

**GRADO EN TRABAJO SOCIAL.**

**Percepción sobre la relación del Infarto  
con la Resiliencia, la Significación Vital y  
Apoyo Social.**

**Trabajo Fin de Grado**

**Cristina M<sup>o</sup> González Noda  
07/06/2018**



Tutor académico: Manuel Hernández H.

## **Resumen.**

El presente documento contempla la percepción que tienen 186 personas de distintas edades y sexo, residentes en España, sobre el Infarto relacionando dicha afección con otras variables, como son: El Apoyo Social, la Resiliencia, la Significación Vital y los Hábitos Saludables de Vida. Para llevar a cabo la investigación se ha elaborado un cuestionario on-line mixto, de elaboración propia.

Se han dado respuestas sorprendentes e interesantes en muchas cuestiones que clarifican un pensamiento colectivo sobre la población afectada por enfermedades coronarias como el Infarto. En definitiva, la población sí cree que antes del Infarto los hábitos de vida no eran saludables, produciéndose un cambio positivo al respecto tras padecer uno. Por consiguiente, la población revela que si se produce un mayor apoyo por parte de la familia y amigos/as, cuando se produce un infarto, que este mismo hecho propicia una resiliencia mayor por parte de quienes lo padecen y finalmente, que hay una significación vital positiva en los/las afectados/as una vez superado el periodo crítico.

### **Palabras claves:**

Apoyo Social, Resiliencia, Significación Vital, Hábitos Saludables de Vida, Infarto.

***Abstract.***

This document contemplates the perception that 185 people of different ages and sex, resident in Spain, have of the heart attack relating this affection with other variables, such as: Social Support, Resilience, Life Significance and Healthy Life Habits. To carry out the research, a mixed on-line questionnaire has been drawn up, with quantitative and qualitative questions, prepared by the authors themselves.

There have been unanimous responses on many issues that clarify a collective thinking about the population affected by coronary diseases such as heart attack. In short, the population does believe that before the heart attack life habits were not healthy, producing a positive change after suffering one. Therefore, the population reveals that if there is greater support from family and friends when a heart attack occurs, that this fact leads to greater resilience on the part of those who suffer it and finally, that there is a positive vital significance in those affected, once the critical period has passed.

***Keywords.***

Social Support, Resilience, Vital Significance, Healthy Habits of Life, Infarction.

## ÍNDICE.

1. <b>Introducción:</b> .....	4
2. <b>Marco Teórico:</b> .....	5
2.1 Epidemiología del síndrome coronario agudo en España.....	5
2.2 Enfermedades Coronarias: Infarto:.....	9
2.3 Concepto y estudio sobre la Significación Vital:.....	9
2.4 Concepto y estudio sobre el Apoyo Social:.....	11
2.5 Concepto y estudio sobre la Resiliencia:.....	13
2.6 Hábitos de vida saludable.....	15
3. <b>Hipótesis, objetivos generales y específicos</b> .....	15
3.1 Hipótesis.....	16
3.2 Preguntas de investigación.....	16
3.3 Objetivos.....	16
4. <b>Metodología:</b> .....	17
4.1 Muestra.....	17
4.2 Instrumentos cuantitativos.....	22
4.3 Procedimiento.....	22
4.4 Diseño.....	23
4.5 Plan de análisis.....	23
5. <b>Resultados:</b> .....	24
6. <b>Discusión:</b> .....	37
7. <b>Conclusiones:</b> .....	44
8. <b>Referencias Bibliográficas:</b> .....	46
9. <b>Anexos:</b> .....	48

## **INTRODUCCIÓN:**

El presente estudio recoge la percepción que tiene la población en general, sobre las enfermedades crónicas coronarias, concretamente el Infarto y aspectos relevantes relacionados con dicha problemática, en concreto el Apoyo Social, la Resiliencia, la Significación Vital y los Hábitos Saludables de Vida.

El motivo que lleva a la realización de la presente investigación es la necesidad de ampliar el conocimiento acerca de la relación acerca de las variables antes mencionadas, por lo que, por un intento de innovar y crear nuevas visiones con respecto a estas, se emprende este camino.

Para llevar a cabo ésta investigación, en primer lugar se expone una parte teórica donde se hace referencia del contenido necesario a tener en cuenta para el posterior análisis de las variables de estudio. Por otro lado, en la parte práctica se exponen los objetivos que se desean alcanzar con este estudio, así como la metodología que se ha llevado a cabo para poder realizar el mismo, mostrando la muestra que se ha obtenido y el instrumento que se ha utilizado, que en éste caso, unas escalas validadas por otros profesionales además de unas preguntas cualitativas de elaboración propia.

Posteriormente se exponen todos los resultados obtenidos, así como el análisis de los mismos. Además se podrán encontrar las conclusiones que han derivado tras todo el proceso de estudio y la comparación de los datos obtenidos, así como las propuestas de mejora que se propongan. Antes de que finalice el documento, se encuentra las referencias que se han utilizado para llevar a cabo el estudio, además de los anexos donde se adjuntan las escalas y preguntas utilizadas, además de los datos personales y sociales que se exploran cuantitativamente.

## **2. MARCO TEÓRICO:**

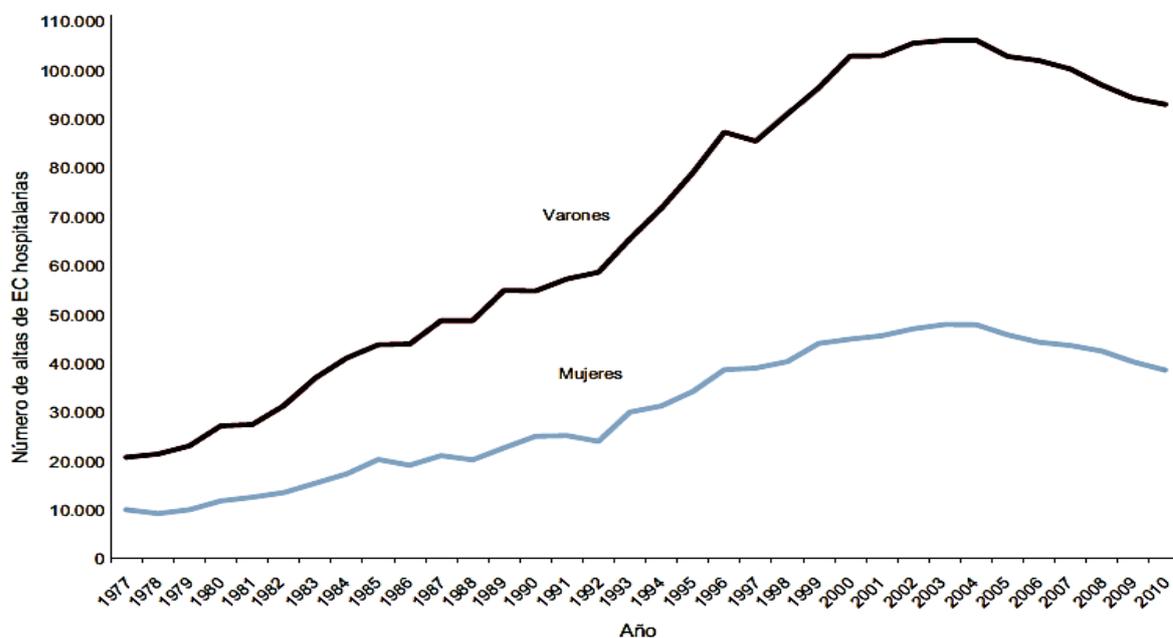
En lo que se refiere al Marco Teórico, tras la revisión de diferentes documentos y artículos científicos de otros profesionales, encontramos definiciones, conceptos y líneas que nos sirven para enmarcar la investigación e interpretar posteriormente los resultados y las futuras conclusiones que genere la temática elegida.

### **2.1 Epidemiología del síndrome coronario agudo en España.**

La enfermedad coronaria (EC) lleva siendo la principal causa individual de muerte en la población española más de 30 años y el síndrome coronario agudo (SCA) es una de las principales causas de mortalidad, morbilidad y coste sanitario en España. En este periodo se ha producido un descenso de la mortalidad por esta enfermedad, gracias principalmente a un descenso de la letalidad de los casos que consiguen ser atendidos en los hospitales. (Dégano, Elosua y Marrugat, 2013)

Este descenso de la letalidad, con una incidencia que parece estable, ha conducido a un aumento de la prevalencia de la EC y de sus complicaciones, una de ellas la insuficiencia cardiaca. La insuficiencia cardiaca también ha aumentado por el envejecimiento de la población, lo que a su vez ha conducido al aumento de una arritmia que motiva una gran proporción de las consultas en cardiología y atención primaria, la fibrilación auricular. (Dégano, Elosua y Marrugat, 2013)

En la gráfica podemos observar el número de casos de enfermedad coronaria hospitalizados en 1977-2010 por sexo, según el Instituto Nacional de Estadística.

