

**ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON  
DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN PERTENECIENTES A LA IPS PROMEDAN  
SEDE ITAGÜÍ**

JUAN CAMILO QUICENO GÓMEZ

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

**Envigado, 2017**

**ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL EN PACIENTES CON  
DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN PERTENECIENTES A LA IPS PROMEDAN  
SEDE ITAGÜÍ**

JUAN CAMILO QUICENO GÓMEZ

Trabajo de grado para optar al título de  
Psicólogo

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
Envigado, 2017**

**HOJA DE ACEPTACIÓN**

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del jurado

Envigado, 2017

## DEDICATORIA

Le dedico este trabajo a mis padres quienes me han brindado su soporte y respaldo incondicional durante todo mi proceso educativo, por su paciencia y comprensión, que permitió engrandecer mi crecimiento personal. A todos los profesores que compartieron su conocimiento conmigo, por su apoyo y colaboración durante el proceso.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a todos los profesores que han hecho parte de mi formación como psicólogo, a Gabriel Jaime Vélez quien me brindó su acompañamiento y asesoría y a Fredy Alexander Romero quien ha sido un gran referente dentro del mundo académico. A la Institución Educativa de Envigado, compañeros y demás miembros de la comunidad académica. A mis amigos y familiares por su cariño, acompañamiento y apoyo. A la psicóloga Natalia Montoya y a toda la familia de Promedan IPS, por la confianza, la oportunidad y los aprendizajes que me brindaron con la experiencia de práctica profesional.

## RESUMEN

La presente investigación de tipo cuantitativa se realizó en el primer semestre del año 2017, contó con la participación de pacientes hipertensos que hacen parte de la IPS Promedan y busca describir las características de estrategias de afrontamiento y apoyo social de estos y contó con la participación de 40 pacientes con diagnóstico de hipertensión.

Para la recolección de información se utilizaron dos cuestionarios que han sido validados en investigaciones previas para la población hispanohablante y en el contexto colombiano. Se utilizó el Inventario de Estilos de Afrontamiento y para evaluar el apoyo social percibido se utilizó el Medical Outcomes Study – Social Support Survey.

Los resultados mostraron que en las personas hipertensas tanto hombres como mujeres utilizan el estilo de afrontamiento Solución de problema, las mujeres tienen mayor tendencia al Soporte social y menor a la Evitación, en los hombres se evidencia mayor Autoculpabilización y menor Soporte social. En cuanto al apoyo social, se evidenció un mayor índice global de apoyo social percibido en las mujeres que en los hombres. Se encontró una oposición en cuanto a los géneros, las mujeres tienen mayor tendencia a percibir el apoyo afectivo mientras para los hombres es percibida en menor medida, mientras que estos perciben en más la Ayuda material, que a su vez obtuvo la menor puntuación para el género femenino.

## ABSTRACT

The present quantitative investigation has been made in the first half of 2017, with the participation of hypertensive patients who are part of IPS Promedan and search to describe the coping characteristics and the social support of these and counted with the participation of 40 patients diagnosed with hypertension.

For the collection of information were used two questionnaires that have been validated in previous research for the Spanish speaking population and the Colombian context. Were used the Coping Styles Inventory and for the social support were used the Medical Outcomes Study - Social Support Survey.

The results show that in hypertensive patients, both men and women used the style coping Problem solution, women have greater tendency to Social support and less to Avoidance, in men is more evident Self-blame and lesser Social support. In social support, it's evident a higher overall rate of social support was observed in women than in men. Was found gender opposition, women were more likely to perceive Affective support while men were perceived to a lesser extent, while men perceived more Material support, which in turn obtained the lowest score for the female gender.

## GLOSARIO

**Hipertensión:** La hipertensión es una afección en la que la tensión arterial se encuentra por encima de los niveles ideales, por tanto el corazón debe realizar mayor esfuerzo para bombear sangre. La tensión arterial es medida en milímetros de mercurio (mm Hg), a partir de esta se generan dos registros: La contracción ventricular (sístole), en donde se expulsa la sangre, y la relajación ventricular (diástole) en donde se recibe.

**Afrontamiento:** Son los pensamientos y conductas que utiliza una persona para aliviar el estrés que le representan ciertas situaciones o condiciones, esta respuesta permite a una persona adaptarse o actuar ante una situación, es el “esfuerzo para reducir o mitigar los efectos del estrés, estos esfuerzos pueden ser psicológicos o conductuales” (Everly, 1989, p. 44).

**Apoyo social:** Este término se refiere a “la ayuda o intercambio de asistencia que se da a través de las transacciones sociales” (Poblete, Glasinovi, Sapag, Barticevic, Arenas y Padilla, 2015, p. 524) y cumple la función en el ser humano de nutrir al individuo desde el núcleo más cercano (familia) y fuentes de apoyo externo (amigos y comunidad), por medio de las relaciones o interacciones sociales.



## CONTENIDO

|  |    |
|--|----|
| 1. INTRODUCCIÓN .....                                      | 1  |
| 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....                        | 3  |
| 2.1 Pregunta de investigación .....                        | 6  |
| 3. JUSTIFICACIÓN .....                                     | 7  |
| 4. OBJETIVOS .....   | 9  |
| 4.1 Objetivo general .....                                 | 9  |
| 4.2 Objetivos específicos.....                             | 9  |
| 5. MARCO DE REFERENCIA .....                               | 10 |
| 5.1 Hipertensión .....                                     | 10 |
| 5.2 Adulterz y envejecimiento .....                        | 13 |
| 5.3 Estilos de afrontamiento.....                          | 16 |
| 5.4 Apoyo social.....                                      | 18 |
| 6. ANTECEDENTES .....                                      | 20 |
| Antecedentes investigativos.....                           | 20 |
| 7. DISEÑO METODOLÓGICO.....                                | 26 |
| 7.1 Población y muestra.....                               | 27 |
| 7.2 Instrumentos .....                                     | 28 |
| 7.2.1 Inventario Estilos de Afrontamiento .....            | 28 |
| 7.2.2 Medical Outcomes Study – Social Support Survey ..... | 29 |
| 8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....                             | 30 |

|      |  |    |
|------|--|----|
| 9.   | ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.....                                      | 31 |
| 9.1. | Características sociodemográficas.....   | 32 |
| 9.2  | Estrategias de afrontamiento.....  | 33 |
| 9.3  | Apoyo social.....  | 35 |
| 10.  | DISCUSIÓN.....   | 39 |
| 11.  | CONCLUSIONES.....  | 43 |
| 12.  | RECOMENDACIONES.....   | 45 |
| 13.  | CRONOGRAMA.....  | 46 |
| 14.  | PRESUPUESTO.....   | 47 |
| 15.  | REFERENCIAS.....   | 48 |
| 16.  | APÉNDICE.....  | 59 |
| 16.1 | Apéndice 1: Consentimiento informado para participantes de investigación... 59 |    |
| 16.2 | Apéndice 2: Inventario de Estilos de Afrontamiento.....                        | 61 |
| 16.3 | Apéndice 3: Medical Outcome Study – Social Support Survey.....                 | 65 |

## 1. INTRODUCCIÓN

Estilos de afrontamiento y apoyo social en pacientes con diagnóstico de hipertensión pertenecientes a la IPS Promedan sede Itagüí, es una investigación cuantitativa realizada en el primer semestre del año 2017 que contó con la participación de 40 pacientes hipertensos.

Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades cardiovasculares son responsables de 17 millones de muertes anuales, de las cuales la hipertensión causa el 45% de estas, es decir 9,4 millones de muertes por año. A pesar de los esfuerzos de los organismos de salud pública para prevenir enfermedades no transmisibles -como la hipertensión-, debido a los altos costos que demandan en la atención tanto para pacientes como familiares, ésta afección ha tenido una prevalencia en aumento en las últimas décadas (Min Salud, 2015, p. 103).

Desde la psicología de la salud, fundada en la perspectiva biopsicosocial, el apoyo social ha comenzado a emerger como un factor de interés para la medicina, estudios afirman que el “apoyo social podría tener influencia directa en la morbilidad y mortalidad como resultado de sus efectos en los sistemas el neuroendocrino, inmunológico y cardiovascular” (Barra, 2004, p. 239), ya que este proporciona estabilidad, predictibilidad y control de sí, generando una mejor percepción de su ambiente. Dicho apoyo propicia interacciones positivas con los demás y motivan el cuidado de sí, aportando recursos sociales y personales para afrontar el estrés.

Según el modelo de valoración cognitiva que proponen Lazarus y Folkman (1984), las personas eligen conscientemente las estrategias de afrontamiento es decir las formas cómo

percibe y analiza diferentes situaciones, incluyendo lo que el individuo piensa o hace con el fin de adaptarse a una situación que le genera estrés, así esta no sea lo suficientemente funcional.

Los resultados obtenidos muestran que en las personas hipertensas tanto hombres como mujeres utilizan el estilo de afrontamiento Solución de problema, las mujeres tienen mayor tendencia al Soporte social y menor a la evitación, en los hombres se evidencia mayor Autoculpabilización y menor Soporte social.

En cuanto al apoyo social, se evidenció un mayor índice global de apoyo social percibido en las mujeres que en los hombres. Se encontró una oposición en cuanto a los géneros, las mujeres tienen mayor tendencia a percibir el apoyo afectivo y para los hombres es percibida en menor medida, mientras que estos perciben en más la ayuda material, que a su vez obtuvo la menor puntuación en el género femenino.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión es una afección en la que la tensión arterial se encuentra por encima de los niveles ideales, por tanto el corazón debe realizar mayor esfuerzo para bombear sangre. La tensión arterial es medida en milímetros de mercurio (mm Hg), a partir de esta se generan dos registros: La contracción ventricular (sístole), en donde se expulsa la sangre, y la relajación ventricular (diástole) en donde es recibida. La OMS define la hipertensión como “tensión sistólica igual o superior a 140 mm Hg y una tensión diastólica igual o superior a 90 mm Hg” (OMS, 2013, p.17).

Esta afección pertenece a las enfermedades crónicas cardiovasculares, es decir enfermedades de larga duración y de progresión lenta, relacionadas con trastornos del corazón y los vasos sanguíneos. La forma de reducir las consecuencias adversas de ésta es mediante la dieta saludable baja en sodio y grasas, evitar el consumo de tabaco y alcohol, realizar actividad física constante y manejar adecuadamente los niveles de estrés (Vélez, 2007, p. 212).

Según la OMS, las enfermedades cardiovasculares son responsables de 17 millones de muertes anuales, de las cuales la hipertensión causa el 45% de estas, es decir 9,4 millones de muertes por año. A pesar de los esfuerzos de los organismos de salud pública para prevenir enfermedades no transmisibles -como la hipertensión-, debido a los altos costos que demandan en la atención tanto para pacientes como familiares, ésta afección ha tenido una prevalencia en aumento en las últimas décadas (Min Salud, 2015, p. 103).

Esta tendencia ascendente se atribuye al aumento de la población mundial, su esperanza de vida y a factores de riesgo asociados a conductas propias del contexto sociocultural actual como el consumo de tabaco, la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol y el sedentarismo. “El número de personas afectadas aumentó de 600 millones en 1980 a 1000 millones en 2008” cerca del 40% de la población mayor de 25 años ha tenido problemas relacionados (OMS, 2013, p. 10).

