



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**RESILIENCIA Y APOYO SOCIAL COMO FACTORES PROTECTORES  
DE LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS  
DEL CENTRO DE SALUD SAN JACINTO DE BUENA FE.**

En opción al grado académico de Magister en Psicología Clínica

**AUTORA:**

**PS. CL. DANIELA IRENE MOREIRA PEÑAFIEL**

Guayaquil, Noviembre 2016



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**



**UNIDAD ACADÉMICA: DIRECCIÓN DE POSTGRADO**

**RESILIENCIA Y APOYO SOCIAL COMO FACTORES PROTECTORES  
DE LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS  
DEL CENTRO DE SALUD SAN JACINTO DE BUENA FE.**

En opción al grado académico de Magister en Psicología Clínica

**AUTOR (A):**

**PS. CL. DANIELA IRENE MOREIRA PEÑAFIEL**

**TUTORA:**

**MSC. NADIA SORIA MIRANDA**

Guayaquil, Noviembre del 2016

## **DEDICATORIA**

Esta investigación va dedicada:

A Dios: Por darme la bendición y la oportunidad de existir, y brindarme perseverancia para cumplir mis objetivos pese a diversas dificultades.

A mi hija: Quien es mi impulso para seguir capacitándome y cumplir mis metas personales, profesionales y de vida.

A mi familia: Por el impulso, energía, comprensión y apoyo incondicional brindado durante este gran proceso.

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi sincero agradecimiento a las Autoridades y Docentes de la Universidad de Guayaquil, por brindarme la oportunidad de fortalecerme y educarme para brindar estos conocimientos en beneficio de la colectividad, quienes con su ejemplo y motivación fueron parte fundamental de mi formación profesional.

A los Usuarios externos e internos del Centro de Salud San Jacinto de Buena Fe, quienes fueron una parte fundamental y brindaron todas las facilidades para realizar esta investigación.

En general a todas aquellas personas que en menor o mayor grado han contribuido mi formación como maestrante.

# RESILIENCIA Y APOYO SOCIAL COMO FACTORES PROTECTORES DE LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL CENTRO DE SALUD SAN JACINTO DE BUENA FE.

**Autora:**

Ps. Cl. Daniela Irene Moreira Peñafiel

## **Resumen**

La enfermedad crónica es considerada como un trastorno orgánico funcional, es persistente en el tiempo, sin un principio, curso o fin definibles. En el Centro de Salud “San Jacinto de Buena Fe” ubicado en la Provincia de Los Ríos, se han conformado Clubes donde se agrupan adultos con enfermedades crónicas como Hipertensión Arterial, Cardiopatía Isquémica y Diabetes Mellitus. Se identificaron brechas en el tratamiento psicológico relacionadas a características individuales del proceso de adaptación a la enfermedad las cuales no permitían que el programa surtiera efecto en un periodo de tiempo adecuado. Se propuso un rediseño de las acciones de atención Psicosocial mirando al sujeto desde sus potencialidades. El objetivo general fue caracterizar la resiliencia y el apoyo social como factores protectores de la salud, explorando variables demográficas y de la historia de la enfermedad, describiendo el comportamiento de la resiliencia y valorando el apoyo social percibido. El diseño fue descriptivo transversal, la población de estudio fueron los 17 pacientes participantes del club de enfermedades crónicas. Se les aplicó a los sujetos una entrevista estructurada, la escala de Resiliencia (Connor Davidson, 2003) y el cuestionario MOS (Sherbourne, C.D. y Stewart, A.L., 1991) de apoyo social percibido. Predominó en el grupo el sexo masculino, la educación básica, divorciados y con empleo. El nivel general de resiliencia fue bajo y las dimensiones de más alto puntaje fueron la aceptación positiva al cambio, competencia personal y tenacidad e influencias espirituales. El índice global máximo de apoyo social resultó ser medio y las dimensiones más destacadas fueron el apoyo emocional y la ayuda material o instrumental.

**PALABRAS CLAVES: RESILIENCIA, APOYO SOCIAL, FACTORES PROTECTORES, ENFERMEDADES CRÓNICAS**

RESILIENCE AND SUPPORT SOCIAL AS FACTORS PROTECTIVE OF  
HER HEALTH IN PATIENTS WITH DISEASES CHRONIC OF THE  
CENTER OF HEALTH SAN JACINTO DE BUENA FÉ.

**Autora:**

Ps. Cl. Daniela Irene Moreira Peñafiel

**Abstract**

Chronic disease is considered as a functional organic disorder is persistent over time, without a beginning, course or definable end. In the Health Center "San Jacinto de Buena Fe" located in the province of Los Rios, clubs have been formed where adults are grouped with chronic diseases such as Hypertension, Coronary Heart Disease and Diabetes Mellitus. gaps in the psychological treatment related to individual characteristics of the adaptation process to the disease which did not allow the program to take effect in a suitable time period were identified. A redesign of psychosocial care actions looking at the subject from its potential was proposed. The overall objective was to characterize resilience and social support as protective factors of health, demographic and exploring the history of the disease variables describing the behavior of assessing resilience and perceived social support. The design was cross-sectional descriptive study whose population of 17 participants were patients of chronic diseases club. It was applied to a structured interview subjects, Resilience Scale (Connor Davidson, 2003) and MOS Social Support perceived (Sherbourne, C.D. y Stewart, A.L., 1991). It predominated in the male gender, basic education, divorced and employment. The overall level of resilience was low and dimensions highest score were positive acceptance to change, competence and tenacity and spiritual influences. The maximum overall index of social support proved to be average and the most important dimensions were emotional support and material aid or Instrumental.

**KEY WORDS. RESILIENCY, SOCIAL SUPPORT, PROTECTIVE  
FACTORS, CHRONIC DISEASES**

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
RESUMEN.....	<b>V</b>
ABSTRACT.....	<b>Vi</b>
INTRODUCCIÓN.....	<b>1</b>
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO.....	<b>5</b>
1.1 La Psicología de la Salud como enfoque teórico integrador.....	<b>5</b>
1.1.1 Determinantes de salud de la población.....	<b>7</b>
1.2 Las enfermedades Crónicas no transmisibles. Aspectos generales.....	<b>9</b>
1.3 Los factores protectores de la salud.....	<b>13</b>
1.3.1 Factores de protección de origen personal.....	<b>14</b>
1.3.1.1 La resiliencia.....	<b>15</b>
1.3.1.2 Resiliencia. Antecedentes históricos.....	<b>16</b>
1.3.1.3 Etapas de la investigación de la resiliencia.....	<b>17</b>
1.3.1.4 Etapa de los factores de riesgo.....	<b>17</b>
1.3.1.5 Etapa del estudio de los mecanismos innatos.....	<b>18</b>
1.3.1.6 Etapa de estudio de las diferencias individuales en la forma de evolucionar.....	<b>18</b>
1.3.1.7 El término resiliencia dentro de la psicología.....	<b>18</b>
1.3.1.8 La resiliencia como un proceso.....	<b>19</b>
1.3.2 Factores de protección de origen social.....	<b>20</b>
1.3.2.1 Apoyo Social y Salud.....	<b>23</b>
1.3.2.2 Familia.....	<b>25</b>
1.3.2.3 Familia y enfermedad.....	<b>28</b>
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	<b>30</b>
2.1 Situación Problemática.....	<b>30</b>
2.1 Planteamiento del problema de investigación.....	<b>31</b>
2.3 Formulación de los objetivos.....	<b>31</b>
2.3.1 Objetivo General.....	<b>31</b>
2.3.2 Objetivos Específicos.....	<b>32</b>

<b>2.4</b> Perspectiva general y tipo de investigación.....	<b>32</b>
<b>2.5</b> Hipótesis, y/ o preguntas científicas.....	<b>33</b>
<b>2.6</b> Definición de variables, categorías o constructos.....	<b>34</b>
<b>2.7</b> Población y Muestra.....	<b>36</b>
<b>2.8</b> Métodos, técnicas e instrumentos.....	<b>37</b>
<b>2.8.1</b> Cuestionario.....	<b>37</b>
<b>2.8.2</b> Escala de Resiliencia.....	<b>37</b>
<b>2.8.3</b> Cuestionario MOS de Apoyo Social percibido.....	<b>39</b>
<b>2.9</b> Procedimiento.....	<b>40</b>
<b>CAPÍTULO III. ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>42</b>
<b>3.1</b> Resultados.....	<b>42</b>
<b>3.4.</b> Discusión de los resultados.....	<b>46</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>52</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRFÍA.....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO 1. CUESTIONARIO</b>	
<b>ANEXO 2. ESCALA DE RESILIENCIA (CONNOR-DAVIDSON)</b>	
<b>ANEXO 3. CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL</b>	

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad crónica es considerada como un trastorno orgánico funcional que cambia la vida de una persona, es persistente en el tiempo, por lo general, sin un principio ni un curso ni fin definibles y raramente tiene una cura. “Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirman que en 2030, a escala mundial, aumentarán las defunciones ocasionadas por enfermedades no transmisibles. Las enfermedades cardiovasculares aumentarán de 17 millones a 25 millones, mientras que las muertes ocasionadas por el cáncer aumentarán de 7,6 millones a 13 millones”. (Stanton, Reversion y Tennen, 2007).

En Ecuador, 6 de cada 10 muertes corresponden a enfermedades no transmisibles, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2014) informó que 8.311 personas murieron por enfermedades hipertensivas y cerebrovasculares en el año 2013. Las enfermedades Hipertensivas y Cerebrovasculares son la primera causa de muerte en el país, seguidas del Cáncer y en el tercer lugar la Diabetes Mellitus.

El desarrollo que ha predominado en la Psicología a lo largo del tiempo, se ha centrado en la debilidad humana en general, dando lugar al enfoque patogénico, aspecto que ha incidido en que la Psicología sea identificada como Psicopatología (Contreras y Esguerra, 2006) Como afirma Garassini y Zavarce, (2010) “este énfasis en la patología, creó un vacío importante en el estudio de los aspectos positivos del ser humano, y como resultado se ha generado un movimiento en la Psicología, enmarcado en el modelo salutogénico, que conceptualiza el bienestar integrado tanto por la satisfacción con la vida, como por fortalezas o rasgos positivos, considerando estas dimensiones como factores promotores de la salud”

Así es como surge, por iniciativa de Martin Seligman en 1998 la Psicología Positiva en respuesta a estas carencias, marcando sus inicios formales hacia el desarrollo de las potencialidades del ser humano, la cual se define como “el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, previendo y reduciendo la incidencia de psicopatología, a la vez que promociona las potencialidades humanas” (Contreras, et al. 2006, p. 316).

Este enfoque no sólo engloba a personas con alguna enfermedad física o mental instaurada, sino precisamente a las personas que aún se encuentran sin ninguna de éstas, como es el caso de personas en riesgo. De acuerdo con ello, Garassini (2010) expresa: “Esta realidad abarca a la población afectada por alguna enfermedad y las potencialidades representan un recurso para su recuperación, no sólo del cuerpo físico, sino también del cuerpo psíquico. Sin embargo, también es importante considerar aquellas personas que, sin padecer enfermedades tienen una enorme capacidad de recuperarse como personas íntegras a través de mecanismos psicológicos que le den una dimensión positiva a las situaciones críticas de la vida. Es este ámbito, el que ha dejado de lado la psicología como disciplina, es decir la promoción y prevención de la salud y el bienestar de las personas.”

En este sentido, se propone la aplicación de un nuevo enfoque de protección y promoción en Psicología, dirigido a contribuir al estudio de las condiciones y procesos relacionados con el desarrollo óptimo de los individuos, grupos e instituciones. Se entiende como factores de protección todas “aquellas características personales o elementos del ambiente social, o la percepción que se tiene sobre ellos, capaces de disminuir los efectos negativos sobre la salud y el bienestar. Al aumentar estos factores disminuye la vulnerabilidad y la probabilidad de enfermar” (Hernández y Garcia, 2007)

Dentro de los factores de protección de origen personal encontramos los que se distinguen por características ligadas al temperamento, particularidades cognitivas y afectivas y la más determinante la resiliencia que se define según Ruter, M. (1993) como “la capacidad de prevalecer, crecer, ser fuerte y hasta triunfar a pesar de las adversidades” que al decir de Grotberg (2013) “...la resiliencia es la que expresa más eficazmente los factores de protección de origen personal”.

Por otro lado encontramos los factores protectores de origen Social donde se destacan fundamentalmente la familia promotora de un ambiente familiar cálido y sin discordias, padres estimuladores, estructura familiar sin disfuncionalidades principales y el Apoyo Social definido como “ la existencia o disponibilidad de personas en quienes se puede confiar o contar con apoyo en períodos de adversidad, estas personas son significativas para enfrentar situaciones de dificultades (Vegas y González, 2009).

El Centro de Salud San Jacinto de Buena Fé está ubicado en el cantón del mismo nombre perteneciente a la Provincia de Los Ríos adscrito al Ministerio de Salud Pública. Como parte de las acciones de promoción de la salud se han conformado Clubes donde se agrupan adultos mayores, adolescentes con problema de consumo, embarazadas y adultos con enfermedades crónicas. Este último es el caso que nos ocupa. Existen tres tipos predominantes de patologías en el grupo de pacientes. Las primeras y más recurrentes son las Hipertensivas y Cardiovasculares seguidas por la diabetes Mellitus. Cada uno de los integrantes asiste dos veces a la semana con el objetivo de mejorar su calidad de vida, para lograr una mejor adaptación a la enfermedad. En este club se realizan varias actividades como atención Psicológica individual, grupos de psicoterapia, se hace actividad física planificada para cada patología y se incluye tratamiento farmacológico.

Como parte de las acciones de investigación para el perfeccionamiento de la atención que se brinda a los pacientes, se identificaron brechas en el tratamiento psicológico relacionadas a características individuales del proceso de adaptación a la enfermedad las cuales de alguna forma

no permitían que el programa surtiera efecto en un periodo de tiempo adecuado. Por lo tanto, se propuso un rediseño de las acciones de atención Psicosocial mirando al sujeto más desde sus potencialidades que desde la propia enfermedad. Por tal motivo surge la necesidad de estudiar esos factores que potenciarían la mejora, los cuales el equipo aprovecharía para su reforzamiento y promoción, lo que sin duda alguna mejoraría el proceso de adaptación a la enfermedad y por consiguiente la calidad de vida de los pacientes.

# CAPÍTULO 1

## MARCO TÉORICO DE LA INVESTIGACIÓN

### **1.1 La Psicología de la Salud como enfoque teórico integrador**

En la década de los años 70, varios países desarrollados, despliegan nuevas propuestas sobre el pensar y hacer salud, como reflejo de distintos factores, entre los que se destacan la constatación de los límites del modelo biomédico hegemónico, las presiones para la realización de recortes en los costos del sistema de atención de la salud y un clima social y político de valorización de temas de autoayuda y control individual sobre la salud.