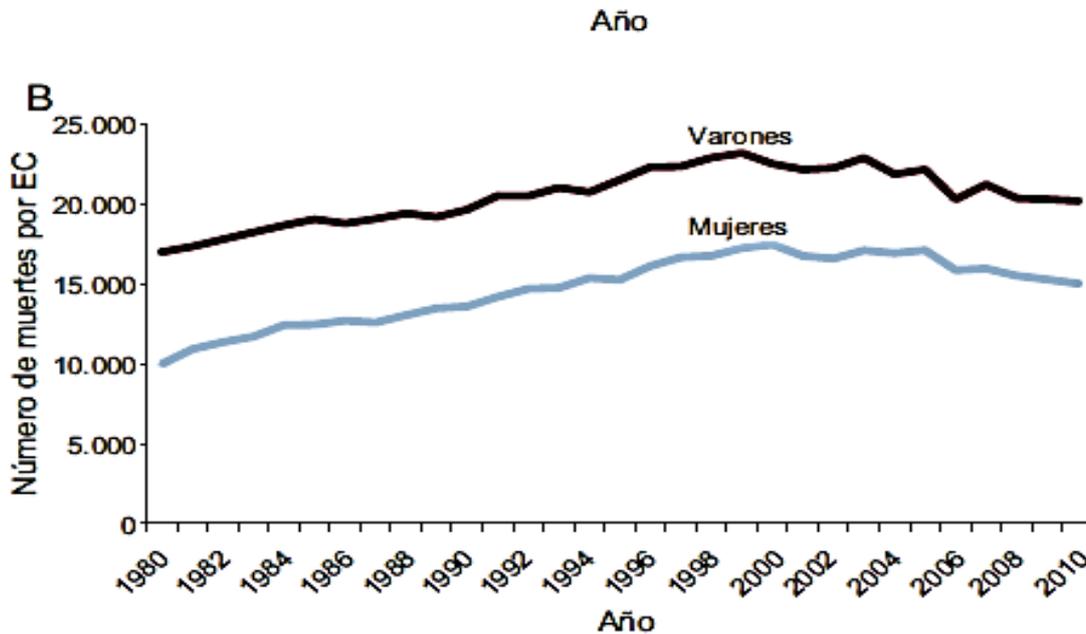


Los Síndromes Coronarios Agudos (SCA) son la manifestación clínica más frecuente y nociva de la EC, que sigue siendo la principal causa de muerte y morbilidad en Europa, aunque la carga de esta enfermedad varía con la latitud. El SCA da lugar a dos diagnósticos de alta principales: Angina inestable (AI) e infarto agudo de miocardio (IAM). (Dégano, Elosua y Marrugat, 2013)

En España, las tasas de mortalidad por EC han disminuido de manera continuada durante los últimos 40 años. Sin embargo, el número absoluto de muertes por EC aumentó de 1980 a 2000 y se ha reducido de manera constante desde entonces. La EC sigue siendo la causa individual de muerte más frecuente para los varones y la segunda para las mujeres. (Dégano, Elosua y Marrugat, 2013)

A continuación, según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2010), podemos observar en la gráfica siguiente la tendencia de la mortalidad por enfermedad coronaria en España. En ella se destacan los números de muertes anuales

por enfermedad coronaria en 1980-2010 según el sexo. (Dégano, Elosua y Marrugat, 2013)



La asistencia del SCA consume una gran cantidad de recursos en España. A comienzos del siglo XXI, solo los costes directos de la asistencia sanitaria a los pacientes que se encontraban en el primer año tras el diagnóstico del SCA fueron 1.030 millones de euros anuales. Para asignar adecuadamente los recursos humanos y económicos, es esencial disponer de datos sobre el número esperado de casos de SCA mortales y en total, así como del de reingresos por SCA, puesto que se sabe que el coste por paciente aumenta en función de la gravedad. (Dégano, Elosua y Marrugat, 2013)

Finalmente, el presente estudio realiza una comparativa entre el número estimado y número oficial de pacientes con infarto agudo de miocardio

hospitalizados y casos de enfermedad coronaria mortal en 2010 entre la población mayor de 24 años por comunidades autónomas. (Dégano, Elosua y Marrugat, 2013)

	Eventos de IAM hospitalizados			Eventos de EC mortales		
	Estimado	Oficial	Cociente	Estimado	Oficial	Cociente
Andalucía	11.190	9.994	1,12	6.077	6.706	0,91
Aragón	2.331	1.448	1,61	1.388	1.061	1,31
Principado de Asturias	2.026	1.572	1,29	1.208	1.368	0,88
Islas Baleares	1.424	1.196	1,19	758	700	1,08
Canarias	2.658	2.376	1,12	1.352	1.332	1,02
Cantabria	973	749	1,30	566	406	1,39
Castilla-La Mancha	4.865	3.581	1,36	2.975	2.454	1,21
Castilla y León	3.001	2.593	1,16	1.846	1.594	1,16
Cataluña	10.099	8.166	1,24	5.953	4.780	1,25
Comunidad Valenciana	7.343	6.170	1,19	3.986	4.328	0,92
Extremadura	1.792	1.387	1,29	1.057	1.010	1,05
Galicia	5.093	3.305	1,54	3.021	2.574	1,17
Comunidad de Madrid	8.798	6.381	1,38	4.755	3.560	1,34
Región de Murcia	2.092	1.846	1,13	1.076	888	1,21
Comunidad Foral de Navarra	965	638	1,51	563	346	1,63
País Vasco	3.423	2.258	1,52	2.020	1.474	1,37
La Rioja	526	363	1,45	307	213	1,44
Ciudad Autónoma de Ceuta	89	73	1,22	45	40	1,13
Ciudad Autónoma de Melilla	81	67	1,21	42	41	1,01
España	68.769	54.163	1,27	38.995	34.875	1,12

A modo de conclusión, el presente estudio revela que los casos de SCA aumentarán en España en las próximas décadas. La causa más importante de este aumento será la expansión de la población anciana, que supondrá hasta un 60% del total de casos de SCA al llegar al año 2049. La reducción de la letalidad a 28 días se ha observado en los pacientes hospitalizados: la muerte súbita por SCA continúa siendo un problema de salud pública sin resolver. (Dégano, Elosua y Marrugat, 2013)

## **2.2 Enfermedades Coronarias: Infarto.**

Los ataques cardíacos o infartos (además de otras afecciones como la angina de pecho) se presentan como resultado de la enfermedad coronaria, que también se conoce como enfermedad de las arterias coronarias. En esta enfermedad, un material graso llamado placa se deposita dentro de las arterias coronarias, que son las arterias que suministran sangre rica en oxígeno al corazón. (*National Heart Lung and Blood Institute [NIH] s.f.*)

Cuando la placa se deposita en las arterias se produce una afección llamada aterosclerosis. Con el tiempo, una zona de la placa se puede romper dentro de una arteria, haciendo que se forme un coágulo de sangre sobre la superficie de la placa. Si el coágulo crece lo suficiente, puede bloquear en su mayor parte o en su totalidad el flujo de sangre que pasa por la arteria. (NIH, s.f.)

Si el bloqueo no recibe tratamiento rápido, la parte del músculo cardíaco alimentada por la arteria comienza a morir. El tejido cardíaco sano es remplazado por una cicatriz. Es posible que la lesión del corazón no sea obvia o que cause problemas graves o de larga duración. En conclusión, en un ataque cardíaco (o ataque al corazón/infarto) Si el flujo de sangre no se restablece rápidamente, la persona puede sufrir graves consecuencias o incluso la muerte. (NIH, s.f.)

## **2.3 Concepto y estudio sobre la Significación Vital.**

Reker (2000) aporta una aproximación todavía más completa, ya que define la Significación Vital como ‘un conocimiento de orden, coherencia, y el propósito de la existencia de uno, la búsqueda y el logro de metas que valgan la pena, y un sentido de cumplimiento. Desde esta perspectiva, una persona con un alto grado de

significado en la vida capta que las cosas tienen una lógica y una explicación racional. Por lo que va a tener un propósito claro y una dirección firme que cumplir. Así mismo, se va a esforzar en todo momento por conseguir sus objetivos y además se va a sentir satisfecho con los logros alcanzados". (pp. 39-55)

En el estudio '*Psychometric Evaluation of the Meaningful Life Measure*' de Jessica Morgan y Tom Farsides en el año 2008, sobre la aplicación de la escala sobre la Significación Vital, los autores analizaban 23 ítems que dieron como resultado diferencias de género notables, como las siguientes, destacables entre todas las demás: (Morgan y Farsides, 2008)

- La espiritualidad estaba más fuertemente asociada con una vida emocionante en los hombres, y el altruismo estaba más fuertemente asociado con una vida útil y basada en principios en las mujeres. (Morgan y Farsides, 2008, pp.10-11)
- El dominio ambiental fue un predictor más fuerte del significado personal de los hombres en comparación con las mujeres ", mientras que la auto-aceptación fue un predictor más fuerte del significado personal femenino en comparación con los hombres. (Morgan y Farsides, 2008, pp.10-11)
- En cuanto a la escala que mide sentimientos de autoestima y confianza en las cualidades personales y logros pasados, se concluye que se necesita más investigación para investigar la importancia relativa de estos constructos para el significado personal de los hombres y las mujeres. (Morgan y Farsides, 2008, pp.10-11)
- Altruismo, crecimiento personal y espiritualidad fueron los predictores de significado más consistentes, aunque el altruismo no pudo predecir una vida valiosa, el crecimiento personal no pudo predecir una vida basada en principios, y la espiritualidad no pudo predecir una vida emocionante. La autoestima no

pudo predecir una vida útil y emocionante, y el medio ambiente y por último, el dominio no pudo predecir una vida basada en principios y una vida valiosa. (Morgan y Farsides, 2008, pp.10-11)

Teniendo en cuenta los resultados descritos y las escalas mencionadas, utilizaremos algunos ítems de ese mismo material para llegar a unas conclusiones, centrándonos en enfermedades crónicas evaluando la opinión de la población, sobre si existe la significación vital o no en aquellas personas que hayan sufrido un infarto, como ya se ha explicado anteriormente.