En Colombia, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud de 2007, el 22,82% de los encuestados tenía la presión arterial alta; según la Encuesta de Demografía y Salud realizada por Profamilia en 2010, el 44,9% de los adultos mayores han presentado tensión arterial alta; y para el 2013 las muertes por enfermedades hipertensivas fueron del 9,4%, el equivalente de 25.819 decesos en el país (Min Salud, 2007).

La conocida definición de salud propuesta por la OMS como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” integra tanto la salud física, el bienestar psicológico y el apoyo social, atribuyéndole importancia y repercusión en la salud de un individuo tanto al sentimiento de ser apreciado y valorado como al hecho de pertenecer a una red social (OMS, 1948).

Apoyo social hace referencia a “la ayuda o intercambio de asistencia que se da a través de las transacciones sociales” y cumple la función en el ser humano de nutrir al individuo desde el núcleo más cercano correspondiente a la familia, y fuentes de apoyo externo como amigos y la comunidad, por medio de las relaciones o interacciones sociales (Poblete et. al., 2014, p. 524).

Desde la psicología de la salud, fundada en la perspectiva biopsicosocial, el apoyo social ha comenzado a emerger como un factor de interés para la medicina, estudios afirman que el “apoyo social podría tener influencia directa en la morbilidad y mortalidad como resultado de sus efectos en los sistemas el neuroendocrino, inmunológico y cardiovascular”, ya que este proporciona estabilidad, predictibilidad y control de sí, generando una mejor percepción de su ambiente (Barra, 2004, p. 239).

Dicho apoyo propicia interacciones positivas con los demás y motivan el cuidado de sí, aportando recursos sociales y personales para afrontar el estrés. Estudios han demostrado una relación entre la forma de afrontar el estrés y las enfermedades coronarias. En este sentido, el estudio de Arbulú concluye “la mayor frecuencia de pacientes hipertensos presenta conducta Tipo A que constituye un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares”. La conducta Tipo A comprende características como impaciencia, alta competitividad, hostilidad, tensión muscular, entre otras, es decir estos pacientes experimentan más intensamente las vivencias negativas siendo más vulnerables a altos niveles de ansiedad (Arbulú, 2008, p. 20).

Lazarus y Folkman proponen el término *Afrontamiento* definido como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes del individuo”, es decir, son características personales e individuales que utiliza cada sujeto para afrontar determinadas circunstancias específicas que generan estrés en él, con el fin de hallar estabilidad ante una situación demandante (Lazarus y Fokman, 1986, p. 164).

Para realizar la investigación se aplicaron dos cuestionarios el Inventario de Estilos de Afrontamiento (IEA) y el Medical Outcomes Study – Social Support Survey (MOS), en una muestra de pacientes hipertensos quienes siguen su tratamiento en la IPS Promedan en su sede Itagüí. Por tanto la investigación es cuantitativa, descriptiva y transversal.

Los antecedentes investigativos encontrados señalan que hasta el momento no se han realizado investigaciones en las que se evalúe Estilos de afrontamiento y Apoyo social en pacientes con diagnóstico de hipertensión, si embargo si se cuenta con investigaciones sobre estas variables de manera independiente o en interacción con otras como Adherencia al tratamiento, sentido de vida o dirigida a los cuidadores.

Por lo tanto, con la presente investigación se pretende describir las características de los estilos de afrontamiento y apoyo social en pacientes hipertensos que siguen un tratamiento en la IPS Promedan, sede Itagüí.

## **2.1 Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las características en los estilos de afrontamiento y el de apoyo social que presentan los pacientes diagnosticados con hipertensión que pertenecen a la IPS Promedan en la sede Itagüí?



### 3. JUSTIFICACIÓN

Considerando la hipertensión como una enfermedad de alto impacto en la salud a nivel mundial, no sólo debido las implicaciones, requerimientos y altos niveles de mortalidad a las que está asociada, actualmente requiere de un constante seguimiento y supervisión, ya que las tasas epidemiológicas se encuentran en constante aumento y tiene una alta prevalencia en la población en general. Desde el campo de la psicología de la salud, se ha encontrado un vínculo entre los estilos cómo una persona se enfrenta al estrés como un factor de riesgo en el futuro desarrollo de enfermedades cardiovasculares, especialmente hipertensión arterial (Molerio, Arce, Otero, y Nieves, 2005). En este mismo sentido se evidencia la relación entre ansiedad y afiliación social, siendo el apoyo social un factor protector en el curso de enfermedades crónicas, pues cumple con la función de proporcionar al sujeto estabilidad, predictibilidad y control de su diagnóstico (Barra, 2004).

Los pacientes con diagnóstico de hipertensión deben hacer un estricto seguimiento de instrucciones médicas y realizar un cambio en sus hábitos de vida, entre ellos la alimentación, consumo de sustancias y realización de actividad física, para lograr así controlar su tensión arterial. Según lo planteado por Gutiérrez (2001), el tratamiento aunque en principio busca disminuir los niveles de la presión en las arterias por medio de fármacos, este siempre debe de acompañarse de la modificación de los estilos y hábitos de vida del paciente, dichos cambios en la vida del paciente implican compromiso y motivación por parte del mismo, y dentro de estos factores juega un papel fundamental el apoyo social con el que cuente y las estrategias que este utiliza para afrontar determinadas situaciones estresantes o generadoras de ansiedad.

De acuerdo con los antecedentes investigativos encontrados, hasta el momento no se han realizado investigaciones en las que se evalúe Estilos de afrontamiento y Apoyo social en pacientes con diagnóstico de hipertensión, si embargo si se cuenta con investigaciones sobre estas variables de manera independiente o en interacción con otras como Adherencia al tratamiento, sentido de vida o dirigida a los cuidadores. Por esto se considera oportuno llevar a cabo un estudio en donde se evalúen las características de las variables de Apoyo social y Estilos de afrontamiento en el transcurso de la hipertensión.

El impacto que se busca generar con la presente investigación a partir de los resultados presentados y que sean tenidos en cuenta en el tratamiento de pacientes hipertensos para realizar educación en estilos de afrontamiento y apoyo social, presentándolos como aspectos influyentes dentro del proceso que siguen los pacientes. Debido a la cantidad de factores de riesgo y factores protectores asociados a la hipertensión mencionados anteriormente, se considera oportuno realizar una evaluación de los estilos de afrontamiento y el apoyo social en pacientes que tienen el diagnóstico de hipertensión y actualmente siguen un tratamiento en la IPS Promedan pertenecientes a la sede Itagüí.

Además de dar cumplimiento a las exigencias académicas para finalizar el proceso académico al poner en práctica conocimientos adquiridos durante este, la realización de la investigación permite el acercamiento con la sociedad y la población de muestra en específico, genera un conocimiento teórico que acerca al conocimiento científico.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo general**

Describir las características de los estilos de afrontamiento y apoyo social en pacientes con diagnóstico de hipertensión pertenecientes a la IPS Promedan sede Itagüí.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Identificar los estilos de afrontamiento en los pacientes con diagnóstico de hipertensión pertenecientes a la IPS Promedan sede Itagüí.
- Detectar el tipo de apoyo social por pacientes con diagnóstico de hipertensión pertenecientes a la IPS Promedan sede Itagüí.
- Analizar la descripción de los estilos de afrontamiento y el apoyo social por pacientes con diagnóstico de hipertensión pertenecientes a la IPS Promedan sede Itagüí.

## 5. MARCO DE REFERENCIA

### 5.1 Hipertensión

El corazón se encuentra localizado en el tórax en medio de los pulmones, es un órgano muscular autocontrolado cuya función principal es impulsar la sangre, este cuenta con células especializadas capaces de generar impulsos eléctricos articulares y ventriculares, conocidos como movimientos sistólicos y diastólicos. El corazón es el músculo más importante ya que se encarga de irrigar de sangre al resto del cuerpo (Aragoncillo, 2009, p. 40).

Desde la prehistoria el hombre ha advertido la importancia del corazón, en pinturas rupestres de finales del Paleolítico halladas en la cueva de Pindar en Austria, se encontraron representadas figura animales cuyo corazón de color rojo sobresale, posiblemente indicando el lugar adecuado para atacar a las bestias, con el fin de abatirlas. Posteriormente, tras el surgimiento de la escritura, se tiene registro de civilizaciones donde se consideraba el corazón como el centro de los movimientos del alma, el valor y el amor, como en los pueblos prehelenísticos e incluso surgen nociones de medicina, en el Egipto faraónico algunos papiros como en Libro del corazón y Libro de los muertos, se relaciona este órgano con la muerte e incluso se asocian síntomas como dolor en el brazo y pecho a su afección. También en la antigua Grecia tuvo relevancia el corazón, fue considerado por Aristóteles y otros filósofos, especialmente de la Escuela siciliana, como el asiento del alma (Fernández, 2008).

La medicina romana del Siglo IV a.C. aportó las principales descripciones anatómicas y fisiológicas. En la Edad Media con la aparición de la Iglesia Cristiana, se comienza a relacionar

este órgano con la bondad y más adelante inicia la devoción al Sagrado corazón de Jesús. Con la llegada del Renacimiento y los movimientos antropocentristas, en la Edad Moderna regresan los estudios antropofisiológicos y surgen teorías de sobre las enfermedades internas del cuerpo humano, haciendo énfasis en el carácter irreversible de las afecciones cardíacas. No sería hasta el siglo XXI que comienzan gestarse técnicas para la evaluación cardíaca, como la auscultación, los rayos X y el electrocardiograma. En 1815 Francisco Romero realizó con éxito la primera cirugía cardíaca. A partir de la década de 1950 se comienzan a realizar cirugías a corazón abierto y en los sesentas los primeros trasplantes cardíacos (Fernández, 2008).

Las enfermedades cardiovasculares son el conjunto de enfermedades que afectan el corazón y los vasos sanguíneos, dentro de las cuales se encuentra la hipertensión arterial. La tensión arterial es medida en milímetros de mercurio (mm Hg), en donde se generan dos registros: La contracción ventricular (sístole), en donde se expulsa la sangre, y la relajación ventricular (diástole) en donde se recibe, la OMS define la hipertensión como la “tensión sistólica igual o superior a 140 mm Hg y una tensión diastólica igual o superior a 90 mm Hg”, esta conlleva a la lesión de arterias y otros órganos como el corazón, el cerebro, los riñones, la retina, entre otros (OMS, 2013, p.17).

La hipertensión es una enfermedad multicausal en la que pueden influir tanto factores genéticos como antecedentes familiares, así como factores psicosociales y ambientales, dentro de estos se encuentran los hábitos y estilos de vida adoptados como la alimentación, la actividad física, el consumo de licor o tabaco. Dada a su prevalencia y el impacto que tiene sobre la salud del paciente, su familia y el sistema de salud en general, en las últimas décadas se ha prestado

especial atención a su diagnóstico y tratamiento oportunos. Debido a que este conjunto de enfermedades crónicas son de progresión lenta, la modificación de estilos de vida inadecuados constituye la prevención primaria y factor protector para evitar la aparición de enfermedades cardiovasculares. Los principales factores de riesgo son el sobrepeso u obesidad, alto consumo de sal, el sedentarismo, el tabaquismo y el consumo inadecuado de alcohol (Vélez, 2007).

