorbilidad (Barragán, et al., 2015).

Con respecto a la variable sexo, las mujeres en diversos países, reportan tener una valoración más negativa de su salud en comparación a los hombres (Girón, 2010; Torringhi, 2018). Respecto a este último punto, las investigaciones indican que existe una menor valoración de la salud en las mujeres en comparación con los hombres. Es sugerido que las mujeres tienen mayores dificultades para acceder a educación, tienen condiciones laborales menos favorecedoras, tienen mayor carga doméstica y, por lo general, reportan un mayor número de problemas físicos o emocionales (Gil y Gil, 2007).

La salud positiva se relaciona con cierta satisfacción de vida y para medir este nivel de bienestar, se necesita considerar a la misma persona, desde su punto de vista. De ahí la relevancia del estudio de los indicadores subjetivos como la salud percibida (Ware y Sherbourne, 1992). Estos hallazgos guardan relación con una investigación cualitativa en Cuba en mujeres donde se halló que su estado de salud se relacionaba con la satisfacción de vida, a pesar de reconocer la menopausia y sus síntomas físicos no sienten que su salud esté deteriorada al punto de que no les permita seguir participando de sus actividades, sino que están satisfechas con la vida que llevan (Yanes, Chio, y Pérez, 2012).

Por otro lado, la percepción positiva de la salud puede responder a algún grado de optimismo. En un estudio en población femenina se halló que el optimismo junto a la autoestima son factores que influyen en la salud mental de las mujeres con cáncer, a pesar de las condiciones en las que muchas de ellas se encuentren tales como, una elevada incidencia de morbilidad psicológica, procesos de tratamiento y diagnóstico, etc. (Lostanau, Torrejón, Cassaretto, 2017). De igual manera, Guma y Cámara (2014) sostienen que la salud percibida buena se relaciona a la expectativa real de que la persona

no cuente con algún diagnóstico o que presente una mejor capacidad funcional con respecto a sus actividades.

Con relación a las puntuaciones en el componente de salud física, se ha reportado en mujeres violentadas que fueron atendidas en los Municipios de la Comunidad Autónoma Vasca, que las dimensiones de la salud se encontraron dentro del promedio e incluso promedios altos en las dimensiones de salud física (función física, dolor corporal, rol físico, salud general) (Sanz, et al 2013). Esto significa que se perciben con la capacidad de desarrollar actividades, tales como subir escaleras, caminar kilómetros y realizar actividades laborales o académicos sin ser afectados por problemas físicos (Patiño et al., 2010). Mientras que las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama reportaron puntajes en promedio hasta promedio bajo, especialmente en la dimensión de rol físico (Lostaunau, Torrejón, Cassaretto, 2017). Esto significa que estas últimas mujeres perciben que su salud está afectada en algún grado y puede llegar a limitar su funcionamiento.

La funcionalidad de la salud se define como la capacidad que tiene la persona para realizar actividades de la vida cotidiana sin la necesidad de supervisión o ayuda. Además, implica desarrollar habilidades concretas para ejecutar las labores (Paredes, Pinzón y Aguirre, 2018). Paradójicamente, mujeres que empezaron un tratamiento por enfermedades crónicas, suelen valorar su salud de manera más favorable, ya que la funcionalidad no se verá tan afectada debido a que están recibiendo tratamiento que les permita seguir con sus actividades. Por otra parte, en el caso de los adultos mayores, dadas las condiciones de envejecimiento, la presencia de enfermedades crónicas, incluso el aislamiento social puede mermar su funcionalidad y, por consiguiente, esto afectar más la valoración de su salud y su funcionalidad (Lostaunau, Torrejón, Cassaretto, 2017; Rico, 2008).

Respecto a los hallazgos del componente de salud mental, los estudios reportan numerosos resultados. En investigaciones de mujeres diagnosticadas con cáncer se reportan niveles promedios ligeramente elevados en su salud mental. En la dimensión de rol emocional los problemas de salud mental no afectaban las actividades personales y laborales. Esto podría significar que, al pasar por episodios estresantes, ellas se encontrarían bajo asistencia y cuidado, lo que les permitiría percibir mayor contención y

capacidad para manejar la enfermedad (Laos, 2010; Torres, 2011; Lostaunau, Torrejón y Cassaretto, 2017), lo que favorece la percepción de su salud mental.

Por otro lado, la dimensión salud mental, la forma de expresar emociones como alegría, paz y tranquilidad, hace referencia a la capacidad de desarrollar las actividades sin interrupción por problemas emocionales. Según Vecina (2006), las emociones positivas están íntimamente relacionadas a la salud mental. Asimismo, que las emociones positivas y negativas conviven, es decir que una persona puede estar sintiendo al mismo tiempo alegría, pero también fastidio y que ambos estados son importantes en el bienestar. Por ejemplo, en un estudio cubano de Rodríguez (2012) las mujeres percibieron que el trabajo doméstico y los roles en relación al género incrementan la peor percepción de salud causando estrés, cansancio, pero también alegría y satisfacción. Los autores refieren que las mujeres en general y sobre todo las amas de casa han aprendido a convivir con estas diversas emociones (Sánchez, Aparicio, Dresch, 2006).

En la dimensión de vitalidad, la cual está relacionada con la energía y se contraponen al cansancio y al agotamiento, se encuentra también muy vinculada a las emociones positivas como la alegría, la felicidad y la paz. Permite que las personas sean más resilientes ante situaciones adversas y ello también favorece la esperanza de vida (Danner, Snowdon y Friesen, 2001; Maruish, 2011; Vecina, 2006). En este sentido, llama la atención que los resultados de vitalidad en poblaciones femeninas con enfermedades crónicas presenten mejores puntajes. Según estos estudios dicha percepción se debe a que las mujeres con cáncer no presentan comorbilidad o peligro de muerte, cuentan con apoyo social frente a la enfermedad y las formas de cómo llevar un tratamiento (Laos, 2010; Torres, 2011; Lostaunau y Torrejón, 2014; Lostaunau, Torrejón y Cassaretto 2017).

### **1.3 Factores asociados a la salud percibida en las mujeres**

Entre los factores asociados a la salud percibida en población femenina se identifican variables individuales tales como la edad, la presencia de enfermedades crónicas, el estado físico (funcional y discapacidad), y los estilos de vida. Se encuentran también variables sociales, tales como el género, el apoyo social-familiar, la educación, el ingreso económico, entre otros. Estas últimas variables se relacionan con lo

socioeconómico, lo cual inevitablemente afecta la salud y el trabajo. Finalmente, los servicios de salud también afectan a la salud porque el acceso, la oferta y la calidad del servicio son elementos indispensables para su mantenimiento (OMS, 2005; OMS, 2009; Rico, 2008). A continuación, se detallarán los factores que se han identificado en los diversos estudios realizados en mujeres que pertenecen a diversos contextos y etapas de vida.

### **1.3.1. La edad de las mujeres y la salud percibida**

Según Abellán (2003), la edad es un factor que está relacionado estrechamente con la percepción de la salud en las personas. Respecto a ello, se han encontrado múltiples resultados, pero los estudios coinciden en que, a menor edad, se presenta una mejor percepción de salud en el componente físico. También se ha encontrado que a mayor edad existe una tendencia a reportar una peor percepción de su salud en el componente de salud mental (Rico, 2008). Para graficar esta tendencia, los estudios indican que, de cada diez jóvenes, nueve perciben su salud como “buena”, mientras que, de cada diez adultos, solo cuatro la perciben como “buena”. La percepción de la salud como “buena” se presenta en la etapa de juventud, principalmente cuando las capacidades físicas y mentales se encuentra en su máximo potencial (Cartujo, 2017; Toringhi, 2018).

Además, otros estudios evidenciaron que las emociones positivas eran un factor contribuyente a la longevidad. Los hallazgos de estos estudios señalan que las emociones positivas protegían a las personas de los efectos negativos del envejecimiento en todas las edades y de la incapacidad, así también presentaban menor riesgo de enfermarse en comparación de aquellas personas que experimentaban más emociones negativas. En uno de estos estudios, las mujeres más alegres, es decir las que poseían emociones positivas, tenían una esperanza de vida mayor de 85 años (Danner, Snowdon y Friesen, 2001; Ostir, Ottenbacher, Markides, 2000). En otro estudio argentino se halló que las mujeres entre 35 y 39 años encuentran los cambios más como ganancias, como algo positivo (Gastrón y Laca, 2009).

Las investigaciones señalan que, a partir de los 45 años, en la mayoría de las poblaciones, se presentan los primeros síntomas o conocidos también como “achagues”. En un estudio español en mujeres, reportaron presentar incomodidades y malestares

corporales como parte de la etapa de menopausia, pero manifestaron estar satisfechas con sus vidas (Girón, 2010; Gómez y Moya, 2013). En otro estudio realizado en Cuba, se halló que las sobrecargas de tareas domésticas incrementaban al menos en dos veces la percepción de síntomas climatéricos, lo cual tenía una repercusión en el bienestar de las mujeres. Asimismo, se concluye que, si no tuvieran esta doble responsabilidad, ellas se percibirían con más energía, pero que han asumido roles concretos dentro de sus familias y se observan como más estables emocionalmente (Bordignon, 2005; Rodríguez, 2012).

### **1.3.2. El nivel educativo y la salud percibida**

Según Sánchez (2018), la educación se ha constituido en un punto central para las mujeres, ya que les proporciona el desarrollo de las capacidades productivas y conciencia de la igualdad de sus derechos como persona. Específicamente, el nivel académico superior se relaciona de forma directa con mejores oportunidades laborales y con el estatus social. Contar con estos factores sociales interviene directamente en la salud social de las mujeres. Esto significa para ellas una transformación significativa de estar anteriormente subordinadas a desarrollar una autonomía personal y social (relaciones interpersonales) y económica (De la Cruz, Fue, y Vizuete, 2012; Sánchez, 2018).

Según las cifras del INEI (2018), en el Perú el 56,6% de los egresados universitarios son mujeres, y de ellas casi la mayoría forma parte de la población económicamente activa. Las mujeres con educación universitaria y superior técnica realizan actividades técnicas y gerenciales. El otro porcentaje realiza labores de oficina, lo cual les permite contar con empleos más estables y mejor remunerados. En contraste, las mujeres que cursaron hasta el nivel secundario se dedicaban a ventas y servicios diversos, mientras que las mujeres sin educación se dedican al trabajo de campo o a los servicios domésticos. Este grupo de mujeres presentan un mayor riesgo porque no cuentan con una remuneración estable, ni con beneficios que aporten al cuidado de su salud presente, ni futura (Ramos y Choque, 2007).

Asimismo, la educación superior promueve el empoderamiento de las mujeres donde obtienen el control de sus vidas y se convierten en agentes activos de cambio, aportando así a su salud mental (De Vincezi y Tudesco, 2009; Sánchez (2018). Sin embargo, Gómez y Moya (2013), encontraron en su estudio que las mujeres aún no

interiorizan la importancia de la autonomía e independencia, ya que esperan la evaluación de los demás, es decir, el visto bueno para sentirse bien y esto está directamente relacionado con un tema de autoestima. Sánchez (2018) asevera que la educación superior contribuye a deconstruir diferentes estereotipos que en ocasiones generan desigualdad de género.

En el mismo sentido y según UNICEF (2017), la educación superior de las mujeres se relaciona con el rechazo de las prácticas perjudiciales de su salud, como la mutilación genital femenina, la violencia conyugal y las enfermedades de transmisión sexual. Además, permite el acceso a la información sobre salud y favorece la elección de conductas saludables. Esto quiere decir que la educación superior los prepara para la cultura de prevención y promoción de la salud, es decir, a llevar estilos de vida saludable como actividad física y alimentación sana a nivel personal, familiar y el de la comunidad (Oblitas, 2004).

En la misma línea, los estudios reportan que el estado de bienestar aumenta de acuerdo al nivel educativo de la persona, el cual tiene un impacto positivo en el cuidado de la salud y también en el acceso y la utilización efectiva de los servicios de salud (Trejo, Llaven y Pérez, 2015). En un estudio con mujeres españolas, colombianas y mexicanas se halló que el nivel educativo es un factor potencialmente determinante de la salud mental. De esta manera, quienes reportaron un bajo nivel educativo presentaron una mayor presencia de depresión, demencia senil y patologías psiquiátricas. En cambio, quienes cursaron la educación superior buscaron mayor apoyo social, lo cual representó un factor protector de la salud percibida (Aguilar, Carrera, Rabanaque, 2015; De la Cruz, Fue, y Vizuite, 2012).

### **1.3.3. Apoyo social y salud percibida**

Según Cohen y Syme (1985) y Fachado, Menéndez y González (2013), se entiende como apoyo social al grado en que las necesidades sociales básicas son satisfechas a través de la interacción con las personas. Los autores señalan que lo más esencial del apoyo social es la disponibilidad percibida de apoyo funcional. Las funciones más importantes del apoyo social son: el apoyo emocional el cual incluye el afecto, la empatía y el cariño. La segunda función es el apoyo material, el cual ayuda a resolver

problemas prácticos, y la tercera función es apoyo informacional, el cual se puede materializar en un consejo o guía que ayuda a comprender sus experiencias de vida.

Estas funciones del apoyo social tales como lo emocional, material e informacional son elementos que desde su servicio la asociación donde se ha aplicado la presente investigación brinda a las mujeres. De manera específica, en el ámbito emocional se trabaja talleres grupales psicológicos, donde se crea espacios para aprender a escuchar, reforzar la estima personal, capacidad para manejar las emociones y aprender a ser asertivos. Con respecto al apoyo material, las participantes realizan pagos de bajo costo y reciben descuentos en cualquiera de los servicios y, por último, respecto a la función informacional las coordinadoras junto a las promotoras y docentes escuchan, acompañan y orientan con respecto al desarrollo técnico profesional y personal de las mujeres.

El apoyo social también refuerza el sentido de ser valorada y aceptada como integrante importante de un grupo, lo cual hace sentir bien a las personas y percibir de forma distinta su vida y su salud. En su estudio Fachado, Menéndez y González (2013), indica que la familia es considerada como el grupo de apoyo más importante con el que la persona puede contar. En este sentido, la importancia de las familias funcionales cuyo rol es la de fortalecer los vínculos emocionales, el sentido de pertenencia, establecer reglas de convivencia entre los miembros, se relacionan con una mejor salud en las personas. También, disminuye la probabilidad de contraer enfermedades o acelera la recuperación de alguna molestia y reducir el riesgo de mortalidad con enfermedad crónica (Rico, 2008).