#### **2.4 Concepto y estudio sobre el Apoyo Social.**

Thoits (1982) define el Apoyo Social como el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación. (Thoits, 1982, pp.P.145-159)

Por otro lado, Bowling (1991), por su parte, define el Apoyo Social como el proceso interactivo en que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra. (Bowling, 1991, pp.P.68-83).

El artículo que refiere el estudio '*The Mos Social Support Survey*' realizado en el año 1991, describe el desarrollo y la evaluación de una encuesta de Apoyo Social que se desarrolló con pacientes con enfermedades crónicas en los resultados médicos. (Herbourne & Stewart, 1991, pp.705-714)

El estudio MOS, es un estudio de dos años de pacientes con enfermedades crónicas. Esta encuesta fue diseñada de forma integral sobre las diversas dimensiones del **Apoyo Social**. Trata de describir los elementos y hallazgos basados en una muestra de 2987 pacientes (mayores de 18 años). Los análisis realizados respaldaron

la dimensionalidad de cuatro escalas de soporte funcional: (Herbourne & Stewart, 1991, P.705-714)

1. Dimensión de la interacción afectuosa y emocional. (También conocido como estima o afecto.)
2. Dimensión informativa. (Orientación o apoyo de evaluación.)
3. Dimensión tangible. (Ayuda material, ayuda, alianza confiable.)
4. Dimensión social y positiva. (Similar al concepto de integración social, pertenencia o compañerismo social.)

Sumando a todo esto la construcción de un índice general de Apoyo Social funcional. Son estables en el tiempo Se apoyaron hipótesis de validez de constructo seleccionadas.

Se desarrolla una encuesta, de 19 ítems sobre el Soporte Social funcional que representa las múltiples dimensiones de apoyo mencionadas anteriormente. De acuerdo con las recomendaciones, se parte de la disponibilidad percibida por los pacientes con enfermedades crónicas. (Herbourne & Stewart, 1991, P.705-714)

La distinción empírica de las medidas de apoyo con respecto a las medidas del estado de salud física y mental fue confirmada, como también la distinción entre el Apoyo Social con conceptos muy relacionados como son: la soledad y el funcionamiento familiar.

La confiabilidad de las medidas resultaron ser altas y bastante estables durante un intervalo de tiempo de un año. (Herbourne & Stewart, 1991, P.705-714)

El único concepto que no está representado en la investigación es el de apoyo en relación a la autoestima, es decir, una comparación positiva entre uno mismo y otros.

Las correlaciones sustanciales entre dimensiones, pueden ser muy beneficioso para ciertos resultados de salud. (Herbourne & Stewart, 1991, P.705-714)

Es de gran interés conocer si la población cree que existe alguna relación entre el apoyo social y el padecer alguna enfermedad coronaria, por esta razón, es una variable atractiva e interesante para investigar.

### **2.5 Concepto y estudio sobre la Resiliencia.**

El vocablo Resiliencia, tiene su origen en el término del latín *Resilio*, que significa volver atrás, volver de un salto, volver al estado inicial, rebotar, entre otras. Fue originalmente usado para referirse a la cualidad de elasticidad y plasticidad de las sustancias. (Greene y Conrad, 2002)

La palabra Resiliencia ha sido generalmente aplicada a las personas que se sobreponen a las dificultades. La Resiliencia también puede describir a una persona con una buena trayectoria de adaptaciones exitosas frente al estrés y los cambios disruptivos. (Werner y Smith, 1992)

Grotberg (1995) ha señalado que aunque la Resiliencia es una palabra común en la vida cotidiana, no significa que exista sobre el significado de esta un consenso en cuanto a su definición. A pesar de ello, dentro de la disciplina del Trabajo Social encontramos un consenso. (Grotberg, 1995)

Los autores Fraser, Richman y Galinsky (1999) desde el T.S han sugerido que la Resiliencia implica:

1. Sobreponerse a las dificultades y tener éxito a pese a de estar expuestos a situaciones de riesgo. (Fraser, Richman y Galinsky, 1999)

2. Mantener la competencia bajo presión, lo que quiere decir es, el saber adaptarse satisfactoriamente al alto riesgo. (Fraser, Richman y Galinsky, 1999)
3. Recuperarse de un trauma ajustándose de forma exitosa a los acontecimientos negativos de la vida. (Fraser, Richman y Galinsky, 1999)

En una investigación realizada acerca de la Resiliencia y las Enfermedades Coronarias (EC) los autores han analizado y estudiado el efecto de la resiliencia en varios indicadores de severidad en pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA) y los mecanismos que subyacen a este efecto. Los pacientes completaron una escala que medían sus niveles de resiliencia. Los autores midieron los niveles de troponina-I y mioglobina como indicadores de la severidad del SCA, y el número total de glóbulos blancos (NGB) y neutrófilos como marcadores de inflamación. Los resultados han puesto de manifiesto que el nivel de autoeficacia (un componente de la resiliencia) que se relaciona negativamente con los niveles de mioglobina y troponina después de un evento coronario agudo.

La relación entre la resiliencia y estos marcadores está mediada por el NGB. Este resultado se mantiene tras controlar el efecto de los factores cardiovasculares clásicos y demográficos. Los autores concluyen que la resiliencia reduce la extensión del infarto de miocardio influyendo en la respuesta inflamatoria, mostrando un efecto protector. (Arrebola, A., Garcia, R., Catena, A., Marfil, R., Melgares, R. y Ramírez, J.A., 2014)

Los participantes del presente estudio nos revelaran si la resiliencia, puede existe y/o beneficia nuestro estado de salud o no, explorando diferentes cuestiones al respecto que se pueden observar en los anexos.

## **2.6 Hábitos de vida saludable.**

En lo que respecta a los Hábitos Saludables de Vida (HSV), encontramos como el autor Suhail Velázquez Cortés, nos explica que los hábitos saludables son todas aquellas conductas que tenemos asumidas como propias en nuestra vida cotidiana y que inciden positivamente en nuestro bienestar físico, mental y social. Dichos hábitos son principalmente la alimentación, el descanso y la práctica de la actividad física correctamente planificada. (Velázquez Cortés, s.f, P.2-3)

Se destacan una serie de factores que predisponen a un estado de salud integral e ideal, tales como:

- Alimentación adecuada.
- Actividad física regular.
- Descanso adecuado.
- Consumir alcohol con moderación o abstenerse totalmente.
- Abstenerse de fumar tabaco y de consumir otro tipo de drogas.
- Capacidad para hacer frente al estrés. (Velázquez Cortés, s.f, P.2-3)

Esta definición sobre el concepto HSV y factores de salud expuestos, pueden servir como guión, en el diseño de la investigación para establecer las preguntas cualitativas que exploren una modificación en los pacientes entrevistados, antes y después de sufrir un infarto.

## **3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.**

Para asentar las bases de la presente investigación, debemos conocer la hipótesis de la que se parte, además de las diferentes preguntas y objetivos que surgen para la elaboración del trabajo que nos ocupa.

### **3.1 Hipótesis.**

La hipótesis de la que partimos para la elaboración del estudio es, que *la población en general, cree que las personas que padecen afecciones coronarias o que hayan sufrido un infarto tienen un mayor Apoyo Social por parte de su entorno, una mejor Significación Vital personal y una exitosa Resiliencia, pero no llevan unos Hábitos de Vida saludables antes de que se produjera el ataque al corazón.*

### **3.2 Preguntas de investigación.**

Como paso previo al diseño de los objetivos, se han planteado una serie de preguntas, esperando obtener respuestas a través del estudio empírico. Así, nos planteamos las siguientes:

- ¿Son positivos y saludables los hábitos de vida de una persona, tras sufrir un ataque al corazón, según la opinión de los/as participantes?
- ¿El ejercicio, la alimentación, la gestión del estrés y el descanso influyen en el riesgo de padecer un infarto?
- ¿Existe Apoyo Social por parte del entorno de los/as afectados/as tras el infarto?
- ¿Existe Resiliencia en los/as enfermos/as de corazón?
- ¿Los/as participantes creen que las vidas de las personas, tras padecer un ataque al corazón, están dotadas de dignificado?

### **3.3 Objetivos.**

Para dar respuesta a las cuestiones anteriores se plantearon los siguientes objetivos, diferenciados en generales y específicos.

➤ Objetivo general:

- ✓ Explorar la relación que existe entre las enfermedades coronarias con respecto a las variables de Resiliencia, Significación Vital, Apoyo Social y Hábitos

Saludables de Vida según la opinión subjetiva de la población general en España.

➤ **Objetivos específicos:**

- ✓ Averiguar si los/as encuestados/as creen que los/as enfermos/as de corazón realizan cambios en sus hábitos tras el episodio cardiaco.
- ✓ Conocer la percepciones que tienen los/as participantes en cuanto al Apoyo Social que reciben los/as enfermos/as posteriormente al infarto.
- ✓ Comprender si existe Resiliencia por parte de los/as enfermos/as de corazón.
- ✓ Indagar en la búsqueda de la existencia de la Significación Vital en la vida de los afectados/as coronarios.

#### **4. METODOLOGÍA:**

##### **4.1 Muestra.**

Se parte de un tipo de muestreo **basado en los sujetos disponibles** de forma online, difundiendo la encuesta por diferentes redes sociales. Este método, es conocido también como muestra de conveniencia, donde no se tiene un control sobre la representatividad de la muestra. Sin embargo, es útil dado los inconvenientes de última hora que afectaron al tiempo y los recursos limitados, de tal forma que la investigación no sería posible de otra manera. Por esta razón, se utiliza este tipo de muestreo de conveniencia, que es comúnmente utilizado en las fases iniciales de las investigaciones, antes de que se lance un proyecto de investigación más grande.