El tratamiento farmacológico se compone de diversos medicamentos el cual debe ser prescrito por el médico ya “no hay un medicamento ideal para tratar a todos los hipertensos. El tratamiento debe ser individualizado”, estos pueden ser diuréticos, betabloqueadores, inhibidores de la enzima convertidora, antagonistas del calcio, antagonistas de la angiotensina o bloqueadores alfa adrenérgicos, cuyo principal objetivo es bajar los niveles de tensión arterial. Sin embargo, se considera que “lo importante no es sólo bajar la tensión arterial con medicamentos en un paciente hipertenso, sino corregir todos los factores de riesgo”, por lo tanto el tratamiento farmacológico debe estar acompañado de las diversas modificaciones en el estilo de vida del paciente especialmente llevar una dieta balanceada, realizar ejercicio con frecuencia, controlar los niveles de estrés y reducir el consumo de cigarrillo y alcohol (Gutiérrez, 2001, p. 99-100).

Sin embargo, investigaciones han demostrado que experiencias emocionales pueden influir en la salud física con consecuencias fisiológicas evidentes, con consecuencias negativas para las infecciones y la cicatrización. De acuerdo con Bara (2004), las experiencias emocionales son fuente de signos, es decir información no suministrada explícitamente por el

paciente acerca de su estado de salud (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002; Salovey, Rothman, Detweiler y Steward, 2000).

De acuerdo con la psicología de la salud, los objetivos en el trabajo con el paciente incluyen objetivos afectivos como el humor del paciente, objetivos cognitivos y conductuales como conocimiento, percepción, actitudes y expresiones. En el trabajo con el medio ambiente se trazan objetivos con la familia, el sistema de cuidado de la salud y el medio sociocultural (Osorio, Bazán y Paredes, 2004, p. 105).

## **5.2 Adultez y envejecimiento**

El envejecimiento se define como el conjunto de transformaciones y cambios que aparecen en un individuo a lo largo de su vida, este se encuentra determinado por condiciones sociales, económicas, ambientales, nutricionales y culturales. Los términos adultez emergente, adultez temprana, adultez media y adultez tardía surgen como constructos sociales, su definición cronológica suele ser arbitraria y está determinado por factores sociológicos, culturales, psicológicos, legales e incluso sexuales y económicos (OMS, 2015).

La adultez emergente o adultez temprana suele estar relacionada con la mayoría de edad legal que se da entre los 18 y 21 años dependiendo del país o estado, en esta etapa se da el descubrimiento de la propia identidad, la independencia de los padres y comienza a presentarse una madurez sexual y cognitiva con el desarrollo del pensamiento reflexivo y posformal. La adultez media indica la “mitad de la vida”, se ubica entre los 40 y 60 años y su experiencia física, biológica y social varía en relación a diversos aspectos, con una gran influencia de factores

socioeconómicos y los hábitos de vida adoptados. Suele estar marcada por cambios en el funcionamiento sexual, la disminución en la producción de ciertas hormonas y es la etapa donde comienzan a detectarse enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes. Según Marmot y Fuhrer la desigualdad social afecta la salud, así las personas de posición socioeconómica baja tienen peor salud, menor expectativa de vida, más limitaciones y menor bienestar (Marmot y Fuhrer, 2004).

La vejez o adultez tardía normalmente se considera a partir de los 60 años, esta cuenta con connotaciones diferentes según factores socioculturales, por ejemplo en Japón es un símbolo de estatus mientras que en Estados Unidos se considera y hecho indeseable. En las sociedades actuales suele haber una gran discriminación y prejuicios por la edad. Esta etapa se ve determinado por el envejecimiento como proceso gradual e inevitable o como resultado de la enfermedad, abuso e inactividad. Suele clasificarse según la capacidad de una persona para desempeñarse de manera eficaz en determinado ambiente físico y social en comparación a otros de la misma edad, esto se conoce como *edad funcional*, así una persona de 90 años que goza de buena salud puede ser funcionalmente equivalente a una de 65 años (Papalia, Feldman y Martorell, 2012).

Algunos cambios físicos y orgánicos característicos asociados al envejecimiento pueden ser piel pálida y arrugada, reducción de masa muscular, cabello más escaso y claro, reducción de estatura debido a atrofia de los discos intervertebrales, adelgazamiento de los huesos, se presenta una depresión en el funcionamiento del sistema inmunológico, el ritmo cardíaco suele hacerse más lento e irregular y los depósitos de grasa que se acumulan alrededor del corazón pueden interferir



con el funcionamiento de este, lo que puede elevar la presión sanguínea (Marmot y Fuhrer, 2004).

Actualmente la reducción de muertes en las primeras etapas de la vida y el descenso de mortalidad en personas mayores ha producido un aumento en la esperanza de vida, por primera vez la mayoría de las personas pueden aspirar vivir más de 60 años. Según la OMS para el 2015 el 10% de la población mundial es mayor de 60 años y en 35 años el 33% de la población lo será. Dicho aumento en la edad de la población exige respuesta integral por parte de los sistemas de salud pública para el tratamiento de enfermedades inherentes a la edad, sin embargo se considera que la mayoría de los problemas de salud en personas mayores son consecuencia de enfermedades crónicas, lo cual es posible prevenir o retrasar con hábitos de vida saludables (OMS, 2015).

En el año 2002 se crearon dos instrumentos que establecen los marcos jurídicos y normativos sobre el envejecimiento: la Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento y Envejecimiento activo: un marco político de la OMS. En dichos documentos se destacan las habilidades, la experiencia y sabiduría de las personas mayores, y bajo el marco jurídico internacional de los derechos humanos se tiene en cuenta el aumento en la esperanza de vida para el establecimiento de ciertos ámbitos en que las políticas pueden favorecerlos. Este enfoque requiere de un amplio espectro de leyes, políticas y acciones para crear condiciones propicias que garanticen que las personas mayores puedan disfrutar el más alto nivel de salud posible, por tanto los Estados están en la obligación de ofrecer sin

discriminación, centros de salud, bienes y servicios accesibles y de buena calidad que promuevan condiciones para que las personas puedan llevar una vida sana (OMS, 2015).

### **5.3 Estilos de afrontamiento**

El afrontamiento hace referencia a pensamientos y conductas que utiliza una persona para aliviar el estrés que le representan ciertas situaciones o condiciones, esta respuesta permite a una persona adaptarse o actuar ante una situación, es el “esfuerzo para reducir o mitigar los efectos del estrés, estos esfuerzos pueden ser psicológicos o conductuales”. Se puede diferenciar entre estilos y estrategias de afrontamiento, los estilos hacen referencia a predisposiciones personales y preferencias individuales para hacer frente a situaciones, y las estrategias hacen referencia a los procesos concretos que se utilizan en cada contexto los cuales pueden cambiar según las condiciones (Everly, 1989, p. 44; Martín, Jiménez y Fernández-Abascal, 2001).

El término *afrontamiento* se basa en el modelo animal y son todos los actos realizados para controlar condiciones adversas que se presentan en el entorno y que disminuyen el grado de perturbación psicofisiológica que estas producen, son “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Cuando se presenta una situación a un sujeto, este realiza dos tipos de evaluación, la primaria en la que juzga si dicha situación es irrelevante o estresante, es decir implica o no amenaza, desafío o pérdida, si es considerada estresante se realiza una evaluación secundaria en la que se determinan los recursos y estrategias de afrontamiento con las que cuenta (Lazarus y Folkman, 1986, p. 164).

Según el modelo de valoración cognitiva que proponen Lazarus y Folkman, las personas eligen conscientemente las estrategias de afrontamiento es decir las formas cómo se percibe y analiza diferentes situaciones, incluyendo lo que el individuo piensa o hace con el fin de adaptarse a una situación que le genera estrés, así esta no sea lo suficientemente funcional. Los autores proponen dos estrategias de afrontamiento: enfocado en el problema, la cual se encuentra dirigida a eliminar o darle manejo a determinada situación y enfocado en la emoción, que se dirige a manejar la respuesta emocional que genera una situación con el objetivo de reducir el efecto físico y psicológico que le genera (Lazarus y Folkman, 1984).

Esta teoría se funda en el paradigma cognitivo del procesamiento de la información, a partir del surgimiento de las nuevas tecnologías y la revolución cognitiva, los fenómenos cognitivos humanos son equiparados con el funcionamiento de los ordenadores pues se caracterizan por manipular información recibida del exterior y traducirlo en símbolos inteligibles para el sistema, dicha información es procesada por un sistema central usando la codificación, almacenamiento y recuperación de memoria, y como respuesta se realizan operaciones que pueden ser ejecutadas por dispositivos periféricos. Dicho postulado permitió ir más allá del paradigma anterior de estímulo y respuesta, para dar paso a nuevos mecanismos para entender la cognición como la capacidad de procesar información por medio de procesos cognitivos como sensación, percepción, atención y memoria (Kail y Bisanz, 1992).

El tipo de afrontamiento que hace uso un individuo, puede estar vinculado con las relaciones que una persona establece, en una investigación realizada por Seiffge-Krenke se

encontró que los sujetos que estaban seguros de sus relaciones con los demás experimentaron menor estrés interpersonal y utilizaban estilos de afrontamiento más adaptados. Dicha teoría es respaldada por la *teoría de la caravana social*, según la cual la salud y el bienestar de una persona se encuentran influidos por el tamaño y composición del grupo de apoyo que se posee, el tipo de apoyo que recibe y la satisfacción que se deriva de este (Seiffge-Krenke, 2013; Antonucci, Akiyama y Merline, 2001).

#### **5.4 Apoyo social**

El apoyo social cumple con un papel fundamental en la salud mental y el acompañamiento puede generar compromisos y motivación, lo que ayudará a crear recursos para enfrentarse a situaciones problemáticas. Para la psicología de la salud, basada en las perspectivas biológicas, psicológicas y sociales del ser humano, el apoyo social es concebido como “el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y de pertenecer a una red social”. Se realiza una distinción entre apoyo social recibido que hace referencia a características en cuanto a dimensiones estructurales y funcionales, y el apoyo percibido que se refiere a la apreciación subjetiva que tiene el sujeto respecto a la adecuación del apoyo proporcionado por su grupo de apoyo. El apoyo social cumple con funciones emocionales, informativas e instrumentales; y diversas investigaciones evidencian la influencia de este en la salud cardiovascular y valores de presión arterial (Barra, 2004, p. 237; Gump, Polk, Kamarck y Shiffman, 2001)

El apoyo social corresponde a una función importante de las relaciones sociales. Esta se puede subdividir en Instrumental (provisión de ayuda y servicios), informativo (provisión de información, consejo o sugerencias), valorativo (provisión de información útil para la

autoevaluación) y emocional (expresión de amor, empatía y confianza), el cual es brindado por el núcleo más cercano que puede ser la familia o también puede ser externo que puede ser la comunidad, amigos u otros actores (Poblete, et.al., 2015)

De acuerdo con varios estudios, existe relación entre niveles de presión altos y una pobre red de apoyo principalmente debido a una poca adopción de hábitos de vida saludables y mal cumplimiento de recomendaciones médicas. También se destaca dentro de investigaciones recientes el aislamiento social como uno de los factores psicosociales asociados con enfermedades cardíacas, “la mayor frecuencia de pacientes hipertensos presenta conducta Tipo A que constituye un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares”. La conducta Tipo A comprende características como impaciencia, alta competitividad, hostilidad, tensión muscular, entre otras, es decir estos pacientes experimentan más intensamente las vivencias negativas siendo más vulnerables a altos niveles de ansiedad.