Entre estas propuestas se destaca el proyecto de la nueva Promoción de Salud, definida inicialmente según Minkler, M. (1989), como el arte y la ciencia de ayudar a las personas a cambiar el hábito de vida, apuntando a un estado óptimo de salud. Como sustento de esta formulación encontramos las siguientes afirmaciones: “Los individuos poseen autonomía para tomar decisiones y tener actitudes que los lleven a practicar hábitos de vida saludables... los cambios de actitudes pueden tener un efecto significativo para la salud” (Pág. 21)

Estos nuevos enfoques tuvieron como principal limitación el énfasis desmedido en la consideración, de los estilos de vida individuales como los determinantes de la salud de los sujetos, para lo cual se diseñó una agenda de intervención asentada fundamentalmente sobre la

teoría cognitivo-conductual y que pretendía a toda costa la aceptación de la responsabilidad del individuo sobre la salud y sus hábitos de vida no saludables.

Por otro lado se encuentra un enfoque que centra su atención en factores externos como responsables claves en el proceso salud enfermedad de los individuos. Los determinantes sociales de salud (DSS) se definen como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud Tarlov A (1996). Incluyen tanto las características específicas del contexto social que influyen en la salud, como las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive se traducen en efectos de salud. El concepto “determinantes sociales de salud” se originó en los años ’70, a partir de una serie de publicaciones que destacan las limitaciones de las intervenciones de salud orientadas a disminuir los riesgos individuales de enfermar y morir.

Diversos autores argumentaron que, para entender y mejorar la salud, se requiere centrar la atención en generar políticas dirigidas a las sociedades a las que pertenecen las personas, Graham H (2004) y pasar del estudio de los factores de riesgo individual a los modelos sociales y las estructuras que determinan las posibilidades de una persona de ser saludable. Lo anterior implica aceptar que la atención médica no es el principal condicionante de la salud de las personas, sino que aquélla está determinada en gran parte por las condiciones sociales en las cuales se vive y trabaja, De Leeuw, E. (2016).

Estos enfoques antes mencionados han transitado durante la historia de la investigación del proceso salud-enfermedad de forma generalmente separada con un predominio importante de los abordajes centrados en la responsabilidad individual en la mantención de la salud y en la aparición de la enfermedad, aunque cabe destacar que en los últimos tiempos los determinantes sociales han ganado un importante espacio.

La Psicología de la Salud por su parte surge como una necesidad de aunar fuerzas e integrar enfoques por el bien no solo de la ciencia psicológica sino también de la salud del individuo.

La Psicología de la Salud se define como “Una rama aplicada de la Psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud” (Martín Alfonso, 2003; Pág. 279). Ha sido un resultado natural de las propias limitaciones del modelo biomédico, del fracaso de los sistemas sanitarios con una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud y de la posibilidad que se abre cada vez más de comprender cómo las variables sociales y personales mediatizan este proceso.

A la Psicología de la Salud le interesa todo lo relacionado con variables psicológicas en el proceso salud enfermedad, y se ocupa no solo de la atención o curación de los enfermos; contiene la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; se relaciona con todos los problemas de salud y no solo con la salud mental; tiene como ámbitos de actuación todos los niveles de atención y su enfoque no está centrado sólo en el individuo, incluye además el trabajo con la familia y la comunidad. Es parte de ella, el estudio de los factores subjetivos que intervienen en el funcionamiento de las organizaciones laborales de salud y sus trabajadores. Por último y por denominarse “Psicología de la Salud”, no se refiere sólo a la parte positiva del proceso, es Psicología aplicada a la salud, la enfermedad, y también a sus secuelas, Seymour-Smith, S, (2015).

### **1.1.1 Determinantes de salud de la población**

Ramos y Aldereguía publican en 1990 un modelo de análisis de los determinantes de la salud de la población en el cual presentan el modo y las condiciones de vida, la salud pública, el medio ambiente y la biología humana condicionados por los tipos de organización económico - social y de la revolución científico-técnica. Este modelo propone un grupo de factores por cada

determinante y así aparecen dentro del modo de vida, las malas condiciones habituales de vida, la inestabilidad de la familia, la soledad, muchos hijos y la baja escolaridad. Se describen entre otros factores que influyen sobre la salud de la población, las migraciones, la dimensión promedio de la familia, el nivel de matrimonios y divorcios.

Planteó J. Breilh (1995) que lo común a las diversas propuestas para el estudio de la determinación colectiva de la salud, es la comprensión dialéctica de la unidad del movimiento biológico - social y la concatenación entre los procesos de orden general (sociedad y reproducción del modo de producción dominante) con los de la dimensión de lo particular (clases y grupos constitutivos con sus formas de reproducción social) y con la esfera de lo singular. Argumenta que la comprensión de la vida familiar e individual integra el conocimiento de las contradicciones de reproducción social de las clases, que es el fundamento para la investigación de los determinantes de salud.

La concepción del análisis de la determinación de la salud según niveles la retoma Pérez Lovelle (1989) y expresa que esta determinación se entiende bajo la interacción de tres niveles que permiten un mayor acercamiento a las concatenaciones existentes en la realidad y a la delimitación del papel de la psiquis. Un primer nivel en el cual se produce la determinación de la formación económico-social como un todo, un segundo nivel en el cual interactúan las condiciones de vida proveniente de los grupos en los cuales se inserta el individuo en la vida y un tercer nivel en el cual interviene el propio individuo, su regulación psicológica, su comportamiento, reitera que estos niveles interactúan entre sí, pero en cada uno expresa la relación del hombre en su ambiente socioeconómico y cultural.

El modelo teórico de perspectiva ecológica para el análisis de los problemas de salud pública, propone 5 niveles de determinación del comportamiento: intrapersonales, interpersonales, institucionales, comunitarios y de políticas públicas. Considera la interacción e integración dentro

y entre ellos mismos y hace referencia a la causalidad recíproca al poner de manifiesto la relación entre el individuo y su entorno. Entre los factores interpersonales enuncia los procesos de relación en los grupos primarios como la familia, lo que la ubica entre los determinantes del comportamiento en salud. (CIPS: MCTMA, 2002)

Otro enfoque relacionado con el análisis de la determinación de la salud describe los mismos niveles para el análisis y enfatiza que el nivel particular corresponde a las intermediaciones a través de las cuales los diferentes grupos de una sociedad garantizan su reproducción. Se reafirma esta idea de la determinación del nivel particular, al plantearse que la salud es una condición y consecuencia de la acción social, que a su vez tiene una respuesta individual que depende del tipo de afección, la personalidad y el funcionamiento de las mediaciones sociales ante la enfermedad como es el caso de la familia como grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad. (Pérez, 1995)

## **1.2 Las enfermedades Crónicas no transmisibles. Aspectos generales**

Una mega tendencia global claramente definida es la mayor cantidad de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Esta verdadera epidemia se debe, entre otros factores, a la reducción de la mortalidad y de la fecundidad, junto al envejecimiento de la población, lo cual representa que vivir más de 80 años en promedio se está convirtiendo en una constante. En nuestros países, esto se ha sumado al hecho de que aún no hemos erradicado muchas causas de enfermedades transmisibles tradicionales (ej.: malaria), lo cual constituye el fenómeno que se ha dado en llamar “la doble carga de enfermedad”, que deben enfrentar los países pobres, con su consecuente impacto en el desarrollo económico y social (Laximarayan P, Mill AS, Brenan JG et al, 2006)

Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2015 las (ENT) causan la muerte como promedio a 38 millones de personas cada año. Casi el 75% de las defunciones por ENT -28 millones- se producen en los países de ingresos bajos y medios, 16 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 70 años de edad; el 82% de estas muertes «prematuras» ocurren en países de ingresos bajos y medianos. (OMS, 2015).

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las defunciones por ENT, 17,5 millones cada año, seguidas del cáncer (8,2 millones), las enfermedades respiratorias (4 millones), y la diabetes (1,5 millones). Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de alrededor del 82% de las muertes por ENT. El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ENT. (Lim SS, 2012, Mozaffarian D, 2014).

La enfermedad crónica es considerada como un trastorno orgánico funcional que cambia la vida de una persona, es persistente en el tiempo, por lo general, sin un principio ni un curso ni fin definibles y raramente tiene una cura. “Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirman que en 2030, a escala mundial, aumentarán las defunciones ocasionadas por enfermedades no transmisibles. Las enfermedades cardiovasculares aumentarán de 17 millones a 25 millones, mientras que las muertes ocasionadas por el cáncer aumentarán de 7,6 millones a 13 millones”. (Stanton, Reversion y Tennen, 2007; Pág. 567).

Un impacto importante de las ENT se ubica sobre los sistemas de salud, y es claro que todos los sistemas de salud del mundo se están viendo sometidos a mayores cargas producto de (Mathers CL, Stein C, Fat D, Rao C 2009):

- Discapacidad y pérdida de años productivos y pérdida de vidas humanas. - Consumo de los presupuestos nacionales por aumento de la demanda de servicios de cuidado en los sistemas de salud, debido a que superan su capacidad de respuesta. - Un aumento en el costo de estos servicios, que en parte se puede atribuir al aumento de la demanda. – “Un costo social enorme y una problemática ética no abordada”. (Pág. 101)

La enfermedad crónica genera en el paciente y su cuidador incertidumbre, desgaste físico, dependencia, cambios en el estilo de vida y tiene repercusiones sobre el área personal y social del individuo. Según la OMS (2005), entre los principales aspectos que relacionan a la familia con la enfermedad crónica, está: a) la familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, entendiendo que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico, y b) la familia como recurso; conviene destacar que la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacando el papel de la cuidadora primaria, que es la que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional.

En América Latina se ha observado que las personas que tienen un familiar con enfermedad crónica tienen la obligación de desempeñarse como cuidadores, pero no cuentan con la orientación requerida. Se ha documentado de manera importante una deficiente habilidad de cuidado entre estos cuidadores familiares, pero también se han identificado en ellos fortalezas diferentes a las de otras latitudes, que pueden apoyar el servicio requerido como la disponibilidad

de soporte social para los cuidadores (Lucumi, Diego, Gutiérrez, Alejandra, Moreno, José et al 2005).

Las formas en que los cuidadores afrontan o gestionan las demandas de cuidado depende de lo estresante de la situación y de la etapa de la enfermedad en que se encuentra el receptor de cuidado. Hay una tendencia coherente en los cuidadores a centrar la energía y esfuerzo a hacer frente a los impactos o efectos negativos más que en la solución de problemas y en la búsqueda de beneficios para su salud mental y física. Ante esto, los investigadores han sugerido que el apoyo social reduce las consecuencias negativas de los acontecimientos estresantes que se producen en el cuidado de enfermos crónicos.

Resultados de investigación con enfermedades crónicas consideran que estos beneficios en la población afectada operan como factores de protección. Se ha encontrado que éste protege contra el estrés generado por la enfermedad y capacita al enfermo y su cuidador para reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento (Torres E, Ballesteros P, Sánchez C 2008).

En Ecuador, 6 de cada 10 muertes corresponden a enfermedades no transmisibles, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2014) informó que 8.311 personas murieron por enfermedades hipertensivas y cerebrovasculares en el año 2013. Las enfermedades Hipertensivas y Cerebrovasculares son la primera causa de muerte en el país, seguidas del Cáncer y en el tercer lugar la Diabetes Mellitus.

### **1.3 Los factores protectores de la salud**

Antes de hablar de los factores protectores es muy importante referirnos a los factores de riesgo pues este enfoque preventivo de la enfermedad es el que predomina aún hoy cuando se realizan intervenciones en salud.

Según Chowdhury PP (2016), un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido. Sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud y pueden estar localizados en individuos, familias, comunidades y ambiente. También se les llama factores de riesgo a un conjunto de factores que, en el proceso salud-enfermedad, pueden o no desencadenar un proceso en función de la diferente capacidad morbígena de cada uno de ellos y de los efectos de potenciación que pueden producirse entre unos y otros.

En las ciencias de la salud el riesgo es entendido como la probabilidad de sufrir una determinada enfermedad o padecimiento que incide directamente en la disminución de la calidad de vida de las personas. Se plantea que en esta y otras áreas del conocimiento el uso de la terminología referida al riesgo es incorrecto e inexacto, y que cuando se habla de factores de riesgo deben cuantificarse, con vista a tener una idea más realista de su significado. Este cálculo debería incluir un ámbito y período determinados, pues sin las referencias espacial y temporal el uso del riesgo no tiene sentido (Okoro, C A., Zhao, G., Dhingra, S S, & Xu, F. 2015).

La Psicología, como parte de las ciencias sociales, también ha hecho su aporte al estudio de los factores de riesgo, investigando los comportamientos y los estilos de vida no saludables como factores que colocan a los individuos en situaciones de riesgo. En este caso, más que medir, se

trataría de caracterizar estos factores para, conociéndolos, prevenirlos (Martínez M, Alba LC, Sanabria G, 2010).

El desarrollo que ha predominado en la Psicología a lo largo del tiempo, se ha centrado en la debilidad humana en general y los factores de riesgo de adquirir la enfermedad mental, dando lugar al enfoque patogénico, aspecto que ha incidido en que la Psicología sea identificada como Psicopatología. Debido a esta aproximación, la Psicología ha desarrollado una estrategia dirigida a las fortalezas y factores protectores de los seres humanos, aspectos que en la actualidad intenta enfatizar la Psicología Positiva (Contreras y Esguerra, 2006).

Este énfasis en la patología, creó un vacío importante en el estudio de los aspectos positivos del ser humano, y como resultado se ha generado un movimiento en la Psicología, enmarcado en el modelo salugénico, que conceptualiza el bienestar integrado tanto por la satisfacción con la vida, como por fortalezas o rasgos positivos, considerando estas dimensiones como factores promotores de la salud (Garassini y Zavarce, 2010).

Los factores protectores son aquellos que potencialmente disminuyen la probabilidad de caer en un comportamiento de riesgo. Estos factores pueden influir sobre el nivel de riesgo en las experiencias individuales o moderar las relaciones entre el riesgo y efecto del comportamiento." (Hernández y García, 2007)

### **1.3.1 Factores de protección de origen personal**

Dentro de los factores de protección de origen personal encontramos los que se distinguen por características ligadas al temperamento, particularidades cognitivas y afectivas y la más determinante, la resiliencia, que se define según Ruter, M. (1993) como "la capacidad de prevalecer, crecer, ser fuerte y hasta triunfar a pesar de las adversidades" que al decir de Grotberg

(2013) “...la resiliencia es la que expresa más eficazmente los factores de protección de origen personal”.

### **1.3.1.1 La resiliencia**

Adaptado al ser humano, resiliencia es la capacidad de prevalecer, crecer, ser fuerte y hasta triunfar a pesar de las adversidades. Caracteriza a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos. En la actualidad, la deducción más importante que se desprende de las investigaciones sobre resiliencia es la formación de personas socialmente competentes que tengan conciencia de su identidad, que puedan tomar decisiones, establecer metas y creer en un futuro mejor, satisfacer sus necesidades básicas de afecto, relación, respeto, metas, poder y significado, constituyéndose en personas productivas, felices y saludables (Rutter, M. 1993; Mayordomo T, 2016).