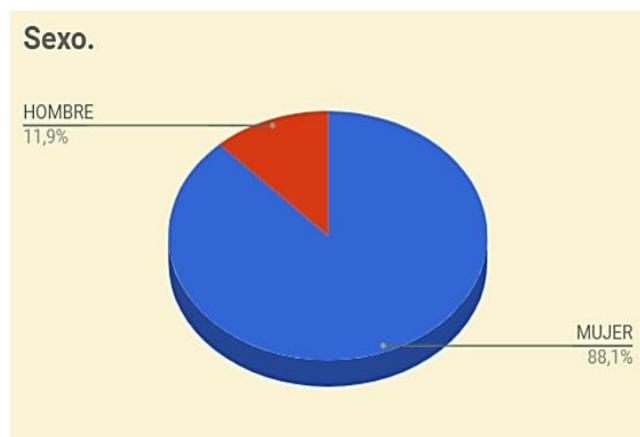
Se cuenta con una **muestra aleatoria simple**, donde los participantes de la investigación, debemos saber que irá dirigida a la población en general de España, ya que la encuesta se difundirá en diferentes grupos de la red Social Facebook. La muestra ha sido de 186 personas, de distintas edades y sexos, residentes en España.

Se ha difundido primeramente en grupos académicos, como son: Grado en Trabajo Social 2013-2014, Grado en Trabajo Social 2014-2018, Trabajo Social UNED y TFG Trabajo Social UNED. También en otros grupos de ámbito profesional, como son: Trabajo Social Canarias y Oposiciones Trabajo Social España. Y finalmente otros grupos informales como: CAST'IN Tenerife. Los grupos son elegidos en función a su nacionalidad, el número de usuarios y la actividad, para poder generar una participación elevada en la investigación que se pretende llevar a cabo.

También se han realizado algunas encuestas de forma física y directa a personas mayores que no utilizan ni manejan las nuevas tecnologías y redes sociales, para poder tener un baremo de edades más amplio al respecto.

Las variables que se van a estudiar son la relación entre el Infarto con las variables de Apoyo Social, La Significación Vital, La Resiliencia y los Hábitos Saludables de Vida.

#### — 4.1.1 Porcentaje de hombres y mujeres que han realizado la encuesta:



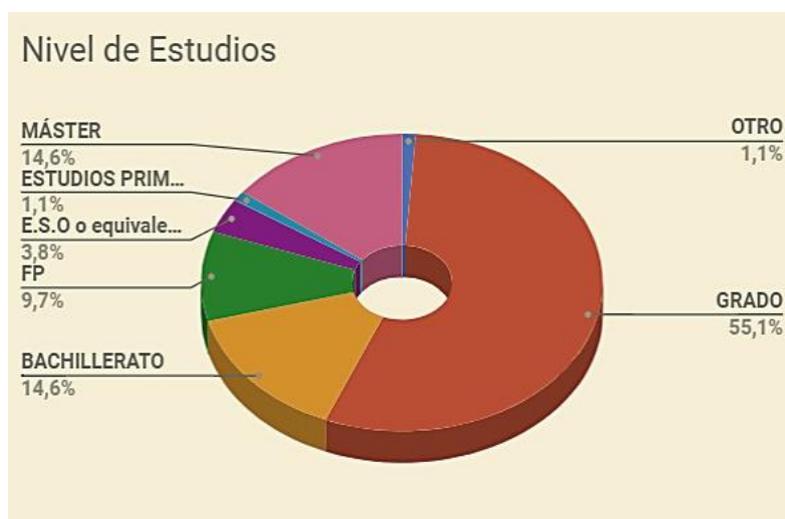
De 186 participantes, vemos que el 88,1% de la muestra son mujeres, frente a un 11,9% que son varones.

#### — 4.1.2 Edad.



La edad de los participantes se comprende entre los 18 y 85 años de edad, siendo la más representativa, con un 50,3% de la población de entre 18-29 años, y muy seguidamente la participación de aquellas personas con edades comprendidas entre los 30-59 años, con un 49,2%. También hay una mínima participación de personas de más de 65 años, con un 0,5%.

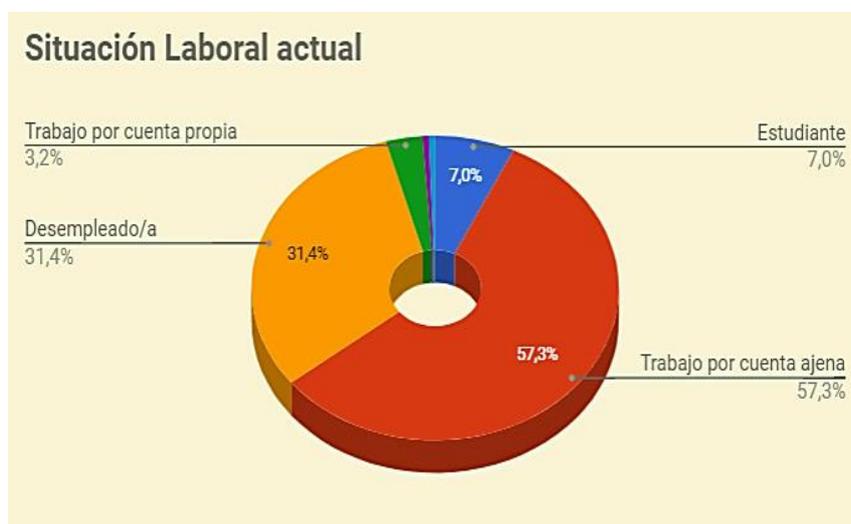
### — 7.1.3 Nivel de estudios.



En lo que respecta al nivel educativo de los/as encuestados/as encontramos que de un total de 185 respuestas, más de la mitad, exactamente un 55,1% tiene estudios de Grado. Después, se aprecia una coincidencia, ya que hay un 14,6% tanto en estudios de postgrado de bachillerato. También se aprecia cómo un 9,7% tienen estudios de Formación Profesional (FP).

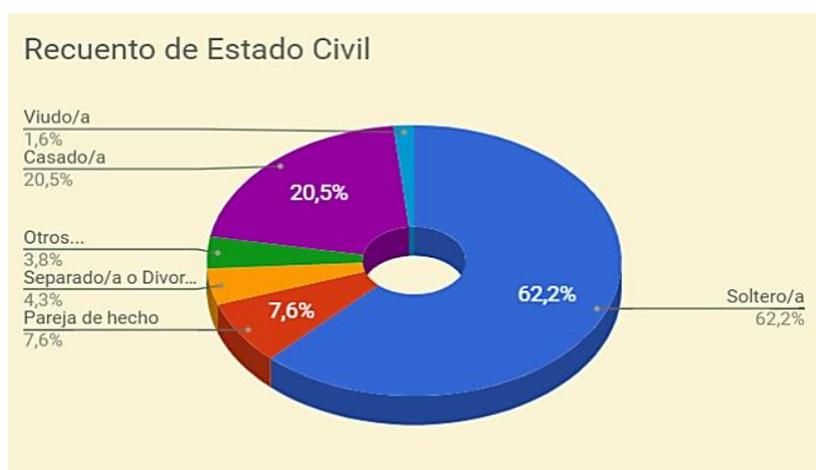
En menor medida encontramos un 3,8% que disponen de la E.S.O, un 1,1% que dice tener sólo estudios primarios/secundarios, y finalmente otro 1,1% que dice tener otros estudios no recogidos en las opciones comentadas.

— **4.1.4 Situación Laboral actual:**



Los/as encuestados/as revelan que en su mayoría, un 57,3% trabajan por cuenta ajena, donde un 3,2 lo hace por cuenta propia. Además, vemos como un 31,4% están en situación de desempleo y sólo un 7% se encuentra actualmente cursando algún estudio.

— **4.1.5. Estado Civil.**



La mayoría de las personas que participan en la investigación, un 62,2%, son solteros/as, seguido de un 20,5% que están casados/as. Posteriormente

encontramos otras opciones, como un 7,6% que dice estar en situación de pareja de hecho, un 4,3% de divorciados/as o separados/as, un 3,8% que se encuentra en otras situaciones sentimentales no recogidas en este cuestionario y finalmente, un 1,6% que son viudos/as.

#### — 4.1.6 Discapacidad.



El 94,1% de la muestra dice no tener ningún grado reconocido de discapacidad, frente a un 5,9% que si posee uno actualmente.

#### — 4.1.7 Dependencia.



El 97,8% manifiestan no poseer de un grado de dependencia, frente a un 2,2% que si dispone en la actualidad de algún grado de la misma.

## **4.2 Instrumentos cuantitativos.**

Los instrumentos que se van a emplear para la recogida de datos es un cuestionario de elaboración propia, donde se han seleccionado diferentes ítems de las siguientes escalas validadas por profesionales, a modo de inspiración y orientación, como son las siguientes:

- Algunos ítems de la escala de Significación Vital del Meaningful Life Measure (MLM), de Morgan y Farsides (2009a). [ANEXO 1]
- Algunos ítems de la escala de Apoyo Social Percibido, del Social Support Scale-Medical Outcome Study (MOS)-, de Sherbourne y Stewart (1991). [ANEXO 2]
- Algunos ítems de la escala de Resiliencia de los autores Connor y Davidson. [ANEXO 3]

Además, de preguntas acerca de los Hábitos Saludables de Vida, que pueden influir o no, en el Infarto. [ANEXO 4]

Por último, se empleará un pequeño cuestionario de datos básicos que explora aspectos demográficos y personales de los participantes. [ANEXO 5]

## **4.3 Procedimiento.**

Para el desarrollo de la investigación se ha utilizado la herramienta on-line “Google Forms”, que nos permite volcar las preguntas, ítems y cuestionarios mencionados, para su posterior distribución utilizando las nuevas tecnologías y redes sociales, donde serán realizadas por cualquier persona que desee participar en el estudio.