De acuerdo con las investigaciones, el apoyo social hace sentir mejor al individuo y percibir de mejor manera su ambiente, es decir que proporciona estabilidad, predictibilidad y control de su diagnóstico, enfermedad y pronóstico, estos factores pueden motivar a un individuo a cuidar más de sí mismo, generar interacciones positivas y utilizar más recursos personales y sociales que le ayuden a afrontar el estrés (Barra, 2004; Arbulú, 1990, p. 20; Gump et. al., 2001).

## 6. ANTECEDENTES

### **Antecedentes investigativos**

Para el desarrollo del presente trabajo investigativo, se realizó una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos de revistas indexadas, artículos y libros que incluyeran los temas estilos de afrontamiento, apoyo social o hipertensión.

En el Hospital Regional del IMSS en Durango, México, los investigadores Marín y Rodríguez (2001) evaluaron el apoyo familiar y el apego al tratamiento en pacientes hipertensos. Participaron 80 sujetos, 40 de estos con apego al tratamiento y 40 pacientes control sin apego. No se evidenció diferencia entre ambos grupos en cuanto a características sociodemográficas, tipo de tratamiento y conocimiento acerca de la naturaleza y pronóstico de la enfermedad, sin embargo, se obtuvo una diferencia significativa en cuanto al apoyo familiar 72.5% en pacientes con apego y 30% en pacientes sin apego, con lo que concluyen que “el apoyo familiar se asoció principalmente a las conductas que motivan al paciente a tomar sus medicamentos y apegarse a la dieta” (p. 339)

En el año 2006 se realizó una investigación en donde se aplicó el cuestionario MOS de apoyo social y una entrevista semiestructurada para medir la adherencia al tratamiento en 152 pacientes hipertensos que acuden al Hospital San Juan de Dios del Carmen de Viboral, Colombia. Como resultados se encontró que en las dimensiones de apoyo social obtuvieron resultados altos respecto al puntaje de corte, en especial en la percepción de Apoyo emocional (29.0) e Interacción social (14.0). En cuanto a la adherencia al tratamiento se encontró alta

adherencia al tratamiento farmacológico y no tanto a los hábitos de vida saludables. Dentro de sus hallazgos se resalta “el rol de los recursos personales y sociales de los individuos cuando se enfrentan al estrés causado por una enfermedad crónica” (Vinaccia, Quiceno, Fernández, Gaviria, Chavarría, & Orozco, 2006).

Con el propósito de validar la escala MOS en población latinoamericana e hispanohablante, Poblete, Glasinovic, Sapag, Barticevic, Arenas y Padilla, realizaron una investigación para medir el apoyo social percibido en 250 pacientes hipertensos y diabéticos pertenecientes a centros de atención primaria en Santiago, Chile, donde se implementaron métodos mixtos, cualitativos usando entrevistas a grupos focales y comparando su concordancia respecto al instrumento MOS. La investigación concluye que dicha escala cuenta con propiedades psicométricas aceptables en población anglófona e hispanohablante (Poblete, et. al., 2015).

Fontibón, Costa, Valdelamar, Valdelamar y Sánchez evaluaron 119 pacientes del Instituto Nacional de Cancerología-ESE de Colombia, mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de cáncer, para lo cual utilizaron el cuestionario MOS de apoyo social y la evaluación funcional para el tratamiento de cáncer (Functional Assessment of Cancer Therapy - General) FACT-G, integrando variables de bienestar funcional y sociofamiliar. No reportan diferencias en las variables sociodemográficas en los resultados del MOS, pero sí hallaron relación lineal en las variables de bienestar funcional y apoyo social, y consideran el “apoyo social como un constructo que interactúa con la calidad de vida relacionada con la salud” (Fontibón, Costa, Valdelamar, Valdelamar, y Sánchez, 2015, p. 393).

También Dulong, aplicó la entrevista semiestructurada Medication Adherence Questionnaire (MGB) para medir la adherencia al tratamiento y el cuestionario MOS de apoyo social en el Hospital II EsSalud Tarapoto, Perú donde se evaluaron 882 pacientes con diagnóstico de hipertensión. Como resultado encontró que el 79.9% cuentan con apoyo social y el 25% no cuentan con este, resultado similar a la adherencia al tratamiento donde se obtuvo 79.1% adherentes y 20.8% no adherentes, con lo que pudo concluir que si existe asociación entre estas variables “la razón entre hipertensos con adherencia terapéutica comparado con hipertensos sin adherencia terapéutica es 18.82 veces mayor en hipertensos con apoyo social en comparación a hipertensos sin apoyo social” (Dulong, 2016, p. 22).

En Arbulú, realizó una investigación con el fin de determinar la relación entre el patrón de conducta Tipo A y las estrategias de afrontamiento en 105 pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Luis Albrecht-EsSalud de Trujillo, Perú para lo cual aplicó la Escala de Framingham para evaluar el patrón de conducta Tipo A y el Inventario de Estrategias de afrontamiento. A partir de los resultados concluye que existe una relación entre el patrón de conducta Tipo A y las estrategias de afrontamiento al estrés, esta relación es directa con estrategias centradas en el estancamiento e inversa con estrategias centradas en el cambio (Arbulú, 2008).

De igual forma, en un estudio cuyo fin era hallar la relación entre afrontamiento y bienestar psicológico. Este fue desarrollado por González, Montoya, Casullo, y Bernabéu en Valencia, España. Para este utilizaron la Escala de Bienestar Psicológico y las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes, y fue aplicada a 417 jóvenes, llegando a la conclusión de



relación entre afrontamiento y bienestar, en el estilo solución de problemas y sus estrategias derivadas, no se encontraron diferencias significativas en la variable de edad, los autores señalan que “el alto bienestar estaría relacionado con los estilos dirigidos a la resolución del problema y de relación con los demás” (González, Montoya, Casullo, y Bernabéu, 2002, p. 366).

Gómez y Hernández (2008) evaluaron 53 pacientes hipertensos del Centro Médico Corpas Niza, de Bogotá, Colombia. Aplicaron la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) con el fin de evaluar estrategias de afrontamiento, teniendo en cuenta variables sociodemográficas y tiempo de diagnóstico. Encontraron que la estrategia más significativa para la población participante en general fue Religión, el estilo de afrontamiento solución de problemas se vio ampliamente reflejado para la población de edad entre 36 y 47 años, mientras que para los otros dos rangos de edad 48-58 y 59-70 años, primó el estilo Búsqueda de soporte social.

Igualmente en 2009, se realizó una investigación con 113 pacientes hipertensos e hipotensos con el fin de identificar las estrategias de afrontamiento que utilizaban, para este se utilizó el Cuestionario de estrategias de afrontamiento modificado. En este se encontraron resultados significativamente dispares en cuanto a búsqueda de apoyo profesional y reevaluación positiva (Bernal, Lemos, Medina, Ospina y Torres, 2009).

Por su parte Ofman, Pereyra, Cófreces y Stefani (2016) realizaron un estudio comparando las estrategias de afrontamiento, el estilo de vida y las creencias sobre la enfermedad en 200 pacientes hipertensos habitantes de Buenos Aires, Argentina. Para este se hizo uso de

cuestionarios sociodemográficos, entrevista semiestructurada, Ways of Coping Questionnaire (WCQ) y Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP-II). El 63.5% de los participantes refirieron causas de tipo psicosociales a su enfermedad, este factor se asocia a “características de personalidad, conflictos vinculares, estrés laboral, estilos de vida, entre otros” (p. 119), estos pacientes presentaron en mayor medida la estrategia aceptación de la responsabilidad.

En la Unidad de Diálisis BAXTER de Cuenca, Ecuador se realizó un estudio donde participaron 75 pacientes que llevaban menos de 1 año en tratamiento de hemodiálisis, a quienes aplicaron el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para evaluar síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de ansiedad, para evaluar los estilos de afrontamiento se utilizó el Cuestionario de Afrontamiento de Estrés (CAE) y una ficha sociodemográfica para obtener información característica de la población. El estudio encontró que el 37.3% de los participantes presenta niveles de estrés moderados, en estrategias de afrontamiento aparece la variable religión con el 22.6%, seguida de autofocalización negativa con el 18.6% y búsqueda de apoyo social con 14.6% (Muñoz, 2016).

Galvis describe la relación entre calidad de vida, estrategias de afrontamiento y apoyo social percibido, utilizando como instrumentos el Funtional Social Support Questionnaire (Duke-UNC) de apoyo social, la EEC-M y el cuestionario de Salud Funcional y Bienestar (SF36V2), en 12 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. Se resaltó la relevancia del soporte social como agente terapéutico en la enfermedad crónica, cuyo objetivo refuerza los objetivos de trabajo y actúa como factor protector ante circunstancias estresantes de salud, y que a su vez “la familia puede convertirse en factor estresante para el pacientes cuando este no percibe apoyo

instrumental y/o afectivo, propiciando la aparición de sintomatología depresiva” (Galvis, 2011, p. 36)

De igual forma Ahumada, Escalante, y Santiago (2011), realizaron un estudio donde buscaban determinar la relación entre estrategias de afrontamiento, apoyo social con la adherencia a la terapia antirretroviral para el tratamiento del VIH/SIDA. Dicha investigación se realizó con 11 sujetos a los cuales se les aplicó la entrevista semiestructurada Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) para medir adherencia al tratamiento, el Inventario Estrategias de Coping para evaluar estrategias de afrontamiento y el cuestionario de apoyo social percibido Duke-UNC. Se acuerdo con los resultados, los autores concluyen que no es posible hacer correlación en su grupo de muestra puesto que “es complejo establecer asociaciones ya que se encuentran en su mayor parte alrededor del punto cero del gráfico, por lo que no mostrarían diferencia” (p. 68).

En otra investigación llevada a cabo por Francisco (2016), en donde se utilizó una muestra de 40 adultos mayores de 65 años, la mitad de estos casados y la otra mitad viudos. El objetivo trazado era describir la relación entre estrategias de afrontamiento, apoyo social y sentido de vida, utilizando los instrumentos MOS cuestionario de apoyo social, el COPE-28 para medir estrategias de afrontamiento y el test Purpose-in-Life Test (PIL) para evaluar el sentido de vida. Se encontró que los hombres usan en mayor proporción estrategias centradas en el cambio y las mujeres centradas en la emoción, sin embargo se hallaron variación con el sentido de vida, aunque determinaron que el factor de soporte social “juega un papel fundamental a la hora de afrontar sucesos vitales” (p.29).