Por lo mencionado previamente, el apoyo social representa ser un factor protector que contribuye a mejorar la percepción de las dimensiones de la salud, así como también se le reconoce como amortiguador de los distintos momentos de estrés (Bajuk y Reich, 2011; Landero y González, 2006). En el caso específico de mujeres que presentan un diagnóstico de salud, necesitan redes de apoyo para poder recuperarse. De la misma manera, las mujeres que atraviesan procesos de vida como el embarazo, parto, etc., también requieren de la asistencia de una red de apoyo social que las contenga. (Matud, Aguilera, Marrero, Moraza, Carballeira, 2003).

Según Cohen y Syme (1985), la escasa relación social se asocia con problemas de salud. Para muchas mujeres, la relación de pareja constituye un importante soporte

social en la etapa del ciclo vital. Se ha encontrado que el matrimonio se asocia con una mejor salud; sin embargo, se ha visto un creciente número de rupturas conyugales en los últimos años (Landeró y González, 2006). Sumado a ello, en los diferentes países de la región, los estudios revelan altos índices de violencia por parte de las parejas hacia las mujeres convivientes y/o casadas (López, Fundora, Valladares, Ramos y Blanco, 2015).

En estudios realizados en México y España se halló que un grupo de mujeres con parejas fueron maltratadas e informaron sentirse mal a nivel de su salud mental y física; por ello, su percepción de salud fue negativa. En cambio, las mujeres que ya no convivían con su pareja no presentaban sintomatología negativa que afecte su salud (Bott y colaboradores, 2014; Matud, Aguilera, Marrero, Moraza, Carballeira, 2003). En este contexto, el apoyo social que reciben las mujeres que pertenecen a una asociación de soporte psicosocial representa un espacio para mitigar y canalizar situaciones adversas y estresantes. Con frecuencia las mujeres refieren que no son capaces de manifestar lo que piensan y sienten por el temor a ser rechazada, herida o criticada (Barrera, 2016), por lo que estos espacios de contención y apoyo social contribuyen a procesar la experiencia adversa.

Respecto al efecto del apoyo social recibido por asociaciones, en un estudio realizado en México con mujeres solteras, madres solteras, separadas, quienes recibían apoyo social por parte de una institución, se encontró que ellas, luego de recibir el apoyo se percibían más autosuficientes y satisfechas consigo mismas, así como también demostraban más afecto con sus hijos. Además, tenían más oportunidades laborales, lo cual representaba ser una fuente financiera y les permitía tener una mayor autonomía personal. Entre los logros y metas personales, reconocen tener valor para separarse de su pareja y sentirse capaces de mantener un trabajo, convirtiéndose en soporte social, lo cual tiene un impacto positivo en la salud percibida en esta población (Tamez y Ribeiro, 2012, Romero, 2014).

Por último, en un estudio realizado en Costa Rica con un grupo de mujeres solteras, estas expresaron tener mayor libertad por no tener hijos; no obstante, han tenido que estar al cuidado de otros miembros de la familia. Ellas refieren sentir que son un apoyo emocional para sus hermanos menores debido a que han aportado en las responsabilidades de crianza (Villarreal, 2008).

En ambos estudios citados previamente se les brinda a las participantes apoyo social por parte de una institución o de la familia. Esto es considerado como un factor protector que amortigua los efectos estresantes como los procesos biológicos negativos y la violencia doméstica. Del mismo modo, permite desarrollar un sentido de pertenencia y compañía con los demás miembros de la institución, lo cual se relaciona de manera positiva con el bienestar psicológico (Barrera, 2016).

#### **1.3.4. Cáncer en mujeres y salud percibida**

El cáncer es una enfermedad temida en todas las culturas. Su diagnóstico genera una asociación inmediata al dolor, al sufrimiento y la muerte. (Lostanau, Torrejón y Cassaretto, 2017). Según el MINSA (2017), el cáncer de mama es la segunda enfermedad con mayor prevalencia en las mujeres en el Perú. Respecto a su percepción de salud, en un estudio peruano en mujeres con diagnóstico de cáncer (Lostanau, Torrejón y Cassaretto, 2017) se encontró que las participantes percibieron su salud de manera general como positiva, a excepción del rol físico. Esto quiere decir que presentaron leves problemas físicos que interferían en el trabajo y en otras actividades diarias. En el mismo estudio se señalan que, a pesar de la elevada incidencia de morbilidad de cáncer, la salud percibida se muestra favorable, tanto en términos generales como a nivel de sus componentes. De la misma manera, la autoestima y el optimismo se muestran como factores favorecedores de la salud mental, los cuales tienen un impacto positivo en la percepción de salud.

Por otro lado, se reconoce que existen diversos factores propios de la enfermedad, que influyen en el impacto en mujeres. En un estudio realizado en México, mujeres a quienes les habían practicado la mastectomía, afirmaban que la extirpación radical de la mama ejerce un efecto negativo sobre la imagen corporal, la sexualidad, el deseo, la relación de pareja y el uso de las prendas de vestir (Juárez y Landero, 2011). Este estudio identificó las diferentes dimensiones que se ven afectadas por el diagnóstico de cáncer, las cuales trascienden la esfera corporal.

Es importante precisar que el tratamiento del cáncer de mama o cualquier otra enfermedad no sólo debe prolongar el tiempo de vida de las mujeres, sino también mejorar su calidad de vida y bienestar. Se ha encontrado que los niveles adecuados de salud están relacionados con diferentes factores, uno de los cuales es el soporte social. En el estudio

de Torres (2011) en mujeres con cáncer entre los 40 y 55 años se encontró una relación positiva entre el soporte emocional y la salud mental y entre apoyo instrumental diario y su nivel de energía. La autora concluye que, la percepción de salud de las mujeres depende del tipo de enfermedad y diagnóstico, la localización, el dolor, los síntomas incapacitantes y también del trato que reciben de su entorno en el proceso de tratamiento.

### **1.3.5. Los servicios de salud y salud percibida**

En la actualidad, respecto a los servicios de salud, existe escasa investigación acerca de cómo el sistema de salud influye en la salud percibida de las mujeres. En algunos estudios realizados en el Perú, se encontró que la relación médico paciente influye en la salud percibida positiva, ya que resulta ser un soporte emocional importante para la salud mental (Torres, 2011). No obstante, en un estudio cubano, realizado con mujeres de zonas urbanas y rurales se encontraron resultados contradictorios. Primero, el personal de salud les pidió realizarse exámenes de prevención y cuando acudieron para ser atendidas, éstos no les precisaron la información y las hicieron esperar mucho tiempo (Achio, 2003). Esto es muestra del trato que reciben las mujeres por parte del personal de salud que en diversas ocasiones influye de manera negativa en su salud.

Es importante tener en cuenta que, según Alcalde, Espinosa y Lazo (2016), el sistema de salud en el país presenta un elevado grado de fragmentación. De esta manera, existen sectores de la población que no son atendidos. Se trata de un sistema inadecuado e ineficaz, el cual podría perjudicar a las personas, sobre todo a las más vulnerables, quienes requieren de una atención oportuna. Es importante demandar no solo el buen servicio, sino exigir un buen trato por parte de los profesionales de la salud. En una investigación en Colombia en hombres y mujeres que viven en las calles, los resultados indican un peor estado de salud, debido a su condición de mendicidad y al no contar con un sistema de salud donde atenderse (Berbesi, Peñata, y Segura, 2017).

Respecto a los servicios de salud es importante resaltar el trato con el que las mujeres son recibidas por el personal de salud ya que influye de alguna manera en su percepción de salud. Desde la perspectiva biopsicosocial, la atención en salud debe incorporar al paciente o a la persona como sujeto, más no como objeto del proceso asistencial (Borrell, 2002; Schwartzmann, 2003). En esa línea, Alcalde, Espinosa y Lazo

(2016), reconocen que en el país contrariamente a los discursos, la atención de calidad en salud aún no se ha logrado poner en agenda. En el Perú la situación de salud de las mujeres ha mejorado, pero no ha alcanzado todavía el nivel de calidad en atención que ellas requieren para sus diversas necesidades.

En síntesis, en la percepción de la salud de las mujeres influyen múltiples factores como, la edad, el nivel académico, el apoyo social, las enfermedades crónicas, los servicios de salud y su evaluación integral. La identificación de estos elementos contribuiría a reconocer su complejidad y a establecer medidas que favorezcan la salud de las mujeres. Por lo mencionado en este capítulo, el estudio de un grupo de mujeres que participan activamente en una institución que vela por su desarrollo integral es una oportunidad para profundizar en las variables que afectan o promocionan su salud. Es por ello que el objetivo de la presente investigación es describir la salud percibida en mujeres de una Asociación que reciben apoyo psicosocial. Como objetivos específicos se considera determinar la salud percibida de las mujeres de la asociación mediante el cuestionario SF 36 v2 y sus ocho sub áreas: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Asimismo, analizar la asociación de los factores demográficos edad, nivel académico y estado civil con la salud percibida en este grupo de mujeres.

## **CAPÍTULO II: METODOLOGÍA**

La presente investigación está basada en un enfoque cuantitativo, dado que la salud percibida es una variable definida y delimitada. En diversos estudios a nivel mundial se ha demostrado que medir numéricamente a esta variable es posible y además considera diversos de la salud. También, se puede relacionar con otras variables como, las enfermedades crónicas, los estilos de vida saludable, el nivel educativo, entre otras. Al mismo tiempo, la salud percibida se ha estudiado ampliamente en diversas poblaciones de manera cuantitativa, lo cual ha permitido realizar comparaciones en los diferentes grupos de estudios (Girón, 2010; Tintaya, 2015).

El presente estudio es de tipo descriptivo porque evalúa las características de la salud percibida y sus componentes en un grupo específico. No pretende identificar el origen o causa de la variable en cuestión. Además, es de tipo transversal porque se recolectan los datos una sola vez y en un tiempo único, es decir, su propósito es describir las variables y analizar su incidencia una sola vez. Por último, el tipo de muestreo no fue probabilístico porque la selección de la muestra es por disponibilidad y accesibilidad de los participantes (Fernández, Hernández y Baptista, 2010).

### **2.1. Participantes**

El estudio se realizó en una asociación de mujeres que brinda apoyo psicosocial, y quienes participaban en la formación y capacitación a través de talleres técnicos. La asociación se ubica en el cono norte de Lima, en el distrito de San Martín de Porres en el asentamiento humano Cerro Candela. Según datos de la Municipalidad del distrito, éste es el segundo con mayor población, ya que concentra alrededor del 28% de la población total de Lima Norte. La mayoría de los habitantes de este distrito cuenta con educación

superior y más de la mitad, el 51% de la población, son mujeres en edad fértil que se encuentran entre los 15 y 49 años (Soto, García, Sánchez, 2011).

Dicha asociación es de carácter privada y ofrece servicios sin fines de lucro, trabajando desde un modelo integrado de desarrollo comunitario y de manera articulada con sus propias instituciones. Esta corporación está conformada por tres casas de la mujer ubicadas en dos sedes en el mismo distrito y otra sede en los Olivos. También, cuenta con una cuna guardería para cuidar a los niños de las mujeres cuando estudian o trabajan y un servicio médico de salud, donde ofrecen servicios de salud a bajo costo (medicina general, ginecología, pediatría, laboratorio, psicología, etc.). De la misma manera, cuenta con un espacio para comercializar los productos elaborados por las mismas mujeres, con la finalidad de generarles un ingreso económico. También se cuenta con un equipo de promotoras de salud, quienes realizan visitas a las familias vulnerables y con necesidades particulares.

Asimismo, cabe mencionar que esta asociación trabaja desde un modelo integrado y apuesta por el desarrollo integral, de las mujeres y niños para que puedan contar con una vida digna y una salud considerando todas sus dimensiones (física, psicológica, social, familiar y económica). La muestra del presente estudio estuvo conformada por 62 mujeres de dicha asociación, cuyas edades fluctuaron entre 18 y 60 años ( $M=38$ ;  $D. E=11.08$ ). De este grupo, 64.5 % proceden de otras regiones del país y 35.5 % son de Lima. En cuanto al estado civil, el 79% de las mujeres refiere mantener una relación de pareja ya sea casada o conviviente. El 11% refiere ser soltera; el 7% madre soltera y el 3% están separadas.

Respecto al tiempo de asistencia a la institución, el 55 % de mujeres señalaron haber asistido durante 6 meses a la asociación; el 10 % han participado 1 año y el 35 % ha asistido de 2 a más años. Con respecto al nivel académico, el 53 % de mujeres han terminado el nivel secundario; el 33 % cuenta con estudios superior técnico y el 14 % han estudiado una carrera universitaria. Asimismo, la oferta de los cursos que ofrece la institución son los siguientes: talleres de psicología, cosmetología, operatividad, repostería, computación y el rubro otros (tejido, bufet, decoración de globos y pintura). Es importante mencionar que más de la mitad de las mujeres que asisten al centro, 63%, no trabajan en una empresa formal; sin embargo, la gran mayoría tiene un pequeño

emprendimiento en algún tipo de negocio como en pastelería, cosmetología, corte y confección o manualidades (artesanía).

## **2.2. Medición**

### **2.2.1. Instrumentos**

#### ***El cuestionario de salud SF-36v2***

El Short Form Questionnaire o conocido también como SF-36 v2 es un instrumento desarrollado por Ware, John y Sherbourne (1992) con la finalidad de crear una escala genérica que proporcione un perfil del estado de salud de las personas. Se tradujo al español por Alonso, Prieto y Antón (1995) y fue adaptada al contexto peruano por Salazar y Bernabé (2012). Este cuestionario mide el estado de salud de manera global y ha sido utilizado en población general con y sin diagnóstico con el objetivo de evaluar el impacto que producen las enfermedades y los tratamientos en los casos clínicos (Alonso, Prieto, Antó 1995; Maruish, 2011; Vilagut et al., 2004).