#### 4.4 Diseño.

La investigación que se pretende llevar a cabo es de carácter **cuantitativo**, lo que supone un conjunto de procesos sistemáticos que implican la recolección y el análisis de datos cuantificables, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias como resultado de toda la información obtenida y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio.

Además, es **no experimental**, ya que es un estudio que realiza sin la manipulación de variables, en los que observamos el fenómeno del Infarto en su ambiente natural, bajo la opinión subjetiva de la población.

Por consiguiente, es un estudio **correlacional**, donde se explica el nivel de correlación de varias variables/características/fenómenos.

#### 4.5 Plan de análisis.

Es importante justificar y describir el proceso de clasificación, registro y codificación de los datos que se han obtenido tras la puesta en marcha de la presente investigación. Las técnicas analíticas que se utilizarán para comprobar la hipótesis o responder a las preguntas de investigación, objetivos y obtener las respectivas conclusiones, será utilizando el programa estadístico Excel, donde se han elaborado cálculos con respecto a la media y desviación típica de cada una de las cuestiones numéricas del estudio. Además, se utilizara el programa Google Forms para la elaboración de la planilla de vuelco de los datos recabados. Todo esto, puede verse en el apartado siguiente, denominado “Resultados” donde se expondrán y comentará todo lo descrito en el presente párrafo.

## 5. RESULTADOS:

### 5.1 Recuento de la pregunta 2: *¿Alguien de su entorno ha sufrido algún infarto?*



El 71,8% de los/as participantes manifiesta que sí conoce personas dentro de su entorno familiar, vecinal o de amigos que hayan sufrido un infarto, frente a un 28,2% que dice no conocer a nadie que haya padecido esta afección coronaria.

### 5.2 Recuento de la pregunta 3: *En caso de que si conozca a una persona cercana que haya sufrido un infarto, ¿Esta padece alguna enfermedad crónica?*



Con respecto a la pregunta anterior, aquellas personas que sí conocían a personas que hubieran sufrido un infarto, el 42,2% dice que esas personas si padecían

enfermedades crónicas y un 57,8% manifestó que no padecían ninguna enfermedad de este tipo.

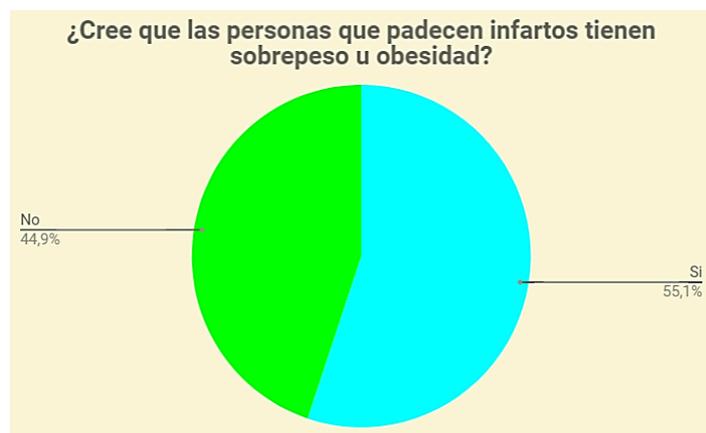
**5.3 Recuento de la pregunta 4: *Según su opinión, ¿quiénes sufren más infartos, los hombres o las mujeres?***



La población participante expresa que, bajo su opinión, son los hombres los que sufren más infartos, con un 88,1% de respuestas. Por el contrario, sólo un 11,9% dice que son las mujeres las que más infartos padecen con respecto a los hombres.

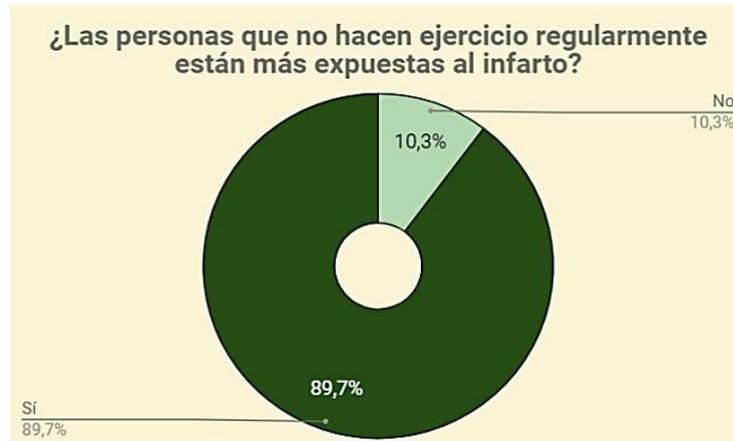
**Variable: Hábitos Saludables de Vida.**

**5.4 Recuento de la pregunta 5: *¿Cree que las personas que padecen infartos tienen sobrepeso u obesidad?***



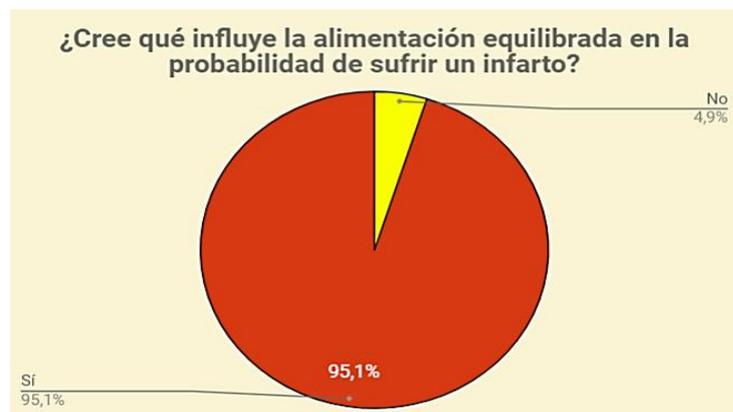
Un 55,1% de los encuestados/as dice que, las personas que han padecido un infarto, tienen sobrepeso y la obesidad, frente a un 44,9% que manifiesta lo contrario.

**5.5 Recuento de la pregunta 6: *¿Las personas que no hacen ejercicio regularmente están más expuestas al infarto?***



Un 89,7% de los/as participantes dice que, las personas que han padecido un infarto, sí están más expuestas al mismo si no hacen ejercicio físico, frente a un 10,3% que manifiesta lo contrario.

**5.6 Recuento de la pregunta 7: *¿Cree que la alimentación equilibrada influye en la probabilidad de sufrir un infarto?***



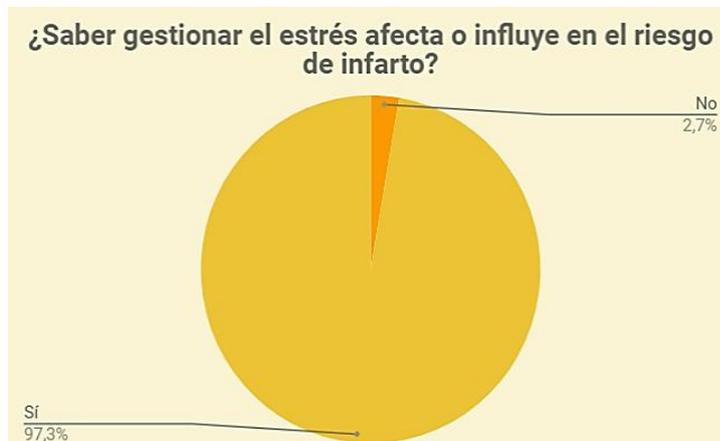
La mayoría de las respuestas, concretamente un 95,1% de los encuestados/as dice que, la alimentación equilibrada si influye en las personas que han padecido un infarto, frente a un 4,9% que manifiesta lo contrario.

**5.7 Recuento de la pregunta 8: *¿Descansar bien puede tener alguna influencia en la probabilidad de padecer afecciones cardíacas?***



Casi la totalidad de los/as participantes, un 91,4% dice que, el hecho de descansar bien sí puede influir en las personas que padecen un infarto, frente a un 8,6% que manifiesta lo contrario.

**5.8 Recuento de la pregunta 9: *¿Saber gestionar el estrés afecta o influye en el riesgo de infarto?***



La gran mayoría de los/as participantes, un 97,3% dice que, el estrés sí puede afectar a las personas que padecen un infarto, mientras que un 2,7% que manifiesta lo contrario.

**5.9 Recuento de la pregunta: *Después de sufrir un infarto, ¿Se producirán cambios en los hábitos de vida de esa persona?***



Más de un 90% de los encuestados/as cuentan que tras sufrir un infarto sí se producen cambios en los hábitos de vida de la persona afectada, mientras que un 9,2% expone que no se producen estos cambios.

**5.10 Recuento de la pregunta: *Después de sufrir un infarto, ¿Habrà un estilo más saludable de vida que antes de padecerlo?***



Un 88,6% de los encuestados/as expone que tras sufrir un infarto, el estilo de vida de esas personas afectada será más saludable que antes, mientras que un 9,2% manifiesta que no se producen un cambios en los estilos de vida.