## 7. DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación es de tipo descriptivo, cuantitativo y de corte transversal, con el fin de procurar objetividad máxima el objeto de estudio es externo al sujeto investigado, se recogieron datos cuantitativos que fueron medidos sistemáticamente por medio de análisis estadístico y no se realizó manipulación de variables, obteniendo como producto la descripción de los resultados hallados.

Al ser una investigación descriptiva, su propósito es la caracterización de una población específica en relación a unas variables determinadas, generando como resultado la descripción de la información recolectada, “estos estudios buscan especificar las propiedades, características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 80).

Se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo pues el problema y la población son delimitados y concretos, los datos recogidos son de medición numérica y se realizó un análisis estadístico con el fin de establecer un patrón específico. Y el diseño no experimental y corte transversal, indica que no se realizó manipulación de variables, no se provocaron situaciones sólo se observaron las ya existentes, y los datos fueron recolectados en un momento único y a partir de estos se realizó una caracterización de la población en función de las variables. Los resultados fueron descritos tal como se presentan en el entorno natural y en un lapso de tiempo determinado (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

## 7.1 Población y muestra

Promedan es una Institución Prestadora de Servicio de Salud (IPS) con varias sedes en el departamento de Antioquia, Colombia. Esta Institución cuenta con diversos programas de promoción y prevención, dentro de estos el programa de Riesgo cardiovascular en el cual se realizan acciones de detección, educación y promoción de estilos de vida y hábitos saludables por medio de intervenciones terapéuticas a través de estrategias de corresponsabilidad, la participación activa del paciente en su propio cuidado, disminución de factores de riesgo y en las intervenciones de tratamiento establecidas. Con el propósito de intervenir oportunamente para minimizar el impacto de la enfermedad en los pacientes y así disminuir la progresión de esta y el riesgo de complicaciones evitables derivadas.

Los participantes de la investigación son pacientes adultos pertenecientes a la IPS Promedan sede Itagüí, que actualmente se encuentren inscritos en el programa de Riesgo cardiovascular y siguen el tratamiento para su enfermedad de base.

Criterios de inclusión:

- Estar diagnosticado con hipertensión arterial.
- Estar inscrito en el programa de Riesgo cardiovascular de Promedan IPS.
- Ser mayor de 40 años.
- Haber leído, aceptado y firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- No tener diagnóstico de hipertensión arterial confirmado.

- No estar inscrito en el programa propuesto por la IPS.
- Tener comorbilidad con un trastorno psiquiátrico.
- No haber leído y aceptado el consentimiento informado.

En la presente investigación se contó con una muestra total de 40 personas, de las cuales (23) veintitrés son mujeres y (17) diecisiete son hombres. La aplicación de los cuestionarios se realizó en el mes de abril del año 2017 y los pacientes fueron abordados luego de asistir a cita médica de control.

## **7.2 Instrumentos**

### **7.2.1 Inventario Estilos de Afrontamiento**

Este test tiene como finalidad evaluar los estilos de afrontamiento, fue adaptado por Florez-Alarcón (1993), sirve para evaluar cómo una persona se siente, qué hace y qué piensa cuando se enfrenta a las situaciones problemáticas estresantes o generadoras de ansiedad. Se sustenta en la teoría de Lazarus y Folkman (1986) quienes plantean la teoría de los estilos de afrontamiento y realizan el cuestionario de *Coping*, posteriormente Vitaliano, Maiuro, Rosso y Becker (1987) presentaron un cuestionario reducido. El Inventario de Estilos de Afrontamiento consta de 42 ítems y se responde por medio de la escala tipo Likert, la cual consta de 4 puntos, que equivalen a: 0= En absoluto; 1= En alguna medida; 2= Bastante y 3= En gran medida. Su resultado evalúa 5 categorías de estilos de afrontamiento.

La distribución factorial de las categorías se presenta de la siguiente manera: Estilo centrado en la solución de problemas (SP): 1, 3, 6, 10, 15, 17, 18, 20, 23, 24, 30, 31, 33, 34, 37; Estilo centrado en la búsqueda de soporte social (SS): 4, 13, 14, 21, 27, 29; Estilo de evitación (EV): 2, 8, 9, 11, 12, 22, 25, 26, 28, 32; Estilo de utoculpabilización (AC): 5, 16, 19 y Estilo fantasioso (FA) 7, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42.

### **7.2.2 Medical Outcomes Study – Social Support Survey**

El Medical Outcomes Study-Social Support Survey fue planteado por Sherbourne y Stewart (1991) a partir del seguimiento a pacientes con enfermedades crónicas y evalúa diferentes condiciones en función del apoyo social percibido por la persona, tanto en la red familiar y la extrafamiliar. Este cuestionario fue validado en Colombia por Londoño, Rogers, Castilla, Posada, Ochoa, Jaramillo, Oliveros, Palacio y Aguirre (2012). Cuenta con 20 ítems y su forma de respuesta es por medio de la escala tipo Likert de 5 opciones, las cuales equivalen a: 1= Nunca; 2= Pocas veces; 3= Algunas veces; 4= La mayoría de las veces y 5= Siempre. Su resultado evalúa 4 categorías (Londoño et.al, 2012)

La distribución factorial de las categorías se presenta de la siguiente manera: Apoyo Emocional: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19; Apoyo instrumental: 2, 5, 12, 15; Relaciones sociales de ocio y distracción: 7, 11, 14, 18 y Apoyo afectivo: 6, 10, 20.

## 8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Con base al Código de ético y deontológico del psicólogo en Colombia instaurado por la Ley 1090 de 2006, la participación de los sujetos que hacen parte de la muestra poblacional es totalmente voluntaria, y su aceptación o rechazo no representará remuneración o castigo de ningún tipo.

La firma del consentimiento informado (Apéndice 3) es obligatorio para la participación, donde se hacen describen los objetivos de la investigación y la implicación del participante en este, así como su anonimato y la exclusividad en el uso de los resultados obtenidos con fines académicos y científicos. Igualmente se le informa al participante tiene la posibilidad de retirarse cuando desee, y que obtendrá información sobre la investigación y los resultados en caso de requerirlos.



## 9. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

**Tabla 1. Cuestionario IEA**

| CATEGORÍAS   | ITEMS | ¿A QUE SE REFIERE?  |
|--|-------|---|
| ESTILO CENTRADO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (SP)      | 15    | Realización de acciones con el fin de cambiar o solucionar la situación problemática      |
| ESTILO CENTRADO EN BÚSQUEDA DE SOPORTE SOCIAL (SS) | 6     | Búsqueda de apoyo o consejo en alguien que le ayude a enfrentar la situación.             |
| ESTILO DE EVITACIÓN (EV)                           | 10    | Acciones enfocadas en evitar pensar la situación  |
| ESTILO DE AUTOCULPABILIZACIÓN (AC)                 | 3     | Representa la reevaluación crítica en donde la culpa recae en sí mismo                    |
| ESTILO FANTASIOSO (FA)                             | 8     | Pensamientos enfocados en imaginar la situación bajo escenarios opuestos o poco realistas |

El IEA es un test que tiene como finalidad la evaluación de los estilos de afrontamiento que utiliza una persona al enfrentarse a una situación que representa dificultad o le genera estrés, su forma de respuesta es tipo Likert de 4 punto, de 0 a 3.

**Tabla 2. Cuestionario MOS**

| CATEGORÍAS                                | ITEMS | ¿A QUE SE REFIERE?   |
|---|-------|--|
| ÍNDICE GLOBAL                             | 20    | El índice de apoyo percibido y abarca todos los ítems del cuestionario   |
| APOYO EMOCIONAL                           | 8     | Acceso a alguien que le escuche y brinde información ante alguna dificultad  |
| APOYO MATERIAL                            | 4     | Hace referencia a el acceso a bienes y servicios, como preparar comida, acompañar al médico, Etc.                  |
| RELACIONES SOCIALES DE OCIO Y DISTRACCIÓN | 4     | Posibilidad de realizar actividades que le distraigan de una situación   |
| APOYO AFECTIVO                            | 3     | Tener alguien que le brinde palabras y gestos de afecto, que lo haga sentir querido y a quien hacer sentir querido |

El cuestionario MOS evalúa el apoyo social que una persona percibe recibir de su núcleo familiar o cuidadores y otros miembros de la comunidad. Su tipo de respuesta es tipo Likert de 5 opciones, de 1 a 5.

### 9.1. Características sociodemográficas

De las 40 personas que hicieron parte de la presente investigación el 65% pertenecen al género femenino, que equivale a 26 mujeres y el 35% del género masculino que corresponde a

14 hombres. De la muestra general el 30% que equivale a 12 personas, tienen entre 40 y 49 años, el 57,5% es decir 23 personas tienen de 50 a 59 años y el 12,5% que corresponde a 5 personas tienen entre 60 y 69 años.

## 9.2 Estrategias de afrontamiento

En cumplimiento con los objetivos propuestos se presentan los resultados del cuestionario Inventario de Estilos de Afrontamiento aplicados, se obtuvieron a través de la tabulación en Excel de estos. Los datos de análisis son Puntuación de referencia (P. R.) que establece el puntaje promedio general del test, Media que indica el promedio de los resultados de la muestra y Desviación estándar (D. E.) que permite establecer la separación respecto a la media. Dichos datos se encuentran diferenciados por género para la presente investigación.

**Tabla 3. Estilos de afrontamiento en hombres**

| SUB ESCALAS  | P. R. | MEDIA | D. E. |
|--|-------|-------|-------|
| ESTILO CENTRADO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS<br>(SP)   | 2.06  | 2.07  | 0.70  |
| ESTILO CENTRADO EN BÚSQUEDA SOPORTE SOCIAL<br>(SS) | 2.66  | 1.33  | 0.51  |
| ESTILO DE EVITACIÓN (EV)                           | 1.9   | 2.1   | 1.10  |
| ESTILO DE AUTOCULPABILIZACIÓN (AC)                 | 2.33  | 2.33  | 0.57  |
| ESTILO FANTASIOSO (FA)                             | 2.06  | 1.63  | 0.91  |

**Tabla 4. Estilos de afrontamiento en mujeres**

| SUB ESCALAS  | P. R. | MEDIA | D. E. |
|--|-------|-------|-------|
| ESTILO CENTRADO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS<br>(SP)   | 2.06  | 2.07  | 0.59  |
| ESTILO CENTRADO EN BÚSQUEDA SOPORTE SOCIAL<br>(SS) | 2.66  | 2.67  | 0.51  |
| ESTILO DE EVITACIÓN (EV)                           | 1.9   | 1.7   | 0.94  |
| ESTILO DE AUTOCULPABILIZACIÓN (AC)                 | 2.33  | 2.33  | 0.57  |
| ESTILO FANTASIOSO (FA)                             | 2.06  | 2.5   | 0.75  |

Se evidencia una marcada preferencia en cuanto a la muestra total por el estilo de afrontamiento Soporte Social (SS) en la que se obtuvo un promedio de 2.66, de acuerdo con Lazarus y Folkman (1986) en este estilo de afrontamiento se presenta la búsqueda de alguien con el fin de recibir apoyo emocional o informativo al enfrentarse a situaciones conflictivas. Por el contrario, se presenta menor preferencia en el estilo de Evitación (EV) en la que se evidencia 1.9 de promedio, lo que indica que hay mayor tendencia a enfrentar las situaciones problemáticas o que generan estrés que a evitarlas. La mayor discrepancia en los resultados se observa en la subescala Estilo de evitación (EV) con un 1.1 de desviación en hombres y 0.94 en mujeres, lo que indica que los resultados obtenidos son concordantes entre los participantes de la investigación.