La versión revisada del SF-36, el SF-36v2, fue desarrollado por Quality Metric Incorporated. El proyecto International Quality of Life Assessment, desde 1991, traduce, valida y norma el SF-36 para su uso en pruebas clínicas multinacionales y estudios internacionales. Este instrumento fue traducido a distintos idiomas y adaptado a distintos países. La adaptación al español consistió en el método de traducción y retro traducción, el cual consiste en traducir al idioma del país donde será usado, luego se realizan diversas comparaciones para proporcionar una serie de similitudes y divergencias que permiten valorar la calidad de la traducción. Este proceso se utiliza para garantizar una correcta equivalencia y adaptación en diferentes ámbitos. Respecto a la confiabilidad, la prueba muestra adecuados coeficientes alfa de Cronbach por encima de 0.8, excepto en la dimensión de función social, la cual obtuvo 0.7. Por otra parte, respecto a la validez, la estructura de la prueba se ha mantenido muy parecida a la original en las diferentes adaptaciones realizadas (Alonso, Prieto y Antón, 1995; Vilagut et al., 2005).

Este cuestionario de salud está compuesto por ocho dimensiones o funciones de la salud y la capacidad funcional, así como dos medidas tipo resúmenes en dos áreas: la salud física y la salud mental. Estos resultados sirven como un punto de partida para

determinar si existen limitaciones en cualquiera de los componentes principales de la salud percibida. A continuación, se presenta las ocho áreas del cuestionario SF 36.

La primera escala, *función física*, mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como caminar, el autocuidado, subir las escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos. Los puntajes bajos muestran limitaciones significativas en la realización de actividades físicas, mientras que los puntajes altos muestran poca o ninguna alteración en estas capacidades. El segundo, la dimensión *rol físico*, mide el nivel en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias. Los puntajes bajos indican problemas en el trabajo u otras actividades como resultado de problemas físicos, y los altos significa que no presentan problemas físicos que sus actividades cotidianas (Alonso, et. al., 2003; Maruish, 2011).

La tercera escala, es la intensidad del *dolor* y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar. Un puntaje bajo muestra alto nivel de dolor que afecta las actividades normales, mientras que el puntaje alto revela que no hay dolor y no aqueja la funcionalidad. La cuarta dimensión es *salud general* que mide la valoración personal de la salud. Incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar. Los puntajes menores muestran que la evaluación de la salud general es deficiente y es probable que empeore, y los puntajes mayores refieren que la persona evalúa su salud de manera más favorable.

La quinta dimensión, la *vitalidad*, evalúa el sentimiento de energía frente al sentimiento de desaliento y agotamiento. Los puntajes altos indican sentirse lleno de energía todo el tiempo o la mayor parte del tiempo. La sexta dimensión, *función social*, alude al grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida cotidiana, es decir, interrumpen con frecuencia las actividades sociales. El puntaje alto indica que la persona realiza actividades sociales normales sin interferencia de problemas físicos o emocionales (Alonso, et. al 2003; Maruish, 2011).

La séptima dimensión, *rol emocional*, mide el nivel en el que los problemas emocionales afectan el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades; y por consiguiente repercute en el rendimiento. Por último, se encuentra la dimensión de *salud mental*, la cual incluye depresión, ansiedad, el

control de la conducta, control emocional y el bienestar en general. Los puntajes bajos son muestras de sentimientos frecuentes de nerviosismo y depresión y los puntajes altos indican emociones de paz y calma la mayor parte del tiempo. Asimismo, la pregunta de general de salud percibida representa una evaluación declarada de la salud, a través de la cual los individuos valoran su salud actual en comparación a la de hace un año (Alonso, Prieto y Antó, 1995; Maruish, 2011).

El SF36v2 presenta diferentes formatos de respuesta. La primera pregunta se califica con una escala de likert que va desde “excelente” (1), “muy buena” (2), “buena” (3), “regular” (4) y “mala” (5). Asimismo, otra pregunta muestra tres alternativas de respuestas, tales como las que se presentan a continuación: “sí, me limita mucho” (1), “sí, me limita un poco” (2), “no, no me limita para nada” (3). Otras preguntas se refieren al período de haber tenido problemas emocionales y/o físicos y como esto podría interferir en las actividades. Estas preguntas tienen el siguiente formato de respuesta: “siempre” (1), “casi siempre” (2), “algunas veces” (3), “casi nunca” (4), “nunca” (5). Por último, el ítem que evalúa el dolor presenta alternativas como “ninguno” (1), “muy poco” (2), “poco” (3), “moderado” (4), “mucho” (5), “muchísimo” (6), algunos ítems vienen a ser directas y otras inversas.

Si bien las preguntas del cuestionario de salud percibida presentan distintos formatos de respuestas, los puntajes de la prueba por escala se ubican en un continuo de 0 a 100, donde 0 muestra peor estado de salud y el 100 presenta un mejor estado de salud. En las investigaciones peruanas han organizado los puntajes por quintiles: 0-19 muy baja; 20-39 relativamente baja; 40-59 promedio; 60-79 relativamente alta y 80-100 muy alta (Alfaro, 2011, Laos, 2010; Paredes, 2003; Torres, 2011).

La adaptación del SF 36 en el Perú fue realizada por Salazar y Bernabé (2012), quienes aplicaron el instrumento a una muestra de 4 344 peruanos de entre 15 y 64 años. Los resultados indican que la prueba presenta un coeficiente de alfa de Cronbach entre .66 y .92. Otra investigación realizada en el Perú encontró la consistencia interna de .73 (Torrighi, 2018). En la presente tesis se halló el alfa de Cronbach según las áreas: función física (.88), rol físico (.82), dolor corporal (.77), salud general (.74), vitalidad (.69), función social (.68), rol emocional (.79) y salud mental (.72), lo que refleja unos niveles de confiabilidad aceptables. Conviene subrayar que el cuestionario SF 32v2 fue proporcionado de manera gratuita por IQOLA Project y Medical Outcomes Trust.

## **2.3. Procedimiento**

### **2.3.1 Piloto**

Se envió una carta de autorización dirigida a la Directora General de la Institución. De la misma manera se entregó una copia a la coordinadora de la casa donde se aplicó el instrumento. En la primera visita al centro, la coordinadora presentó el estudio a los docentes de cada aula, a quienes se les explicó los objetivos del estudio y el proceso de recolección de datos. En la segunda visita a la casa se ingresó a un aula para aplicar el piloto a 5 mujeres, y en la tercera visita, se convocó a todas en el auditorio lugar adecuado donde se inició con la lectura del consentimiento informado y en seguida se procedió con la aplicación de los instrumentos

Luego de haber aplicado la prueba piloto, se consideró modificar algunos aspectos del cuestionario antes de volver aplicarlo de nuevo. Primero, en la parte de la ficha demográfica faltaban algunas alternativas, como, por ejemplo, en la pregunta sobre el estado civil no se había incluido la opción de convivencia. Con respecto al cuestionario, se encontró que algunas mujeres con nivel primario tenían dificultades en la comprensión. Para ello, se les brindaba la explicación necesaria y en algunos casos se volvía a leer el ítem juntas para la mejor comprensión, por eso a la hora de procesar la data se decidió usar información solo de las mujeres con secundaria completa.

### **2.3.2 Recojo de la información**

El protocolo de investigación estuvo compuesto por una ficha demográfica y el cuestionario de salud SF- 36 v2 y su aplicación tomó aproximadamente 10 a 15 minutos. La aplicación se realizó en el auditorio porque era un espacio con una adecuada iluminación y sonido para las indicaciones. Posteriormente, se construyó una base de datos con la puntuación bruta de los ítems. Para ello, se usó el Scoring Software 5.1, el cual fue proporcionado por Quality Metric Health Outcomes de manera gratuita. Luego, se utilizó el programa estadístico SPSS versión 19 para realizar los análisis estadísticos que respondan a los objetivos planteados. En primer lugar, se realizó un análisis de normalidad de la muestra y los resultados indicaron que los datos se distribuyen de manera no normal; por ello, se usaron estadísticos no paramétricos. En segundo lugar, se efectuaron las correlaciones de Spearman pertinentes a las variables continuas y, en tercer

lugar, se realizaron los análisis de comparación de medias a través del estadístico U Mann-Whitney para obtener las diferencias significativas.

### **2.3.3 Consentimiento informado**

Se presentó el consentimiento informado y se leyó junto a las mujeres del centro. En este documento se explicó el objetivo del estudio y se les solicitó su participación voluntaria. Además, se indicó que se iban a respetar los derechos de anonimato, así como también se indicó que la información iba a ser de uso exclusivo para la investigación y que los resultados iban a ser analizados a nivel grupal, por lo cual no se podría identificar de manera independiente las participantes. Cabe señalar que todas las mujeres convocadas firmaron el consentimiento informado que se les proporcionó.

### CAPÍTULO III: RESULTADOS

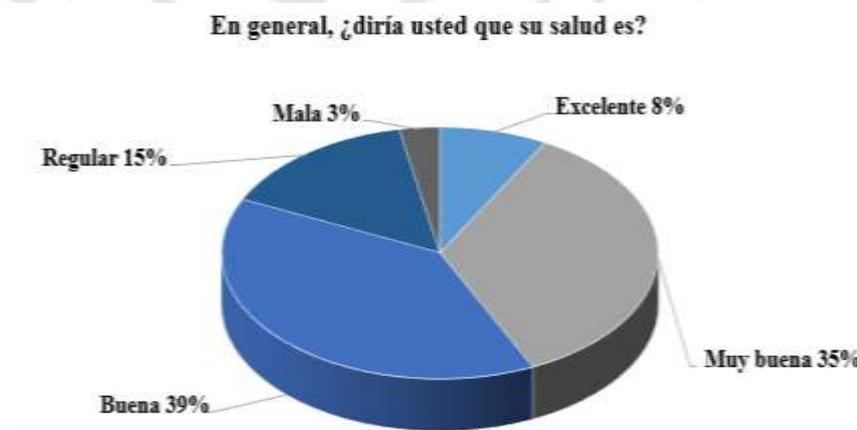
A continuación, se mostrarán los resultados del estudio según los objetivos planteados. En primer lugar, se describen los resultados de percepción de salud de las mujeres como propósito general de la investigación, luego se determina la salud percibida según las escalas del instrumento utilizado, y finalmente, se analizan las diferencias significativas de las dimensiones de la salud percibida con respecto a las variables sociodemográficas.

#### *Descripción de las variables salud percibida y los datos sociodemográficos*

En el siguiente gráfico se muestra la percepción global de salud de las mujeres. Prima una percepción positiva ya que más del 70 % de ellas perciben como favorable. Cabe señalar que la mayor concentración se da en la opción “buena” con un 39%; luego sigue la opción “muy buena” con un 35%; y el 8% como “excelente”. En menor proporción marcan la opción “regular” con un 15% y 3% califican su salud como “mala”. Esta percepción general de las mujeres se va a complementar con los resultados de las sub áreas de la salud percibida.

Figura. 1

*Pregunta sobre la salud general de las mujeres*

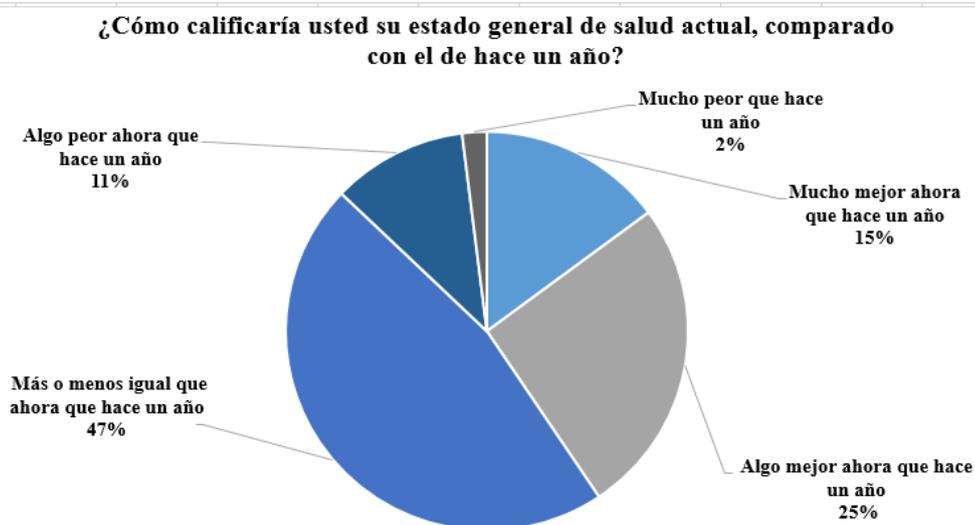


\*Fuente: elaboración propia

La salud percibida en mención al tiempo, se refiere a que las mujeres califiquen si experimentaron algunos cambios en su salud durante el período de un año. Esta pregunta proporciona información útil sobre los cambios en el estado de salud sobre todo cuando se desea conocer la salud antes y después de aplicar la encuesta (Marhuish, 2011). Cuando se aplicó a la muestra se pensó en relación al tiempo que participan las mujeres en la asociación y si hubo influencia en su percepción de salud. El 47% de las mujeres observan su salud más o menos igual que hace un año, el 26% de mujeres creen que ha mejorado su salud en comparación al del año pasado, el 15% dice sentir que su salud está mucho mejor y el 11% piensa que su salud está algo peor ahora que hace un año y el 2% piensa que su salud a empeorado desde hace un año.

Figura 2

*¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año?*



\*Fuente: elaboración propia.

Con respecto a los resultados del SF 36 v2 se halló primero que entre los componentes de salud física (CSF) y salud mental (CSM) en las mujeres no existen diferencias significativas, por lo que no se puede concluir que una es mejor que la otra. Estos componentes actúan como una especie de resumen o formando un perfil de la salud percibida encontrándose ambos dentro del promedio CF (M=47; DS.6.74) y CM (M=47,26; DS: 8.53). La diferencia es mínima entre ambos componentes. Esto quiere

decir que las mujeres se encuentran realizando sus actividades de manera normal sin mayores impedimentos tanto en su salud física y/o mental.

A continuación, se presenta los puntajes por sub áreas según el cuestionario SF36v2. Se observa que todas las escalas se presentan dentro del promedio según los quintiles presentados en las investigaciones peruanas: Vitalidad (Md=52.42; DS.7, 57), Salud mental (Md=48.33; DS.8, 53), Función física (Md=47,61; DS.8, 76), Salud general (Md=47,84; DS.9, 72), Dolor corporal (Md=45.61; DS.9, 16), Función social (Md=44.85; DS.8, 39), Rol físico (Md=43.36; DS.7, 55) y Rol emocional (Md=41.36; DS.9, 25). En la sub área de vitalidad se nota ligeramente un puntaje más alto que los demás y de la misma forma ligeramente más bajo en rol emocional, pero esto no significa que se encuentran fuera del promedio.