**Variable: Significación Vital.**

**5.11 Recuento de la pregunta: *¿Cree que las personas que han tenido un infarto llevan una vida más emocionante e interesante actualmente?***

<b>PUNTUACIÓN OTORGADA</b>	<b>% DE RESPUESTAS</b>
De 1 a 3 puntos= Nada o muy poco de acuerdo.	25,5%
De 4 a 7 puntos= Suficientemente de acuerdo.	59,8%
De 8 a 10 puntos= Bastante o totalmente de acuerdo.	14,7%

En esta pregunta se plantea una escala desde el 1 al 10, siendo el 1 igual a “nada de acuerdo” y siendo el 10 un “totalmente de acuerdo”, donde se puede observar lo siguiente:

- La media de esta respuesta es de una puntuación de 5,07 y la Desviación de 2,37.
- Un 25.5 % dan puntuaciones inferiores a 3, revelando que no están nada o muy poco de acuerdo con que las personas que sufren un infarto lleven vidas emocionantes e interesantes en la actualidad.
- Un 59,8% se posiciona entre un 4 y 7 afirmando que están suficientemente de acuerdo con que llevan vidas emocionantes e interesantes actualmente.
- Por último, un 14,7% da puntuaciones superiores a 8, afirmando así que están totalmente de acuerdo con que las personas que sufren infartos llevan vidas emocionantes e interesantes.

**5.12 Recuento de la pregunta: *¿La persona que sufre un infarto valora más su vida?***

<b>PUNTUACIÓN OTORGADA</b>	<b>% DE RESPUESTAS</b>
----------------------------	------------------------

De 1 a 3 puntos= Nada o muy poco de acuerdo.	3,3%
De 4 a 7 puntos= Suficientemente de acuerdo.	28,1%
De 8 a 10 puntos= Bastante o totalmente de acuerdo.	68,6%

En esta pregunta se plantea una escala desde el 1 al 10, siendo el 1 igual a ‘nada de acuerdo’ y siendo el 10 un ‘totalmente de acuerdo’, donde se puede observar lo siguiente:

- La media de esta respuesta es de una puntuación de 8,04 y la Desviación de 1,87.
- Un 3,3% dan puntuaciones inferiores a 4, revelando que no están nada de acuerdo con que las personas que sufren un infarto valoran más su vida en la actualidad.
- Otro 28,1% se posiciona utilizando como puntuación entre 4 y 7 puntos, revelando así que están suficientemente de acuerdo con lo dicho.
- Por último, un 68,6% otorga puntuaciones superiores a 8, exponiendo que si están de acuerdo con que las personas infartadas valoran más su vida actualmente.

**5.13 Recuento de la pregunta: *¿Los objetivos en la vida de los afectados/as, serán mejores?***

PUNTUACIÓN OTORGADA	% DE RESPUESTAS
------------------------	-----------------

De 1 a 3 puntos= Nada o muy poco de acuerdo.	5,3%
De 4 a 7 puntos= Suficientemente de acuerdo.	56,6%
De 8 a 10 puntos= Bastante o totalmente de acuerdo.	38,9%

En esta pregunta se plantea una escala desde el 1 al 10, siendo el 1 igual a ‘nada de acuerdo’ y siendo el 10 un ‘totalmente de acuerdo’, donde se puede observar lo siguiente:

- La media de esta respuesta es de una puntuación de 6,77 y la Desviación de 2,03.
- Un 5,3% dan puntuaciones inferiores a 3, revelando que no están nada de acuerdo con que las personas que sufren un infarto tengan mejores objetivos en sus vidas.
- Un 56,6% se posiciona entre un 4 y un 7 de puntuación, afirmando estar sólo suficientemente de acuerdo con lo planteado.
- Finalmente un 38,9% dice estar totalmente de acuerdo con que las personas que han padecido un infarto si tienen mejores objetivos en sus vidas.

**5.14 Recuento de la pregunta: *¿Cree usted que esa persona habrá alcanzado sus metas y objetivos vitales?***

<b>PUNTUACIÓN OTORGADA</b>	<b>% DE RESPUESTAS</b>
----------------------------	------------------------

De 1 a 3 puntos= Nada o muy poco de acuerdo.	10,3%
De 4 a 7 puntos= Suficientemente de acuerdo.	77,8%
De 8 a 10 puntos= Bastante o totalmente de acuerdo.	11,9%

En esta pregunta se plantea una escala desde el 1 al 10, siendo el 1 igual a ‘nada de acuerdo’ y siendo el 10 un ‘totalmente de acuerdo’, donde se puede observar lo siguiente:

- La media de esta respuesta es de una puntuación de 5,52 y la Desviación de 1,86.
- Un 10,3% dan puntuaciones inferiores a 3, revelando que no están nada de acuerdo con que las personas que sufren un infarto habrán alcanzado sus metas y objetivos vitales.
- Un 77,8% se posiciona entre 4 y 7 en la escala.
- Y por último, un 11,9% dice que si han alcanzado sus metas y objetivos vitales.

**5.15 Recuento de la pregunta: *¿Cree que las personas que han sufrido un infarto dan un significado y sentido más pleno a sus vidas?***

PUNTUACIÓN OTORGADA	% DE RESPUESTAS
De 1 a 3 puntos= Nada o muy poco de acuerdo.	4,8%

De 4 a 7 puntos= Suficientemente de acuerdo.	48,6%
De 8 a 10 puntos= Bastante o totalmente de acuerdo.	46,5%

En esta pregunta se plantea una escala desde el 1 al 10, siendo el 1 igual a ‘nada de acuerdo’ y siendo el 10 un ‘totalmente de acuerdo’, donde se puede observar lo siguiente:

- La media de esta respuesta es de una puntuación de 7,11 y la Desviación de 1,94.
- Un 4,8% dan puntuaciones inferiores a 3, revelando que no están nada de acuerdo con que las personas que sufren un infarto si dotan de significado y sentido sus vidas.
- Un 48,6% se posiciona entre 4 y 7 puntos de la escala, afirmando así están suficientemente de acuerdo.
- Para acabar, un total de 46,5% dice que si dan un significado y sentido más pleno a sus vidas.

**Variable: Resiliencia.**

**5.16 Recuento de la pregunta: *¿Cree que las personas que han tenido un infarto son capaces de gestionar los sentimientos negativos?***

PUNTUACIÓN OTORGADA	% DE RESPUESTAS
Entre 1 y 2 puntos= Poco de acuerdo	17,9%

3 puntos= Suficientemente de acuerdo.	49,5%
Entre 4 y 5 puntos= Muy de acuerdo.	32,6%

En esta pregunta se plantea una escala desde el 1 al 5, siendo el 1 igual a ‘poco’ y siendo el 5 un ‘mucho’, donde se puede observar lo siguiente:

- ◆ La media de esta cuestión se sitúa en 3,21, mientras que la Desviación es de 0,88.
- ◆ Un **32,6%** dan puntuaciones de 4 y 5 puntos, revelando que las personas que sufren un infarto sí son capaces de gestionar los sentimientos negativos.
- ◆ Un **49,5%** se posiciona en medio de la escala utilizando como puntuación un 3.
- ◆ Finalmente, un **17,9%** de la población participante, marcan puntuaciones entre 1 y 2 puntos, donde revelan que no son poco capaces de lo mencionado anteriormente.

**5.17 Recuento de la pregunta: *¿Cree que las personas que han experimentado un infarto ven el lado positivo de las cosas?***

<b>PUNTUACIÓN OTORGADA</b>	<b>% DE RESPUESTAS</b>
Entre 1 y 2 puntos= Nunca.	7%
3 puntos= A veces.	37%
Entre 4 y 5 puntos= Siempre.	56%

En esta pregunta se plantea una escala desde el 1 al 5, siendo el 1 igual a ‘nunca’ y siendo el 5 un ‘siempre’, donde se puede observar lo siguiente:

- ◆ La media de esta cuestión se sitúa en 3,58, mientras que la Desviación es de 0,77.
- ◆ Un 56% dan puntuaciones de 4 y 5 puntos, revelando que las personas que sufren un infarto siempre son capaces de ver el lado positivo de las cosas.
- ◆ Un 37% se posiciona en medio de la escala utilizando una puntuación de 3.
- ◆ Finalmente un 7% dice que nunca son capaces de buscar lo positivo a los eventos que se desarrollen en su entorno/vida personal.

**5.18 Recuento de la pregunta: *¿Cree que las personas que han tenido un infarto se consideran a ellas mismas como fuertes?***

PUNTUACIÓN OTORGADA	% DE RESPUESTAS
Entre 1 y 2 puntos= Nunca.	13,6%
3 puntos= A veces.	40,8%
Entre 4 y 5 puntos= Siempre.	45,6%

En esta pregunta se plantea una escala desde el 1 al 5, siendo el 1 igual a ‘nunca’ y siendo el 5 un ‘siempre’, donde se puede observar lo siguiente:

- ◆ La media de esta cuestión se sitúa en 3,37, mientras que la Desviación es de 0,83.
- ◆ Un 45,6% dan puntuaciones de 4 y 5 puntos, revelando que las personas que sufren un infarto siempre se consideran a ellas mismas como fuertes.
- ◆ Un 40,8% se posiciona en medio de la escala utilizando como puntuación un 3.

- ◆ Por último, un 13,6% dice que nunca se consideran fuertes.