Al realizar una revisión de los resultados por género, se evidencia que tanto hombres como mujeres hipertensos utilizan la estrategia de afrontamiento Solución de problemas (SP) en

la misma medida, para ambos géneros el promedio es de 2.07. El estilo centrado en la solución de problemas contiene 15 ítems del cuestionario y hace referencia a los pasos activos para cambiar las situaciones o aminorar los efectos, incrementando los esfuerzos para realizar una acción.

En las mujeres el estilo que más se evidencia es el de Soporte Social (SS) con un promedio de 2.67 al que corresponden 6 ítems, que corresponde a la búsqueda de apoyo social, que les brinde información, simpatía y comprensión para enfrentar determinada situación estresante. El estilo que se presenta en menor medida es el de Evitación (EV) en el que se obtuvo el 1.7 de promedio, de acuerdo con el cual se genera un conjunto de actividades con el fin de distraerse y evitar pensar y enfrentar la situación, a este estilo corresponden 10 ítems.

En el grupo masculino se evidencia una mayor tendencia hacia el estilo de Autoculpabilización (AC) cuyo promedio es de 2.33 y que abarca 3 ítems, que se basa en la reevaluación cognitiva generando crítica y ubicándose a sí mismo como el causante de la situación. Y al contrario de lo presentado en las mujeres, en los hombres hay menor preferencia por el estilo de Soporte Social (SS) en estos 1.33 de promedio, lo que nos indicaría que tienen menor tendencia a buscar apoyo emocional en otros cuando el entorno le presenta situaciones amenazantes o desafiantes.

### **9.3 Apoyo social**

Los resultados del cuestionario Medical Outcomes Study – Social Support Survey aplicados, fueron obtenidos a través de la tabulación en Excel de estos. Los datos de análisis son

Puntuación de referencia (P. R.) que establece el puntaje promedio general del test, Media que indica el promedio de los resultados de la muestra y Desviación estándar (D. E.) que permite establecer la separación respecto a la media. Dichos datos se encuentran diferenciados por género para la presente investigación.

De acuerdo con los resultados hallados en la muestra total acerca del apoyo social, tienen una menor percepción de Apoyo Emocional con un promedio de 3.25 que cuenta con 8 ítems y hace referencia a la posibilidad de acceder a alguien con que escuche cuando tenga alguna dificultad y brinde información de valor. Y por el contrario, se obtuvo mayor puntuación en la sub escala Relaciones sociales de ocio y distracción en el que se obtuvo un promedio de 3.62, la cual cuenta con 4 ítems y corresponde al tipo de apoyo que se encuentra en personas con las que pueda relajarse y realizar diversas actividades.

**Tabla 5. Apoyo social en hombres**

| SUB ESCALAS                               | P. R. | MEDIA | D. E. |
|---|-------|-------|-------|
| ÍNDICE GLOBAL                             | 3.39  | 2.89  | 0.91  |
| APOYO EMOCIONAL                           | 3.25  | 2.62  | 0.91  |
| APOYO MATERIAL                            | 3.5   | 3.75  | 1.25  |
| RELACIONES SOCIALES DE OCIO Y DISTRACCIÓN | 3.52  | 3     | 0.11  |
| APOYO AFECTIVO                            | 3.33  | 2.33  | 0.57  |

**Tabla 6. Apoyo social en mujeres**

| SUB ESCALAS                               | P. R. | MEDIA | D. E. |
|---|-------|-------|-------|
| ÍNDICE GLOBAL                             | 3.39  | 3.89  | 0.82  |
| APOYO EMOCIONAL                           | 3.25  | 3.87  | 0.35  |
| APOYO MATERIAL                            | 3.5   | 3.25  | 1.25  |
| RELACIONES SOCIALES DE OCIO Y DISTRACCIÓN | 3.62  | 4.25  | 0.95  |
| APOYO AFECTIVO                            | 3.33  | 4.33  | 0.57  |

Al analizar las respuestas por género se evidencia que las mujeres tienen un mayor Índice global en la percepción de apoyo social que los hombres, se evidencia un promedio de 3.89 para el género femenino y 2.89 en el género masculino. De igual forma, el tipo de apoyo más percibido por el género femenino es el Apoyo Afectivo con un promedio de 4.33 que cuenta con 3 ítems y hace referencia a la posibilidad de dar y recibir muestras de afecto como palabras afectuosas, simpatía, abrazos y gestos cariñosos, por el contrario en el caso del género masculino ésta es la subcategoría que menor promedio obtuvo con 2.33, por lo tanto la percepción de apoyo es mayor en las mujeres cuando perciben manifestaciones de afecto, que para los hombres.

También se observa un resultado opuesto en la sub escala Ayuda material que corresponde a 4 ítems y se refiere al acceso que le brindan a bienes y servicios en caso de necesitarlo, este obtuvo la mayor puntuación en los hombres cuyo promedio fue 3.75 y el menor promedio en las mujeres con 3.25, es decir el género masculino tiene una mayor percepción

cuando perciben apoyo material que las mujeres. Para ambos géneros se evidencia 1.25 de desviación en Ayuda material, lo que indica que en esta sub escala existe mayor desigualdad en las respuestas sin embargo son concordantes entre la población de muestra.

Se logra observar que los resultados obtenidos en ambos cuestionarios son coincidentes en cuanto a la búsqueda de soporte social como estrategia de afrontamiento y la percepción de apoyo ligado a las relaciones sociales de ocio y distracción, especialmente en la muestra femenina que obtuvo una mayor puntuación en ambas subcategorías.



## 10. DISCUSIÓN

El objetivo general de la presente investigación es describir las características de los estilos de afrontamiento y apoyo social en pacientes con diagnóstico de hipertensión y los objetivos específicos son determinar características sociodemográficas en la población, identificar y describir estilo de afrontamiento y apoyo social en estos.

Se realizó un análisis sociodemográfico de la población participante en donde se encontró que la cantidad de mujeres que hicieron parte de la muestra para la investigación es mayor en relación a la población de género masculino, lo que es consecuente con los resultados hallados por el informe demográfico y epidemiológico del Ministerio de Salud de Colombia del año 2015. Para dicho año el número de casos reportados de mujeres con hipertensión fue de 1.507.094 y el número de hombres reportados fue 907.260 (MinSalud, 2015), una suma considerablemente mayor en la población femenina en Colombia. De la población general, las edades de los participantes de la investigación concuerdan con la mayor prevalencia de edad en el país, el 91,59% de los diagnosticado son mayores de 45 años (MinSalud, 2015).

En relación al primer objetivo, luego de aplicar el IEA se logró identificar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los participantes. En los resultados de la presente investigación se evidencia que los pacientes tienen un amplio uso de estilos de afrontamiento, en los resultados generales tanto para género masculino como femenino se evidencia un alto puntaje en Solución del Problema (2,06). Las mujeres utilizan más el estilo de afrontamiento Soporte Social (2,66) y en menor medida el estilo Evitación (1,7). En los participantes de género

masculino se obtuvo mayor puntaje en la subcategoría de Autoculpabilización (2,33) y menor puntaje en Soporte Social (1,33).

Estos resultados demostrados en la presente investigación concuerdan con lo hallado por Francisco en su investigación en donde se encontró que las mujeres “tienden más al uso de estrategias centradas en la emoción y apoyo en otras personas, mientras los hombres tienden más al uso de estrategias centradas en el problema” (Francisco, 2016, p. 26). También se relaciona con lo propuesto por Bernal et. al. quienes concluyen que “las personas hipertensas presentan un tipo de afrontamiento más activo y dirigido al problema, diferencia de los hipotensos que evidencian mayores estrategias dirigidas a la elaboración cognitiva” (Bernal et. al., 2009, p. 57), lo que evidencia que los pacientes hipertensos tienen mayor tendencia a estrategias propositivas enfocadas en la resolución de problemas.

De igual forma concuerda con los hallazgos de Arbulú, de acuerdo con la investigación que desarrolló los pacientes hipertensos son más críticos y desvalorizadores con sí mismos, lo que genera altos niveles de angustia en ellos (Arbulú, 2008, p. 24), lo cual va ligado a los resultados de la actual investigación donde se encontró una alta puntuación en la estrategia Autoculpabilización en el género masculino.

Con respecto al segundo objetivo cuyo propósito fue describir el tipo de apoyo social percibido, con los resultados arrojados tras la aplicación del cuestionario MOS se encontró que los participantes de género masculino obtuvieron mayor puntuación en la subcategoría Ayuda

material (3.75) mientras que en las mujeres tuvo mayor predominio el Apoyo afectivo (4.3). Y las subcategorías de menor puntuación fue la Ayuda material (3.25) para el género femenino y el Apoyo afectivo (2.3) en hombres, dichos resultados son opuestos en el análisis de resultados por género.

Con base en los resultados hallados en la presente investigación se evidencia una significativa diferencia al realizar un análisis por género en el Índice global de apoyo social. Para las mujeres se obtuvo un puntaje de 3,89 y para los hombres 2,89. Dicho resultado se encuentra en discordancia con lo hallado en la investigación de Fontibón et. al., donde arrojan como resultado que “no existieron diferencias significativas e el MOS respecto a las variables categóricas sexo, estrato socioeconómico y estado civil” (Fontibón et. al., 2015, p. 393).

En cuanto al tercer objetivo, a pesar de que en anteriores investigaciones no se evidenciaron resultados relevantes en cuanto al análisis por géneros, en los resultados obtenidos en la presente investigación se evidencia que existe una relación entre Estilos de afrontamiento y Apoyo social percibido en las mujeres. Como estrategia de afrontamiento más prominente se destaca la Búsqueda de soporte social, que corresponde a la búsqueda de apoyo social que les brinde información, simpatía y comprensión para enfrentar determinada situación estresante. Y en la percepción de apoyo social sobresale la subcategoría Apoyo emocional que hace referencia a la posibilidad de dar y recibir muestras de afecto como palabras afectuosas, simpatía, abrazos y gestos cariñosos

De acuerdo con la investigación realizada por Vinaccia et. al. se resalta que “sólo el Apoyo emocional y la interacción social tuvieron más alto impacto en la percepción de apoyo en los pacientes con hipertensión arterial” (Vinaccia et. al., 2006, p. 101) lo que se encuentra en consonancia con la presente investigación, donde se halló que las mujeres obtuvieron un alto puntaje tanto en Apoyo emocional (3,87) como en Relaciones sociales de ocio y distracción (4,25), dichos resultados no son equivalentes para el género masculino en las cuales obtuvo bajas puntuaciones (2,62 y 3; respectivamente).