Al final de la década de 1970 se comenzó a utilizar en el área de las ciencias sociales el concepto de resiliencia ante la observación y constatación de que algunos niños nacidos y crecidos en contextos familiares problemáticos, cuando uno o ambos padres eran alcohólicos, crecían saludables y no demostraban carencia a nivel biológico ni psicosocial y conseguían superar las adversidades con una significativa calidad de vida (Masten y Tellegen, 2012; Rutter, 1999 y 2012) Consideradas las complejidades de cualquier estudio centrado en el ser humano, la resiliencia como característica de un sujeto debe ser siempre relativizada y entendida dentro de un conjunto amplio de factores y variables (Rutter, 2012).

Según Infante, (2005) y Rutter, (2012) La resiliencia está formada por tres componentes esenciales: 1) la capacidad para afrontar, 2) la capacidad de continuar desarrollándose y 3) la capacidad de aumentar las competencias. Entre los constructos mediadores de la resiliencia se destaca la competencia, que se diferencia de la misma en que ésta se centra sólo en el ajuste

positivo, mientras que la resiliencia se centra en los ajustes positivos y negativos; por otro lado, la competencia habitualmente implica conductas manifiestas, observables, mientras que la resiliencia es un concepto más amplio que los aspectos inherentes a la competencia (Luthar, Sawyer y Brown, 2006). Otro constructo es el afrontamiento, que es definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales utilizados por el individuo para afrontar las demandas internas y externas. (Lazarus y Folkman, 1984); se ha identificado que personas que utilizan estrategias de afrontamiento pueden ser consideradas resilientes (Antoniazzi, Dell'Aglio y Bandeira, 1998; Becoña, 2006). Otro constructo que está asociado a la resiliencia es la autoeficacia, pues superar las adversidades significa una experiencia que altera las creencias de autoeficacia para ejercer autocontrol en la vida (Bandura, 2008).

### **1.3.1.2 Resiliencia. Antecedentes históricos**

El concepto de resiliencia no es nuevo se encuentra desde hace mucho tiempo en la historia y es un término que nació en la Física, para representar la flexibilidad de un material y su capacidad que le permite elasticidad de un material absorber energía y de transformarse sin romperse, cuando es presionado por otro objeto o fuerza exterior, pero que de forma seguida va a recobrar su forma original una vez que termina esa fuerza que la comprime. Así tenemos en la física cuerpos y materiales que tiene resiliencia como las pelotas de goma, una cinta elástica o los árboles que se doblan con el viento y luego vuelven a su estado original.

En la década de los ochentas se dio la primera generación de científicos que integro el vocablo resiliencia en la psicología. Esto se dio a partir de los estudios de E.E. Werner y R.S. Smith (1982), E. Werner evaluó a 698 recién nacidos en la isla Kauai en el archipiélago de Hawái. Descubrió que 72 de estos 201 sujetos de riesgo llevaban una vida adaptada y normal, a pesar de no haber contado con ningún tipo de atención especial, pero a haber vivido bajo situaciones de

riesgo. Werner y Smith los denominaron resistentes al destino y a la característica común a todos ellos “resiliencia”.

Estudios realizados por Forés, A y Grané, J (2008) nos dicen que a mediados de la década de los años noventa se inicia una segunda generación de investigadores como Michael Rutter y Edith Grotberg, entre otros que continúan preocupándose por descubrir aquellos factores que favorecen la resiliencia, pero ahora añaden una nueva vertiente de investigación con el estudio de la dinámica y la interrelación entre los distintos factores de riesgo y protección.

### **1.3.1.3 Etapas de la investigación de la resiliencia.**

En la investigación sobre resiliencia tenemos tres etapas, etapa de los factores de riesgo, etapa del estudio de los valores innatos y la etapa de estudio de las diferencias individuales en la forma de evolucionar.

### **1.3.1.4 Etapa de los factores de riesgo**

Según Rutter (2012) la resiliencia ha sido investigada desde tres áreas. En primer lugar, los estudios iniciados por Koupernick y Anthony sobre los factores de riesgo en la década de 1970, estas investigaciones sirvieron para probar que las personas tenemos diferencias individuales en cuanto a la vulnerabilidad, (Juan de D. Uriarte Arciniega 2005). Posteriormente empezaron a ser evidentes casos de sujetos invulnerables a pesar de vivir en entornos de riesgo psicosocial. Estos hechos llevaron a los investigadores a establecer categorías en las personas dentro de la dimensión vulnerable-invulnerable en relación a los factores de riesgo y los mecanismos de protección.

### **1.3.1.5 Etapa del estudio de los mecanismos innatos:**

Luego tenemos que se inició con la investigación de los mecanismos innatos y adquiridos en los procesos de vulnerabilidad e invulnerabilidad pusieron a los estudios sobre el temperamento en el centro de interés (Thomas y Chess, 1970).

Este estudio dio como resultado que el temperamento está presente dentro de los tipos de apego, no sólo de tipo maternal sino también con los familiares o personas significativas. La personalidad resiliente está asociada a perfiles de temperamento y rasgos de carácter como la autonomía, la actitud social positiva y el propio control emocional.

### **1.3.1.6 Etapa de estudio de las diferencias individuales en la forma de evolucionar:**

Las diferencias individuales en la manera de evolucionar y enfrentarse a situaciones difíciles. La autoestima y el sentimiento de autoeficacia son alguna de las características personales más relacionada con la forma de afrontar el estrés y de perseverar en el logro de metas personales. Son cualidades protectoras ante las adversidades y a su vez favorecedoras del equilibrio psicológico. Los estudios sobre el llamado locus de control (Rotter, 1975) concluyeron que el sentimiento de control sobre los acontecimientos vitales puede favorecer conductas de evitación o de afrontamiento eficaz ante situaciones adversas. (Juan de D. Uriarte Arciniega 2005).

### **1.3.1.7 El termino resiliencia dentro de la psicología**

El concepto se profundizó al trascender al conductismo, por ejemplo, con las investigaciones del etólogo Boris Cyrulnik, quien amplió el concepto de resiliencia observando a los sobrevivientes de los campos de concentración, los niños de los orfanatos rumanos y los niños bolivianos en situación de calle (Cyrulnik B, 2003)

Pero no existe un criterio definido a nivel global en torno al criterio de resiliencia, así tenemos que para Cyrulnik (2009), la diferencia entre las escuelas psicológicas norteamericana y latina (europea y, agregamos, latinoamericana), reside precisamente en la aceptación de la "resiliencia". En la escuela estadounidense apenas se da crédito a éste concepto, que para Boris Cyrulnik está empíricamente demostrado, a través de múltiples experiencias. La resiliencia dentro del campo de la psicología se lo toma como producto de una interacción positiva entre el componente personal y ambiental de un individuo y al ser individuales, estos componentes van a variar de persona a personas.

### **1.3.1.8 La resiliencia como un proceso**

La resiliencia es un proceso que surge del contacto con las demás personas lo que va a hacer que las personas se comporten de ciertas maneras en diferentes circunstancias. Ryle, (2005) Pero si hablamos desde una generalidad tenemos que la resiliencia que para lograr una resiliencia se debe de tomar en cuenta a los siguientes aspectos que nos dice Edith Henderson Grotberg (2003).

- 1.- La Promoción de los factores resilientes, que nos indica que estos factores deben de estar dentro al desarrollo del individuo.
- 2.- Otro punto del proceso es el compromiso con el comportamiento resiliente que tiene que ver con que todo es una secuencia en la que se unen las consecuencias y sus decisiones.
- 3.- Así se debe de identificar la adversidad y la clase respuesta apropiada.
- 4.- Por ultimo debemos de valorar los resultados de la resiliencia así que debemos de preguntarnos que aprendí, debemos de estimar el impacto sobre otros y reconocer el incremento del bienestar y de mejorar la calidad de vida.

### 1.3.2 Factores de protección de origen social

Por otro lado encontramos los factores protectores relacionados al Apoyo Social, definido como “*la existencia o disponibilidad de personas en quienes se puede confiar o contar con apoyo en períodos de adversidad, estas personas son significativas para enfrentar situaciones de dificultades*” (Vegas y González, 2009), donde se destacan fundamentalmente familia promotora de un ambiente familiar cálido y sin discordias, padres estimuladores, estructura familiar sin disfuncionalidades principales.

Para Roca (1998) el Apoyo social: son los *Recursos sociales accesibles y/o disponibles* a una persona, encontrados en el contexto de las *relaciones interpersonales y sociales* y que pueden influir tanto de *forma positiva como negativa* en la salud y bienestar de los individuos implicados en el *proceso*. Su característica distintiva radica en su *carácter interactivo, dinámico y extensible a lo largo de la dimensión temporal*.

El apoyo social por sí mismo, no es intrínsecamente social e interaccional, él toma lugar y adquiere significación sólo dentro de la estructura social y el contexto cultural. Estos contextos ayudan a formar el carácter y resultado del apoyo. Entenderlo así, implica conocer la organización social, las relaciones interpersonales, las normas, la cultura, los valores que regulan el comportamiento de una sociedad y de individuos específicos y los cambios que se produzcan en estas dimensiones. A nuestro juicio, resulta imposible hablar de apoyo social sin un "otro". En tanto proceso que presupone al menos dos personas que interactúan, de una u otra manera, no está aparte de la vida social.

El apoyo social no constituye una respuesta fija: puede considerarse como una variable que puede ocurrir, pero no como algo preestablecido. No todos los individuos encuentran apoyo social, ni todos los problemas son susceptibles de resolverse en alguna medida a través de la influencia del apoyo social. Tampoco el apoyo social aparece siempre, ni igual: es cambiante, no estático, no fijo.

El apoyo social puede ser visto como un proceso interaccional entre proveedores y receptores. Verlo como la acción de individuos separados y no relacionados es ignorar la complejidad del problema. Pensar en él como respuestas fijas a las necesidades de los receptores o como un reflejo de la habilidad de estos para formar y usar sistemas de apoyo sería algo muy ingenuo y que dificultaría enormemente la comprensión de la disponibilidad, duración y eficacia del apoyo social. Estos aspectos no son sólo determinados por las acciones de los receptores, ni por el estatus del proveedor, sino por la naturaleza de sus relaciones y de sus interacciones.

Según Wedgeworth M, LaRocca MA, Chaplin WF, Scogin F (2016) *“El apoyo social no permanece invariable durante todo el tiempo de la vida de un individuo. Como resultado de las interacciones sociales, de su carácter interaccional y de su dinamismo, él puede actuar con eficacia en determinados momentos y períodos, en tanto en otros momentos puede no ocurrir así. De igual forma, en función de su duración, puede clasificarse en apoyo a largo plazo y apoyo a corto plazo. El apoyo a largo plazo es de naturaleza continua, extendido en el tiempo, mediado por relaciones permanentes que ayudan al individuo a enfrentarse a situaciones problemáticas a largo plazo o a problemas generales de la vida. El apoyo a corto plazo es intermitente, utilizado por el individuo en casos necesarios o momentos de crisis”*.

Consecuencias negativas o positivas: Tal vez por la propia connotación semántica del concepto ("apoyo") existe un fuerte preconceito acerca de los efectos positivos del apoyo social que lejos de ofrecer objetividad y científicidad, contribuyen al poco esclarecimiento de los mecanismos y los efectos reales del apoyo social, de hecho los efectos del mismo pueden ser negativos para la salud y el bienestar,... sobre todo si somos consecuentes con el carácter dinámico referido con anterioridad.

Dado que a lo largo del presente trabajo nos hemos estado refiriendo constantemente a la relación del apoyo social con la salud y el bienestar, consideramos pertinente precisar que en el contexto del presente trabajo -y en relación con el término de apoyo social- concebiremos a la

salud como un complejo proceso cualitativo que define el funcionamiento integral del organismo y que se expresa en el completo bienestar físico, mental y social del individuo OMS (1948) Aunque este concepto ha sido sumamente polemizado, nos referimos al mismo, en tanto sus componentes (biológico, psicológico y social) pueden verse influidos, tanto positiva como negativamente por el proceso de apoyo social. Como puede apreciarse, cada uno de estos componentes contribuye en algún sentido a una mejor comprensión del proceso de apoyo social.

Según Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (1995) el apoyo social tendría dos funciones principales Una función *instrumental* que alude a la medida en que las relaciones sociales son un medio para conseguir una meta como pudiese ser la búsqueda de trabajo o dinero, y una función *expresiva* que considera las relaciones sociales como un fin o un medio en sí mismas, caracterizadas por la presencia de afectos y emociones como puede ser pedir un consejo, compartir una pena, etc.

En cuanto a las dimensiones que constituyen el concepto de apoyo se puede distinguir: (a) el apoyo *emocional* entendido como la posibilidad de compartir sentimientos, pensamientos y experiencias personales, constituyéndose en un poderoso recurso contra las amenazas a la autoestima y desempeñándose un importante rol en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar de las personas; (b) el consejo que alude a las guías necesarias que moldean las estrategias de afrontamiento emocional y conductual ante las distintas demandas del entorno y (c) el apoyo instrumental, definido como la prestación de ayuda material directa o servicios. Disponer de personas de confianza a las que poder expresar emociones, problemas o dificultades, escuchar su opinión, o simplemente tener la sensación de ser escuchados y aceptados como personas, ha demostrado tener un fuerte impacto tanto en la autoestima como en la capacidad de la persona para afrontar adecuadamente situaciones difíciles y estresantes (Gracia, Enrique, & Herrero, Juan. 2006).

Dentro del área estructural, la red social puede definirse como el entramado de lazos, directos e indirectos, que unen a un grupo de individuos según determinados vínculos, como la relación

de parentesco, de amistad o de conocimiento, Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Una función básica de la red social es la de prestar el apoyo social que contribuye a la recuperación y mantenimiento de la salud. Didier (1986) destaca tres funciones básicas, que las redes sociales cumplen para sus integrantes:

- Orientación: a través de esta función la red guía a sus miembros hacia los recursos necesarios, para enfrentar situaciones que les resulten conflictivas.
- Prestación de servicios: entrega directa de servicios a los integrantes de la red.
- Apoyo social: esta función, considerada como la más importante para los miembros de una red social, hace referencia al intercambio recíproco entre un proveedor y un receptor, estando o no éste último en situación de estrés.

A partir de la publicación de numerosos trabajos sobre los efectos protectores para la salud de los vínculos sociales con el grupo primario, el constructo Apoyo Social se asocia significativamente al proceso salud/enfermedad y comienza a ser reconocido como un concepto clave para la investigación y la intervención. Caplan (1974) señala que el apoyo social podría funcionar como un protector ante la patología. Así, un individuo que pertenece a diversos grupos de apoyo situados estratégicamente, puede moverse de uno a otro y estar casi totalmente inmunizado ante el mundo estresante.

### **1.3.2.1 Apoyo Social y Salud**

Convencionalmente se proponen dos modelos para explicar la asociación entre apoyo social y salud. Por una parte, el modelo del efecto directo, que postula que el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo; por otra parte, el modelo del efecto amortiguador, que postula que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los eventos estresantes COHEN, S. & SYME (1985) y HOUSE (1981). Estos modelos resultan de conceptualizar al apoyo social como variable antecedente o simultánea (modelo del efecto directo), o como una variable interviniente en la relación estrés enfermedad (modelo amortiguador).