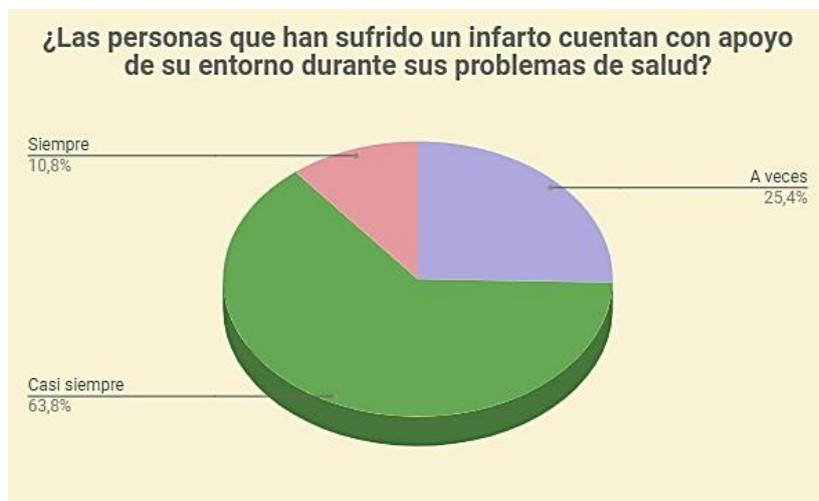
**Variable: Apoyo Social.**

**5.19 Recuento de la pregunta: *Según su opinión, ¿El infarto une a la familia y amigos o los aleja?***



Casi el total de los encuestados/as, un 97,8%, expone que el infarto une a las familias y amigos, mientras que un 2,2% manifiesta que lo contrario; que los aleja.

**5.20 Recuento de la pregunta: *¿Las personas que han sufrido un infarto cuentan con apoyo de su entorno durante sus problemas de salud?***



Un 63,8% de los encuestados/as dice que casi siempre las personas que sufren un infarto cuentan con apoyo de su entorno, un 25,4% manifiesta que solo cuenta con ese apoyo a veces, mientras que un 10,8% expresa que siempre existe ese apoyo.

**Variable: Servicios Sanitarios.**

**5.21 Recuento de la pregunta: *¿Cree que los Servicios de Salud dan una respuesta de calidad?***



Un 60% de los encuestados/as expone que los Servicios de Salud sí dan una respuesta de calidad, mientras que un 40% manifiesta que la respuesta de estos servicios no es de calidad.

**6 DISCUSIÓN:**

Con la realización de éste estudio se pretendía conocer si existían diferencias significativas en las opiniones subjetivas y percepciones sobre el infarto y las variables que pueden influir o producirse tras la afección coronaria, como son la resiliencia, significación vital, apoyo social y los hábitos saludables de vida de las personas afectadas. Por ello, los resultados expuestos anteriormente demuestran las diferencias y/o similitudes entre las respuestas de los mismos.

Para abarcar de forma eficiente todos los datos, se atenderá a las preguntas de investigación, respondiendo las mismas y reflexionando sobre lo obtenido:

- ¿Son positivos y saludables los hábitos de vida de una persona, tras sufrir un ataque al corazón, según la opinión de los/as participantes?

Sin duda es así, ya que la mayoría de los/as encuestados/as cree que tras padecer un infarto los/as afectados/as, realizan cambios positivos con la meta de mejorar así su estado de salud y generar una mayor calidad de vida, evitando que se pudieran producir de nuevo estas afecciones coronarias. De hecho, los/as participantes afirman que se producen dichos cambios en los estilos de vida, siguiendo una línea más saludable.

- ¿El ejercicio, la alimentación, la gestión del estrés y el descanso influyen en el riesgo de padecer un infarto?

El ejercicio físico es un factor de protección, debido a que mejora notoriamente el estado de salud de las personas, es por ello que la población participante de este estudio cree que las personas que no hacen ejercicio de forma regular están más expuestas a padecer un infarto, entendiendo así una vida más sedentaria y monótona.

En lo que respecta a la alimentación equilibrada se ha podido detectar que la mayoría de las personas encuestadas cree que si influye a la hora de llegar a padecer o no un infarto, dando por supuesto que, una peor alimentación aumenta las probabilidades de infarto (el colesterol, diabetes, hipertensión u otros agravantes generados en gran medida por los alimentos consumidos). En relación a esta cuestión, se produce una opinión donde se manifestó que las personas infartadas tienen obesidad, lo que conlleva una mala alimentación, sedentarismo y deteriorado

estilo de vida. Todo esto corrobora la unión de la alimentación y las afecciones de corazón.

Del mismo modo, la buena gestión del estrés y un descanso adecuado sigue siendo, según la percepción de la gran mayoría, factores que pueden disminuir la posibilidad de desarrollar una enfermedad del corazón.

- ¿Existe Apoyo Social por parte del entorno de los/as afectados/as tras el infarto?

Tras el infarto, se ha podido comprobar que sí existe un alto grado de apoyo social hacia los/as afectados/as, según han manifestado la muestra participante. Se sabe que tras la afección, hay una mayor unión de la familia y amigos, generando una proximidad entre el entorno y la persona afectada. Además, la gran pluralidad de las opiniones revelan que casi siempre cuentan con apoyo por parte de ese mismo entorno, durante todos sus problemas de salud, no solo después, ya que muchas veces solo un hecho traumático sirve como alarma o condicionante para cambiar, en este caso, la relación o nivel de afecto hacia la persona enferma.

- ¿Existe Resiliencia en los/as enfermos/as de corazón?

Se puede afirmar que el factor Resiliencia si existe, según la percepción de los/as encuestados/as, debido a la creencia de la mayoría que dice que, los/as afectados/as se consideran a ellos/as mismos/as como fuertes, ya que superar un infarto y todo lo que supone, conlleva una serie de esfuerzos y sacrificios en sus vidas, además de saber ver el lado positivo de las cosas, ya que tras un suceso tan negativo y peligroso, conciben la vida desde otra filosofía. Posteriormente, más de la mitad de la población está suficientemente de acuerdo con que los/as enfermos/as tienen la capacidad de gestionar los sentimientos negativos, lo que se relaciona directamente con lo anterior ya que, como habíamos dicho, cambia su forma de concebir sus vidas, siendo esta más optimista.

- ¿Los/as participantes creen que las vidas de las personas, tras padecer un ataque al corazón, están dotadas de significado?

Se ha detectado que, en lo que respecta a la significación vital que puedan llegar a tener los infartados/as, la población se divide al respecto. La mitad se posiciona a favor y la otra, en contra de esta cuestión, algo muy llamativo, ya que la mayoría afirmó que las personas afectadas valoran más sus vidas ahora. Esto se contrapone a que la mayoría de los/as participantes revelase que creen en baja-media medida que estas hayan alcanzado sus metas y objetivos vitales, que dotan a las personas de sentido en cuanto al rumbo de su camino.

— **Algunos aspectos nuevos e importantes del estudio que cabe resaltar pueden ser:**

La población participante expresa en su mayoría que, bajo su opinión que son los hombres quienes sufren más infartos, frente a menos de un 12% que alude a las mujeres como las personas que más infartos padecen, donde los/as participantes están en lo cierto, ya que en el estudio sobre la Epidemiología del síndrome coronario agudo en España, se revelan datos sobre el número de casos de enfermedades coronarias hospitalizados por sexo, siendo de 90.000 aproximadamente en el caso de los hombres, frente a tan solo 30.000 aprox. en el caso de las mujeres, centrándonos solo en el año 2010, según el Instituto Nacional de Estadística. (Dégano, Elosua y Marrugat, 2013)

Los motivos que pueden propiciar esta gran disparidad de datos según el sexo, puede deberse a que los hombres fuman más en comparación a las mujeres, también porque en lo que respecta a la detección del mismo, es más compleja en el caso de las mujeres ya que tiende a confundirse con otras afecciones o síntomas, además el factor estrés no influye de la misma forma en hombres que en mujeres,

resultando éstas (por norma general, debido al patriarcado existente y a la cultura machista de la sociedad) las que afrontan tareas de cuidados que generan situaciones límites y de sobrecarga, que pueden contribuir a un Infarto en caso de no saber gestionar determinadas situaciones, donde quizás esto puede fortalecer su sistema y generar una resistencia a determinadas afecciones coronarias, al mismo tiempo que puede surtir efecto contrario. El tema genera muchas especulaciones al respecto, por lo que atender el Infarto en relación al sexo puede abrir muchas líneas de investigación.

Por otro lado, un 60% de los encuestados/as expone que los Servicios de Salud sí dan una respuesta de calidad, mientras que el resto manifestó lo contrario. Esto tiene un laxo de unión con lo mencionado en el estudio sobre la Epidemiología del síndrome coronario agudo en España, donde se exponía que la asistencia del Síndrome Coronario Agudo (SCA) consume una gran cantidad de recursos en España, donde a comienzos del siglo XXI, solo los costes directos de la asistencia sanitaria a los pacientes fueron 1.030 millones de euros anuales. Todo esto refleja como los presupuestos destinados a la sanidad suponen un impacto en la calidad del servicio y del tratamiento. (Dégano, Elosua y Marrugat, 2013)

Es un dato muy significativo, teniendo en cuenta que un 71,8% de los/as participantes manifestó que conoce personas dentro de su entorno familiar, vecinal o amigos que hayan sufrido un infarto, donde además, el 42,2% afirmaba que esas personas padecían enfermedades crónicas. Esta cuestión genera la incógnita de saber si esas enfermedades de carácter crónico se dieron de forma previa o posterior al ataque al corazón, lo que supone una limitación o debilidad el no haber podido contemplar esta cuestión, para profundizar en su estudio. Atendiendo a esto, podemos relacionar la comparativa que realiza el estudio sobre la Epidemiología del

síndrome coronario agudo en España, entre el número estimado y número oficial de pacientes con infarto agudo de miocardio hospitalizados y casos de enfermedad coronaria mortal en 2010 entre la población mayor de 24 años por comunidades autónomas, donde los eventos de IAM hospitalizados en las Islas Canarias estimado fue de 2.658 personas, donde la cifra oficial registrada fue de 2376. En lo que respecta a los eventos de EC mortales, encontramos como cifra estimada un total de 1352, donde posteriormente se dio una cifra oficial de 1332 pacientes. (Dégano, Elosua y Marrugat, 2013)

A modo de sugerencia, se plantean una línea o propuesta de intervención para intentar favorecer el problema, partiendo siempre de la profesión del Trabajo Social, donde si el punto de partida se da desde un Centro de Salud, sería idóneo generar un protocolo que permita identificar, entrevistar y hacer un seguimiento a aquellos/as usuarios/as que hayan sufrido un infarto, donde tras explorar diferentes variables como las utilizadas en este estudio (apoyo social, resiliencia, significación vital, hábitos saludables de vida...) además de otra información de interés (recursos, ingresos, vivienda, formación...) generar, posteriormente, grupos de auto-ayuda homogéneos, que muestren perfiles similares, con los que trabajar, revalorizar y empoderar, para tras su afección cardiaca, para que posteriormente retomen una vida plena, donde se fomente la calidad de vida, educación para la salud y bienestar de los/as usuarios/as.

Las principales limitaciones a la hora de desarrollar el estudio que nos ocupa ha sido la de buscar una muestra homogénea de hombres y mujeres, en igualdad de representación, al mismo tiempo que lo ha sido el contar con población de más de 60 años para ampliar la variedad y representatividad en las respuestas y gráficas finales. Es una pena, debido a que el Infarto afecta más conforme aumenta la

edad. Debido a que las nuevas tecnologías son de uso casi exclusivo de la población más joven, este procedimiento deja fuera a un gran número de personas de mayor rango de edad, por lo que la muestra se altera y se denota un incremento en la población de menos de 59 años.

También, tras los cambios de última hora (por inconvenientes ajenos e imprevistos, a un mes del plazo establecido para la entrega del estudio), se optó por una modalidad de encuesta on-line que dificultaba un control más exhaustivo del muestreo, donde tras las difusiones se pierde el control de los participantes. A pesar de ello, se consigue un total de 186 personas participantes que permitió que el presente trabajo tuviera material suficiente para llevarse a cabo de forma fructífera.

## **CONCLUSIONES:**

Gracias a los resultados revelados por éste estudio se ha comprobado que, en relación al objetivo general que se pautó en un principio, esta investigación ha permitido explorar la relación que existe entre las enfermedades coronarias con respecto a las variables de Resiliencia, Significación Vital, Apoyo Social y Hábitos Saludables de Vida según la opinión subjetiva de la población general de España. En lo que respecta a los objetivos específicos, se ha conseguido averiguar si los/as encuestados/as creen que los/as enfermos/as de corazón realizan cambios en sus hábitos tras el episodio cardiaco, dando una respuesta afirmativa a lo planteado.

También se conoció la percepciones en cuanto al Apoyo Social que reciben los/as enfermos/as posteriormente al infarto, resultando existir un notorio y constante apoyo. Además, se logra corroborar la presencia del factor Resiliencia por parte de los/as enfermos/as de corazón, siendo esta exitosa en su mayoría de aspectos.

Además, se ha podido conocer la existencia de la Significación Vital que poseen los afectados/as coronarios, según la opinión general, donde se logra comprobar que si existe la misma y que además, se da de forma positiva.

Por último, atendiendo a la hipótesis de la que se parte para el presente trabajo, se logra corroborar que las personas que han sufrido un ataque al corazón, tienen un mayor apoyo social por parte de su entorno, además de una mejor significación vital personal y una efectiva resiliencia. Por otro lado, también se confirma unos pésimos o inexistentes hábitos de vida, siendo estos influyentes en la aparición del Infarto. Aun así, se expuso que tras sufrir el mismo, el estilo de vida de esas personas afectadas será más saludable que antes, ya que se producirán cambios saludables, según manifiestan los/as participantes con sus percepciones y opiniones sobre la cuestión.

En definitiva, la realización de éste estudio ha permitido conocer un poco más, a través de una revisión teórica el fenómeno del Infarto, desde el punto de vista de los/las encuestados de toda España que han querido participar. Se ha pretendido dar una visión distinta e innovadora, donde se prima la importancia de concienciación y nivel de sensibilización de la población sobre el tema que nos ocupa y centrandó el foco en tres variables trabajadas y estudiadas en el grado de Trabajo Social del que se parte, en éste caso la Resiliencia, Significación Vital y Apoyo Social, ya que es de gran interés conocer el grado de influencia de estas cuestiones, además de en otros factores de riesgo o protección (según sea el caso) como son los hábitos saludables de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Arrebola, A., Garcia, R., Catena, A., Marfil, R., Melgares, R. & Ramírez, J.A. (2014) 'On the protective effect of resilience in patients with acute coronary síndrome.' [Abstrac] *International Journal of Clinical and Health Psychology*. V.14. pp.111-119
- 2) Bowling, A. (1991) 'Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and a review of the evidence.' V.8. pp.68-83.
- 3) Dégano, I., Elosua, R y Marrugat, J (2013) Epidemiología del síndrome coronario agudo en España. *Revista Española de Cardiología*. VOL 66. pp.472-481.
- 4) Fraser, M.W, Richman, J.M, y Galinsky, M.J (1999). Risk, protection and resilience. Toward a conceptual framework for social work practice. *Social Work Research*, V.23. pp.131-143.
- 5) Greene, R.R y Conrad, A.P (2002). Basics Assumptioms and Terms. Reciliency. An Integrated Approach to Practice, Policy and Research. Washington, DC. NASW Press.
- 6) Grotberg, E.H. (1995). "The international Resilience project: Research, application and policy. *Symposium International Stress e Violencia*, Lisbon."
- 7) Herbourne, C.D y Stewart, A.L. (1991) Institute for Health and Aging, School of Nursing, University of California: 'The Mos Social Support Survey'. Vol.32, N° 6.
- 8) Ituarte Tellaache, A. (1992). "Procedimiento y proceso en el Trabajo Social Clínico."
- 9) Morgan. J y Farsides. T (2008) "Psychometric Evaluation of the Meaningful Life Measure".

- 10) National Heart Lung and Blood Institute [NIH]. s.f. *Enfermedades Coronarias: Ataque Cardíaco*. Recuperado de: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/ataque-cardiaco>
- 11) Reker, G.T (2000). *‘Punto de vista teórico, las dimensiones y la medición de sentido existencial: La exploración de significado existencial: Optimizar el desarrollo humano durante toda la vida’*. pp.39-55.
- 12) Servicio Canario de Salud. (2002). *‘Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica’*.
- 13) Thoits, P. (1982) *‘Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress’*. V.2. pp.145-159.
- 14) Velázquez Cortés, L (s.f.) *‘Salud física y emocional.’* Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo: Sistema de Universidad Virtual. Capítulo 3. pp.2-3
- 15) Werner, E & Smith, R. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

## ANEXOS.

### ANEXO 5. Datos básicos a explorar.

#### En relación al encuestado→

- Edad
- Nivel de estudios:
- Situación laboral actual:
- Estado civil
- ¿Discapacidad?
- ¿Dependencia?

#### En relación al infarto→

- Conoce a alguien en su entorno que haya sufrido un infarto
- En relación a la pregunta anterior ¿Tiene alguna enfermedad crónica esa persona?

### ANEXO 1. Escala de valoración sobre la Significación Vital.

- A. ¿Cree que las personas que han experimentado un infarto llevan ahora una vida más emocionante e interesante?  
1-----10
- B. ¿La persona que sufre el infarto valora ahora más su vida?  
1-----10
- C. ¿Los objetivos en la vida de los afectados/as, serán mejores?  
1-----10
- D. ¿Cree usted que esa persona habrá alcanzado sus metas y objetivos vitales?  
1-----10
- E. ¿Cree que las personas que han sufrido un infarto dan un significado y sentido más pleno a sus vidas?

1-----10

**ANEXO 2. Escala de valoración sobre la Resiliencia.**

A. ¿Cree que las personas que han tenido un infarto son capaces de gestionar los sentimientos negativos?

1-----5

B. ¿Cree que las personas que han experimentado un infarto ven el lado positivo de las cosas?

1-----5

C. ¿Crees que las personas que han tenido un infarto se consideran a ellas mismas como fuertes?

1-----5

**ANEXO 3. Escala de valoración sobre el Apoyo Social.**

A. Según su opinión, ¿el infarto une a la familia y amigos o los aleja?

Los une	Los aleja	No sabe No contesta
---------	-----------	------------------------

B. Según su opinión, ¿Las personas que han sufrido un infarto cuentan con apoyo de su familia, amigos y vecinos durante sus problemas de salud?

Nunca
A veces
Casi siempre
Siempre

**ANEXO 4. Hábitos Saludables de Vida.**

¿Cree que el/la afectado/a hacía ejercicio?

SÍ	NO
----	----

¿Cree que el/la afectado/a comía de forma equilibrada?

SÍ	NO
----	----

¿Cree que el/la afectado/a descansaba adecuadamente?

SÍ	NO
----	----

¿Cree que el/la afectado/a sabía gestionar el estrés?

SÍ	NO
----	----

1. **Después** de haber sufrido un ataque al corazón...

¿Cree que el/la afectado/a ha producido algún cambio en sus hábitos de vida?

SÍ	NO
----	----

¿Cree que el/la afectado/a tiene un estilo más saludables de hábitos de vida ahora que antes?

SI	NO
----	----

**ANEXO 6. Pregunta sobre los servicios sanitarios:**

¿Cree que los Servicios de Salud dan una respuesta de calidad?

SI	NO
----	----