*Tabla 1*  
*Estadísticos descriptivos SF36v2*

| <b>ESCALAS SF 36v2</b>         | <b>Media</b> | <b>Mediana</b> | <b>Desv. típ.</b> | <b>Mínimo</b> | <b>Máximo</b> |
|--------------------------------|--------------|----------------|-------------------|---------------|---------------|
| Función Física                 | 47.61        | 49.88          | 8.76              | 27            | 58            |
| Rol Físico                     | 43.36        | 41.44          | 7.55              | 28            | 57            |
| Dolor Corporal                 | 45.61        | 46.48          | 9.16              | 26            | 62            |
| Salud General                  | 47.84        | 48.43          | 9.72              | 19            | 67            |
| Vitalidad                      | 52.46        | 52.60          | 7.57              | 35            | 70            |
| Función Social                 | 44.85        | 47.31          | 8.39              | 27            | 57            |
| Rol Emocional                  | 41.36        | 38.76          | 9.25              | 18            | 56            |
| Salud Mental                   | 48.33        | 50.87          | 8.53              | 25            | 64            |
| <b>Componente Físico (CSF)</b> | <b>47.00</b> | <b>46.99</b>   | <b>6.74</b>       | <b>28</b>     | <b>60</b>     |
| <b>Componente Mental (CSM)</b> | <b>47.26</b> | <b>47.26</b>   | <b>8.32</b>       | <b>24</b>     | <b>63</b>     |

\*Fuente: elaboración propia

#### ***Correlación y comparación de medias entre el SF 36 v2 y datos sociodemográficos.***

Con respecto a las variables sociodemográficas en el estudio se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las dimensiones del SF36 v2 y las variables de edad, nivel educativo y el estado civil. Con respecto a la edad, se halló que ésta se relaciona con la escala de vitalidad ( $r=.257$ ;  $p=.044$ ), donde a mayor edad, mayor vitalidad.

En el nivel educativo, se ha encontrado que hay diferencias significativas entre las medias de las mujeres que han cumplido el grado superior universitario y las que han culminado la secundaria completa, en cinco escalas del cuestionario, a saber: salud general ( $u=.67.5$ ;  $p=.036$ ), rol emocional ( $u=.41$ ;  $p=.002$ ), salud mental ( $u=.40$ ;  $p=.002$ ), vitalidad ( $u=.34.5$ ;  $p=.003$ ) y función social ( $u=.42$ ;  $p=0.02$ ). Se encontró que las mujeres universitarias presentan mayor salud general, rol emocional, salud mental, vitalidad y función social. En cuanto a las dimensiones de dolor corporal, función y rol físico se observó que no hay diferencias significativas con relación al nivel académico.

A continuación, en la tabla 2 se presentan el cuadro de diferencia de medias significativas entre las que terminaron la secundaria y las que concluyeron la universidad.

*Tabla 2*

*Diferencias de medias entre las escalas del SF36v2 y Secundaria Completa con Superior Universitario*

| Escalas SF36<br>v2 | Secundaria |       |                        |      | U Mann-Whitney<br>Sig. |       |
|--------------------|------------|-------|------------------------|------|------------------------|-------|
|                    | Completa   |       | Superior Universitario |      |                        |       |
|                    | Media      | DS    | Media                  | DS   |                        |       |
| Función social     | 42,75      | 7,34  | 52,32                  | 4,64 | .42*                   | 0,002 |
| Rol Emocional      | 39,18      | 7,91  | 50,94                  | 7,89 | .41*                   | 0,002 |
| Salud Mental       | 45,71      | 7,14  | 56,42                  | 6,47 | .40*                   | 0,002 |
| Vitalidad          | 50,17      | 5,06  | 60,02                  | 7,27 | .34.5*                 | 0,030 |
| Salud General      | 44,29      | 11,52 | 52,77                  | 8,22 | .67.5*                 | 0,036 |

\* $p<0,05$  \*\* $p<0,01$

\*Fuente: elaboración propia

Finalmente, se encontraron diferencias significativas entre las mujeres casadas/convivientes y las solteras/madres solteras/separadas en las áreas de salud mental ( $u=.199$ \*;  $p=.039$ ), salud general ( $u=.190$ \*;  $p=.026$ ) y dolor corporal ( $u=.164$ \*;  $p=.007$ ). Esto significa que las mujeres solteras, madres solteras y separadas presentan mayor tranquilidad y menos estrés, asimismo, señalan menos dolores corporales y perciben

mejor su salud en general. En la tabla 3 se pueden observar además las medias de cada uno de los grupos.

*Tabla 3*

*Diferencias de medias entre las escalas del SF36v2 y mujeres casada/conviviente y solteras, madres solteras y separadas.*

| Escalas SF36<br>v2 | Casada/conviviente |       | Solteras, M. soltera, separada. |      | U Mann-Whitney |       |
|--------------------|--------------------|-------|---------------------------------|------|----------------|-------|
|                    | Media              | DS    | Media                           | DS   | Sig.           |       |
| Salud General      | 45,51              | 11,16 | 52,85                           | 9,19 | .190*          | 0,026 |
| Dolor corporal     | 43,95              | 9,08  | 51,42                           | 7,25 | .164*          | 0,007 |
| Salud mental       | 47,29              | 8,73  | 52,67                           | 6,61 | .199*          | 0,039 |

\*p<0,05 \*\*p<0,0

\*Fuente: elaboración propia

## **CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN**

En el presente capítulo se realizará la interpretación de los resultados obtenidos a la luz de la teoría y diversas investigaciones para dar respuesta a los objetivos.

Se encontró que más del 70% de las mujeres perciben su salud global como “buena” y “muy buena”. Esta es la respuesta a la pregunta general ¿diría usted que su salud es...? Las respuestas pueden oscilar entre mala y excelente (Girón, 2010). Este grado de percepción positiva de las mujeres podría relacionarse a que muchas de ellas se encuentran en la etapa de vida adultez temprana y otro tanto importante en la adultez media, sin presentar enfermedades crónicas importantes que deterioren su percepción de salud. En poblaciones juveniles la percepción de salud suele ser buena, muy buena y hasta excelente debido a que los jóvenes al momento de autoevaluarse toman en cuenta más el buen funcionamiento físico de la salud (Cartujo, 2017; Torringhi, 2018). Mientras que, en los adultos mayores, la autoevaluación es buena, regular y mala, dado a que en la edad adulta tardía se observa más presencia de enfermedades crónicas y síntomas del propio envejecimiento (Girón, 2010; Rico, 2008; Yangas, 2006).

De igual modo, la percepción positiva de las mujeres acerca su salud guarda relación con lo que Girón (2010) y Olivares (2006) plantean. La valoración de salud en hombres y mujeres está influenciada por los diversos factores, como la edad, el nivel educativo, el apoyo social, etc. En el caso de las mujeres de este estudio, las condiciones de vida en las se encuentran pueden ser favorecedoras, como estar estudiando o pertenecer como miembro activo a una asociación de apoyo psicosocial. En este sentido, se puede entender que la percepción de salud está influenciada principalmente, por el contexto actual en el que se desarrolla el individuo (Castro, Espinosa, Rodríguez, Santos, 2007).

En la misma línea, según Schwartzmann (2003), el indicador subjetivo evalúa el bienestar y la satisfacción de vida. Esto concuerda con el estudio de Yanes, Chio, y Pérez (2012) en mujeres cubanas donde se encontró que el estado de salud se relacionaba con la satisfacción de vida. De esta manera, las participantes sienten que su salud no esté deteriorada al punto que no les permita seguir con sus actividades e incluso podrían estar experimentando niveles adecuados de satisfacción vital. Como se ha mencionado, la valoración positiva de la salud solo puede ser considerada desde el punto de vista de la persona, es por ello la importancia de los indicadores subjetivos como la salud percibida (Ware y Sherbourne, 1992).

Hay que mencionar, además, que la salud percibida positiva de las mujeres concuerda con que las personas en general responden a la pregunta con un cierto grado de optimismo. Por ejemplo, en una población peruana de mujeres con diagnóstico se halló que la autoestima y el optimismo, son factores que influyen de forma positiva en la percepción de salud en el periodo de tratamiento (Lostanau, Torrejón, Cassaretto, 2017). Asimismo, Gumá y Cámara (2014), en su estudio poblacional encontraron que la salud autopercebida buena se relaciona con las expectativas positivas y reales de la salud el mayor tiempo.

Otro punto a mencionar que se encuentra en los estudios en general, es que las mujeres en comparación a los hombres presentan una peor percepción de salud (Abellán, 2003; Girón, 2010). Los autores Sánchez, Aparicio y Dresch (2006) señalan que la percepción negativa disminuye cuando se toma en cuenta el aspecto laboral, donde las mujeres que son amas de casa indican elevados síntomas de problemas de salud, por ende, más visitas al médico con dolencias físicas y ansiedad fisiológica. En la misma línea Gil y Gil (2017) y Pla, Adam y Bernabeu (2013), agregan que las mujeres presentan la doble responsabilidad del hogar, condiciones de trabajo desfavorables y pocos accesos a la educación superior. Lo que se podría intuir es que la buena percepción de salud de las mujeres podría estar influida en parte por estar desarrollando habilidades que le permitan contar con un trabajo.

En resumen, la percepción de salud varía pudiendo ser en algunos casos más enfocada en la salud física, en la salud mental o en la funcionalidad de la salud. Precisamente, estas dimensiones van a ser mejor evaluadas desde la subjetividad que va

más allá de las medidas químicas y fisiológicas, donde se toma en cuenta otras variables como, el estado de ánimo, el soporte social, los mecanismos de afrontamiento, etc. (Schwartzmann, 2003; Yanguas, 2006). Finalmente, Morcillo (2017) confirma que la persona vive etapas, contextos y periodos asociados a diversos factores dentro de un determinado tiempo que influye en la percepción de salud, por lo que no existe un consenso universal para considerar una buena salud o mala salud como algo concluido.

En consonancia con lo encontrado en la salud general positiva de las mujeres, a continuación, se presentarán los resultados según las ocho dimensiones de la salud percibida. Según los quintiles de las investigaciones peruanas, los componentes de salud física y mental y las dimensiones de la salud percibida presentan puntajes promedio. Esto significa de manera general que su condición física, emocional y social se valoran de forma normal. Al respecto se encontró en un estudio en España que las variables psicológicas como autoestima, manejo de la ansiedad y la satisfacción predicen más la salud física en mujeres que en hombres, lo que parece indicar que la salud física de las mujeres está íntimamente relacionada con su salud psicológica (Sánchez, Aparicio y Dresch, 2006).

En la escala de función física las mujeres obtuvieron como media 48 y en salud general el mismo puntaje. Esto indica que ellas pueden desempeñarse de forma adecuada en sus actividades personales como bañarse o vestirse, levantar bolsas de compra, caminar más de un kilómetro. Pero no solo se perciben de manera favorable actualmente, sino que sus perspectivas de salud en el futuro son buenas y, además, se autoevalúan resistentes a enfermar. En un estudio con jóvenes universitarios de 17 a 30 años, se hallaron promedios más altos en estas dimensiones, percibiendo su salud en el nivel óptimo de su funcionamiento. Pero, además, la mejor percepción de salud estaba relacionada con algunas conductas de salud como prácticas de recreación y buena organización del sueño, etc. Todo ello nos lleva a sugerir que para la optimización de la salud se debe considerar promover más conductas de salud, en especial aquellas relacionadas a la actividad física, la buena alimentación, etc. (Cartujo, 2017; Toringhi, 2018).

Con respecto al rol físico la media fue 43 se encuentra que las mujeres realizan sus actividades laborales de forma habitual pues no presentan problemas de salud a nivel físico que lo impidan. Coinciden con los resultados de una investigación en mujeres

víctimas de violencia que fueron atendidas por los servicios de los Municipios de la Comunidad Autónoma Vasca, donde se encontró promedios parecidos en esta dimensión (Sanz, et al 2013). Sin embargo, los mismos autores mencionan que este puntaje en comparación a la población en general es inferior, dado que algunas de ellas reportan presentar lesiones físicas relacionadas al sistema reproductivo, además de ser mujeres con bajo nivel académico y madres con niños pequeños (Sanz, et al 2013). Es decir, en comparación a otras poblaciones, si bien a la evaluación de las mujeres de la presente investigación es favorable, existen otras poblaciones donde la salud es mucho mejor evaluada. Esto muestra lo complejo que es evaluar la salud ya que, pese a reconocer de manera objetiva las condiciones desfavorables ellas se perciben con salud, probablemente porque no afecta su funcionalidad.

En lo que respecta a la dimensión de dolor corporal (M=46), las mujeres mostraron que no presentan dolores intensos que afecten sus actividades cotidianas. Esto no quiere decir que no puedan presentar alguna clase de dolor, sino que este no impide que sigan funcionando. Incluso en una investigación realizada con personas con discapacidad física, a pesar de que muchas veces su condición se presenta con dolores más o menos intensos, los pacientes mismos no necesariamente se percibieron así (Quesada y Tamayo (2012). Con esta evidencia se vuelve a tomar a la salud, en su noción integral, es decir que no basta con contar con un diagnóstico, lo que se considera también es la satisfacción de vida y un espíritu de optimista (Quesada y Toma, 2012; Girón, 2010).

Se deduce a partir de estos estudios que la salud percibida es sensible a la recuperación de la persona y su capacidad funcional a pesar de presentar algún diagnóstico, o síntoma. No sólo de eliminar la enfermedad, sino de mejorar la forma de vida de las personas de manera integral (Úrzua, 2010). Es decir, recuperar la funcionalidad de la salud donde realicen sus actividades de manera autónoma, se sientan personas útiles y no sean tratados como objetos. Esto confirmaría que la salud percibida considera a la persona como el centro de la atención (Amigo, et. al 2003; Quesada y Tomayo, 2012; Paredes, Pinzón y Aguirre, 2018; Schwartzman, 2003).

Continuando con el análisis de la salud percibida en las mujeres, en relación al componente general de salud mental, se obtuvo que la vitalidad (M=52) presenta ligeramente mayor puntaje en comparación a las otras escalas. Esto quiere decir que ellas

se observan con energía y vitalidad el mayor tiempo. Según Fredrickson (2003) y Vecina (2006), las emociones positivas están expresadas en la vitalidad y estas contribuyen a que la persona sea resistente a las diferentes adversidades, flexible en el manejo de los problemas personales y familiares y a presentar pensamientos receptivos e integradores. Precisamente, se relacionan con el bienestar subjetivo y con la resiliencia psicológica las cuales influyen en la salud percibida. Puede también que la edad de muchas de ellas y la etapa de vida en la que se encuentran permitan que ellas realicen una serie de actividades y cumplan una serie de roles no solo en la familia sino también en su comunidad, para lo cual es necesario contar con un nivel importante de energía.

Nos llama la atención que los resultados de vitalidad en poblaciones femeninas con enfermedades crónicas presenten incluso mejores puntajes. Como se podrá observar la vitalidad en las mujeres de nuestro estudio presentó una media de 52 y en un estudio con mujeres con diagnóstico de cáncer fue de 69 (Torres, 2011). Según esta última investigación, dicha percepción se debe a que las mujeres con cáncer no presentaban comorbilidad o peligro de muerte y se encontraban bajo apoyo social, además de estar laborando y la mayoría en condición civil de solteras, separadas y viudas (Torres, 2011). En ese sentido, podríamos decir que la vitalidad en las mujeres puede estar promovida principalmente por factores externos como el apoyo social, la oportunidad laboral y por el estado civil, incluso más allá de contar con un diagnóstico definido.

En cuanto a la dimensión salud mental las mujeres del estudio parecen presentar emociones positivas como alegría, paz y calma. Nos sigue llamando la atención los resultados similares a la muestra, en mujeres con cáncer que, a pesar del diagnóstico, también presentan puntajes promedio en esta escala, percibiéndose con tranquilidad y menor estrés. Nuevamente, el hecho de recibir cuidado y asistencia podría estar permitiendo mayor contención de las necesidades y capacidad para manejar la enfermedad crónica (Laos, 2010; Lostaunau, Torrejón y Cassaretto, 2017; Torres, 2011). A su vez en otra investigación en mujeres latinoamericanas migrantes, se halló que el estatus social subjetivo, que es la creencia de la persona de la posición en la escala social, puede facilitar recursos psicológicos como mayor autoestima, seguridad y sentimientos de control frente al estatus social objetivo asignado por la sociedad (Bover, Gastaldo, Prieto y Sanchón, 2013). Al parecer el soporte emocional y las creencias personales de estatus subjetivos podrían ser variables que potencian la salud mental de las mujeres. En

el caso de las participantes del estudio, el hecho de que estén trabajando en emprendimientos y estudiando podría empoderarlas y esto influir sobre sus niveles de salud mental.

Por otro lado, según Vecina (2006), en la salud mental conviven tanto las emociones positivas y negativas, es decir que ambas se complementan en el proceso conductual. En el estudio cubano de Rodríguez (2012) un grupo de mujeres percibieron que el trabajo doméstico y los roles en relación al género incrementan la peor percepción de salud causando así mayor estrés y cansancio, sin embargo, también alegría y satisfacción. Los autores refieren que las mujeres en general y sobre todo las amas de casa han aprendido a convivir con estas diversas emociones (Sánchez, Aparicio, Dresch, 2006). En ese sentido, no se trata de solo experimentar emociones positivas, sino también de aprender a sobrellevar las negativas de igual manera.

Las mujeres también obtuvieron puntajes promedio en función social ( $M=45$ ) y en rol emocional ( $M=41$ ). Esto muestra que las evaluadas no presentan dificultades en sus relaciones interpersonales, ni laborales a causa de problemas emocionales, ni físicas. En contraste, en un estudio en México en un grupo de mujeres con cáncer a quienes les extirpó la mama, se halló que la cirugía desplegó en ellas un efecto negativo sobre su imagen corporal, su sexualidad, llegando a afectar sus relaciones de pareja y sus actividades laborales. Los autores del estudio concluyeron destacando la importancia del apoyo social en esta población, ya que la enfermedad afecta las diversas dimensiones de la persona trascendiendo inclusive la esfera corporal, para llegar a la parte mental y relacional (Juárez y Landero, 2012). En el caso de las participantes del presente estudio, se insiste en la idea en que pueden estar desempeñando diversos roles tanto en la familia como en la comunidad de manera efectiva.

A continuación, y en respuesta al segundo objetivo específico, se buscó analizar la relación entre las variables sociodemográficas y la salud percibida con sus distintas dimensiones. Se encontró una relación directa entre la edad y la vitalidad, es decir, a más edad, mayor vitalidad. También se hallaron diferencias significativas para algunas dimensiones entre el nivel educativo superior universitario y el de secundaria completa. Y se hallaron diferencias también para algunas dimensiones entre las mujeres casadas, convivientes con las solteras, madres solteras y separadas.

Sobre la correlación hallada entre la edad y la vitalidad, posiblemente a mayor edad, las mujeres se encuentren más ubicadas y satisfechas con su entorno familiar al encontrarlos como entornos más predecibles, sin experimentar tantos cambios adaptativos y pudiendo sentirse capaces de realizar diversas actividades sin problemas incluso para su comunidad. Estas mujeres, con los años de experiencia podrían estar sintiéndose más seguras en sus roles. Esto además se complementa con lo que afirman Gil y Gil (2007) donde a mayor edad se conocen mejor las propias emociones, ya que las experiencias vividas permiten desarrollar más capacidades para convivir con ellas y las emociones están directamente relacionadas con el componente de salud mental que incluye la vitalidad.

La edad parece ser un factor influyente en la percepción de salud. En diversos estudios se ha encontrado que, a mayor edad, peor percepción de salud mental y a menor edad mejor percepción de salud física (Girón, 2010; Rico, 2008). Sin embargo, cuando se alude a mayor edad de manera usual los distintos autores se refieren a personas en la etapa de la adultez mayor. La muestra ha considerado mujeres hasta los 60 años. Muchas de ellas entre la adultez joven y la adultez media. En estas etapas de vida lo que prima es la intimidad, el cuidado y la educación de las nuevas generaciones. Asimismo, encuentran un sentimiento de mayor afecto y de responsabilidad que trasciende su propia familia, en donación de sí en el amor y en el trabajo (Bordignon, 2005).

Según Abellán (2003) y la OMS (2009), la edad está relacionada por supuesto con la etapa biológica, en el caso de la mujer con hitos biológicos como el embarazo y la menopausia. En cuanto a la menopausia, que se presenta en la adultez media, las investigaciones señalan que a partir de los 40 - 45 años, en la mayoría de las poblaciones se presentan los primeros síntomas o conocidos también como “achaques”. En algunos estudios las mujeres, reportaron presentar incomodidades y malestares corporales como parte de la etapa, pero a pesar de ello manifestaron estar satisfechas con sus vidas (Gómez y Moya, 2013; Gil y Gil, 2017; Yanes, Chio y Pérez, 2012). Lo que se puede notar en algunas de las mujeres es el aprecio de la sabiduría frente a la capacidad de fuerza física, debido a que la salud física podría empezar a deteriorarse. En ese sentido la vitalidad estaría relacionada con la capacidad de entrega, dar lo mejor de sí desde la sabiduría y la experiencia obtenida al pasar de los años (Murcia y Zea, 2012).

Por su lado, Vecina (2006) concluye que las experiencias positivas predicen el bienestar y aumentan la posibilidad de sentirse bien en el futuro. En un estudio sobre vitalidad que se complementa con lo planteado en la presente tesis, se encontró que el 90% de las mujeres que eran alegres y experimentaban diversas emociones positivas, vivían por encima de los 85 años a diferencia del grupo al que le costaba experimentar emociones positivas. Y en otro estudio se evidenció que la energía positiva previene hasta coger un resfriado en comparación a aquellas personas con mayor vivencia de afectividad negativa (Cohen, Doyle, Turner, Alper y Skoner, 2003; Danner, Snowdon y Friesen, 2001; Ostir, Ottenbacher y Kyriacos 2000). Podemos decir entonces que existe experimentación de afectividad y emociones positivas en el grupo de mujeres de nuestra investigación que podría estar contribuyendo con sus niveles de vitalidad.

En relación al nivel académico y la salud percibida, se encontraron diferencias significativas entre mujeres con nivel universitario superior (egresadas) con las que pertenecían al grupo de secundaria completa. El 14% de las mujeres que son universitarias y obtienen mejores puntajes en vitalidad, mejor salud mental, mayor rol emocional, más función social y mejor salud general. Lo que nos puede llevar a decir que las mujeres universitarias presentan una mayor funcionalidad personal y laboral. Sin embargo, es importante mencionar que el porcentaje de este grupo es menor, por lo que hay que tomar con cuidado sus resultados.

Según Sánchez (2018), la educación es un punto central en la vida de las mujeres, ya que el nivel académico superior se relaciona de forma directa con el aspecto laboral y con el estatus social. Según el INEI (2018), en el país el 56,6% de los egresados universitarios son mujeres y la mayoría forman parte de la población económicamente activa. El nivel educativo universitario se relaciona con el aspecto laboral y es considerado como el motor de la salud social (Chubarovsky, Diez y Rodríguez, 2000). La salud social se refiere a que la educación permite a las mujeres mayor autonomía personal, social (relaciones interpersonales) y económica (De la Cruz, Fue, y Vizúete, 2012; OMS, 2009; Sánchez, 2018; UNICEF, 2014).

Ramos y Choque (2007) en un estudio en poblaciones femeninas, hallaron que las mujeres con educación superior universitaria y técnica realizaban actividades técnicas o gerenciales en las empresas contando con empleos más estables y mejor remunerados,

mientras que las mujeres con secundaria o primaria contaron con trabajos inestables y sin condiciones laborales adecuadas. Esto significa que al final las mujeres universitarias van a tener mejores beneficios como acceso a los servicios de salud, a un seguro social, mayor atención y cuidado en los establecimientos de salud y por otro las mujeres con secundaria no contarán con estos beneficios, las cual podrían afectar de manera negativa la salud (De la Cruz, Fue, y Vizúete, 2012).

Según De la Cruz, Fue y Vizúete (2012), el estado de bienestar aumenta según el nivel de educación. Las mujeres que tienen bajo nivel académico evidencian con más frecuencia depresión, demencia senil y en general patologías psiquiátricas. Al parecer las mujeres universitarias tienen mejor percepción de su salud mental (Ramos y Choque 2007; Vicenzi y Tudesco, 2009). En esa misma línea, las investigaciones de la OMS (2005); De la Cruz, Feu y Vizúete (2012); Ramos y Choque (2007) afirman que la educación superior universitaria potencia la salud mental, reflejado esto en el desarrollo de las habilidades y capacidades como la toma de decisiones, la elección de la pareja y el control de recursos personales y económicos, lo cual fortalece su autoestima, su seguridad, asimismo les brindaría mayor libertad.

En la misma línea, Sánchez (2018), señala que la educación universitaria empodera a las mujeres, es decir, que se convierten en agentes de cambio y esto se relaciona de forma directa con la seguridad y la autoestima. Todo esto permite que las mujeres tengan mayor autonomía, tanto a nivel personal, a nivel de sus relaciones interpersonales y en la solvencia económica con relación a su pareja (Gil y Gil, 2007; Ramos y Choque, 2007).

En relación a la escala de salud general, que incluye la salud actual, las perspectivas de salud y la capacidad de prevención pensando en el futuro, según Perea (2001), las mujeres universitarias muestran mayor conocimiento a causa de su preparación en la universidad, por lo que es más fácil comprender y conocer mensajes en salud como de enfermedades complejas y la importancia de la prevención en las enfermedades de transmisión sexual (ITS) y las degenerativas como las neoplasias (mama, útero, colon - recto). Lo importante de estas mujeres es que podrán enfocarse más en la prevención de la propia salud y la de su familia, lo que significa detectar a tiempo, buscar ayuda y obtener mayor información acerca de su estado de salud. Por lo tanto, el

nivel académico asume un rol protector de la salud en las mujeres, el de sus hijos y el de su familia (Vincezi y Tudesco, 2009; Ramos y Choque (2007).

Hasta el momento se ha encontrado las ventajas de haber culminado una carrera universitaria y de cómo esto influye de manera positiva en la salud percibida de las mujeres. Sin embargo, en un estudio mexicano en mujeres dedicadas a la docencia universitaria con edad promedio de 39 años, se encontró que no necesariamente presentan estilos de vida saludable; cuanto mayor era su incremento de índice de masa corporal (IMC), mayores dificultades en la parte emocional, el autoestima y malestares asociados al estado físico (Salazar, Torres, Aranda, López, 2016). Se puede observar entonces que los factores en la percepción de salud pueden ser diversos además del nivel académico, importando también el estilo de vida para poder mantener estados saludables, como una sana alimentación, dormir bien, actividad física, las cuales permitirían también un estado de funcionamiento óptimo (Oblitas, 2004; Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez, 2008; Amigo et al., 2003).

En síntesis, la educación universitaria en las mujeres es importante porque se constituye como llave maestra para avanzar en los derechos personales, económicos, sociales y culturales de las mujeres, la cual influye de forma positiva en la salud integral. A su vez incrementa las opciones para acceder al trabajo, al cuidado de la propia salud, de su familia y comunidad (Ramos y Choque, 2007 y UNICEF, 2014). La Asociación a donde asisten busca ser un espacio donde se responde a sus necesidades de manera integral, tomando en cuenta a sus familias y a la comunidad, y en este caso buscando educarlas en talleres productivos y recibiendo asesoría para alcanzar los beneficios de seguir incrementando su nivel educativo.

En relación al estado civil, este se encuentra relacionado de manera usual con el apoyo social. En este sentido, los autores Bajuk y Reich (2011); Moyano, Orozco (2018) afirman que el apoyo sobre todo emocional viene a ser una columna importante para que las mujeres puedan desarrollarse, ya que les permite afrontar procesos de transición o sucesos estresantes. Estas relaciones se crean con personas significativas, principalmente con la familia, la pareja y las amistades. Sin embargo, según ENDES (2018) en el país el 63,2 % de las mujeres entre los 15 y 49 años han sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja. Entonces, contar con una pareja en este contexto no asegura contar con

apoyo social y/o emocional (Matud, Aguilera, Marrero, Moraza y Carballeira, 2003), todo lo contrario, puede tornarse en circunstancia de riesgo.

Con relación a la muestra, 79% de las mujeres son casadas y convivientes. Y cuando se refiere a las mujeres casadas son aquellas que crean un vínculo sentimental, que deciden ante la ley ciertos acuerdos y obligaciones con la pareja (Estévez y Martínez, 2013). Sin embargo, no necesariamente el hecho de estar casada y/o ser conviviente garantiza la satisfacción con la vida y la pareja. Por ejemplo, en un estudio mexicano se encontró que las mujeres casadas manifestaban insatisfacción con la vida y esto debido al carácter dominante de la pareja y a que la gran mayoría de ellas había experimentado infidelidad en la relación. El estudio agrega que las mujeres casadas no estaban satisfechas consigo mismas por no haber cumplido sus deseos personales (Salazar, Paravic, Barriga, 2011; Valsamma, 2006). Estas situaciones influyen en la percepción de salud de manera negativa.

En otro estudio en mujeres chilenas, se reportó que en las relaciones de pareja solo buscarían la satisfacción sexual, lo cual se convierte en un compromiso obligatorio asumido con la pareja y que pocos hombres comparten una convivencia sana y en equidad (Salazar, Paravic, Barriga, 2011). A su vez, otra investigación en México identificó que muchas mujeres reportaban estar felices, pero ello no era congruente con su estado emocional (Valsamma, 2006). Estas experiencias afectan directamente la autoestima de las mujeres por lo que la percepción de la salud mental se convierte en algo desfavorable y negativo, creando mayor estrés en ellas.

En la misma línea, las mujeres solteras, madres solteras y separadas en el presente estudio, se percibieron con mayor salud mental y salud general a diferencia de las casadas y las convivientes. Con respecto, a las mujeres separadas Tamez y Ribeiro (2012), hallaron que ocho de cada diez mujeres, luego de la separación percibieron mejoría en su bienestar con un incremento en la satisfacción personal y la autonomía. Los autores y Aguilar, Medina y Martínez (2017) agregan que al inicio de la separación no es fácil convertirse en nuevas jefas, pero con el paso del tiempo vuelven a sentirse bien consigo mismas, libres y autónomas para decidir sobre sus responsabilidades. Se perciben con mayor autoestima, autosuficientes, orgullosas y satisfechas con sus vidas al ver crecer a sus hijos aportando esto de manera positiva a la salud.

Por su lado, en mujeres solteras quienes aún no han optado por casarse, la percepción de salud emocional podría ser positiva. A pesar de sentir presión social para casarse o convivir han decidido permanecer solas, realizando actividades personales y o laborales. También en otros casos, han desempeñado funciones de madre con sus hermanos menores, es decir se han entregado a ser el sostén emocional de la familia y han sido autónomas en sus actividades (Burín y Meler, 2001; Villarreal, 2008).

Casi por finalizar, se halló que las mujeres solteras, madres solteras y separadas presentan menor dolor corporal que aquellas casadas o convivientes. Podría hipotetizarse que incluso, a pesar de que las madres solteras en general pueden encontrarse enfrentando diversos retos como el asumir funciones paternas de sus hijos, trabajos domésticos, responsabilidades de educación y el compromiso de ser el punto de ingreso económico, pueden encontrarse mejor puntuadas en medidas de salud que las casadas y/o convivientes. Podría el dolor vincularse fuertemente con el estrés crónico de convivir con una pareja que no brinda las condiciones para ser soporte o incluso las violenta. Asimismo, aquellas mujeres que se encuentran sin pareja pueden haber desarrollado mayor autonomía, sintiéndose capaces de tomar decisiones importantes en su vida e incluso de realizarse en un trabajo o profesionalmente (Valsamma, 2006; Zaldívar; Gurrola; Balcázar; Moysén; Esquivel, 2013) y todo esto afectar sobre los niveles de estrés percibido, sobre comorbilidades mentales y por lo tanto el dolor corporal experimentado, ya que, como se mencionó anteriormente, la salud física en la mujer estaría íntimamente relacionada con la psicológica.

Finalmente, en cuanto al rol de las instituciones de apoyo social y emocional hacia las mujeres, parece que los espacios formativos son sumamente importantes en el desarrollo personal. En un estudio de mujeres en Guatemala realizado por Romero (2014), se encontró que la espiritualidad, el arte y la creatividad son pilares fundamentales en el crecimiento personal. También el desarrollo de actividades como cantar, bailar, hacer manualidades, leer, tejer, contemplar la naturaleza, son herramientas que brindan valor, sabiduría, mayor estabilidad y control emocional. Sobre todo, cuando necesitan tomar decisiones importantes frente a situaciones desfavorables como en situaciones de violencia y cuando han dado el paso a convertirse en nuevas jefas de sus hogares (Romero, 2014).

Es por ello que se concluye que las mujeres que cuentan con ciertos factores como un apoyo psicosocial efectivo, mayor educación y mayor edad, relacionado a una experiencia evaluada como positiva, cuentan con una mejor percepción de salud integral. Incrementar la salud integral de la población femenina, significa un gran aporte al desarrollo humano y del país (Sanabria, 2000) y esto no solo implica responder a indicadores objetivos, sino también a la complejidad de la salud percibida y a los determinantes que influyen en ella. La idea de promocionar la salud para las mujeres consiste en proveer todos los medios necesarios para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social donde la salud sea percibida como una riqueza de vida y no solo como promocionar la parte médica (Oblitas, 2004).

## CONCLUSIONES

La salud percibida encontrada según la mayoría de las mujeres de dicha asociación es en general “buena” y “muy buena”, eso significa que no ven posiblemente, impedimentos importantes en la funcionalidad de su salud general. En las ocho áreas del SF 36 v2, en base a los quintiles de las investigaciones peruanas, todas las dimensiones presentan puntajes promedios. Estos resultados coinciden con algunas poblaciones con diagnóstico de cáncer, discapacidad física y sin diagnóstico, mujeres violentadas y jóvenes universitarios. La salud percibida en las mujeres del estudio se asocia a los factores sociales como el nivel educativo, la edad adulta media y al estado civil.

Se halló que, a mayor edad, mayor vitalidad. Las mujeres de mayor edad puede que se sientan más satisfechas y estables con aspectos de la vida familiar y laboral, estos factores entre otros, podrían contribuir con la vitalidad que experimentan al cumplir una serie de roles y actividades tanto en la familia como en la comunidad.

Se encontraron diferencias significativas entre las mujeres de secundaria completa y las de superior universitario. Las áreas con mayor puntaje fueron: vitalidad, salud mental, función social, rol emocional y salud general para las mujeres que lograron culminar la universidad. La educación superior se asocia en mayor medida a la salud mental, a la capacidad de insertarse en el campo laboral, al cuidado de la propia salud y la autonomía personal entre otros.

Con respecto al estado civil, se encontró que las mujeres solteras, madres solteras y separadas muestran mayores puntajes significativos en salud mental, salud general y dolor corporal que aquellas casadas y/o convivientes. El apoyo socioemocional por una institución o personas significativas viene a ser uno de los factores importantes en la salud mental sobre todo para las mujeres en procesos de crisis (enfermedad crónica, violencia), sin embargo, no necesariamente la presencia de la pareja garantiza el soporte. En el caso de las mujeres solteras, divorciadas y separadas es probable que su percepción de salud sea mejor que la de las casadas puesto que pueden presentar mayor autonomía y estar expuestas a menores riesgo de violencia e independencia en relación a la pareja.

## LIMITACIONES

- Una de las limitaciones del estudio fue no evaluar el rol específico de la asociación con respecto a la salud percibida de las mujeres. Esto pudo ser muy interesante puesto que hubiera permitido conocer de qué manera la participación en la institución aumenta o disminuye la percepción de bienestar en salud de las participantes de manera más directa.
- Para poder obtener confiabilidad el rol de la institución en relación a la salud un estudio transversal se hace insuficiente, ya que toma una fotografía de una realidad solo en un momento y no puede dar datos sobre el movimiento de variables producto de alguna intervención.
- El tamaño de la muestra pudo haber sido un poco más grande para poder contener en el estudio una variabilidad mayor de edades, niveles académicos, estado civil, entre otros.
- Se reconoce que hubo algunos factores importantes que se pudieron haber incorporado en la metodología como la medición de la presencia de enfermedad o algún tipo de diagnóstico, las visitas al servicio de salud, percepción de la relación con los trabajadores de salud conductas y hábitos de salud.
- Tampoco se evaluó si eran o habían sido víctimas de violencia, lo que dificulta las presunciones alrededor del rol de soporte social y el estado civil en la muestra.
- Asimismo, agregar algunas preguntas cualitativas para ver cuáles son los elementos que están valorando más las mujeres en su evaluación integral de salud.

## RECOMENDACIONES

Con la finalidad de aportar a la sociedad y a la comunidad de investigadores este estudio presenta algunas recomendaciones:

- Se recomienda ampliar el número de mujeres con un nivel educativo superior universitario para que las comparaciones de medias puedan ser más ventajosas.
- Para los siguientes estudios se recomienda tomar en cuenta en la ficha sociodemográfica incorporar otras variables vinculadas a la salud como la presencia de diagnósticos previos físicos y mentales, indicadores de violencia, entre otros. Del mismo modo, agregar aspectos cualitativos al estudio, ya que esto permitirá conocer las percepciones más subjetivas y/o juicios de valor de las mujeres sobre su salud.
- Para el futuro, se podría realizar estudios correlacionales entre salud percibida y nivel socioeconómico, puesto que se ha encontrado que el nivel económico se relaciona directamente, con la salud social y mental de las mujeres.
- Los estudios que se han encontrado entre salud percibida y estilos de vida son más frecuentes en poblaciones jóvenes universitarios. Realizar más investigaciones con población adulta (hombres y mujeres) sería importante, porque estaría relacionado a la esperanza de vida y a la presencia de enfermedades crónicas.
- También, se sugiere estudiar la variable apoyo social desde la labor que realizan las instituciones sociales para las mujeres, porque en este estudio no se ha medido con algún instrumento en específico. Para entender el posible efecto que tiene la participación en la institución sobre la salud percibida por las mujeres.
- Finalmente, como recomendación práctica, la salud de las mujeres no solo se debe intervenir y promover desde el aspecto físico. Es claro que todas sus dimensiones están interrelacionadas y depende una de la otra. El componente mental es un aspecto potente en las mujeres que compromete sus dimensiones física y social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán, A. (2003). *Percepción del estado de salud*. Recuperado de <http://digital.csic.es/bitstream/10261/10500/1/g-13-5-007.pdf>
- Achío, M. (2003). *Salud de las mujeres de mediana edad: retos para los servicios de salud*. Revista de Ciencias Sociales (Cr), vol. IV, núm. 102, trimestral, 2003, pp. 95-106 Universidad de Costa Rica.
- Alcázar, L. y Ocampo, Diego. (2016). *Consecuencias de la violencia doméstica contra la mujer en el progreso escolar de los niños y niñas del Perú*. Recuperado de <https://www.grade.org.pe/wp-content/uploads/di80.pdf>
- Aguilar, D., Medina, V., Martínez, R. (2017). *El sentido de vida de madres solas*. Recuperado de <https://integracion-academica.org/22-numeros-antteriores/volumen-5-numero-13-2017/158-el-sentido-de-vida-en-madres-solas>
- Aguilar, I., Carrera, P., y Rabanaquea, M. (2014). *Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012)*. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/gsv29n1/original6.pdf>
- Alcalde, J., Espinosa, O., y Lazo, O. (2016). *El sistema de salud en el Perú. Situación y desafíos*. Lima: Colegio Médico del Perú. Recuperado de <http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2018/05/libroSistemaSaludPeru-.pdf>
- Alcántara, G. (2008). *La definición de salud la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinarietà*. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, vol. 9, núm.1, junio, 2008, pp.93-107. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
- Alonso, J., Prieto, L., Antó, J.M. (1995). *La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos*. Medicina Clínica, 104 (20), 771-776.

- Amigo, I., Fernández, C., Pérez, M. (2003). Capítulo 1: La Psicología de la salud (pp. 1-29). En *Manual de Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Bajuk, L. y Reich, M. (2011). *Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres uruguayas con cáncer de mama*. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v5n1/v5n1a03.pdf>
- Baptista, P., Fernández, C., y Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Sexta Edición. McGraw-HILL / Interamericana de Editores. S.A.
- Barragán, A., Calzadilla, Y., Vázquez, J., Molero, M., Mercader, I., y Soler, F. (2015). *Salud percibida y salud real: prevalencia en las personas mayores de 60 años*. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S166570631500007X>
- Barrera, F. (2016). *Apoyo emocional a la pareja ante sus miedos: el rol de la autorregulación emocional y la percepción de apoyo materno recibido*. Tesis para obtener el título de Doctor en Psicología. Universidad de Chile.
- Berbesi, Peñata, y Segura, (2017). Factores asociados a la percepción del estado de salud en habitantes de calle de Medellín. *Hacia la promoción de salud*. 2017; 22(1): 56-69.
- Bergner, M. (1989). *Quality of life, health status, and clinical research*. Med Care. 1989 Mar; 27(3 Suppl):S148-56.
- Bordignon, N. (2005). *El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto*. *Revista Lasallista de Investigación*, vol. 2, núm. 2, julio-diciembre, 2005, pp. 50-63 Corporación Universitaria Lasallista Antioquia, Colombia.
- Borrell, F. (2002). *El modelo biopsicosocial en evolución*. Recuperado de [https://altascapacidades.es/portalEducacion/html/otrosmedios/13034093\\_S300\\_es.pdf](https://altascapacidades.es/portalEducacion/html/otrosmedios/13034093_S300_es.pdf)
- Bover, A., Gastaldo, D., Prieto, D., y Sanchón, M. (2013). *Relación entre el estatus social subjetivo y la salud percibida entre mujeres inmigrantes latinoamericanas*. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/es\\_0104-1169-rlae-21-06-01353.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n6/es_0104-1169-rlae-21-06-01353.pdf)
- Burín M. y Meler, I. (2001). *Género y familia*. PAIDÓS. México.

- Canales, S. (2011). *Calidad de vida relacionada con la salud percibida en una unidad de atención farmacéutica a pacientes externos*. Recuperado de <https://hera.ugr.es/tesisugr/20689366.pdf>
- Cartujo, A. (2017). *Percepción de salud en función del estilo de vida en estudiantes universitarios*. Trabajo fin de grado en nutrición humana y dietética. Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/24969/1/TFG-M-N994.pdf>
- Chau, C. y Saravia, J. (2014). *Adaptación Universitaria y Su Relación con la Salud Percibida*. Revista Colombiana de Psicología, vol. 23, núm. 2, julio-diciembre, 2014, pp. 269-284. Universidad Nacional de Colombia Bogotá, Colombia.
- Choque, M., y Ramos, R. (2007). *La educación como determinante social de la salud en el Perú*. Recuperado de <http://blog.pucp.edu.pe/blog/raulchoque/wp-content/uploads/sites/905/2016/04/Determinante.pdf>
- Castro, Á., Espinosa, I., Rodríguez, P., Santos, Pablo (2007). *Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española*. Asociación Española de Psicología Conductual Granada, España. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33770320.pdf>
- Castaño, D., y Cardona, D. (2015). *Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores*. Revista de Salud Pública, vol. 17, núm. 2, abril, 2015, pp. 171-183. Universidad Nacional de Bogotá Colombia.
- Cohen, S. y Syme, L. (Eds.) (1985). *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Turner, R. B., Alper, C. M. y Skoner, D. P. (2003). *Emotional style and susceptibility to the common cold*. Psychosomatic Style, 65(4), 652-657.
- Danner, D., Snowdon, A. y Friesen, W. (2001). *Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study*. Journal of Personality and Social Psychology, 80, 804-813.
- De la Cruz, E., Fue, S., y Vizquete, M. (2012). *El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v12n1/v12n1a04.pdf>

- De Vincezi, A. y Tudesco, F. (2009). *La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad*. Revista Iberoamericana de n.º 49/7 – 25 de junio de 2009 EDITA: Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI).
- Estévez, E., Martínez, M., inglés, C., (2013). *Diversidad familiar y ajuste psicosocial en la sociedad actual*. Recuperado de <https://www.uv.es/lisis/estevez/art13/psicologia-com-art13.pdf>
- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES (2018). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018 - Nacional y Departamental*. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1656/index1.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html)
- Fachado, A., Menéndez, M., González, L. (2013). *Apoyo social: mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica*. Cad Aten Primaria. Año 2013. Vol. 13. Pg. 118-123.
- Fernández, C., Hernández, R. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Recuperado de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. (2016). *Informe sobre Equidad en Salud 2016: Un análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas*. Recuperado de [https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/2018-03/20170630\\_UNICEF\\_InformeSobreEquidadEnSalud\\_ESP\\_LR\\_0.pdf](https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/2018-03/20170630_UNICEF_InformeSobreEquidadEnSalud_ESP_LR_0.pdf)
- Frenk, J., Bobadilla, J., Stern, C. et. al. *Elementos para una teoría de la salud*. Salud Pública de México, 33 (5) 1991. 448-462
- Fredickoson, B. (2003). The evaluate of positive emotions. American Scientist, 91, 330-335.
- Frutos, J. y Royo, M.A. (2006). *Salud Pública y Epidemiología*. Ed. Díaz de Santos.

- García, M., Matud, P. (2015). *Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja. Un estudio con muestras de México y España*. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n5/0185-3325-sm-38-05-00321.pdf>
- Gastrón, L. y Lacasa, D. (2009). *La percepción de cambios en la vida de hombres y mujeres, según la edad*. Población y sociedad, ISSN 0328-3445, n° 16, 2009, pp. 3 - 28
- Gataúlinas, A. y Banceviča, M. (2014). *Subjective Health and Subjective Well-Being (The Case of EU Countries)*. *Advances in Applied Sociology*, 4, 212-223.
- Gil, M., y Gil, A. (2007). *Percepción de la salud según sexo y edad*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/153/15311813.pdf>
- Girón, P. (2010). *Los determinantes de la salud percibida en España*. Universidad Complutense de Madrid. (Tesis Doctoral Universidad Complutense Madrid): Recuperado de <https://eprints.ucm.es/11024/1/T32155.pdf>
- González, M. Landero, R. y Moral, J. (2011). *Estrés percibido, ira y burnout en amas de casa mexicanas*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2451/245118507001.pdf>
- González, M. y Landero, R. (2011). *Apoyo social, estrés y autoestima en mujeres de familias monoparentales y biparentales*. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/277265793\\_Apoyo\\_Social\\_Estres\\_y\\_Autoestima\\_en\\_Mujeres\\_de\\_Familias\\_Monoparentales\\_y\\_Biparentales](https://www.researchgate.net/publication/277265793_Apoyo_Social_Estres_y_Autoestima_en_Mujeres_de_Familias_Monoparentales_y_Biparentales)
- Gumá, J. y Cámara, A. (2014). *¿Informa la salud autopecibida sobre las objetivas? Algunas conclusiones a partir del análisis demográfico de microdatos de la Encuesta Nacional*. Estadística española. V. 56, nro 183/2014, pp.61-76.
- Herrera, E., Pablos, A., Chiva-Bartoll, O., Pablos, C. (2017). *Efectos de la actividad física sobre la salud percibida y condición física de los adultos mayores*. Journal of sport and health Research, 9 (1): 27-40.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2014). *Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES*. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1151/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/)

- Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI (2016). *Perú: Rumbo a los Censos Nacionales*. Nota de prensa. N° 032 – 07 marzo 2018. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n041-2016-inei.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI (2018). *Produciendo estadísticas para el desarrollo del país*. Nota de prensa. N° 032 – 07 marzo 2018. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-no-108-2018-inei.pdf>
- Jara, L., Roberts, E., y Gómez, E. (2009). *La salud de las mujeres y hombres en las Américas. Perfil 2009*. Recuperado de <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/gdr-perfil-salud-hombres-y-mujeres-2009.pdf?ua>
- Jenkinson, C. (1998). *Measuring health status and quality of life*. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/3055/c01e5122112649eb5ea808f6bb927fecac55.pdf>
- Jylhä, M. (1996). *What is self-rated health and why does it predict mortality. Towards a unified conceptual model*. Soc Sci Med 2009; 69 307-316
- Juárez, F. (2011). *El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud*. International Journal of Psychological Research, vol. 4, núm. 1, 2011, pp. 70-79. Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia.
- Juárez, D., y Landero, R. (2011). *Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama*. Revista Nova Scientia, nro. 7 Vol. 4 (1), 2011. P. 17-34.
- Jiménez, M., Martínez, P., Miró, E. y Sánchez, A. (2008). *Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico?* Universidad de Granada, España.
- Kielstra, P. y Koehring, M. (2017). *Control del cáncer, acceso y desigualdad en América Latina. Una historia de luces y sombras*. Recuperado de [https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/images/Cancer\\_control\\_access\\_and\\_inequality\\_in\\_Latin\\_America\\_SPANISH.pdf](https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/images/Cancer_control_access_and_inequality_in_Latin_America_SPANISH.pdf)

- Knäuper, B. y Turner, P. (2000). *Measuring health: Improving the validity of health assessments*. Department of Psychology, McGill University, Montreal. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.471.3210&rep=rep1&type=pdf>
- Krause N.M. y Jay G.M. (1994). *What do global self-rated health items measure?* Medical Care, 32(9):930-942.
- Landero, R. y González (2006). *Apoyo social en mujeres de familias monoparentales y biparentales*. Psicología y salud, julio – diciembre, año/vol. 16, número 002. Universidad Veracruzana- México.
- Laos, K. (2010). *Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en psicología clínica no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Lostanau, V., Torrejón, C., y Cassaretto, M. (2017). *Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama*. Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades>.
- Lostanau, V., Torrejón, C. (2013). *Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar el título de Magister. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5175/LOSTANAU\\_CALERO\\_TORREJON\\_SALMON\\_ESTRES\\_CANCER.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5175/LOSTANAU_CALERO_TORREJON_SALMON_ESTRES_CANCER.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- López, L., Fundora, Y., Valladares, A., Ramos, R., Blanco, Y. (2015). *Prevalencia de la violencia física y psicológica en relaciones de parejas heterosexuales*. Finlay.. Revista de enfermedades no transmisibles.
- Masías, M. y Arias, W. (2018). *Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú*. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v29n4/a04v29n4.pdf>
- Matud, M., Aguilera, L., Marrero, J., Moraza, O., Carballeira, M. (2003). *El apoyo social en la mujer maltratada por su pareja*. International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 3, núm. 3, septiembre, 2003, pp. 439-459 Asociación Española de Psicología Conductual Granada, España

- Maruish, M. (2011). *User's Manual for the Sf- 36 v2 Health Survey*. Third Edition.
- Moyano, C., y Orozco, M. (2018). *Apoyo social y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama que acuden al consultorio de oncología del Hospital Edgardo Rebagliátegui Martins, Lima 2017*. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Universidad Norbert Wiener, Lima. Recuperado de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1745/TITULO%20-%20Orozco%20Quispe%2c%20Maggi%20Yoana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de Salud MINSA (2015). *Análisis de situación de salud en el Perú*. Recuperado de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>
- Ministerio de Salud MINSA (2017). *Plan Nacional para la prevención y control de Cáncer de Mama en el Perú*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4234.pdf>
- Morcillo, V. (2017). *Desigualdades en la salud autopercebida de la población española*. (Tesis doctoral). Recuperado de <http://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911114001605>
- Murcia, S., y Zea, M. (2012). Manejar las emociones, factor importante en el mejoramiento de la calidad de vida. *Revista Logos, Ciencia & Tecnología*, vol. 4, núm. 1, julio-diciembre, 2012, pp. 58-67 Policía Nacional de Colombia Bogotá, Colombia
- Oblitas, L. (Coord.) (2004). Promoción de estilos de vida saludables. En *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson.
- Ostir, G., Ottenbacher, K., Kyriacos, M. (2000). *Onset of frailty in older adults and the protective role of positive affect*. Recuperado de [https://www.utmb.edu/pepper/publications/2004\\_Pubs/Ostir-15382991.pdf](https://www.utmb.edu/pepper/publications/2004_Pubs/Ostir-15382991.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer*. Recuperado de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/130v01.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Las mujeres y la salud. Los datos de hoy la agenda de mañana*. Recuperado de

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70121/WHO\\_IER\\_MHI\\_STM.09.1\\_spa.pdf;jsessionid=F03C1B330AF0FB3537D83561333C29B5?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70121/WHO_IER_MHI_STM.09.1_spa.pdf;jsessionid=F03C1B330AF0FB3537D83561333C29B5?sequence=1)

Organización Panamericana de la Salud OPS (2001). *Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud*. Boletín Epidemiológico / OPS, Vol. 22, No. 4 (2001).

Organización Panamericana de la Salud OPS (2018). *Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos*. Recuperado de [http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/07/Indicadores-de-Salud\\_spa.pdf](http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/07/Indicadores-de-Salud_spa.pdf)

Olivares, P. (2006). *Estado de salud de beneficiarios del Sistema de Salud de Chile: 2004–2005*. Superintendencia de Isapres, Departamento de Estudios y Desarrollo, Santiago de Chile.

Paredes, M. (2003). *Calidad de vida y soporte social en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en psicología clínica no publicada, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima

Paredes, Y., Yarce, E., y Aguirre, D. (2018). Funcionalidad y factores en el adulto mayor de la Ciudad de San Juan de Pasto. *Rev. Cienc. Colombia*, vol.16 (1):114-128.

Patiño, A., Arango, F., Lopera, N., Ortiz, A., Pérez, E., Santamaría, J., Botero, J. (2010). *Calidad de vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de actividad física*. *Iatreia*, vol. 24, núm. 3, septiembre-noviembre, 2011, pp. 238-249. Universidad de Antioquia Medellín, Colombia.

Perea, R. (2001). *La educación para la salud, reto de nuestro tiempo*. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:EducacionXXI-F118F1B1-20B0-6C6D-8F91-9988F26282B4/Documento.pdf>

Pla, J., Adam, D., Bernabeu, I. (2013). *Estereotipos y prejuicios de género: factores determinantes en Salud Mental*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4694952>

Quesada, D., y Tamayo, G. (2012). *Calidad de vida relacionada con salud en personas con limitación en las actividades de la movilidad del Municipio de Neiva. 2009 - 2011*. Tesis de maestría. Universidad Autónoma de Manizales.

- Ramos, M. y Choque, R. (2007). *La educación como determinante social de la salud en el Perú*. Recuperado de <http://blog.pucp.edu.pe/blog/raulchoque/wp-content/uploads/sites/905/2016/04/Determinante.pdf>
- Rico, M. (2008). *Factores asociados a la autopercepción del estado de salud de los adultos mayores en México*. Tesis para optar al grado de Maestro en Población y Desarrollo. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Rengifo, M. (2017). *Apoyo social percibido y recibido en mujeres diagnosticadas con cáncer de seno*. Maestría en Psicología de la Salud. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de [http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/7982/Apoyo\\_social\\_percibido.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/7982/Apoyo_social_percibido.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rodríguez, E. (2012). *Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad*. *Invest Medicoquir* 2012 (enero-junio); 4(1):245-259. Recuperado de <http://files.sld.cu/cimeq/files/2012/06/imq-2012-4-1-244-259-calidad-de-vida-y-percepcion-de-salud-en-mujeres-de-mediana-edad.pdf>
- Rodríguez, S., Ríos, J. Schiavone, M., y Seoane, H., (2015). *Salud percibida. Cobertura, utilización y acceso al sistema de atención de la salud en el área Metropolitana de Buenos Aires*. Recuperado en [http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Salud\\_Percibida\\_3\\_Sept.pdf](http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Salud_Percibida_3_Sept.pdf)
- Romero, J. (2014). *Factores de resiliencia en mujeres jefas de hogar víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato y abuso*. Tesis de grado. Guatemala de la asunción, enero de 2014 campus central. Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Carolin-Jesus.pdf>
- Robine, J.M., Jagger, C. y Egidi, V. (2000). *Selection of a coherent Set of Health Indicators. Final draft. a first step towards a user's guide to health experiences for the European Union*. Euro-REVES (Francia).
- Salazar, F. y Barnabé, E. (2012). *The spanish SF-36 in Peru: Factor structure, construct validity and internal consistency*. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 13, 1-9.
- Salazar, J., Torres, M., Aranda, C., y López, B. (2016). *Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en el personal docente universitario de Jalisco, México*.

Archivos latinoamericanos de nutrición órgano oficial de la sociedad latinoamericana de nutrición

Salazar, A., Paravic, T., y Barriga, O. (2011). *Percepción de las mujeres y sus parejas sobre la calidad de vida en el climaterio*. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rhog/v76n2/art02.pdf>

Sánchez, M., Aparicio, M., Dresch, V. (2006). *Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres*. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/28125514\\_Ansiedad\\_autoestima\\_y\\_satisfaccion\\_autopercibida\\_como\\_predictores\\_de\\_la\\_salud\\_diferencias\\_entre\\_hombres\\_y\\_mujeres](https://www.researchgate.net/publication/28125514_Ansiedad_autoestima_y_satisfaccion_autopercibida_como_predictores_de_la_salud_diferencias_entre_hombres_y_mujeres)

Sánchez, M. (2018). *Empoderamiento educativo de las mujeres*. Situación actual y líneas de política. Documento final: Colombia. Recuperado de [www.equidadmujer.gov.com](http://www.equidadmujer.gov.com).

Sanz, J., Sánchez, M., Ibáñez, M., Josune, M., y Arantzazu, A. (2013). *Calidad de vida de las mujeres víctimas de violencia del compañero íntimo*. Recuperado de <http://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/99>

Serrano, M., Caballero, J., Cañas, A., García, P., Serrano, C., y Prieto, J. (2002). R e v. Soc. Esp. Dolor 9: 94-108, 2002. *Valoración del dolor*. Recuperado de [http://revista.sedolor.es/pdf/2002\\_02\\_05.pdf](http://revista.sedolor.es/pdf/2002_02_05.pdf)

Schwartzmann, L. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales*. Recuperado de <http://www.psicologiamedica.org.uy/pdfs/cvrs.pdf>

Soto, C., García, A., Sánchez, M. (2011). *Plan de desarrollo Concertado del distrito de San Martín de Porres al 2021*. Recuperado de [https://www.imp.gob.pe/images/IMP%20-%20PLANES%20DE%20DESARROLLO%20MUNICIPAL/san\\_martin\\_de\\_porres\\_plan\\_de\\_desarrollo\\_concertado\\_al\\_2021.pdf](https://www.imp.gob.pe/images/IMP%20-%20PLANES%20DE%20DESARROLLO%20MUNICIPAL/san_martin_de_porres_plan_de_desarrollo_concertado_al_2021.pdf)

- Sanabria, A. (2000). *El rol del estado y la salud en el Perú*. Recuperado de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/Publicaciones/economia/numeros/2000\\_n15.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtual/Publicaciones/economia/numeros/2000_n15.htm)
- Tintaya, P. (2015). *Operacionalización de las variables psicológicas*. Recuperado de [http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n13/n13\\_a07.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n13/n13_a07.pdf)
- Tamez, B., y Ribeiro, M. (2012). *El divorcio, indicador de transformación social y familiar con impacto diferencial entre los sexos: estudio realizado en Nuevo León*. Papeles de Población, vol. 22, núm. 90, octubre-diciembre, 2016, pp. 229-263 Universidad Autónoma del Estado de México
- Torres, J. (2011). *Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama*. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica.
- Torringhi, A. (2018). *Conductas de salud y salud en jóvenes universitarios de Lima Metropolitana*. (Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú). Recuperado de [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/12315/Rossi\\_Torringhi-Berretti\\_Conductas\\_salud\\_salud1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/12315/Rossi_Torringhi-Berretti_Conductas_salud_salud1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Urzúa, A. (2010). *Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales*. Rev Med Chile 2010; 138: 358-365. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n3/art17.pdf>
- Valsamma, P. (2006). *Análisis cualitativo de la autoestima de las mujeres, casadas, separadas, y madres solteras de ciudad de Oaxaca*. Tesis para obtener el grado de maestro. Universidad Iberoamericana, México. Recuperado de: <http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/014700/014700.pdf>
- Vergara, M. (2007). *Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad*. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, enero - diciembre 2007, págs. 41 – 50.
- Vecina, M. (2006). *Emociones positivas*. Universidad Complutense. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1280.pdf>
- Villarreal, C. (2008). *La soltería en mujeres de mediana edad*. Reflexiones, vol. 87, núm. 1, 2008, pp. 99-111 Universidad de Costa Rica.

- Vilagut, G., Ferrer, M. Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miraldad, A., Quintana, J., (2004) ...Jordi A. (2004). El Cuestionario de Salud SF-36 españoles: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Revisiones*. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv19n2/revision1.pdf>
- Vinaccia, S., Quiceno, M., Zapata, C., Obesso, S., Quintero, D. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc). *Psicología desde el Caribe* issn 0123-417X N° 18, diciembre 2006. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/2082/9481>
- Ware, J., John, E., Sherbourne, C. (1992). *The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/06cb/0076e310136d0ca8b56cc8585ec2bf43e029.pdf>
- Ware, J. (1993). *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. The Health Institute, New England Medical Center Boston, Massachusetts. Recuperado de: [https://czresearch.com/info/SF36\\_healthsurvey\\_ch6.pdf](https://czresearch.com/info/SF36_healthsurvey_ch6.pdf)
- Yanes, M., Chio, I., y Pérez, R. (2012). *Satisfacción personal de la mujer de edad mediana y su relación con otros factores de la vida cotidiana*. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*. 2012; 38 (2):199-213. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n2/gin08212.pdf>
- Yanguas, J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Recuperado de <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/13286.pdf>
- Zaccsa, E. (2010). *Indicadores básicos. Para el análisis del estado de salud de la población*. Ministerio de Salud Pública. La Habana, Cuba.
- Zaldívar, A., Gurrola, A., Balcázar; Moysén, P., Esquivel, A. (2013). *Las mujeres separadas de cara a la violencia de sus ex parejas. Rumbo a su caracterización*. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/cuat/v10n1/2007-7858-cuat-10-01-00083.pdf>

Zamudio, F. Ayala, M y Arana, R. (2014). *Mujeres y hombres. Desigualdades de género en el contexto mexicano*. Estudios Sociales, vol. 22, núm. 44, julio-diciembre, 2014, pp. 249-279. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/417/41731685010.pdf>





## **ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La presente investigación es conducida por PILAR NORES LÓPEZ COMECA, de la Universidad Antonio Ruiz de Montoya, en el marco del curso Seminario de Tesis II. El objetivo de este estudio es describir la salud percibida de las mujeres que pertenecen a una asociación donde reciben apoyo psicosocial.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas a dos pruebas (una ficha y un cuestionario) lo que le tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán identificadas con un código y, por lo tanto, serán anónimas.

Su participación en este estudio es voluntaria y puede dejar de participar en el momento que desee sin que esto lo perjudique de ninguna forma. Si tiene alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Adicionalmente, si alguna de las preguntas le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Si tiene preguntas adicionales sobre su participación en este estudio o quisiera acceder a los resultados de esta, puede contactar con la Prof. Miriam Lúcar Flores o al correo [miriamlf7@gmail.com](mailto:miriamlf7@gmail.com) o al teléfono 7195984.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación de la Universidad Antonio Ruiz de Montoya. He sido informado(a) del objetivo, duración y otras características de la investigación. Reconozco que mi participación es voluntaria y que la información que yo provea en el curso de esta investigación es confidencial. De tener

preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con Prof. Miriam Lúcar Flores o al correo [miriamlf7@gmail.com](mailto:miriamlf7@gmail.com) o al teléfono 7195984.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactar al correo y teléfono anteriormente mencionado.

---

Nombre del Participante **1**

Firma del Participante

---

## ANEXO 2: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

### Datos Sociodemográficos

1° Edad: \_\_\_\_\_

2° ¿Hace cuánto tiempo que está participando de la Institución?

| 6 meses | 1 año | 2 años | A más años |
|---------|-------|--------|------------|
|         |       |        |            |

3° Lugar de nacimiento:

| Lima | Otra región |
|------|-------------|
|      |             |

4° Estado Civil:

| Casada | Conviviente | Soltera | Madre soltera | Separa | Viuda |
|--------|-------------|---------|---------------|--------|-------|
|        |             |         |               |        |       |

5° Grado de instrucción

| Secundaria Comp. | Superior Técnico | Superior Universitario |
|------------------|------------------|------------------------|
|                  |                  |                        |

6° ¿Qué taller técnico estas estudiando en la Institución?

| Cosmetología | Repostería | Computación | Operatividad | Tejido | Otros |
|--------------|------------|-------------|--------------|--------|-------|
|              |            |             |              |        |       |

7° Actualmente, se encuentra trabajando

| SI | NO |
|----|----|
|    |    |

## ANEXO 3: CUESTIONARIO SF36 V2

### SU SALUD Y BIENESTAR

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

En cada pregunta, por favor marque con una  la casilla que mejor describa su respuesta.

1. En general, ¿diría usted que su salud es:

| Excelente                  | Muy buena                  | Buena                      | Regular                    | Mala                       |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2. ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año?

| Mucho mejor ahora que hace un año | Algo mejor ahora que hace un año | Más o menos igual ahora que hace un año | Algo peor ahora que hace un año | Mucho peor ahora que hace un año |
|-----------------------------------|----------------------------------|---|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1        | <input type="checkbox"/> 2       | <input type="checkbox"/> 3              | <input type="checkbox"/> 4      | <input type="checkbox"/> 5       |

**3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo limita en estas actividades? Si es así, ¿cuánto?**

|   | Sí,<br>me limita<br>mucho  | Sí,<br>me limita<br>un poco | No, no me<br>limita para<br>nada |
|---|----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| a Actividades intensas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores .....          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3       |
| b Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, barrer, bailar o andar en bicicleta ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3       |
| c Levantar o llevar las bolsas de las compras .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3       |
| d Subir varios pisos por la escalera.....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3       |
| e Subir un piso por la escalera.....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3       |
| f Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas.....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3       |
| g Caminar más de un kilómetro.....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3       |
| h Caminar varios cientos de metros.....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3       |
| i Caminar cien metros.....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3       |
| j Bañarse o vestirse .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> 3       |

**4. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?**

|   | Siempre                    | Casi<br>siempre            | Algunas<br>veces           | Casi<br>nunca              | Nunca                      |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
|   | ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          |
| a ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades? .....                                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| .....   | <input type="checkbox"/> 5 |                            |                            |                            |                            |
| b ¿Ha logrado hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer? .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| .....   | <input type="checkbox"/> 5 |                            |                            |                            |                            |
| c ¿Se ha visto limitado en el tipo de trabajo u otras actividades? .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| .....   | <input type="checkbox"/> 5 |                            |                            |                            |                            |
| d ¿Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)? ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| .....   | <input type="checkbox"/> 5 |                            |                            |                            |                            |

**5. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?**

|  | Siempre                    | Casi siempre               | Algunas veces              | Casi nunca                 | Nunca                      |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
|  | ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          |
| a ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| .....  | <input type="checkbox"/> 5 |                            |                            |                            |                            |
| b ¿Ha logrado hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?.....              | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| .....  | <input type="checkbox"/> 5 |                            |                            |                            |                            |
| c ¿Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual?.....     | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| .....  | <input type="checkbox"/> 5 |                            |                            |                            |                            |

**6. Durante las últimas 4 semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos u otras personas?**

| Nada en absoluto           | Ligeramente                | Moderadamente              | Bastante                   | Extremadamente             |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

**7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas 4 semanas?**

Ninguno      Muy poco      Poco      Moderado      Mucho      Muchísimo

|                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |

**8. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)?**

Nada en absoluto      Un poco      Moderadamente      Bastante      Extremadamente

|                            |                            |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

**9. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido sus cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta, por favor elija la respuesta que más se aproxime a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas...**

|   | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|---|---------|--------------|---------------|------------|-------|
| a se ha sentido lleno de vitalidad?.....                            | □ 1     | □ 2          | □ 3           | □ 4        | □ 5   |
| b ha estado muy nervioso? .....                                     | □ 1     | □ 2          | □ 3           | □ 4        | □ 5   |
| c se ha sentido con ánimo tan decaído que nada podía animarlo?..... | □ 1     | □ 2          | □ 3           | □ 4        | □ 5   |
| d se ha sentido tranquilo y sereno?.....                            | □ 1     | □ 2          | □ 3           | □ 4        | □ 5   |
| e ha tenido mucha energía?.....                                     | □ 1     | □ 2          | □ 3           | □ 4        | □ 5   |
| f se ha sentido desanimado y deprimido?.....                        | □ 1     | □ 2          | □ 3           | □ 4        | □ 5   |
| g se ha sentido agotado?.....                                       | □ 1     | □ 2          | □ 3           | □ 4        | □ 5   |
| h se ha sentido feliz? .....  | □ 1     | □ 2          | □ 3           | □ 4        | □ 5   |
| i se ha sentido cansado? .....                                      | □ 1     | □ 2          | □ 3           | □ 4        | □ 5   |

10. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

| Siempre                    | Casi siempre               | Algunas veces              | Casi nunca                 | Nunca                      |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

11. ¿Cuán CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?

| Totalmente cierta  | Bastante cierta            | No sé                      | Bastante falsa             | Totalmente falsa           |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ▼  | ▼                          | ▼                          | ▼                          | ▼                          |
| a Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> 5   |                            |                            |                            |                            |
| b Estoy tan sano como cualquiera .....                             | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> 5   |                            |                            |                            |                            |
| c Creo que mi salud va a empeorar .....                            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> 5   |                            |                            |                            |                            |
| d Mi salud es excelente .....                                      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| .....  | <input type="checkbox"/> 5 |                            |                            |                            |

#### ANEXO 4: RESUMEN DE LA FICHA SOCIODEMOGRAFICA

**Total: 62 mujeres**

|                                 |                    |                     |                 |               |
|---------------------------------|--------------------|---------------------|-----------------|---------------|
| <b>Edad</b>                     | 18- 60 años        | M= 38 años          |                 |               |
| <b>Tiempo en la Institución</b> | 6 meses = 55%      | 1 año =10%          | 2 años =35%     |               |
| <b>Lugar de nacimiento</b>      | Provincia= 64,5%   | Lima = 35,5%        |                 |               |
| <b>Estado civil</b>             | Con pareja =79%    | Solteras = 11%      | M. Solteras =7% | Separadas: 3% |
| <b>Grado de instrucción</b>     | Sec. Completa= 53% | Sup. Técnico =33,2% | Sup. Univ. 14%  |               |

## ANEXO 5: ALFA DE CRONBACH

**Tabla 5** *Confiabilidad de consistencia interna Alfa de Cronbach*

| Escalas        | Items | Alfa de Cronbach |
|----------------|-------|------------------|
| Función física | 10    | 0,88             |
| Rol físico     | 4     | 0,82             |
| Dolor Corporal | 2     | 0,77             |
| Salud General  | 5     | 0,74             |
| Vitalidad      | 4     | 0,69             |
| Función Social | 2     | 0,68             |
| Rol Emocional  | 3     | 0,79             |
| Salud Mental   | 5     | 0,72             |