Bajo el modelo del efecto directo, el apoyo social es positivo para un individuo independientemente de la presencia de estrés. Se postula que tal apoyo tiene el efecto de incrementar el bienestar emocional y físico de los individuos, o de disminuir la probabilidad de efectos negativos en tales dominios. Los mecanismos propuestos son, o bien que el apoyo social tiene efectos en algunos procesos fisio-psicológicos, lo que mejora la salud o impide la enfermedad, o bien que el apoyo social favorece el cambio de conductas de los individuos, lo cuál a su vez tiene consecuencias positivas para la salud.

Es importante mencionar algunas implicaciones teóricas del modelo del efecto directo. Dado que se postula que el apoyo social tiene repercusiones sobre el individuo, independientemente de la presencia de estrés, implícitamente se acepta que no hay interacción entre el estrés y el apoyo social. Desde esta perspectiva, si los restantes factores se mantienen constantes los individuos que difieren en sus niveles de apoyo social diferirán, en la misma medida, en su bienestar físico y mental, independientemente de que experimenten bajos o altos niveles de estrés.

Otras investigaciones GORE (1985) reportan que es sólo en los casos de muy baja presencia de apoyo social que se observa un decrecimiento en el nivel de bienestar físico y/o mental. En consecuencia, se postula que una vez que cierto nivel de apoyo social es alcanzado, un incremento subsecuente no resulta en un aumento comparable de bienestar. Esto es, hay un umbral de apoyo social que se requiere para mantener la salud.

El segundo modelo de apoyo social es conocido como el modelo del efecto amortiguador 11, 22, 58. Bajo este modelo se postula que el apoyo social interviene como variable “mediadora” en la relación entre estrés y enfermedad. Esto puede ocurrir de dos maneras. En la primera, el apoyo social permite a los individuos redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o bien inhibe los procesos psico-patológicos que podrían desencadenarse en la ausencia de apoyo social. La segunda forma en la que el apoyo social amortigua los efectos del estrés es evitando que los individuos definan una situación como estresante. La certeza de un individuo de que dispone de muchos recursos materiales y emocionales puede evitar que dicho

individuo defina como estresante la que, típicamente, otros individuos definirían en esos términos. Esta no-definición evita que se genere la respuesta psico-fisiológica que a su vez repercute en la salud.

Mucha de la investigación reciente ha tendido a acumular evidencia empírica en favor de alguno de estos dos modelos —modelo del efecto directo, y modelo del efecto amortiguador. Se ha sugerido que un mayor énfasis en la comparación de ambos modelos no incrementará significativamente nuestro entendimiento de cómo el apoyo social evita la enfermedad y/o fortalece la salud. En suma, a pesar de la controversia en relación a la definición del concepto de apoyo social, durante los últimos años se han acumulado evidencias que muestran que, como quiera que se le defina, el apoyo social juega un papel muy importante (directo o indirecto) en la determinación de los niveles de salud y bienestar de los individuos.

### **1.3.2.2 Familia**

La familia es un sistema considerado el primer ente socializador, el núcleo primario donde el individuo adquiere sus primeras vivencias en el cual se configura gran parte de su personalidad, es la instancia de intermediación entre éste y la sociedad.

La Dra. Patricia Ares al referirse a la familia como la responsable del desarrollo del individuo plantea lo siguiente: *“La familia es un contexto de desarrollo y socialización para los hijos y al mismo tiempo de desarrollo y de realización para los adultos... el grupo familiar de origen es un poderoso agente formador de la personalidad, influye decisivamente en la salud de los individuos”*. (Arés, 2006)

Es imprescindible referirse a la familia como un ente fundamental en todo proceso de adaptación a una enfermedad crónica. Minuchin (2002) señala que una familia normal se caracteriza por tres componentes. El primero define a la familia como la estructura de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación. El segundo, muestra a una familia que se

desarrolla a través de un cierto número de etapas y que se reestructura en cada una de ellas. Por último, la familia normal se adapta a las circunstancias cambiantes. Esta acomodación le permite mantener una continuidad y desenvolver un crecimiento psicosocial en cada miembro. Según Ares (2002) la familia presenta las siguientes funciones:

**Función biosocial:** Reproducción de la especie humana a través de relaciones afectivas, sexuales y de procreación.

**Función económica:** Mantenimiento de la familia en la convivencia del hogar común a través de actividades de abastecimiento y consumo. Realización de tareas domésticas y rutinas cotidianas de vida.

**Función cultural y afectiva:** Transmisión cultural transgeneracional de valores, pautas de comportamiento. Primer grupo de socialización. Formación de la identidad individual y genérica. Matriz relacional básica. Espacio de comunicación. Proporciona sostén emocional, protección, satisfacción y refugio.

**Función educativa:** Constituye una supra función que deviene del cumplimiento de las anteriores.

Cuando la familia no cumple a cabalidad estas funciones o cuando las mismas se ven disminuidas por determinados acontecimientos familiares como puede ser la enfermedad de uno de sus miembros, puede entonces que la familia como conjunto entre en crisis afectando a cada uno de sus integrantes.

No existe una única clasificación de familia. Puede ser clasificada atendiendo tanto a su estructura como a su funcionamiento. Ningún criterio de clasificación puede abarcar la complejidad de la realidad familiar. Una misma familia puede presentar diferentes categorías en función del criterio que la evalúa. La actual complejidad familiar hace que algunas realidades familiares existentes aun no tengan categoría para designar las mismas.

Una de las clasificaciones más usadas y generales de familia es atendiendo a su composición, es decir a quienes la integran (Ares 2002). De esta forma la familia se clasifica en:

- **Familia nuclear:** Familia constituida por los padres casados o no y su descendencia. Constituye una relación bigeneracional. Dentro de la nuclear podemos encontrar:
  - ✓ Familia monoparental: Un solo padre con sus hijos.
  - ✓ Familia biparental: Ambos padres con sus hijos.
- **Familia nuclear reensamblada:** Constituida por una pareja de segundas intenciones que aportan hijos de matrimonios anteriores y/o comunes en situación o no de convivencia con los hijos. Cuando la nueva pareja tiene hijos en común también suele llamársele RECONSTITUÍDA. A este tipo de familia también se la ha denominado Pluriparental.
- **Familia binuclear:** Pareja estable sin hijos.
- **Familia extensa:** Constituida por más de dos generaciones puede llegar hasta cuatro. Padres, hijos, nietos y biznietos.
- **Familia extensa, compuesta o extendida:** Cuando cohabitan miembros de la familia que no proceden de las líneas generacionales directas ni sus descendientes o cónyuges sino personas sin grado cercano de parentesco y consanguinidad.

Existen cambios evolutivos, como la adolescencia, nacimiento de un hijo, muertes, separaciones, etc, y cambios intrasistémicos los que se refieren a modificaciones del ambiente, mudanzas, cambios de trabajo, cambios en la escala de valores, etc. Aunque estos son cambios evolutivos y, como tales, esperables, también pueden aparecer situaciones críticas imprevisibles, como las enfermedades terminales o incurables en la juventud, accidentes de gravedad, por ejemplo. Estos eventos inciden en el funcionamiento familiar, desarrollando un proceso de

adaptación que lleva, por un lado, a transformar reglas capaces de constituir una cohesión de la familia y, por otro, un crecimiento psicológico de sus miembros.

La familia es el mejor refugio en las situaciones de adversidad y donde se desarrolla de modo más pleno la solidaridad, es el mejor amortiguador de los conflictos y desequilibrios sociales. Desde una perspectiva más psicopedagógica, las responsabilidades de la familia se resumen en una: es la formadora de la personalidad del hombre, hacia la libertad y la solidaridad o la alineación y el enfrentamiento, esa es la función principal de la familia

### **1.3.2.3 Familia y enfermedad**

Los problemas de salud y las enfermedades o en algún integrante de la familia son procesos de gran significado, alta exigencia y desgaste físico y psicológico para el grupo familiar.

La enfermedad es un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico, psicológico y social de una persona y que puede conducir a la muerte, supone una situación de crisis, un acontecimiento estresante que produce un impacto en la vida del sujeto, una ruptura de su comportamiento y modo de vida habitual (Rodríguez Marín, 1995).

Por un lado, quien padece la enfermedad se enfrenta a condiciones de frustración, ira, negación, depresión y demás y, por otro lado, la familia tiene que tomar decisiones muy importantes y difíciles, reorganizarse, replantear expectativas y adecuar sus metas y objetivos a la situación, ya que el tratamiento de un enfermo crónico-degenerativo no sólo involucra a éste, sino que también, de forma fundamental, a los demás integrantes de su familia (Reyes, 2007)

En ocasiones, el tratamiento dependerá de la capacidad que los cuidadores y familiares tengan para realizar los cuidados en casa, prevenir infecciones, llevar a cabo el correcto uso de los medicamentos (inmunosupresores, anti-hipertensivos, antivirales y suplementos) y la atención de

sus efectos secundarios, toma de signos vitales, pruebas de glucosa, peso diario, régimen untricional recomendado, cuidados postoperatorios, citas y control médico. (Frutos, Blanca, Mansilla y cols., 2005). De no ser tratado correctamente, el enfermo no se recuperará, por lo que el médico deberá valorar si las condiciones del entorno social y familiar del paciente son propicias dentro y fuera del hospital para su tratamiento.

Por otra parte los problemas familiares son percibidos como estresores en los enfermos crónicos. Estos provocan reacciones tanto de estrés extraordinario como cotidiano, este último, más peligroso que el anterior, aparecen junto a los problemas físicos, laborales y de auto- imagen como causantes de respuestas fisiológicas de estrés (Grau, 2001).

Si bien es cierto que estos procesos tienen naturaleza y magnitud variable de acuerdo al significado y la repercusión que tienen para la vida familiar, siempre producen nuevos retos y ponen a la familia en situación de vulnerabilidad.

La vulnerabilidad se refiere a aquellas características propias de un sujeto o grupo de sujetos, que hacen que ellos mismos tengan una probabilidad mayor de padecer un daño. Se entiende por vulnerabilidad familiar al conjunto de condiciones y características de la familia que incrementan la posibilidad de afectación de la salud grupal e individual.

En forma inversa, la familia posee determinadas características o condiciones que constituyen su fortaleza y que ejercen función protectora de su salud y la de sus integrantes.

Se describen como recursos familiares protectores: el afecto, el apoyo emocional y la existencia de un orden familiar de límites claros y razonables. Se ha enfatizado el valor de los procesos interactivos, cohesión, flexibilidad, comunicación franca, y la capacidad de resolver problemas, como aquellos factores que favorecen el buen funcionamiento familiar y contribuyen al bienestar de los mismos.

## **CAPÍTULO 2**

### **METODOLOGÍA INVESTIGACIÓN**

#### **2.1 Situación Problemática**

El Centro de Salud San Jacinto de Buena Fé está ubicado en el cantón del mismo nombre perteneciente a la Provincia de Los Ríos adscrito al Ministerio de Salud Pública. Como parte de las acciones de promoción de la salud se han conformado Clubs donde se agrupan adultos mayores, adolescentes con problema de consumo, embarazadas y adultos con enfermedades crónicas. Este último es el caso que nos ocupa. Existen tres tipos predominantes de patologías en el grupo de pacientes. Las primeras y más recurrentes son las Hipertensivas y Cardiovasculares seguidas por la diabetes Mellitus. Cada uno de los integrantes asiste dos veces a la semana con el objetivo de mejorar su calidad de vida logrando una mejor adaptación a la enfermedad. En este club se realizan varias actividades como atención Psicológica individual, grupos de psicoterapia, se hace actividad física planificada para cada patología y se incluye tratamiento farmacológico.

Como parte de las acciones de investigación para el perfeccionamiento de la atención que se le brinda a los pacientes, se identificaron brechas en el tratamiento psicológico relacionadas a la dinámica de comportamiento del paciente caracterizada por constantes recaídas en su proceso de recuperación, variabilidad en su disposición a cooperar con el proceso, baja adherencia a los tratamientos farmacológicos y Psicológicos orientados, y por último se ha percibido un escaso apoyo familiar en el proceso de adaptación a la enfermedad. Todo lo anterior de alguna forma no permitían que el programa surtiera el efecto esperado en un periodo de tiempo adecuado. Por lo tanto, se propuso un rediseño de las acciones de atención Psicosocial mirando al sujeto ya no

desde su enfermedad y los factores de riesgo, si no desde los factores protectores los cuales el equipo aprovecharía para su reforzamiento y promoción lo que potenciaría un mejor avance en el proceso. Por tal motivo surge la necesidad de estudiar dos factores fundamentales. El primero es la resiliencia que conceptualmente se resume.... en la capacidad de prevalecer, crecer, ser fuerte y hasta triunfar a pesar de las adversidades. Y por otra parte se estudiaría el apoyo social que se define como... la existencia o disponibilidad de personas en quienes se puede confiar o contar con apoyo en períodos de adversidad. Dicho lo anterior nos planteamos entonces el siguiente problema de investigación.

## **2.2 Planteamiento del problema de investigación**

¿Qué características presentan la resiliencia y el apoyo social como factores protectores en un grupo de pacientes con enfermedades crónicas pertenecientes al del Centro de Salud San Jacinto de Buena Fe?

## **2.6 Formulación de los objetivos**

### **2.3.1 Objetivo General**

Caracterizar la resiliencia y el apoyo social como factores protectores de la salud de un grupo de pacientes con Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Cardiopatía Isquémica pertenecientes al club de enfermedades crónicas del Centro de Salud San Jacinto de Buena Fe.

### **2.3.2 Objetivos Específicos**

- Explorar variables demográficas y de la historia de la enfermedad de los pacientes con Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Cardiopatía Isquémica pertenecientes al club de enfermedades crónicas del Centro de Salud San Jacinto de Buena Fe.
- Describir el comportamiento de la resiliencia de un grupo de pacientes con Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Cardiopatía Isquémica pertenecientes al club de enfermedades crónicas del Centro de Salud San Jacinto de Buena Fe.
- Valorar el apoyo social percibido del grupo de pacientes con Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Cardiopatía Isquémica pertenecientes al club de enfermedades crónicas del Centro de Salud San Jacinto de Buena Fe.

### **2.4 Perspectiva general y tipo de investigación**

La presente investigación tiene una perspectiva general positivista. El postulado positivista establece que sólo el conocimiento proveniente de las ciencias empíricas es considerado válido. Asume que existe un método específico que permite al sujeto de la investigación obtener un conocimiento absoluto en relación al objeto del estudio. Su paradigma es controlador y le gusta por lo tanto predecir, a ello se debe su interés en el establecimiento de leyes.

Este hecho hace que el carácter de paradigma se aleje de lo reflexivo, siempre y cuando no fundamente sus resultados. La dialéctica de la razón y de la experiencia produce la racionalización de lo real al mismo tiempo que la realización de lo real donde se pretende cuantificar variables y medir su frecuencia Cook, T., Reichardt (2005).

Se empleará un diseño no experimental el cual según Sampieri (2006) es aquel que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. A su vez se considera de tipo transversal pues recopila los datos relacionados a la resiliencia, el apoyo social y características demográficas y de la historia de la enfermedad en un momento único. Finalmente, la investigación será descriptiva, pues busca especificar las propiedades, las características, y los perfiles de los sujetos con enfermedades crónicas, y sus procesos de recuperación. Estos pretenden únicamente medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, su objetivo no es indicar como se relacionan las variables medidas, es describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos como son y cómo se manifiestan.

## **2.5 Hipótesis, y/ o preguntas científicas**

En el presente estudio no se plantean hipótesis pues se enmarca dentro en un diseño de estudio descriptivo el cual no pretende predecir el funcionamiento de determinadas variables en su relación, si no describir variables en una población determinada, además según Sampieri, R, Fernández, C. y Baptista P. (2006) “las investigaciones cuantitativas que formulan hipótesis son aquellas cuyo planteamiento define que su alcance será correlacional o explicativo, o las que tienen un alcance descriptivo, pero que intentan pronosticar una cifra o un hecho”.

## 2.6 Definición de variables, categorías o constructos

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento
<b>Paciente con enfermedad crónica</b>	Sujeto que presenta un diagnóstico de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial o Cardiopatía Isquémica	<b>Demográficas</b>	-Sexo	-Hombre -Mujer	Cuestionario
			-Edad	Ultimo año cumplido	
			-Nivel escolar	__ Ninguno __ Jardín de infantes __ Educación básica __ Bachillerato __ Educación superior	
			-Lugar de residencia actual	-Cantón -Provincia	
			-Estado Civil	__ Soltero __ Separado __ Divorciado __ Viudo __ Unión de hecho __ Casado	
			-Ocupación	__ Trabaja __ Estudia __ Estudia y trabaja __ No estudia ni trabaja	
		<b>Historia de la enfermedad</b>	-Enfermedad diagnosticada	__ Diabetes Mellitus __ Hipertensión Arterial __ Cardiopatía Isquémica	Cuestionario

			-Tiempo transcurrido desde el diagnóstico	Tiempo en días, meses o años	
			-Tiempo de asistencia al Club	Tiempo en días meses o año	
<b>Resiliencia</b>	Es la capacidad de prevalecer, crecer, ser fuerte y hasta triunfar a pesar de las adversidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Competencia personal y tenacidad.</li> <li>-Confianza en el propio instinto y fortalecimiento bajo estrés.</li> <li>-Aceptación positiva del cambio.</li> <li>- Control.</li> <li>-Influencias espirituales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nada de acuerdo.</li> <li>-Raramente de acuerdo.</li> <li>-Algo de acuerdo.</li> <li>-Bastante de acuerdo</li> <li>-Totalmente de acuerdo</li> </ul>	<p>70-100 Alta resiliencia</p> <p>50-69 Resiliencia media</p> <p>0-49 baja resiliencia</p>	<p>Escala de Resiliencia (Connor Davidson) (CD-RISC)</p>

<b>Apoyo social percibido</b>	La existencia o disponibilidad de personas en quienes se puede confiar o contar con apoyo en períodos de adversidad. Dicho lo anterior nos planteamos entonces el siguiente problema de investigación	Apoyo emocional  Ayuda material o instrumental  Relaciones sociales de ocio y distracción  Apoyo afectivo referido a expresiones de cariño	__Nunca  __Pocas veces:  __Algunas veces:  __La mayoría de veces  __Siempre	El índice global máximo de apoyo social es de 95, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19.	Cuestionario MOS de Apoyo Social percibido
-------------------------------	---	--	---	---	--

## 2.7 Población y Muestra

La población con la cual se trabajó estuvo compuesta por los participantes del club de pacientes con enfermedades crónicas atendidos en el área de consulta externa del Centro de Salud San Jacinto de Buena Fe. Este club posee un total de 17 participantes de los cuales 7 han sido diagnosticados con Hipertensión Arterial, otros 6 con cardiopatías Isquémicas y los 4 restantes con Diabetes Mellitus.

La muestra fue no probabilística, se trabajó con la totalidad de los pacientes, ya que cumplían con los criterios de: a) tener diagnóstico de enfermedad crónica, b) ser usuarios del servicio de psicología, c) asistir de manera regular al club de pacientes, d) mostrar disposición para participar en la investigación.

## **2.8 Métodos, técnicas e instrumentos**

### **2.8.1 Cuestionario**

El cuestionario diseñado para este estudio recogió datos demográficos y del desarrollo de la enfermedad del grupo de pacientes con Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Cardiopatía Isquémica pertenecientes al club de enfermedades crónicas del Centro de Salud San Jacinto de Buena Fe. El cuestionario u aplicado cara a cara, con el fin de aclarar dudas y obtener la todas las respuestas por parte de los pacientes. Consta de 9 preguntas 6 de ellas referidas a variables demográficas y 3 sobre aspectos de la enfermedad. Este cuestionario estuvo revisado y validado por el equipo de atención del club de enfermedades crónicas del Centro de Salud San Jacinto de Buena Fe.

### **2.8.2 Escala de Resiliencia**

La resiliencia, se define como una cualidad personal para afrontar situaciones de estrés con éxito teniendo más probabilidad de adaptarse adecuadamente a situaciones de adversidad. La escala de resiliencia de Connor, K.M. & Davidson, J.R.T. (2003), en su versión original fue diseñada, como una medida de la resiliencia, para ser utilizada en campo clínico, que permitiera identificar tempranamente las conductas resilientes, y valorar las respuestas a tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos aplicados a población adulta. Se diseñó a partir de los mejores ítems de otras escalas, se considera el constructo de “hardiness”, cuyos ítems reflejan control, compromiso y capacidad de cambio, relacionados con el desarrollo de estrategias con unas metas claras, orientación a la acción, autoestima fuerte, confianza, adaptabilidad con estrategias de cambio, habilidades de solución de problemas, humor frente al estrés, fortaleza para manejar el estrés y seguridad.

Es una escala auto aplicable de 25 ítems, que evalúa cómo el sujeto se ha sentido en el último mes, utiliza una escala de frecuencia tipo likert, desde 0 (nada de acuerdo), hasta 4 (totalmente de acuerdo). Aunque en algunos estudios se han identificado varios factores, se considera que la

escala puede usarse como unidimensional, por lo cual, se utiliza la puntuación total para el análisis de los resultados. El rango de puntuaciones va desde 0-100, siendo esta última, la puntuación máxima. Las propiedades psicométricas distinguen entre sujetos con alta y baja resiliencia, reflejando en las puntuaciones más altas, mayor resiliencia.

Los 25 ítems se estructuran según la escala original, en cinco dimensiones o factores como son:

1. **Competencia personal y tenacidad:** Es la convicción de que se está lo suficientemente preparado para poder enfrentar cualquier situación que se presente, aunque sea imprevista. Es la convicción de que, aunque no se conozcan todas las respuestas, uno puede buscarlas y encontrarlas.
2. **Confianza en el propio instinto y fortalecimiento bajo estrés:** Se refiere al conjunto de expectativas positivas sobre uno mismo o más específicamente sobre las acciones de uno mismo, como así también a la capacidad para aceptar o sobrellevar los acontecimientos a pesar del estrés que estos traen consigo.
3. **Aceptación positiva del cambio:** Se refiere a la posibilidad de las personas de ser flexibles para adaptarse a situaciones nuevas.
4. **Control:** Es la capacidad de las personas para promover su bienestar, conduciéndose y actuando conforme a lo que quieren o han decidido hacer con su vida.
5. **Influencias espirituales:** Se refiere a la influencia positiva que la vida espiritual puede tener en las personas.

Sub escalas Resiliencia.	Ítems
1. Competencia personal y tenacidad	5, 10, 11, 21, 24,25
2. confianza en el propio instinto y fortalecimiento bajo el estrés.	18, 19, 23

3. Aceptación positiva del cambio	1, 2, 4, 6, 8, 12, 15, 16,17
4. Control	7, 13, 14, 20, 22
5. Influencias espirituales	3, 9

### 2.8.3 Cuestionario MOS de Apoyo Social percibido

Este instrumento MOS de Sherbourne, C.D. y Stewart, A.L. (1991) está concebido para evaluar a pacientes con patologías crónicas. Ha sido validado en España para su empleo en contextos clínicos. Es un cuestionario multidimensional que permite valorar aspectos cuantitativos (tamaño de la red social) y aspectos cualitativos (dimensiones del apoyo social). Es breve, de fácil comprensión y autoadministrado. Consta de 20 ítems. El primero valora el apoyo estructural y el resto apoyo funcional.

La escala muestra buenas propiedades psicométricas. La consistencia interna para la puntuación total es alta (alfa = 0.97) y para las subescalas oscila entre 0.91 y 0.96. La fiabilidad test-retest es elevada (0.78). En cuanto a la validez, utilizando las variables recogidas en los estudios MOS, presenta una correlación convergente con la soledad ( $r = -0.53$  a  $-0.69$ ) con el funcionamiento familiar y matrimonial ( $r = 0.38-0.57$ ) y con el estado de salud mental. Por el contrario, la correlación con cuestiones que exploran actividad social fue intermedia. La correlación con el ítem 1 (soporte estructural) es baja. La correlación entre las cuatro subescala es razonable (0.69 a 0.82).

El primer ítem informa sobre el tamaño de la red social, el resto de los ítems conforman cuatro escalas que miden:

Apoyo emocional: ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16,17 y 19. Puntuación máxima 40, media 24 y mínima 8.

Ayuda material o instrumental: ítems 2, 5,12 y 15. Puntuación máxima 20, media 12 y mínima 4.

Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7, 11,14 y 18. Puntuación máxima 20, media 12 y mínima 4

Apoyo afectivo referido a expresiones de cariño; ítems 6,10 y 20. Puntuación máxima 15, media 9 y mínima 3.

El índice global máximo de apoyo social es de 95, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19.

## **2.9 Procedimiento**

El presente estudio se llevó a cabo con un grupo de pacientes pertenecientes al club de enfermedades crónicas del Centro de Salud San Jacinto de Buena Fe. Este trabajo cuenta con la aceptación del director del Distrito 12D06 que agrupa los cantones Buena Fe y Valencia y además del director del Centro de Salud donde se realizan los clubs. Se confeccionó un consentimiento informado el cual se valoró y aprobó por la comisión de ética del Distrito. En un primer momento como parte de uno de los encuentros se les explicó acerca del estudio y de la importancia de la participación de ellos en el mismo. A continuación, y de forma individual se les citó para leer el consentimiento informado como recurso ético fundamental en toda investigación con seres humanos. Una vez leído el consentimiento se le dio una copia del mismo con el fin de que lo lleven a sus hogares y lo puedan estudiar con tiempo para que así puedan tomar una decisión certera en cuanto a la participación.

Pasado un tiempo de una semana se citó a cada participante de forma individual para negociar la firma del consentimiento informado y comenzar de una vez la recogida de información. Se habilitó un espacio dentro del Centro de Salud para la realización de la recogida de información. Este espacio tiene como principal característica la privacidad, además de un buen ambiente donde se puedan sentir cómodo tanto el paciente como el investigador. Finalmente, los 17 pacientes que forman la población aceptaron participar en el estudio.

El algoritmo de la toma de la información comenzó por el cuestionario aplicado cara a cara, continuó con la escala de resiliencia Connor Davidson y para cerrar el cuestionario de Apoyo

Social Percibido MOS. Una vez recogidos los datos se diseñó una base de datos en Microsoft Excel la cual se llenó con los resultados de las técnicas empleadas. Para el planteamiento de los resultados se calificaron los test y se hizo el análisis de frecuencia con el resumen de los datos.

## **CAPÍTULO 3**

### **ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

Se logró estudiar a los 17 pacientes proyectados pertenecientes al club de enfermedades crónicas del Centro de Salud San Jacinto de Buena Fe. A continuación, se plantearán los resultados obtenidos por cada objetivo específico planteado.

#### **3.1 Resultados**

En relación a las características demográficas se encontró que de los 17 pacientes estudiados 12 de ellos (71%) son hombres y 5 mujeres (29%). El 76% de los pacientes (11 hombres y 2 mujeres) presentaron enfermedades como hipertensión Arterial y Cardiopatías Isquémicas, el resto 24% (1 hombre y 3 mujeres) presentaron Diabetes Mellitus. El tiempo de diagnóstico promedio fue de 4 años y 3 meses y el de asistencia al club de 1 año y 6 meses. El promedio de edad de los participantes fue de 51 años con un valor extremo inferior de 45 años y uno superior de 58 años. El 100% de los pacientes pertenecen al cantón San Jacinto de Buena Fe perteneciente a la provincia de los Ríos. El 59% de los participantes (10) cuenta con educación Básica terminada, el 29% (5) con el Bachillerato concluido y el 12% restante (2) con educación superior terminada. En cuanto al estado civil al momento de la recogida de la información se encontró que un 47% de los pacientes (8) se encontraba divorciado, el 35% (6) se encontraba casado el 12% (2) se encontraba soltero y en unión de hecho se encontró solo 1 paciente. En cuanto a la

ocupación se encontró que el 76% (13) de los pacientes trabaja, un 12% (2) estudia y trabaja y otro 12% no estudia ni trabaja. (Tabla 1)

**Tabla 1. Características demográficas y de la historia de la enfermedad**

	Hombres (n=12)	Mujeres (n=5)
<b>Sexo</b>	71%	29%
<b>Edad</b>	50 años	52 años
<b>Lugar de Residencia</b>		
San Jacinto de Buena Fe	12	5
<b>Nivel Educativo</b>		
Educación básica	9	1
Bachillerato	2	3
Superior	1	1
<b>Estado Civil</b>		
Divorciado	7	1
Casado	4	2
Soltero	1	1
Unión de hecho	----	1
<b>Ocupación</b>		
Trabaja	10	3
Estudia y Trabaja	1	1
No estudia ni trabaja	1	1
<b>Tipo de Enfermedad</b>		
Hipertensión Arterial	9	1
Cardiopatías Isquémicas	2	1
Diabetes Mellitus	1	3
<b>Tiempo promedio de Diagnóstico</b>	3 años 9 meses	4 años 9 meses
<b>Tiempo promedio asistencia al club</b>	1 año 4 meses	1 año 8 meses

**Nota:** Cuestionario de datos sociodemográficos y de la historia de la enfermedad

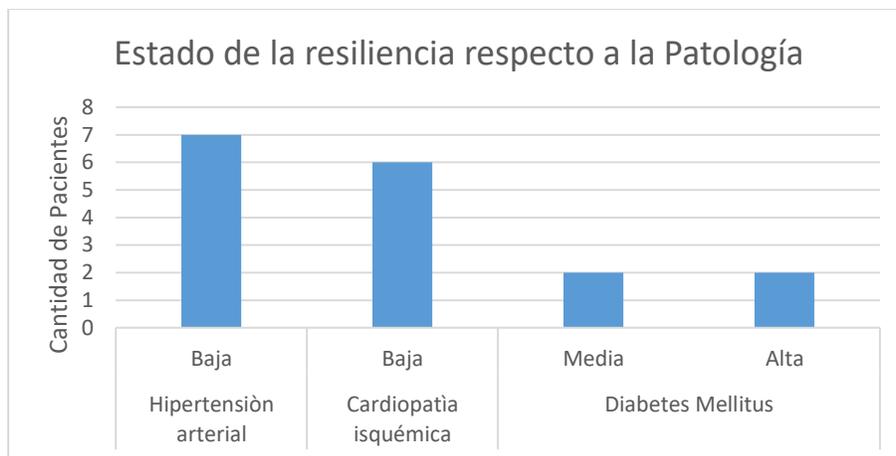
Después de haber aplicado la Escala de Resiliencia (Connor Davidson) se encontró que el 76% de los pacientes (13) presentaban un puntaje inferior a los 49 puntos los que lo ubican, en un nivel de resiliencia baja. Del resto 2 se ubicaron con resiliencia media (puntajes de 50 a 79) y los otros 2 restantes con puntajes superiores a 70 significando resiliencia alta.

Entrando en el campo de las dimensiones de la resiliencia se encontró que la dimensión de más alto puntaje resultó ser Aceptación positiva al cambio, seguida de Competencia personal y tenacidad e Influencias espirituales. Estas dimensiones obtuvieron puntajes de un nivel medio de resiliencia, principalmente en pacientes con Diabetes Mellitus. Por otra parte, los peores puntajes

resultaron ser Control y Confianza en el propio instinto y fortalecimiento bajo estrés las cuales resultaron presentar puntuaciones muy bajas en las patologías hipertensión Arterial y Cardiopatías Isquémicas.

Por último, haciendo un análisis global de la resiliencia respecto a la Patología presentada encontramos que solo logran niveles medios y altos los pacientes con Diabetes Mellitus y resulta ser baja la resiliencia tanto en sujetos con hipertensión Arterial y Cardiopatías Isquémicas. (Figura 1)

Figura 1. Estado de la resiliencia respecto a la Patología

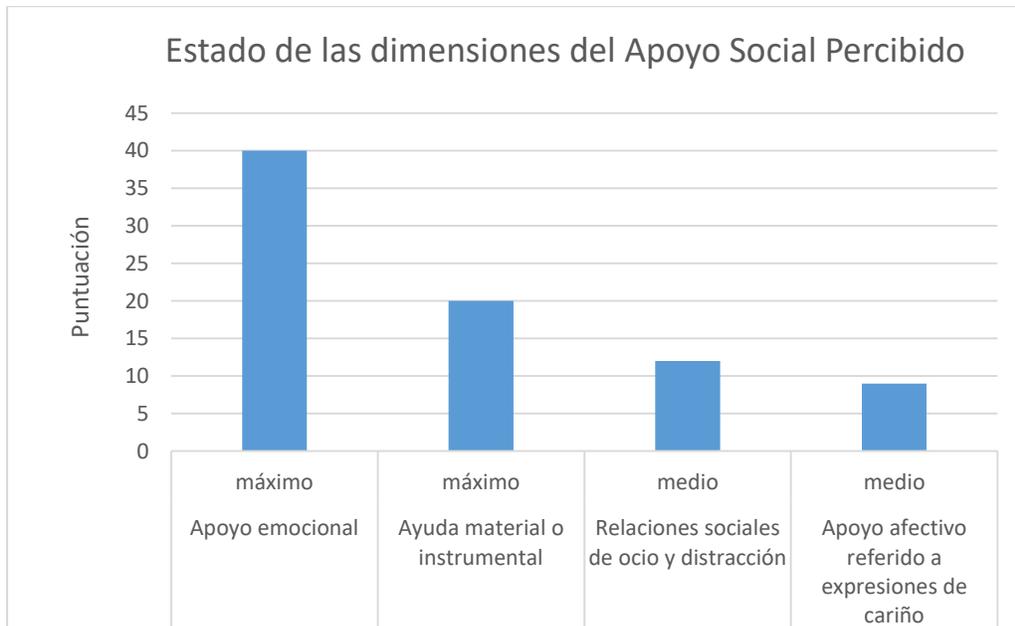


Fuente: Base de Datos del Proyecto

En el caso del Apoyo Social encontramos que la cantidad de amigos íntimos y familiares cercanos que declararon tener los pacientes fue como promedio 4. El 71% (12) del grupo estudiado mencionó a algún miembro de la familia como alguien que forma parte de su red de apoyo siendo el resto los amigos íntimos. Por otra parte, el índice global máximo de apoyo social resultó ser medio con valor de 57. Respecto a las dimensiones del apoyo social se debe destacar que el Apoyo Emocional y la Ayuda Material o Instrumental obtuvieron las máximas

puntuaciones en todos los pacientes. Por otra parte, se mantuvieron en la media las Relaciones Sociales de Ocio y Distracción y el Apoyo Afectivo Referido a Expresiones de Cariño (Figura 2)

Figura 2. Estado de las dimensiones del Apoyo Social Percibido



Nota: Base de Datos del Proyecto

### 3.4. Discusión de los resultados

El estudio realizado permitió caracterizar factores protectores de la salud como la resiliencia y el apoyo social en un grupo de pacientes con Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Cardiopatía Isquémica pertenecientes al club de enfermedades crónicas del Centro de Salud San Jacinto de Buena Fe.

El presente trabajo puede considerarse como un acercamiento importante al tema de la redefinición de enfoques en el abordaje de las problemáticas Psicosociales en salud las cuales tradicionalmente hacen énfasis en la enfermedad. Este estudio pretende plantear una mirada desde los aspectos positivos que protegen al individuo, con el fin de conocerlos y potenciarlos para lograr así una verdadera recuperación integral de la salud.

Muchos aspectos interesantes se destacan en los resultados obtenidos. En primer lugar, encontramos un predominio del sexo masculino en el grupo tratado. Este predominio se encuentra muy asociado a patologías como hipertensión Arterial y Cardiopatía Isquémica. En el caso de la hipertensión arterial en una revisión sobre prevalencia de esta enfermedad en diferentes países Kearney P (2004) y Wolf-Maier K. (2004) se observó una gran variación, la más baja en una población rural de la India (3,4% en hombres y 6,8% en mujeres) y la más alta en Polonia (68,9% en hombres y 72,5% en mujeres). En Argentina por su parte un estudio epidemiológico llamado CARMELA mostró una prevalencia de HTA del 29% (37,7% en hombres y 21,7% en mujeres (Schardrotsky H, 2008) Estos datos muestran que no existe uniformidad en los resultados lo que no define en que sexo es más alta la prevalencia.

En el caso de la Cardiopatía Isquémica un estudio realizado en España muestra que la prevalencia de infarto agudo de miocardio para personas de 25 a 74 años oscila entre 135 y 210 casos por 100.000 personas-año en hombres y entre 29 y 61 casos por 100.000 en mujeres (Marrugat J, Elosua R, Martí H, 2002). En México sin embargo la Cardiopatía Isquémica se comporta a la inversa siendo un 16% más prevalente en mujeres (González G y Alcalá R, 2010). En el presente estudio solo encontramos con hipertensión Arterial y Cardiopatía Isquémica un total de 2 mujeres. Este resultado está de acuerdo con los datos de Ecuador donde la prevalencia

de hipertensión arterial medida en la población de 18 a 59 años es 9.3%, siendo de 7,5% en las mujeres y 11.2% en los hombres (ENSANUT, 2012).

La edad es otra variable interesante en este estudio. El promedio de edad de los participantes fue de 51 años. Las estadísticas reportadas en los últimos años, indican que los hombres por debajo de 50 años, tienen una incidencia más elevada de padecer algún tipo de ECV, que las mujeres de la misma edad. Esto pudiese deberse a la relación que existe entre los estrógenos sobre los vasos sanguíneos y el sistema cardiovascular en las mujeres (Fernández, et al. 2003; Segura, et al. 2006; Cuevas, 2008). Sin embargo, otros estudios muestran que las mujeres a partir de 55 años presentan mayor frecuencia de infarto, insuficiencia cardíaca y muerte cardiovascular. Por lo que las ECV en las mujeres se asocian con la menopausia y con el número e intensidad de factores de riesgo que desarrollen (Georgieva, 2007).

Entrando en el tema de un factor de protección fundamental como lo es la resiliencia, se encontró en el estudio que la mayoría de los pacientes presentaban un nivel de resiliencia baja. El estudio de la resiliencia relacionada con la enfermedad crónica significa un cambio de perspectiva en el campo de la salud, pues enfoca el desarrollo positivo del individuo (Kern & Moreno, 2007). En la actualidad, las enfermedades crónicas son consideradas como fuentes generadoras de estrés, ya que implican un proceso de deterioro continuo y constante de varios años que afecta la calidad de vida de la persona, generando nuevas situaciones para afrontar. Es importante resaltar que la resiliencia puede ser fomentada, es decir, es una capacidad universal pero no es absoluta ni estable, por lo que una persona puede ser resiliente en un medio y no en otro (Kern & Moreno, 2007).

Realizando un análisis de las dimensiones de la resiliencia en el grupo estudiado se encontró que la dimensión de más alto puntaje resultó ser Aceptación positiva al cambio, seguida de Competencia personal y tenacidad e Influencias espirituales. Estos resultados coinciden parcialmente con un estudio en EE.UU con 38 pacientes afroamericanos, entre los 65 y 91 años de edad y con enfermedades crónicas, como artritis, asma, diabetes mellitus, cardíacas e hipertensión, se encontraron como factores resilientes la determinación, perseverancia y

tenacidad (Becker y Newsom, 2005) En Australia, se desarrolló un estudio con pacientes enfermos de síndrome de fatiga crónica, diabetes, psoriasis artrítica, osteoartritis, fibromialgia, depresión, Crohn, colitis ulcerativa, esclerosis múltiple, cardiopatía y dolor crónico, entre los 21 y 65 años de edad, donde se concluyó que la resiliencia se caracteriza por tener un fuerte sentido de autoestima, de capacidad para aprender de las experiencias y de desarrollar la adaptación, siendo esta última fundamental para sobrellevar la enfermedad (Kralik, van Loon y Visentin, 2006). Es fundamental entonces que el equipo que atiende directamente los clubes de enfermedades crónicas reconozca estos factores protectores y los potencien, buscando los nexos entre ellos con el fin de contribuir al logro de las metas de tratamiento propuestas.

Por otra parte, los peores puntajes de las dimensiones de la resiliencia resultaron ser Control y Confianza en el propio instinto y fortalecimiento bajo estrés. Estas dimensiones se relacionan mucho con el manejo de situaciones y la capacidad para resolver problemas que generan estrés. Si el equipo de salud que atiende los clubes desarrollamos las dimensiones positivas de la resiliencia estas por si solas se verán influidas y potenciadas al mismo tiempo. El individuo no es un receptor pasivo de los diferentes estímulos, sino que los modula constantemente con su conducta. En este proceso participan componentes genéticos, psicológicos, sociales y culturales. De acuerdo con Kern y Moreno (2007), tanto los factores de riesgo como los de protección deben ser vistos como resultado de la estrecha interacción individuo ambiente, donde cada una de estas partes juega un papel activo; su manejo eficiente se da como resultado de la manifestación de la capacidad resiliente individual.

Por último, haciendo un análisis global de la resiliencia respecto a la Patología presentada encontramos que solo logran niveles medios y altos los pacientes con Diabetes Mellitus y resulta ser baja la resiliencia tanto en sujetos con hipertensión Arterial y Cardiopatías Isquémicas. Estos datos muestran una relación importante con el llamado patrón de conducta tipo A en los sujetos con Hipertensión Arterial y Cardiopatías Isquémicas. Este patrón fue descubierto en 1976, por los cardiólogos Friedman y Rosenman. Para estos autores el tipo A constituye un factor de riesgo independiente en el desarrollo de la enfermedad arterial coronaria, caracterizándolo básicamente bajo los siguientes rasgos: impaciencia acentuada, marcada competitividad, baja tolerancia a la

frustración y fácil reacción hostil. (Friedman, M. y Rosenman, R.H, 1976). En el presente estudio encontramos que los pacientes con las dimensiones de resiliencia peor puntuadas como fueron Control y Confianza en el propio instinto y fortalecimiento bajo estrés, resultaron ser los individuos con Hipertensión Arterial y Cardiopatías Isquémicas. Estas dimensiones conceptualmente están, muy relacionadas al manejo de situaciones de estrés y toma de decisiones por lo tanto el equipo responsable de la terapia con estos pacientes en los clubes debe tener en cuenta estas formas de afrontamiento para potenciar conductas menos agresivas y más conciliadoras.

Un aspecto importante para valorar es la cantidad de amigos íntimos y familiares cercanos que declararon tener los pacientes. Esta pregunta del cuestionario MOS indaga sobre el tamaño de la red social significativa para el sujeto, la cual resultó ser como promedio de 4 personas. Estos resultados se ubican en un promedio mayor respecto con lo encontrado en la Ciudad de México por Salinas (2008) en una muestra de Adultos mayores cuyo tamaño promedio de la red fue de, 2.06, pero por su parte resulta ser menor que el hallado por Robles (2002) en la ciudad de Guadalajara, México, que fue de 7.5 o que el encontrado por Arias (2002) en Mar del Plata, Argentina que fue de 8.8. La tendencia general indica que redes de apoyo más grandes se asocian con la existencia de intercambios recíprocos y con una composición de la red que incluye a familiares y amigos. En este sentido, Rowe y Khan (1997) han argumentado que cuanto más extensa y diversa es la red de apoyo, mayor es su eficacia. En contraparte, Antonucci y Jackson (1990) comentan que una red reducida puede generar una presión excesiva sobre las personas que proporcionan el apoyo. El 71% (12) del grupo estudiado mencionó a algún miembro de la familia como alguien que forma parte de su red de apoyo siendo el resto los amigos íntimos. Estudios previos indican que las redes sociales de los enfermos crónicos están compuestas principalmente por los cónyuges y los hijos, seguida, por otros parientes consanguíneos y políticos. Además, se ha establecido que las redes de apoyo son capaces de proveer una gran cantidad de apoyo social en forma cotidiana, ya sea de manera instrumental, emocional, económica, o de información. Salinas (2008). En el caso de los pacientes del estudio encontramos una división pues de los 17 en total (8) se encontraba divorciado, y (6) se encontraba casado por lo que no existe un dominio

claro en el estado civil. Lo anterior deja ver que quizás la pareja no sea el apoyo predominante que se esperaba dentro del contexto familiar, por lo que otros actores familiares como hijos, hermanos etc pudieran estar figurando como apoyo en más del 50% del grupo estudiado.

Respecto a las dimensiones del apoyo social se debe destacar que el Apoyo Emocional y la Ayuda Material o Instrumental obtuvieron las máximas puntuaciones en todos los pacientes. Por otra parte, se mantuvieron en la media las Relaciones Sociales de Ocio y Distracción y el Apoyo Afectivo Referido a Expresiones de Cariño. Estos resultados coinciden con los encontrados por Ahumada L (2005) en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en los cuales se encontró altas puntuaciones en el ámbito del apoyo emocional y apoyo afectivo. El Apoyo emocional es entendido como la expresión de afecto y comprensión empática, y el apoyo instrumental, como la provisión de ayuda material o tangible que se pueda recibir. Resultados de investigación con enfermedades crónicas consideran que estos beneficios en la población afectada operan como factores de protección. Se ha encontrado que estos protegen contra el estrés generado por la enfermedad y capacita al enfermo y su cuidador para reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento (Fuentes G 2007). Es importante señalar que la mayoría del grupo estudiado trabaja lo que fortalece en primer lugar el apoyo de tipo instrumental, pero se pudiera agregar también las relaciones sociales de ocio y distracción, elementos estos fundamentales para lograr una calidad de vida mejor en estos pacientes.

Por último, el grupo estudiado obtuvo un índice global máximo de apoyo social que resultó ser medio con valor de 57 en la escala del MOS. Existen varias ventajas que los pacientes adquieren al poseer un adecuado apoyo social. Este aumenta de manera directa y por sí solo el bienestar, la autoestima y la salud; es decir, se establece una relación directamente proporcional entre el apoyo social y la salud, por lo que si se aumenta el apoyo social aumenta la salud. sirve de protector o amortiguador del estrés o efectos negativos generados por los eventos vitales estresantes. Este planteamiento manifiesta que el efecto rehabilitador del apoyo social tiene dos vías de acción fundamentales:

- La intervención de apoyo social entre el evento estresor y/o sus expectativas y la situación estresante como tal, a través de la disminución o prevención de la respuesta de estrés, lo que favorece la respuesta eficaz ante la amenaza o su enfrentamiento adecuado.
- La intervención del apoyo social entre el estrés y sus consecuencias patológicas a través de medidas para reducir la percepción del estrés o comportamientos que influyan de manera directa en la enfermedad y los procesos patológicos.

Marín (2002) refiere que el sistema de apoyo social es importante pues permite el mantenimiento de la integridad psicológica y física de la persona a lo largo del tiempo y que sus funciones primarias son aumentar las capacidades personales de sus miembros y promover el logro de sus metas vitales.

## CONCLUSIONES

1. Existió un dominio en el grupo estudiado de sexo masculino, de las enfermedades hipertensión Arterial y Cardiopatía Isquémica. El tiempo de diagnóstico promedio fue de 4 años y 3 meses y el de asistencia al club de 1 año y 6 meses. El promedio de edad de los participantes fue de 51 años, la mayoría cuenta con educación Básica terminada, son divorciados, trabajan, y residen todos en el cantón San Jacinto de Buena fe en la provincia de Los Ríos.
2. El nivel general de resiliencia en la mayoría de los pacientes fue bajo. Las dimensiones de más alto puntaje resultaron ser la Aceptación positiva al cambio, seguida de Competencia personal y tenacidad e Influencias espirituales, mientras que las más bajas fueron Control y Confianza en el propio instinto y fortalecimiento bajo estrés, las cuales resultaron presentar puntuaciones muy bajas en las patologías hipertensión Arterial y Cardiopatías Isquémicas.
3. El índice global máximo de apoyo social resultó ser medio, el grupo estudiado mencionó en su mayoría algún miembro de la familia como alguien que forma parte de su red de apoyo siendo el resto los amigos íntimos. Respecto a las dimensiones del apoyo social se debe destacar que el Apoyo Emocional y la Ayuda Material o Instrumental obtuvieron las máximas puntuaciones en todos los pacientes. Por otra parte, se mantuvieron en la media las Relaciones Sociales de Ocio y Distracción y el Apoyo Afectivo Referido a Expresiones de Cariño

## RECOMENDACIONES

1. Se recomienda para futuras investigaciones privilegiar abordajes cualitativos relacionados fundamentalmente a profundizar en las dimensiones de resiliencia y apoyo social con peor puntaje combinando técnicas grupales e individuales.
2. Que el equipo de salud que atiende a los pacientes con enfermedades crónicas incluyan dentro de sus actividades en Psicológica individual, y grupos de Psicoterapia las temáticas de Resiliencia y Apoyo social como factores protectores, con el fin de que los pacientes aprendan y pongan en práctica estrategias de afrontamiento a la enfermedad mas efectivas.
3. Trabajar en el grupo las dimensiones de la resiliencia que resultaron ser de peor puntaje como el Control y Confianza en el propio instinto y fortalecimiento bajo estrés, fomentando características de la resiliencia como emociones positivas (optimismo y sentido del humor), el afrontamiento activo en la búsqueda de soluciones y el control emocional, la reevaluación cognitiva y la autoaceptación, así como la autoestima y el sentido de autoeficacia. Todo lo anterior con el fin de lograr al menos niveles medios de resiliencia que permitan una mejora importante en la calidad de vida de los pacientes.
4. En cuanto al Apoyo social el equipo de atención debe hacer énfasis en los indicadores que resultaron estar en un nivel medio. En el caso de la interacción social positiva, es fundamental trabajar el tema de la participación de los pacientes en actividades de ocio y diversión agregando estas funciones a la red, y en el caso del apoyo afectivo, es importante involucrar a la red de apoyo más cercana y trabajar las emociones y muestras de cariño hacia el paciente como aspecto vital para lograr una mejor calidad de vida en esos sujetos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arés, P. (2006). *Psicología de la Familia*. Guayaquil: Facultad de Ciencias Psicológicas.
2. Ares, P. (2002). *Psicología de la familia, una aproximación a su estudio*. Cuba: Editorial Félix Varela
3. Artículo 16. 3». *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Asamblea General de las Naciones Unidas (1948).
4. Arias, C. (2002). *Las redes de apoyo social en las personas de edad*. Mar del plata: Editorial Universidad de Mar del Plata.
5. Alonso, A. (2003). *Psicodiagnóstico Clínico*. La Habana: Editorial Félix Varela.
6. Bandura, A. A. (2008). Teoría social cognitiva na perspectiva da agência. En: Bandura, A. A., Azzi, R. G. y Polydoro, S. (edts.), *Teoría social cognitiva: conceitos básicos* (pp. 69-95). Porto Alegre: Artmed.
7. Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.
8. Breihl, J. (1995). Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología. *Serie Epidemiología Crítica No. 3*. Ecuador Ed. CEAS; 125-126.
9. Becker, G., y Newsom, E. (2005). Resilience in the Face of Serious Illness Among Chronically Ill African Americans in Later Life. *The Journals of Gerontology*, 60(4), 214-223.

10. Caplan, G. (1974). Support systems and community mental health: Lectures on concept development. New York: Behavioral Publications.
11. Connor, K.M., y Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
12. Contreras, F., y Esguerra, G. (2006). Psicología Positiva: Una nueva perspectiva en Psicología. *Revista Diversitas*, 2 (2), 311-319.
13. Chowdhury, PP., Mawokomatanda, T., Xu, F., Gamble, S., Flegel, D., Pierannunzi, C, et al. (2016). Surveillance for Certain Health Behaviors, Chronic Diseases, and Conditions, Access to Health Care, and Use of Preventive Health Services Among States and Selected Local Areas - Behavioral Risk Factor Surveillance System, United States, 2012. *MMWR Surveill Summ.* 29;65(4):1-142.
14. Cyrulnik, B., (2003). Los patitos feos, la resiliencia una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona- España: Editorial Gedisa, 5ª ed.
15. Cyrulnik, B. (2009). La resiliencia o la capacidad humana de superar pérdidas, crisis, adversidades o traumas. Madrid: Ed; Institut Français.
16. Cohen, S., Gottlieb, B. H., y Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. En S. Cohen, L. G. Underwood & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 3-25). Oxford: Oxford University Press.
17. Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada en la Conferencia Internacional de Salud de 1946, y que entró en vigor el 7 de abril de 1948. *Glosario de Promoción de la Salud*. Traducción del Ministerio de Sanidad. Madrid (1999).

18. Cohen, S. y Syme, L. (1985). Issues in the study and application of social support. In: Cohen, S. & Syme, S. L.(ed), Social support and health. New York, Academic Press., p. 4.
19. Cook, T., Reichardt. (2005). Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Madrid: Ediciones Morata, S.L.
20. Cuevas, S. (2008). Análisis de los factores de riesgo cardiovascular en el proceso de envejecimiento y su relación con el estrés oxidativo. Estudio piloto observacional. Trabajo de Grado de Doctorado no publicado. Universidad de Murcia, España.
21. Chess, S y Thomas A (1970). Temperament. Londres; Routledge.
22. De Leeuw, E. (2016). We Need Action on Social Determinants of Health – but Do We Want It, too?: Comment on “Understanding the Role of Public Administration in Implementing Action on the Social Determinants of Health and Health Inequities” . International Journal of Health Policy and Management,5(6), 379–382.  
<http://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.25>
23. Didier, M. (1986). "Redes sociales y búsqueda de ayuda. Revista Chilena de Psicología 8 (1):3-7.
24. Fernández, E., Díaz, M. y Domínguez, F. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. Psicothema, 15 (4), 615 630.
25. Friedman, M. y Rosenman, R.H. (1974). Type A behavior and your heart, New York, Knopf, Jenkins; C.D., \"Recent evidence supporting psychological and social risk factors for coronary disease\", en New England Journal of medicine, 1976, 294: 987-994.
26. Forés, A y Grané, J (2008): La resiliencia. Crecer desde la adversidad. Barcelona Ed. Plataforma actual.

27. Frutos, M.A., Blanca, M.J., Mancilla, J.J., Rando, B., Ruiz, P., Guerrero, F., López, G. y Ortuño, C. (2005). Organ donation: A comparison of donating and nondonating families. *Transplantation Proceedings*, 37, 1557-1559.
28. Fuentes, G. N, Ojeda, M. (2007). Soporte y red social en el adulto maduro con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus tipo II en riesgo de insuficiencia renal. *Biblioteca Lascasas*; 3(3).
29. Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (1995). *El apoyo social*. Barcelona: PPU.
30. Garassini, M. y Zavarce, P. (2010). Historia y marco conceptual de la Psicología Positiva. En Garassini, M., Camilli, C. & Millán, A. (Eds). *Psicología Positiva*:
31. Grau, J. (2001). *Estrés, Salud y Enfermedad*. Material docente para el Módulo de Psicología, Salud y Enfermedad. Maestría en Psicología de la Salud. La Habana: ENSAP.
32. Graham, H (2004). Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, 82; 101-124.
33. Gracia, E, y Herrero, J. (2006). The community as a source of social support: evaluation and implications at the individual and community levels. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (2), 327-342
- Grotberg, EH. (2013). *La Resiliencia en el mundo de hoy*. España: Editorial Gedisa
34. Georgieva, R. (2007). Factores de riesgo cardiovascular y tratamiento hipolipemiente en la enfermedad cerebrovascular, cardiacas y periféricas. Trabajo de Grado de Doctorado no publicado. Universidad de Granada, España.

35. *Grotberg, E. H. (2003). Resilience for today. Gaining Strength from Adversity. London, Ed PRAEGER.*
36. Gore, S. (1985). Social support and styles of coping with stress. In: Cohen, S. & Syme, S. L. ed, Social support and health. New York, Academic Press. p. 263-80.
37. González, GJ, Alcalá R. R (2010). Enfermedad isquémica del corazón, epidemiología y prevención. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 53 (5).
38. Hernández, M. y García, H. (2007). Factores de riesgo y protección de enfermedades cardiovasculares en población estudiantil universitaria. Revista de la Facultad de Medicina, 30 (2), 119-123.
39. House, J.S. (1981). Work stress and social support. Massachusetts, Addison-Wesley.
40. INEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2014). Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimiento y Defunciones 2014. Recuperado de URL [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion\\_y\\_Demografia/Nacimientos\\_Defunciones/Publicaciones/Anuario\\_Nacimientos\\_y\\_Defunciones\\_2014.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf)
41. INEC (2012). Encuesta Nacional de salud y nutrición. Ecuador; Instituto Nacional de Encuestas y Censos.
42. Infante, F. (2005). A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. En: Melillo, A. y Ojeda, E. N. S. (eds). Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas (pp. 23-38). Porto Alegre: Artmed.
43. Informe de Investigación. Cambios sociodemográficos de la familia cubana a las puertas del nuevo milenio. Departamento de Psicología. CIPS: MCTMA, 2002.

44. Juan, U. A., (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, 10(2). 61-80.
45. Kralik, D., van Loon, A., y Visentin, K. (2006). Resilience in the chronic illness experience. *Educational Action Research*, 14(2), 187-201.
46. Kearney, P, Whelton, M, Reynolds, K, Whelton, P, y He, J. (2004). Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. *J Hypertens* ,22:11-9. 20.
47. Kern, E. & Moreno, B. (2007). Resiliencia en Niños Enfermos Crónicos: Aspectos Teóricos. *Psicología em Estudo*, 12 (1), 81-86.
48. Kotliarenco, M. (1996). La pobreza desde la mirada de la resiliencia. Disponible en: <http://www.resiliencia.cl/resilien.htm>.
49. Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York (NY): Springer.
50. Laximarayan P, Mill AS, Brennan JG et al (2006). Advancement of global health: Key messages from the Disease Control Priorities Project. *Lancet*; 367 (9517): 1193-1195.
51. Lim, SS, Vos, T, Flaxman, A.D, Danaei, G, Shibuya, K, Adair-Rohani H et al. (2010). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 2012; 380(9859):2224-2260.

52. Luthar, S. S., Sawyer, J. A. y Brown, P. J. (2006). Conceptual issues in studies of resilience: past, present and future research. *Annals New York Academy of Sciences*, 1094, 105-115.
53. Lucumi, Diego, Gutiérrez, Alejandra, Moreno, José et al. Planeación Local para enfrentar el Desafío de las Enfermedades Crónicas en Pasto, Colombia. *Rev. Salud pública*, mar. /mayo 2008, vol.10, no.2, p.343-351.
54. Masten, A. y N. Garmezy. (1986). Stress, competence and resilience: Common frontiers for therapists and psychopathologist. *Behavior Therapy*, 17: 500-521.
55. Martín, A. L (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Rev Cubana Salud Pública*; 29(3): 275-281.
56. Martínez M, Alba, L.C, Sanabria, G (2010). Interrelación dialéctica entre calidad de vida y motivaciones relativas a la salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* ;26(1)
57. Marrugat J, Elosua R, Martí, H (2002). Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y de las tendencias entre 1997 y 2005. *Rev Esp Cardiol*; 55:337-46.
58. Mayordomo T, Viquer P, Sales A, Satorres E, y Meléndez JC (2016). Resilience and Coping as Predictors of Well-Being in Adults. *J Psychol*, 15:1-13.
59. Masten, A. S. y Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: contributions of the project competence longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 24, 345-361.

60. Mathers CL, Stein C, Fat D, Rao C. (2009). Death and diseases burden by Cause: global burden of diseases estimates by World Bank Country Group. Bethesda World Bank Disease Control. Priorities Project.
61. Minuchin, S, (2002). Familia y terapia familiar. Barcelona: Gedisa.
62. Minkler M. Health education, health promotion and the open society: an historical perspective. Health Education Quarterly. 1989; 16 (1) : 17-30.
63. Mozaffarian D, Fahimi S, Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Engell RE, Lim S et al. (2014). Global Burden of Diseases Nutrition and Chronic Diseases Expert Group. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. N Engl J Med.;371(7):624–34.
64. OMS (2015). Enfermedades no transmisibles. Nota de prensa. Recuperado de URL <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
65. Okoro, C. A., Zhao, G., Dhingra, S. S., & Xu, F. (2015). Lack of Health Insurance Among Adults Aged 18 to 64 Years: Findings From the 2013 Behavioral Risk Factor Surveillance System. Preventing Chronic Disease, 12, E231. <http://doi.org/10.5888/pcd12.150328>
66. OMS,(2005). Preparación de los profesionales de la salud para el siglo XXI, el reto de las enfermedades no transmisibles y salud mental enfermedades crónicas y promoción de la salud s.l; OMS,. 15t.

67. Pérez L. R (1989). La psiquis en la determinación de la salud. Ciudad Habana Ed. Científico-Técnica.
68. Pérez, C.M (1995). Los paradigmas médicos. Factores de su conservación y cambio. Bol. Ateneo Juan César García. 3:21.
69. Pérez L.R (1989). La psiquis en la determinación de la salud. Ciudad Habana Ed. Científico-Técnica.
70. Reyes E. R (2007). El cuidado del paciente psiquiátrico. Salud/Milenio, 64, 8-9.
71. Revilla A.L, Castillo L. J, Bailón M.E, Medina M.I (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Medicina de Familia (And) 6 (1)
72. Rotter, J. B (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43(1), 1975, 56-67.
73. Roca, M.A. (1998) Apoyo social. Su significación para la salud humana. La Habana: Editorial Félix Varela.
74. Rowe, J.W. y Kahn, R.L. (1997). Successful aging. The Gerontologist, 37 (4), 433-440.
75. Ryle, G (2005). El concepto de lo mental. Ediciones Paidós Ibérica.
76. Rodríguez M J. (1995). Psicología Social de la Salud. Madrid: Síntesis.

77. Ramos, B.N, Aldereguía E.J (1990). Medicina social y salud pública en Cuba. La Habana: Editorial Pueblo y educación, 2 (3), 12-20.
78. Robles, L. (2002). ¿Quiénes cuidan a los ancianos? una cuestión de mujeres ancianos no de familia. Ponencia a presentar en el Simposio Viejos y Viejas, Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas, 14 al 18 de Julio, 2003, Santiago de Chile.
79. Rodríguez M. J. Apoyo social y salud. En: Guía de Estudio y Bibliografía Básica Módulo Psicología, Salud y enfermedad. Maestría Psicología de la Salud. Ciudad Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2002.p. 94-103.
80. Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*. 14 (8), 626-631.
81. Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 27, 119-144.
82. Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24, 335-344.
83. Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista P. (2006) Metodología de la investigación, 4ta edición.
84. Stanton, A. L., Reverson, T. A., y Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *The Annual Review of Psychology*, 58, 565-92.

85. Segura, L., Agusti, R. y Parodi, J. (2006). Factores de Riesgo de las Enfermedades Cardiovasculares en el Perú (Estudio TORNASOL). *Revista Peruana de Cardiología*, 32 (2), 82-128.
86. Sherbourne, C.D. y Stewart, A.L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*, 32, 705-714. estudios en Venezuela. Caracas: Publicaciones Monfortis.
87. Seymour-Smith, S (2015). Applying discursive approaches to health psychology. *Health Psychology*, 34(4), 371-380.
88. Schardrotsky, H, Hernández-Hernández R, Champagne B, Silva H, Vinueza R, Silva Ayçaguer LC, et al, (2008). CARMELA: Assessment of cardiovascular risk in seven Latin American Cities. *Am J Med* ;121:58-65.
89. Tarlov A (1996). Social determinants of health: the sociobiological translation. In Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). *Health and social organization*. Londres: Routledge; 71-93,
90. Torres E, Ballesteros P. E, Sánchez C. P. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*. [Periódico en la Internet]. [citado 2008 Dic 23]; 19(1): 9-15. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
91. Van Groenou, M.B. y Van Tilburg, T. (1997). Changes in the support networks of older adults in the Netherlands. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 12:23-44.
92. Vegas, O. y González, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería*, 16, 1-11

93. Werner, E. E., y Smith, R.S. (1982). Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth. New York: McGraw Hill.
  
94. Wedgeworth M, La Rocca MA, Chaplin WF, Scogin F (2016): The role of interpersonal sensitivity, social support, and quality of life in rural older adults. *Geriatr Nurs.* S0197-4572(16)
  
95. Wolf-Maier K, Cooper RS, Kramer H, Banegas JR, Giampaoli S, Joffres MR, et al (2004). Hypertension treatment and control in five European countries, Canada, and the United States. *Hypertension*; 43:10-7.

## **ANEXOS**

## ANEXO UNO

### DATOS:

No. De Historia Clínica: \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO

Estimados miembros de club. El equipo de asistencia está realizando una investigación con el objetivo de mejorar su calidad de vida y proveer una mejor recuperación de su enfermedad. A continuación, ponemos a su consideración un grupo de preguntas las cuales nos gustaría que usted pueda responder. No existe una calificación buena o mala, y el responderlas no afectará su tratamiento y participación en las actividades del club en el Centro de salud. Si tiene alguna duda o no entiende el contenido, el equipo de asistencia estará listo para brindarle la ayuda necesaria. Es importante que sepa que los datos aquí recogidos serán tratados con la más estricta confidencialidad.

Gracias de antemano por su participación

#### 1. Datos demográficos

Marque con una X según corresponda

A. **Sexo:** Masculino\_\_ Femenino\_\_

B. **Edad:** Ultimo año cumplido \_\_\_\_

**C. Nivel escolar:** Ninguno\_\_ Jardín de infantes \_\_ Educación básica \_\_ Bachillerato\_\_  
Educación superior\_\_

**D. Lugar de residencia actual:** Cantón\_\_\_\_\_ Provincia\_\_\_\_\_

**E. Estado Civil:** Soltero \_\_ Separado \_\_ Divorciado \_\_ Viudo \_\_ Unión de hecho \_\_  
Casado \_\_

**F. Ocupación:** Trabaja \_\_ Estudia \_\_ Estudia y trabaja \_\_ No estudia ni trabaja \_\_

## 2. Datos de la Enfermedad

Marque con una X según corresponda

**A. Enfermedad diagnosticada:** Diabetes Mellitus \_\_ Hipertensión Arterial \_\_ Cardiopatía  
Isquémica \_\_

**B. Tiempo transcurrido desde el diagnóstico:** Tiempo en días, meses o años \_\_\_\_

**C. Tiempo de asistencia al Club:** Tiempo en días, meses o años \_\_\_\_

## ANEXO DOS

### DATOS:

No. De Historia Clínica: \_\_\_\_\_

### TEST DE RESILIENCIA

Escala de Resiliencia (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC)

A continuación, usted encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con algunos aspectos relevantes de su vida. No hay una respuesta correcta o incorrecta, cada persona tiene sus propias opiniones y forma de pensar. No obstante, no emplee mucho tiempo, trate de contestar de forma espontánea nada más leer cada afirmación. Por favor, responda a todas las afirmaciones, no deje ninguna sin contestar, pensando en qué grado está de acuerdo o no, con respecto a cómo se ha sentido durante las últimas semanas con cada afirmación; de acuerdo con la escala siguiente:

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>Nada de acuerdo.</b>	<b>Raramente de acuerdo.</b>	<b>Algo de acuerdo.</b>	<b>Bastante de acuerdo.</b>	<b>Totalmente de acuerdo.</b>

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Soy capaz de adaptarme a los cambios.					
2. Tengo personas en las que puedo confiar y con las que me siento seguro.					
3. Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayude.					
4. Puedo resolver cualquier acontecimiento que se me presente.					
5. Los éxitos pasados me ayudan a afrontar nuevos desafíos con confianza.					

6. Veo el lado divertido de las cosas.					
7. Afrontar el estrés, me fortalece.					
8. Tiendo a recuperarme de las enfermedades o de las dificultades.					
9. Pienso que las cosas ocurren por alguna razón.					
10. Me esfuerzo al máximo en cada ocasión.					
11. Puedo conseguir mis metas.					
12. Cuando parece que irremediamente algo no tiene solución, no abandono.					
13. Sé dónde acudir a por ayuda.					
14. Bajo presión, me concentro y pienso claramente.					
15. Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema					
16. No me desanimo fácilmente por el fracaso					
17. Pienso que soy una persona fuerte.					
18. Tomo decisiones difíciles o impopulares					
19. Puedo manejar sentimientos desagradables.					
20. Sigo los presentimientos que tengo.					
21. Tengo muy claro por donde quiero ir en mi vida.					
22. Siento que controlo mi vida.					
23. Me gustan los desafíos.					
24. Trabajo para conseguir mis metas.					
25. Me siento orgulloso de mis logros.					

## ANEXO TRES

### DATOS:

No. De Historia Clínica: \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL

Las siguientes preguntas corresponden al apoyo o ayuda del que usted dispone:

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

Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_

**Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de ayuda cuando lo necesita?**

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre

ÍTEMS	1	2	3	4	5
2. Alguien que le ayude cuando está en cama					
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar					
4. Alguien quien le solvete financieramente cuando lo requiera					
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite					
6. Alguien que le brinde amor y afecto					
7. Alguien con quien pasar un buen rato acompañado					

8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación					
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones					
10. Alguien quien le abrace					
11. Alguien con quien pueda relajarse					
12. Alguien quien le prepare los alimentos si usted no está en capacidad de hacerlo					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee					
14. Alguien con quien hacer actividades que le hagan olvidar sus problemas					
15. Alguien que le ayude en las tareas domésticas si usted se encuentra imposibilitado.					
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos					
17. Alguien que le asesore como resolver sus problemas personales					
18. Alguien que lo estimule y le ayude a divertirse					
19. Alguien quien lo visite si está internado y le sirva de compañía					
20. Alguien que lo haga sentirse apreciado y querido					

**DATOS:**

No. De Historia Clínica: 97263

**CUESTIONARIO**

Estimados miembros de club. El equipo de asistencia está realizando una investigación con el objetivo de mejorar su calidad de vida y proveer una mejor recuperación de su enfermedad. A continuación, ponemos a su consideración un grupo de preguntas las cuales nos gustaría que usted pueda responder. No existe una calificación buena o mala, y el responderlas no afectará su tratamiento y participación en las actividades del club en el Centro de salud. Si tiene alguna duda o no entiende el contenido, el equipo de asistencia estará listo para brindarle la ayuda necesaria. Es importante que sepa que los datos aquí recogidos serán tratados con la más estricta confidencialidad.

Gracias de antemano por su participación

**1. Datos demográficos**

Marque con una X según corresponda

A. Sexo: Masculino  Femenino

B. Edad: Último año cumplido 53

C. Nivel escolar: Ninguno  Jardín de infantes  Educación básica  Bachillerato   
Educación superior

D. Lugar de residencia actual: Cantón Dona Fe Provincia Jos Ríos

E. Estado Civil: Soltero  Separado  Divorciado  Viudo  Unión de hecho   
Casado

F. Ocupación: Trabaja  Estudia  Estudia y trabaja  No estudia ni trabaja

**2. Datos de la Enfermedad**

Marque con una X según corresponda

A. Enfermedad diagnosticada: Diabetes Mellitus  Hipertensión Arterial  Cardiopatía Isquémica

B. Tiempo transcurrido desde el diagnóstico: Tiempo en días, meses o años 4 años, 1 m

C. Tiempo de asistencia al Club: Tiempo en días, meses o años 1 año.

**DATOS:**

No. De Historia Clínica: 97263

**TEST DE RESILIENCIA**

Escala de Resiliencia (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC)

A continuación, usted encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con algunos aspectos relevantes de su vida. No hay una respuesta correcta o incorrecta, cada persona tiene sus propias opiniones y forma de pensar. No obstante, no emplee mucho tiempo, trate de contestar de forma espontánea nada más leer cada afirmación. Por favor, responda a todas las afirmaciones, no deje ninguna sin contestar, pensando en qué grado está de acuerdo o no, con respecto a cómo se ha sentido durante las últimas semanas con cada afirmación; de acuerdo con la escala siguiente:

0	1	2	3	4
Nada de acuerdo.	Raramente de acuerdo.	Algo de acuerdo.	Bastante de acuerdo.	Totalmente de acuerdo.

	0	1	2	3	4
1. Soy capaz de adaptarme a los cambios.			X		
2. Tengo personas en las que puedo confiar y con las que me siento seguro.				X	
3. Algunas veces dejo que el destino o Dios me ayude.			X		
4. Puedo resolver cualquier acontecimiento que se me presente.		X			
5. Los éxitos pasados me ayudan a afrontar nuevos desafíos con confianza.				X	
6. Veo el lado divertido de las cosas.				X	
7. Afrontar el estrés, me fortalece.			X		
8. Tiendo a recuperarme de las enfermedades o					

de las dificultades.			X		
9. Pienso que las cosas ocurren por alguna razón.			X		
10. Me esfuerzo al máximo en cada ocasión.		X			
11. Puedo conseguir mis metas.				X	
12. Cuando parece que irremediablemente algo no tiene solución, no abandono.			X		
13. Sé dónde acudir a por ayuda.		X			
14. Bajo presión, me concentro y pienso claramente.		X			
15. Prefiero tomar la iniciativa cuando hay que resolver un problema				X	
16. No me desanimo fácilmente por el fracaso			X		
17. Pienso que soy una persona fuerte.				X	
18. Tomo decisiones difíciles o impopulares			X		
19. Puedo manejar sentimientos desagradables.		X			
20. Sigo los presentimientos que tengo.			X		
21. Tengo muy claro por donde quiero ir en mi vida.				X	
22. Siento que controlo mi vida.				X	
23. Me gustan los desafíos.			X		
24. Trabajo para conseguir mis metas.				X	
25. Me siento orgulloso de mis logros.			X		

**DATOS:**

No. De Historia Clínica: 97263

**CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL**

Las siguientes preguntas corresponden al apoyo o ayuda del que usted dispone:

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

Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos: 4 ; 3

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de ayuda cuando lo necesita?

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre

ÍTEMS	1	2	3	4	5
2. Alguien que le ayude cuando está en cama			X		
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar		X			
4. Alguien quien le solviente financieramente cuando lo requiera	X				
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite			X		
6. Alguien que le brinde amor y afecto		X			
7. Alguien con quien pasar un buen rato acompañado			X		
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación		X			
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones			X		
10. Alguien quien le abrace		X			
11. Alguien con quien pueda relajarse			X		

12. Alguien quien le prepare los alimentos si usted no está en capacidad de hacerlo			X		
13. Alguien cuyo consejo realmente desee		X			
14. Alguien con quien hacer actividades que le hagan olvidar sus problemas			X		
15. Alguien que le ayude en las tareas domésticas si usted se encuentra imposibilitado.			X		
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos		X			
17. Alguien que le asesore como resolver sus problemas personales			X		
18. Alguien que lo estimule y le ayude a divertirse			X		
19. Alguien quien lo visite si está internado y le sirva de compañía			X		
20. Alguien que lo haga sentirse apreciado y querido		X			