## 11. CONCLUSIONES

De acuerdo con los objetivos planteados en la presente investigación, se realizó el análisis de características sociodemográficas, estilos de afrontamiento y apoyo social en una muestra de 40 pacientes diagnosticados con hipertensión que pertenecen a la IPS Promedan sede Itagüí. Para este fin se utilizó el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento y el Cuestionario de Apoyo Social MOS.

Los resultados hallados en la investigación muestran una diferencia significativa en cuanto al Estilo de afrontamiento en la subcategoría Soporte social con respecto al análisis de géneros. La para los hombres se obtuvo un menor puntaje, mientras que para las mujeres se obtuvo un puntaje considerablemente alto. Otro hallazgo significativo es que el estilo Solución de problemas obtuvo el mismo promedio en ambos géneros y fue considerablemente alto, y en cuanto al estilo Evitación se obtuvo un menor puntaje en mujeres que en hombres.

En cuanto al apoyo social se evidencia una marcada diferencia en el puntaje tanto global como individual de los subgrupos en cuanto a géneros. Las mujeres tuvieron mayor puntaje, con respecto a los hombres en todas las subcategorías excepto en Ayuda material en la cual los hombres obtuvieron el mayor promedio.

A su vez, se evidencia la significativa diferencia evidenciada en la percepción de Apoyo efectivo, por parte del género femenino se obtuvo una mayor percepción de apoyo en esta subcategoría mientras que para los hombres obtuvo la menor.

También llama la atención la similitud hallada en los resultados en cuanto a las Estrategias de afrontamiento y el Apoyo social obtenidos por el género femenino, pues en ambos cuestionarios se encontró mayor relevancia en las subcategorías Búsqueda de soporte social y en el Apoyo afectivo, respectivamente. A pesar de que anteriores investigaciones no evidencian diferencia en el análisis por género, la presente investigación muestra que las mujeres tienen mayor tendencia al percibir apoyo por medio de las relaciones afectivas y a la búsqueda de soporte social como estrategia para enfrentarse a situaciones estresantes.

Se puede concluir que la presente investigación arroja resultados que concuerdan con investigaciones previas, y se encuentra una similitud entre el estilo de afrontamiento preferido por las mujeres (Soporte social) y la marcada diferencia en cuanto a hombres al percibir positivamente el apoyo social. Por tanto existe una relación entre los estilos como un un paciente con diagnóstico de hipertensión tiende a enfrentar situaciones del entorno que le representan dificultad y generan estrés, con la percepción que tienen del apoyo social que reciben.

Se espera que a partir de los resultados presentados en la presente investigación, sea tomada en cuenta la educación a pacientes y acompañantes en estilos de afrontamiento y se tenga presente al apoyo social como aspecto influyente dentro del tratamiento que siguen los pacientes hipertensos, de acuerdo con lo concluido por Arbulú “la retractación social no favorece al paciente, pues el apoyo emocional es un factor moderador de las situaciones” (Arbulú, 2008, p. 24).

## **12. RECOMENDACIONES**

Se recomienda considerar los resultados arrojados por la presente investigación en el tratamiento de pacientes hipertensos, realizar educación a pacientes y acompañantes sobre los estilos de afrontamiento y hacer énfasis en la importancia y el el papel que juega el apoyo social en la adherencia al tratamiento y adopción de hábitos de vida saludables, todo esto con el fin de mejorar la calidad de vida. Se recomienda continuar realizando investigaciones afines que permitan completar y comparar los resultados hallados.

## 13. CRONOGRAMA

Tabla 7. Cronograma de actividades.

| ACTIVIDADES |  | AÑO   |     |     |     |     |
|-------------|--|-------|-----|-----|-----|-----|
|             |  | 2017  |     |     |     |     |
|             |  | MESES |     |     |     |     |
|             |  | FEB   | MAR | ABR | MAY | JUN |
| FASE 1      | Rastreo bibliográfico en bibliotecas Universitarias.                   |       |     |     |     |     |
|             | Rastreo bibliográfico en bases de datos.                               |       |     |     |     |     |
|             | Planteamiento del problema.  |       |     |     |     |     |
|             | Planteamiento de objetivos generales y específicos.                    |       |     |     |     |     |
| FASE 2      | Elaboración de marco teórico.  |       |     |     |     |     |
|             | Revisión y construcción de antecedentes.                               |       |     |     |     |     |
|             | Construcción del diseño metodológico.                                  |       |     |     |     |     |
|             | Rastreo de pruebas e instrumentos.                                     |       |     |     |     |     |
| FASE 3      | Revisión, corrección del anteproyecto.                                 |       |     |     |     |     |
|             | Aplicación del instrumento de recolección de información.              |       |     |     |     |     |
|             | Tabulación, análisis y descripción de resultados.                      |       |     |     |     |     |
|             | Elaboración de conclusiones y recomendaciones.                         |       |     |     |     |     |
|             | Revisión y corrección del trabajo de investigación para entrega final. |       |     |     |     |     |



## 14. PRESUPUESTO

**Tabla 8. Presupuesto global del trabajo de grado**

| PRESUPUESTO GLOBAL DEL TRABAJO DE GRADO |            |                 |              |           |
|---|------------|-----------------|--------------|-----------|
| RUBROS                                  | FUENTES    |                 | TOTAL        |           |
|   | Estudiante | Institución IUE |              |           |
| Personal                                | X          |                 | Transporte   | 300.00    |
|   |            |                 | Alimentación | 100.000   |
| Material y<br>suministro                | X          |                 | Hojas        | 40.000    |
|   |            |                 | Fotocopias   | 40.000    |
|   |            |                 | Lapiceros    | 5.000     |
| Equipos                                 | X          |                 | Computador   | 2.000.000 |
| TOTAL                                   |            |                 |              | 2.485.000 |

## 15. REFERENCIAS

Ahumada, R., Del Castillo, L., Muñoz, B. y Moruno, M. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de familia*, 6 (1), 10-18. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-validacion-del-cuestionario-mos-sss-apoyo-13102357>

Ahumada, M., Escalante, E. y Santiago, I. (2011). Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15 (1), 55-70. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-73102011000100002](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102011000100002)

Antonucci, T. C., Akiyama, H., Merline, A. (2001). Dynamics of social relationships in midlife. En Lachman, M. E. (Ed.), *Handbook of midlife development* (pp. 591-598) Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

Aragoncillo, P (2009). Anatomía del corazón. En López, A. y Mayacal, C. (Ed.), *Libro de la salud cardiovascular* (pp. 35-47) Bilbao: Fundación BBVA.

Arbulú, A. C. (2008). Patrón de conducta tipo a y estrategias de afrontamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión. *Revista de psicología*, 10 (1), 9-26. Recuperado de [http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R\\_PSI/article/view/388](http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/388)

Barra, E. (2004) Influencia del estado emocional en la salud física. En Salamanca, J. C. Y Perilla, L. E. (Ed.) *Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria*. Bogotá: Ed. Psicom.

Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 14 (2), 237-243.  
Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/848>

Bernal, C., Lemos, M., Medina, L. E., Ospina, J. y Torres, Y. (2009). Estrategias de afrontamiento y presión arterial. *Revista CES Psicología*, 2 (2), 49-59. Recuperado de <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/3933>

Blanchard-Fields, F., Stein, R. y Watson, T. (2004). Age differences in emotion-regulation strategies in handling everyday problems. *Journal of gerontology: Psychological sciences*, 59B, (6), 261-269. Recuperado de <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/59/6/P261/589694/Age-Differences-in-Emotion-Regulation-Strategies>

Casado, S. (2009). Hipertensión arterial. En López, A. y Macayal, C. (Ed.), *Libro de la salud cardiovascular* (pp. 121-130) Bilbao: Fundación BBVA.

Cuesta, G. E. (2015). *Soporte social y su relación con las estrategias de afrontamiento en los pacientes con insuficiencia renal del Hospital del IESS Ambato* (Tesis de pregrado).  
Recuperado de <http://redi.uta.edu.ec/handle/123456789/10011>

Di-Corello, C. A., Aparicio, D.P. y Moreno, J (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psychologia: Avances en la disciplina*, 1 (2), 125-156. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996002.pdf>

Dulong, M. A. (2016). *Asociación entre apoyo social y adherencia terapéutica en hipertensos mayores de 65 años - Hospital II EsSalud Tarapoto* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2185>

Escaned, J. (2009). Breve historia del corazón y de los conocimientos cardiológicos. En López, A. y Macayal, C. (Ed.), *Libro de la salud cardiovascular* (pp. 23-34) Bilbao: Fundación BBVA.

Everly, G. S. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York: Plenum Press.

Fernández, A. (2008). Antropología del corazón (I): el corazón a través de la historia de la medicina. *Boletín de la Real Academia de Córdoba de ciencias, bellas artes y nobles artes*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=303572>

Florez-Alarcón, L. E. (1993). La evaluación del estilo de afrontamiento. *Boletín de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud*, 2 (1), 7-9.

Fontibón, L. F., Acosta, L., Valdemar, J., Valdemar, A. y Sánchez, R. (2015). Asociación entre variables sociodemográficas, clínicas y calidad de vida con el apoyo social percibido en pacientes colombianos con cáncer. *Avances en psicología latinoamericana*, 33 (3), 387-395.

Recuperado de

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1794-47242015000300003&lng=e&nrm=iso&tlng=e](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1794-47242015000300003&lng=e&nrm=iso&tlng=e)

Francisco, I. (2016). *Estrategias de afrontamiento, apoyo social y sentido de vida en adultos mayores de 65 años* (Tesis de pregrado). Recuperado de

<http://ddfv.ufv.es/handle/10641/1231>

Galvis, C. L. (2011). *Calidad de vida, estrategias de afrontamiento y apoyo social en un grupo de pacientes con artritis reumatoide en tratamiento médico en un centro de reumatología de Bucaramanga* (Tesis de pregrado). Recuperado de

<https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/1623>

Garcés, J., Duque, D., Cardona, M. y Romero, F. A. (2014). Inteligencia emocional y estilos de afrontamiento de jóvenes infractores entre 15 y 19 años de edad del Municipio de Envigado durante el años 2013. *Psicoespacios*, 8 (13), 32-52. Recuperado de

<http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios/article/view/315>

Gómez, O. P., Hernández, J. (2008). Diferencias en las estrategias de afrontamiento de acuerdo a variables sociodemográficas y al tiempo de diagnóstico en pacientes hipertensos del centro médico Corpas Niza. *Psychologia: avances en la disciplina*, 2 (1), 161-190. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2972/297224999006/>

González, R., Montoya, I., Casullo, M. M. y Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14 (2), 363-368. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72714227>

Gump, B. B., Polk, D. E., Kamarck, T. W. y Shiffman, S. M. (2001). Partner interactions are associated with reduced blood pressure in the natural environment: ambulatory monitoring evidence from a healthy, multiethnic adult sample. *Psychosomatic Medicine*, 63 (3), 423-233.

Gutiérrez, J. (2001). Tratamiento de la hipertensión arterial. Cambio de estilo de vida. *Colombia médica*, 32 (2), 99-102. Recuperado de <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/190>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill Interamericana Editores.

Kail, R. y Bisanz, J. (1992). The information-processing perspective on cognitive development in childhood and adolescence. En Sternberg, R. J. y Berg, C. A. (Ed.), *Intellectual development* (pp. 229-260) New York: Cambridge University Press.

Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, Th. & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53, 83-107.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

Londoño, N. E., Rogers, H., Castilla, J. F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M. A., Oliveros, M., Palacio, J., Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5 (1), 142-150. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539016>

Marín-Reyes, F. y Rodríguez-Morán, M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud pública de México* 43 (4), 336-339. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342001000400010](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000400010)

Marmot, M. G. y Fuhrer, R. (2004). Socioeconomic position and health across midlife. En Brim, O. G., Ryff, C. D. Y Kessler, R. C.(Ed.), *How healthy are we?: A national study of well-being at midlife* (pp. 64-89) Chicago: The University of Chicago Press.

Martín, M. D., Jiménez, M. P. y Fernández-Abascal, E. (2001). Estudio sobre la Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento. *Revista española de motivación y emoción*, 3 (4), 85-98. Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>

Ministerio de Salud y Protección Social (2007). Política nacional de envejecimiento y vejez 2007-2019. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Analisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2015. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>

Molerio, O., Arce, M. A., Otero, I. y Nieves, Z. (2005). El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. *Revista cubana de higiene y epidemiología*, 43 (1), Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223214846007>

Muñoz, P. A. (2016). *Estilos de afrontamiento en pacientes con enfermedad renal crónica* (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/5554>



O'Donnel, K., Badrick, E., Kumari, M. y Steptoe, A. (2008). Psychological coping styles and cortisol over the day in healthy older adults. *Psychoneuroendocrinology*, 33, 601-611.

Recuperado de

<https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0306453008000395?returnurl=http:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0306453008000395%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fscholar.google.es%2F>

Ofman, S. D., Pereyra, C., Cofreces, P. y Stefani, D. (2016). Creencias sobre las causas de la hipertensión arterial: influencia en las estrategias de afrontamiento y el estilo de vida.

*Revista CES Psicología*, 9 (2), 114-127. Recuperado de

<http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3586>

Osorio, M., Bazán, G. E. y Paredes, P. (2004). La psicología de la salud infantil. En Salamanca, J. C. Y Perilla, L. E. (Ed.) *Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria*. Bogotá: Ed. Psicom.

Organización Mundial de la Salud. (1948). Constitución de la OMS.

Organización Mundial de la Salud (2013). Información general sobre la hipertensión en el mundo. Recuperado de

[http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/global\\_brief\\_hypertension/es/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/)

Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

Poblete, F., Glasinovic, A., Sapag, J., Barticevic, N., Arenas, A. y Padilla, O. (2015). Apoyo social y salud cardiovascular: adaptación de una escala de apoyo social en pacientes hipertensos y diabéticos en la atención primaria chilena. *Aten primaria*, 47 (8), 523-531. Recuperado de <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0212656714003990?returnurl=http:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0212656714003990%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fwww.google.com.co%2F>

Papalia, D., Feldman, R. D. y Martorell, G. (2012). Desarrollo Humano. México D. F.: McGraw-Hill Edition.

Romero, F. A., Palacio, J. (2009). Características de los estilos de afrontamiento en jóvenes estudiantes de secundaria. *Informes psicológicos*, 11 (13), 65-87. Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/1214>

Salovey, P., Rothman, A., Detweiler, J., & Steward, W. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-121.

Seiffge-Krenke, I. (2013). Stress, coping and relationships. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Segura, A. y Marrugat, J. (2009). Epidemiología cardiovascular. En López, A. y Macayal, C. (Ed.), *Libro de la salud cardiovascular* (pp. 101-110) Bilbao: Fundación BBVA.

Sherbourne, C. D. Y Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine*, 32 (6), 705-714. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369190150B>

Suárez, M. (2011). Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Rev Med La Paz*, 17 (1), 60-67. Recuperado de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582011000100010&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582011000100010&script=sci_arttext&tlng=en)

Unchido, B., Cacioppo, J. y Kiecolt-Glaser, J. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological bulletin*, 119 (3), 488-531. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/journals/bul/119/3/488/>

Vélez, S. (2007). Cambios terapéuticos en el estilo de vida. *Revista colombiana de cardiología*, 13 (1), 212-214. Recuperado de [http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/4-GUIAS\\_HIPERTENSION\\_ARTERIAL-2007.pdf](http://scc.org.co/wp-content/uploads/2012/08/4-GUIAS_HIPERTENSION_ARTERIAL-2007.pdf)

Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Gaviria, A.M., Chavarría, F. y Orozco, O. (2006). Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Informes psicológicos*, (8), 89-106. Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/6120>

Vitaliano, P., Maiuro, R., Russo, J. y Becker, J. (1987). Raw versus relative scores in the assessment of coping strategies. *Journal of behavioral medicine*; 10 (1), 1-18. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007%2F00845124?LI=true>

## 16. APÉNDICE

### 16.1 Apéndice 1: Consentimiento informado para participantes de investigación

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es asesorada por el profesor y psicólogo clínico Fredy Alexander Romero Guzmán Tiempo Completo de la IUE y liderada por el psicólogo practicante Juan Camilo Quiceno Gómez de la IUE, titulada “Estilos de afrontamiento y apoyo social en pacientes con diagnóstico de hipertensión pertenecientes a la IPS Promedan sede Itagüí”. Si usted accede, se le pedirán responder dos cuestionarios: Estilos de afrontamiento y Apoyo social. Esto tomará aproximadamente 40 minutos de aplicación. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse de la aplicación del inventario en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la aplicación de los cuestionarios le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por el practicante en psicología y el asesor el psicólogo clínico Fredy Alexander Romero Guzmán, he sido informado(a) que la meta de éste estudio es identificar las características de los Estilos de Afrontamiento y Apoyo social en pacientes hipertensos pertenecientes a la IPS Promedan. Me han indicado también que tendré que responder dos cuestionarios los cuales tomaran aproximadamente 40 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de ésta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de éste estudio sin mi consentimiento, es decir se utilizará para fines académicos, como publicaciones y ponencias, resguardando la identidad de los participantes. He sido informado(a) que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al psicólogo practicante Juan Camilo Quiceno Gómez e-mail: [qg.camilo@gmail.com](mailto:qg.camilo@gmail.com)

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada (si así lo deseo), y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido (si así lo requiero).

Participante

Investigador

Firma:

Juan Camilo Quiceno Gómez

\_\_\_\_\_

1037640832

CC:

\_\_\_\_\_

## 16.2 Apéndice 2: Inventario de Estilos de Afrontamiento

### INVENTARIO DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

Este cuestionario sirve para evaluar como se siente, que hace y que piensa cuando se enfrenta a situaciones problemáticas que le producen estrés o ansiedad.

NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS O MALAS, simplemente piense como actúa usted en esas situaciones según como se afirma en cada pregunta. Marque con una X el número que se ajuste de acuerdo con la siguiente clave:

0. En absoluto      1. En alguna medida.      2. Bastante      3. En gran medida

Piense detenidamente en la última ocasión en la que se enfrentó a una situación verdaderamente difícil y marque la categoría que expresa EN QUE MEDIDA USTED ACTUO COMO SE AFRIMA EN LA PREGUNTA.

| CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?   | En absoluto | En alguna medida | Bastante | En gran medida |
|--|-------------|------------------|----------|----------------|
| 1. Me concentre exclusivamente en pensar que seria lo mas apropiado que debía hacer a continuación | 0           | 1                | 2        | 3              |
| 2. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para  | 0           | 1                | 2        | 3              |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| olvidarme de todo lo demás  |   |   |   |   |
| 3. Me propuse encontrar algo positivo que remediara la situación                                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Hable con alguien para averiguar mas sobre la situación                                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Me critiqué me sermonié a mi mismo   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. No intenté quemar de inmediato todos mis cartuchos, sino que deje alguna posibilidad abierta | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Confié en que ocurriera un milagro   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Seguí adelante como si nada hubiese pasado   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Intente guardar para mi mis sentimientos   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Intente mirar las cosas por el lado bueno   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Dormí más de lo habitual en mí  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema                           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Busqué la ayuda de un profesional   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Cambie, madure como persona   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Me eché la culpa de lo ocurrido   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Elaboré un plan de acción y lo seguí  | 0 | 1 | 2 | 3 |



|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 18. Acepte la segunda mejor posibilidad de solución inferior a la ideal para mi                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Salí de esa experiencia mejor de lo que entré   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas medicamentos                         | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Intenté no actuar demasiado pronto, ni dejarme llevar por mi primer impulso                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Cambié algo para que las cosas salieran bien  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Evité estar con la gente en general   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Rehusé pensar en el problema por mucho tiempo   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Consulte a algún pariente o amigo y respete su consejo  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Oculte a los demás lo mal que estaban las cosas para mi   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Le conté a alguien como me sentía   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Me mantuve firme y peleé por lo que quería  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. Sabía lo que había que hacer, así que redoble mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien | 0 | 1 | 2 | 3 |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 32. Me negué a creer lo que había ocurrido  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. Propuse un par de soluciones diferentes para ese problema                                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado en la toma de decisiones          | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. Deseé que ojalá hubiera sido posible cambiar lo que me estaba ocurriendo                  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. Deseé que ojalá hubiera sido posible cambiar la forma en que me estaba sintiendo          | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Cambié algo de mi, de tal forma que pudiera enfrentarme mejor a la situación              | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. Soñé o imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente                             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo                          | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. Fantaseé o imaginé el modo en que podría cambiar las cosas                                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41. Deseé ser una persona mas fuerte y optimista de lo que soy                                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42. Pensé cosas irreales o fantásticas (como ganarme la lotería) que me hicieran sentir mejor | 0 | 1 | 2 | 3 |

### 16.3 Apéndice 3: Medical Outcome Study – Social Support Survey

#### MEDICAL OUTCOMES STUDY – SOCIAL SUPPORT SURVEY

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

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

Escriba el No. de amigos íntimos y familiares cercanos.

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia Vd. dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

(Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

| CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?                  | Nunca | Pocas Veces | Algunas veces | La mayoría de las veces | Siempre |
|---|-------|-------------|---------------|-------------------------|---------|
| 2. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama | 1     | 2           | 3             | 4                       | 5       |
| 3. Con quien pueda contar cuando necesite hablar  | 1     | 2           | 3             | 4                       | 5       |
| 4. Que le aconseje cuando tenga problemas         | 1     | 2           | 3             | 4                       | 5       |
| 5. Que le lleve al médico cuando lo necesite      | 1     | 2           | 3             | 4                       | 5       |
| 6. Que le muestre amor y afecto                   | 1     | 2           | 3             | 4                       | 5       |
| 7. Con quien pasar un buen rato                   | 1     | 2           | 3             | 4                       | 5       |

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 8. Que le informe y ayude a entender la situación                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. En quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Que le abrace   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Con quien pueda relajarse   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Cuyo consejo realmente desee  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Que le ayude en sus tareas domésticas si esta enfermo               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Con quién divertirse  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Que comprenda sus problemas   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. A quien amar y hacerle sentirse querido                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |