

DEPARTAMENTO: SOCIOLOGIA III, FACULTAD DE CIENCIAS
PÓLITICAS Y SOCIOLOGIA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
DE MADRID.



* 5 3 0 9 6 3 8 3 9 8 *

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

**LA INFLUENCIA DEL APOYO
SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA
DE LOS PACIENTES CON
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**

TOMO I

21.070

Milagros Jiménez Muro



ARCHIVO

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	10
II.	OBJETIVOS.....	22
III.	MARCO TEÓRICO.....	24
	3.1. La dimensión social de la salud.....	25
	Evolución del concepto de salud.	
	Salud/enfermedad.	
	Salud social.	
	3.2. Apoyo social.....	32
	Aproximación al estudio de las redes sociales y el apoyo social.	
	Red social.	
	Apoyo social y salud.	
	Medidas de red social y apoyo social.	
	Condicionamientos metodológicos de la medición del apoyo social y la red social.	
	3.3. Calidad vida.....	62
	Concepto de calidad de vida.	
	Medidas de calidad de vida.	
	Condicionamientos metodológicos de las medidas de calidad de vida.	
	Escala de calidad de vida.	
	3.4. Uso de recursos.....	71
	Uso de recursos sanitarios.	
	Criterios de acceso y uso de servicios sanitarios.	
	Medidas de demanda sanitaria.	
IV.	MATERIAL Y MÉTODO.....	78
	4.1. Ámbito de estudio.....	78
	4.2. Estrategia de estudio.....	79
	4.3. Sujeto de estudio.....	83
	4.4. Variables del estudio.....	84
	4.5. Evaluación.....	91
	4.6. Recogida y análisis de datos.....	92

4.7	Consideraciones éticas y legales	94
4.8.	Dificultades y limitaciones del estudio	94
V.	RESULTADOS	98
5.1	Estudio descriptivo	99
5.1.1	Variables clínicas.....	99
5.1.2	Variables socioeconómicas.....	104
5.1.3	Variables de apoyo social: tamaño, estructura, tipo de apoyo y proveedores.....	114
5.1.4	Variables de calidad de vida	131
5.1.5	Variables de uso de recursos.....	133
5.1.6	Confidencialidad cuando tiene un problema de salud	138
5.1.7	Salud percibida	140
5.1.8	Suceso enfermedad.....	141
5.2	Estudio analítico	143
5.2.1	Apoyo social y el tamaño de la red.....	143
5.2.2	Apoyo social y la estructura de la red.....	154
5.2.3	Apoyo social y calidad de vida.....	169
5.2.4	Calidad de vida y uso de recursos sanitarios	176
5.2.5	Calidad de vida y variables clínicas.....	177
5.2.6	Calidad de vida y variables socioeconómicas.....	181
5.2.7	Suceso relacionado con la enfermedad.....	183
5.3	Evolución. Análisis del segundo corte.....	184
5.3.1	Variables clínicas.....	185
5.3.2	Variables socioeconómicas.....	188
5.3.3	Apoyo social: tamaño, estructura, tipo de apoyo y proveedores.....	190
5.3.4	Frecuencia de visitas y satisfacción con la familia	204
5.3.5	Calidad de vida	206
5.3.6	Uso de recursos sanitarios	211
5.3.7	Asociación entre CV y nivel de estudios	217
5.3.8	Salud percibida	218
5.4	Síntesis de resultados	221
5.5	Mujer y apoyo social	228

VI. DISCUSIÓN	248
VII. CONCLUSIONES.....	276
VIII. BIBLIOGRAFIA	287
<i>ANEXO 1. Protocolo.....</i>	<i>309</i>
<i>ANEXO 2. Tablas.....</i>	
<i>ANEXO 3. Notas del trabajo de campo.....</i>	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura

1. Sexo.....	99
2. Edad.....	100
3. Estado civil.....	101
4. Localización IAM.....	102
5. Tipo de IAM.....	103
6. Propiedad de la vivienda	104
7. Comodidades de la vivienda.....	106
8. Alfabetización	107
9. Nivel de estudios	108
10. Profesión.....	109
11. Situación laboral.....	111
12. Ingresos familiares mes	111
13. Procedencia de los ingresos.....	113
14. Tamaño red.....	115
15. Localización miembros de la red.....	117
16. Satisfacción contactos hijos familia.....	120
17. Satisfacción relación hijos y familia.....	122
18. Apoyo instrumental disponible.....	124
19. Apoyo emocional disponible.....	125
20. Apoyo instrumental adecuado/inadecuado.....	126
21. Apoyo emocional adecuado/inadecuado	127
22. Proveedores de apoyo emocional/instrumental	128
23. Relación esposa	130

24. CV: Sueño/emoción/movilidad	131
25. CV: Relación/alerta/comunicación/ocio.....	132
26. Calidad de vida global	133
27. Visitas médicas especialista.....	134
28. Médico y enfermera a domicilio / médico general	135
29. Urgencias / ingresos / ambulancia	136
30. Consumo de medicamentos.....	137
31. Pruebas diagnósticas.....	138
32. Confidencia familia	139
33. Confidente profesional	140
34. Salud percibida	141
35. Enfermedad suceso vital.....	142
36. No participantes en el seguimiento.....	184
37. Operados (inicial/seguimiento).....	187
38. Actividad laboral (inicial/ seguimiento)	188
39. Tamaño de Red 1 (inicial/seguimiento).....	191
40. Tamaño de Red 2 (inicial/seguimiento).....	192
41. Tamaño de Red 3 (inicial seguimiento).....	193
42. Amigo: tamaño (inicial/ seguimiento)	198
43. Amigo:estructura (inicial/seguimiento)	198
44. Apoyo instrumental y emocional percibido (inicial/seguimiento).....	200
45. Apoyo instrumental /emocional adecuado/inadecuado (inicial/seguimiento).....	200
46. Frecuencia visitas familia (inicial/seguimiento)	204
47. Satisfacción con las visitas recibidas de la familia (inicial/seguimiento)	205
50. Calidad de vida global (inicial/seguimiento)	208
51. Calidad de vida :salud y emoción, (inicial/seguimiento).....	209
52. Calidad de vida: movilidad y alerta (inicial/seguimiento).....	209
53. Calidad de vida : comunicación y ocio (inicial/seguimiento).....	211

53. Uso de recursos sanitarios: visita al médico general y domicilio (inicial/seguimiento).....	211
54. Uso de recursos sanitarios: visita al médico dentista y especialista (inicial/seguimiento).....	212
55. Uso de recursos sanitarios: Urgencias hospital y ambulatorio (inicial/seguimiento).....	212
56. Uso de recursos sanitarios: ingreso hospital y uso ambulancia (inicial/seguimiento).....	213
57. Salud general y resistencia general.....	219
58. Medidas especiales y contagio	219
59. Calidad de vida: mujeres y varones (inicial/seguimiento)	230
60. Proveedores de apoyo instrumental por sexo	231
61. Proveedores se apoyo emocional por sexo.....	233
62. Confidente en la enfermedad.....	236
63. Esposa/o: escucha y replica	237
64. Esposa/o: ayuda/papel importante.....	238
65. Esposa/o: Querido/satisfecho.	239

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla

1. Familiares viviendo con el paciente	105
2. Estructura de la red: proximidad vivienda.....	116
3. Estructura de la red: contactos semanales, mensuales, teléfono.....	118
4. Relación hijos y familia.....	121
5. Tamaño de la red de apoyo instrumental y emocional	129
6. Tamaño de la red y apoyo instrumental/emocional disponible.	144
7. Tamaño de la red y apoyo instrumental/emocional adecuado.....	145
8. Tamaño: hijos, nietos, sobrinos y apoyo emocional instrumental/disponible	147
9. Tamaño: hermanos, amigos y apoyo emocional/instrumental disponible	148
10. Cónyuge apoyo emocional/instrumental disponible.....	150
11. Sexo y apoyo instrumental y emocional disponible	151
12. Edad y apoyo instrumental y emocional disponible.....	152
13. Estructura de la red y el apoyo instrumental disponible.....	155
14. Estructura de la red y el apoyo emocional disponible	156
15. Estructura de la red y el apoyo instrumental/ emocional adecuado/ inadecuado.....	157
16. Proximidad vivienda y apoyo instrumental disponible y estructura red.....	159
17. Contactos semana, mes y teléfono y el apoyo instrumental disponible.....	160
18. Proximidad vivienda y apoyo emocional disponible.....	162
19. Contactos y apoyo instrumental disponible.....	163
20. Proximidad vivienda y apoyo instrumental adecuado y inadecuado	164
21. Contactos y apoyo instrumental adecuado/inadecuado	165
22. Proximidad vivienda y apoyo emocional adecuado/inadecuado	166

23. Contactos ya apoyo emocional adecuado/inadecuado	167
24. Calidad de vida global y apoyo instrumental disponible.....	170
25. CV: movilidad, sueño y emoción y apoyo instrumental y emocional disponible.....	171
26. CV: salud, relación y alerta y apoyo instrumental y emocional disponible.	172
27. CV: comunicación y ocio y apoyo instrumental y emocional disponible ...	173
28. CV y apoyo emocional y instrumental adecuado/inadecuado.....	174
29. CV y uso de recursos sanitarios	175
30. CV y sexo.....	176
31. CV y edad.	178
32. CV y estado civil.....	178
33. CV y tipo de IAM.....	179
34. CV y localización del IAM	180
35. CV y comodidades de la vivienda.....	181
36. CV y alfabetización.....	182
37. CV y nivel de estudios.....	182
38. Estado civil (inicial/seguimiento).....	186
39. Ingresos familiares mensuales (inicial/seguimiento).....	189
40. Hijos: tamaño y estructura (inicial y seguimiento).....	194
41. Nietos: tamaño y estructura (inicial y seguimiento).....	195
42. Hermanos: tamaño y estructura (inicial y seguimiento).	196
43. Sobrinos: tamaño y estructura (inicial y seguimiento).....	197
44. Proveedores de apoyo instrumental (inicial y seguimiento).....	202
45. Proveedores de apoyo emocional (inicial y seguimiento).....	202
46. Uso de recursos sanitarios (inicial y seguimiento)	214
47. Uso de recursos sanitarios (inicial y seguimiento)	215
48. CV y uso de recursos sanitarios (inicial y seguimiento).....	216
49. CV y nivel de estudios.....	217

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro.

1. Salud.....	26
2. Estrés y distrés.....	45
3. Actividad unidad de cuidados intensivos.	79
4. Estrategia del estudio.....	81
5. Funciones de apoyo social y proveedores.	87

ABREVIATURAS UTILIZADAS

ANOVA	Análisis de varianza
AVD	Actividades de la vida diaria
FA	Frecuencia absoluta
CV	Calidad de vida
IAM	Infarto agudo de miocardio
DE	Desviación estándar
TA	Tensión arterial
T-RED 1	Tamaño de red 1
T-RED 2	Tamaño de red 2
T-RED 3	Tamaño de red 3
P	Significación
RX	Rayos X
UCI	Unidad de cuidados intensivos
Sig.	Significación
EMOC.	Emocional
INSTRUM.	Instrumental
ADECU.	Adecuado
INADEC.	Inadecuado

I. INTRODUCCIÓN.

Todas las ciencias que tienen por objeto el estudio del hombre, cualquiera que sea su perspectiva, aceptan en todo caso, que el organismo del ser humano padece, se perturba y se modifica cuando es sometido a presiones que **fuerzan** o sobrepasan la capacidad de adaptación. Esta idea, según la cual el ser humano vive sobreponiéndose a las adversidades del medio, compartida por las ciencias medicas, tales como, entre otras, la psiquiatría, la cardiología, la epidemiología, así como por la Psicología y la Sociología, esta implícita en la teoría evolucionista de Darwin e inspira el pensamiento médico general, desde los griegos hasta nuestros días, de asumir que el medio comprime, el organismo siente y sufre esa presión supone una aportación muy limitada al conocimiento de la salud enfermedad y su traslación a la practica clínica diaria ha sido más bien escasa. No obstante, es evidente que esta lucha desarrollada entre el individuo y el medio se materializa, en muchos casos en un fracaso adaptativo que puede conducir a la aparición de la enfermedad. En este sentido, la cardiopatía isquémica (el IAM) seria el resultado final de una derrota del organismo ante las presiones del medio en el que vive (1). El infarto agudo de miocardio aparece, así, en la actualidad, como una de las principales causas de muerte en los países industrializados. Dado el gran desarrollo de las nuevas tecnologías, se ha conseguido un diagnóstico preciso de la enfermedad y un modelo de atención sanitaria relativamente satisfactoria y adecuada a las necesidades del paciente. Sin embargo aparecen numerosos aspectos, todavía no resueltos, que van a influir en la recuperación, evolución y calidad de vida del enfermo de infarto (2).

La evolución de los pacientes postinfartados es extremadamente variable, y con frecuencia, impredecible. Diversas investigaciones tratan de establecer un pronóstico a largo plazo sobre los síntomas clínicos que presentan este tipo de pacientes, relacionados todos ellos con el daño ventricular y la extensión de la

isquemia miocárdica residual. No obstante, existe una gran controversia sobre otro tipo de factores que también influyen en la evolución de los enfermos y que aportan una mayor información pronóstica, es decir, que enriquecen la formulación del pronóstico clínico (3).

En efecto, parece razonable suponer que una amplia variedad de factores psicológicos, sociales, culturales y económicos, además de los propiamente referidos a la función cardiovascular, pueden afectar al pronóstico y a la calidad de vida del paciente con IAM. Es sabido que la tensión ambiental, el temperamento y el carácter del individuo, así como las emociones de naturaleza negativa, están relacionadas con el desencadenamiento de un suceso de infarto. Esta creencia, general aceptada, influye y, en cierto modo, determina la conducta de las personas que rodean al enfermo infartado. A la vez el paciente se ve obligado a replantearse su forma de vida con el objetivo último de asegurar su supervivencia. El cardiólogo percibe todas estas inquietudes a través de las preguntas que le formulen el paciente y los familiares.

Las dimensiones psicosociales de la enfermedad son, pues, realidades clínicas de primer orden y los profesionales médicos (cardiólogos y psiquiatras), lo mismo que los psicólogos sociólogos, carecen de respuestas adecuadas a estas cuestiones. Así, en la mayoría de los estudios realizados, se pone de relieve como los aspectos psicológicos y sociales de la enfermedad son, en general, olvidados por los especialistas médicos. Es cierto que su objetivo inmediato y primario es atender a lo más urgente, es decir, procurar la desaparición de los síntomas de la enfermedad y recuperar las funciones orgánicas esenciales del paciente dejando de lado los factores considerados periféricos o de menor interés. Sin embargo, día a día van incrementándose las investigaciones que tratan de poner de manifiesto la relación existente entre la salud y, por tanto, de la enfermedad y los factores psicosociales. En este sentido, toda la literatura científica referida a esta relación,

sostiene que la recuperación del paciente postinfartado debe ser medida, no solo a través de variables objetivas, sino también por medio de variables subjetivas, debido, precisamente, a la influencia del entorno social en la calidad de vida del enfermo (4).

Sin embargo, una vez asumida esta propuesta cabe preguntarse por cuales serían los factores psicosociales que podrían contribuir al establecimiento de un mejor pronóstico del paciente postinfartado. En principio, sabemos que el sistema nervioso central es un gran aparato transmisor de señales que es capaz de reconvertir bidireccionalmente la información bioquímica, bioléctrica y simbólica, a través de procesos biológicos perfectamente identificables y identificados. Al mismo tiempo, está suficientemente comprobado que los estados psíquicos configuran la autoconciencia que el sujeto tiene de su estado biológico, de tal forma que es impensable el mantenimiento del dualismo que supone atribuir a la función orgánica leyes biológicas independientes de las que rigen el sustrato psíquico. En definitiva, la vida psíquica superior tiene que ser analizada cuidadosamente con el objeto de buscar factores psicológicos y psicosociales que ilustren acerca de la predisposición al riesgo del sujeto coronario (5).

Es preciso destacar el hecho de que existen pruebas concluyentes respecto a la fuerza predictiva de los elementos psicosociales determinantes de riesgo coronario, en paralelo a la capacidad de predicción que ofrecen los denominados factores orgánicos, si bien, para algunos autores clásicos, sólo estos últimos merecen el identificativo de predictores biológicos. No obstante, si bien es cierto que cualquier sujeto puede ser sometido a una determinada presión ambiental y posee una dotación genética específica de la que depende su grado de vulnerabilidad constitucional orgánica, en este caso, a la cardiopatía isquémica, no lo es menos que el patrimonio genético del individuo determina, a la vez, su estilo perceptivo, su reactividad fisiológica, así como sus mecanismos de defensa. Tales

mecanismos defensivos, reductores de atracción biológica a la presión ambiental son tan idiosincrásicos del individuo agente como puede serlo su reactividad cardiovascular e incluyen defensas perceptivas, mecanismos filosóficos, cogniciones tranquilizadoras, motivaciones intrínsecas, apoyo social, conductas protectoras y búsqueda de ayuda (6).

En efecto, si tomamos en consideración la existencia de factores psicológicos y psicosociales, junto a los propios mecanismos a la hora de analizar el pronóstico y evolución de los pacientes aquejados de IAM, sería aconsejable rastrear la relación potencial que pudiera existir entre dicha evolución y el apoyo social de que dispone el enfermo.

En este sentido, la evidencia empírica disponible muestra que la naturaleza de los recursos interpersonales integrantes del apoyo social afectan al comportamiento del individuo y pueden reducir o aumentar el riesgo de padecer, concretamente, enfermedades cardiovasculares. En este orden de cosas, es conveniente hacer notar que aquellas personas que poseen un apoyo social escaso, tienen a la vez vínculos afectivos y sociales muy limitados. Su vida familiar es puramente simbólica y en ella predominan las fricciones a partir de problemas relacionados con la norma, el orden y la autoridad.

Así, numerosos estudios con poblaciones han demostrado una asociación entre el bajo nivel de educación junto al estatus socioeconómico y el aumento de mortalidad y morbilidad, especialmente en pacientes cardíacos (7). Otras investigaciones han identificado una relación entre la falta de apoyo social y la incidencia de enfermedades cardiovasculares (8). Análisis recientes han señalado que el apoyo ejercido por la familia, amigos, compañeros y vecinos es una de las pocas variables constantemente unida a modificaciones en la evolución del enfermo cardíaco. También se ha observado que la falta de lazos sociales y la escasa integración social guarda relación con la etiología específica de la

enfermedad analizada. En suma, podría adelantarse la hipótesis de que existe una determinada conexión entre el estilo de vida del enfermo de IAM y el apoyo social (9).

Con el objeto de esclarecer esta relación se propone la realización de un estudio longitudinal descriptivo y analítico de seis meses de seguimiento. En el se describe y delimitará la influencia del apoyo social, concretamente, en la calidad de vida de los pacientes postinfartados, así como el uso de recursos sanitarios que realizan estos enfermos en función del apoyo social que reciben, o más específicamente, de acuerdo con la CV que disfruten.

El concepto de apoyo social, sometido a intenso debate, puede sintetizarse como la presencia estable de relaciones humanas o lazos, tanto de contenido positivo como negativo, es decir, como conjunto de transacciones no regladas entre individuos. En definitiva, el apoyo social está constituido por la ayuda tangible y psicosocial positiva provista por la red social y dirigida al individuo. Así la materialización del apoyo aparece a través de la red social, marco estructural y dinámico que hace accesible ese apoyo al individuo. La red social puede ser definida como un tipo específico de relaciones que vincula a un grupo determinado de personas, objetos o acontecimientos (10).

El apoyo social aparece, en numerosas investigaciones empíricas, como una representación perfecta de asociación entre relaciones sociales y salud. En consecuencia, a efectos de nuestro estudio, tiene que ser debidamente resaltados el conjunto de resultados empíricos obtenidos, según los cuales el apoyo social que las redes prestan a sus miembros constituyen un factor decisivo en el mantenimiento y mejora de la salud física, psíquica y social.

La controversia referida a la conceptualización precisa del apoyo social se traslada al ámbito de su medición. En todo caso la medida de apoyo social estará

coordinada por la definición adoptada que a su vez vendrá determinada por las características del objeto de estudio.

En el presente trabajo, se introduce la medida de la CV como elemento de identificación del apoyo social. La CV es un baremo psicométrico que se utiliza para valorar el estado de salud del individuo. De este modo, lo que se pretende es conocer los efectos que produce en el paciente el tratamiento aplicado después de la enfermedad. Así pues, la CV puede definirse como la situación en la que el sujeto puede realizar adecuadamente las funciones orgánicas e instrumentales básicas, así como las funciones sociales y funciones de relación. El nivel de CV depende no solo de los efectos que la enfermedad produce en la actividad funcional habitual, sino también de las experiencias pasadas y expectativas futuras, así como de las condiciones familiares y sociales (11). La finalidad última de esta valoración es tratar de tener en consideración y conciliar o armonizar los elementos objetivos y subjetivos que encierran los conceptos de salud y enfermedad.

A su vez, la utilización adicional, en cierto modo auxiliar de recursos sanitarios es asimismo, una forma de medir la autopercepción del estado de salud. Esta autopercepción puede considerarse independiente de la cantidad y calidad de los cuidados de salud disponibles y muestra, por otra parte, una acusada sensibilidad a las variables sociodemográficas. Numerosas investigaciones abundan en la evidencia de que los niveles de salud de diferentes poblaciones no presentan asociación relevante con la cantidad y calidad de los servicios sanitarios de que se dispone, sino que hay que atribuirlos, mas bien, a factores genéticos y ambientales, así como a comportamientos individuales. Así, en los países desarrollados ya no se corresponde con los niveles de renta per capita excepto en el caso de grupos de población de marginación extrema.

No obstante, la utilización de recursos sanitarios es un bien en si mismo, constituye la muestra de una preocupación social. Así la sociedad asume que esta haciendo todo lo posible para recuperar la salud del individuo. Sin embargo, habia que introducir alguna matización porque, en efecto, el objetivo de mejorar la salud de los ciudadanos no puede reducirse a recetar medicamentos, tarea siempre mucho más fácil de llevar a cabo que introducir cambios sociales (12) (13) y, sin embargo, el conocimiento intuitivo nos dice que son, precisamente, las modificaciones de los hábitos de vida los factores necesarios decisivos y determinantes para mejorar, en último termino, la salud de los individuos.

Podemos concluir citando las palabras de L.Thomas (14), “ Si nuestra sociedad desea deshacerse de las enfermedades que más nos preocupan, sean estas fatales o no, difícil podrá conseguirlo creando un sistema de provisión de asistencia sanitaria todavía mayor, a un coste aun mayor, con un tipo de tecnología como la actual aún más desarrollada. Tampoco lo haremos llevando a cabo programas más amplios de pruebas clínicas y de asistencia. La verdad es que no tenemos todavía el conocimiento suficiente. Pero también, hay otra verdad de gran importancia: vamos aprendiendo rápidamente ”.

En otras palabras, partiendo de la realidad clínica que tenemos, extensa, tecnificada y costosa, se trataría de desarrollar diferentes líneas de investigación que se propongan como objetivo el estudio de otras áreas de actuación, diferentes y probablemente complementarias a las que estan presentes, de forma masiva, en los síntomas sanitarios actuales y de influencia decisiva en la consecución del fin último propuesto, es decir, la mejora de la salud de los ciudadanos.

El presente trabajo se va a desarrollar en el ámbito de las ciencias sociales, específicamente dentro del marco de la sociología, cuya estructura básica esta constituida por juicios o proposiciones tanto de naturaleza descriptiva como explicativa.

Los juicios descriptivos nos proporcionan conocimientos sobre el detalle de la realidad analizada. Las proposiciones explicativas por una parte, nos ayudan a través de la argumentación y el razonamiento a comprender más en profundidad esa misma realidad objeto de estudio, nos proporcionan en fin, una explicación o razón de ella y constituye el núcleo central de las ciencias sociales (15).

Sin embargo, esta delimitación conceptual de ambos tipos de proposiciones no puede hacernos olvidar el hecho de que los juicios efectivamente utilizados y alejados en las diferentes ciencias incluyen en si mismo, intrínsecamente entremezclados, elementos descriptivos y explicativos. Si tomamos como ejemplo la afirmación: “ Los pacientes con IAM que poseen apoyo social tienen mejor CV que los que no lo poseen”, evidentemente con ella se esta describiendo una situación, pero, a la vez, se esta explicando, en parte, algunas de sus causas psíquicas desencadenantes.

En la ciencia, la función explicativa primaria de un concepto y de las afirmaciones o enunciados en que aparece, se halla incluida en mayor o menor grado, en su función descriptiva. En las ciencias físicas, esta función es bastante evidente. Por ejemplo, el concepto de electrón, que en su idea fue concebido para dar explicación de algunos de los fenómenos que, posteriormente, dieron lugar a la electricidad y al magnetismo se ha transformado, actualmente, es un concepto descriptivo elemental, es decir que un concepto, introducido en principio, dentro de un esquema conceptual, para explicar determinados aspectos del mismo, a medida que se generaliza, acaba siendo utilizado con fines descriptivos.

En el ámbito de las ciencias sociales, por su parte, y los conceptos y enunciados utilizados participan, asimismo, de rasgos descriptivos y explicativos sin que sea posible una delimitación estricta.

Las ciencias sociales se ocupan de la estructura social y de las fuerzas que actúan sobre ella, del mismo modo que la física o la química tratan de la estructura de la materia y de las fuerzas que actúan en su seno. Aparece una diferencia apreciable entre las ciencias sociales y las llamadas ciencias experimentales. Y es que mientras estas últimas tratan de acontecimientos (“sucesos” en el lenguaje de Einstein y los relativistas), las ciencias sociales estudian los acontecimientos, pero también las “acciones”, consideradas como específicamente humanas. Este hecho hace que, además de introducir un cierto grado de subjetividad aparezcan implicadas en la investigación otro tipo de variables, tales como las psicológicas y las culturales (16).

Surgen, así, los condicionantes metodológicos a los que han de hacer frente todas las ciencias. En nuestro caso, el científico social encuentra una cierta dificultad a la hora de poder aislar los fenómenos objeto de estudio. En efecto, un físico puede en mayor o menor medida, aislar por ejemplo, gotas de agua de una dimensión y densidad determinadas (admitido un error aceptable), y repetir, una y otra vez, el experimento con las mismas o muy parecidas condiciones. El sociólogo, por su parte, tropieza con obstáculos de alguna consideración a la hora de aislar los fenómenos objeto de su interés, puesto que analiza acontecimientos pero también acciones, incrementándose, así, de forma muy notable, las variables que es necesario considerar.

Por otro lado, la verificación y contrastación empírica de las proposiciones científicas suele ser más fácil y concluyente en el ámbito de las ciencias experimentales. La interpretación de la evidencia empírica obtenida en el campo de las ciencias sociales debe ser interpretada y la interpretación y la valoración pueden propiciar la aparición de filtraciones normativas que van más allá de lo estrictamente empírico.

Ahora bien, la Sociología, estudiada como ciencia positiva, posee el suficiente rigor científico puesto que establece sus proposiciones que deben ser siempre sometidas a refutación o verificación, a partir de una base analítica sólida y de forma no persuasiva. Cuando a través de las distintas etapas del proceso de investigación se llega a contrastar las leyes, se hace con proposiciones de hecho, se convierte, así, en conocimiento científico (frente al conocimiento vulgar), sometido a depuración continua de sus fuentes de error (17).

El estudio de la estructura de la sociedad admite tres vías de aproximación. En primer lugar, el enfoque que concibe a la sociedad como resultado de una evolución. En segundo lugar, aquel que la considera sujeto de leyes causales económicas y históricas, desde una perspectiva determinista, hegeliana y finalmente, la visión del gestor social que contempla la sociedad o grupo social como un sistema de variables que pueden ser objeto de manipulación con el fin de modificar su estructura.

Los tres puntos de vista son válidos, pudiéndose elegir cualquiera de ellos en función del objeto específico de análisis.

El enfoque que anima la presente investigación es el tercero de los expuestos, teniendo como punto de partida las razones determinantes del estudio que son las siguientes:

1/ La gran incidencia actual de la patología de IAM, concretamente, la cardiopatía isquémica es, en nuestros días, la tercera causa de muerte en los países industrializados.

2/ La necesidad de identificar los factores sociosanitarios que contribuyen al mejor pronóstico y CV de los pacientes con IAM.

3/ La escasez de estudios sobre apoyo social en nuestro país.

4/ La utilidad que puede derivarse de los resultados obtenidos en la investigación del estilo de vida de los pacientes con IAM con el fin de mejorar sus expectativas de vida.

El objetivo específico de la investigación es el de confirmar o bien refutar la siguiente hipótesis: La influencia positiva del apoyo social en la calidad de vida de los pacientes con IAM.

Para ello, se tratará de identificar las variables de influencia y su grado de sensibilidad. Es decir, se intentará la búsqueda de relaciones significativas entre dichas variables con el fin de confirmar o no la hipótesis expuesta y, en todo caso, se obtendrá un análisis descriptivo de la muestra de población objeto de estudio.

El desarrollo de la investigación será expuesto de acuerdo con el siguiente esquema:

Hipótesis y objetivos: Elaboración de dos hipótesis, una general y otra secundaria.

Objetivos. Estudio de las variables:

- Variables clínicas.
- Variables socioeconómicas.
- Variables de apoyo social.
- Variables de calidad de vida.
- Variables de uso de recursos.

Marco teórico: Estudio de los conceptos esenciales utilizados en la investigación.

Resultados: Son presentados en tres niveles, siguiendo el mismo orden planteado en los objetivos.

- Estudio descriptivo de la población objeto de estudio.
- Estudio analítico, que explica la relación de las variables, con el fin de poder verificar las hipótesis generales y secundaria.
- Estudio de la evolución de los pacientes seis meses después de padecer la enfermedad.

Discusión: Se debatirán los resultados del estudio desde la perspectiva descriptiva, analítica y metodológica.

Conclusión: Se expondrán los hallazgos más relevantes del estudio.

II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

A/ Hipótesis

Hipótesis general : “ Los pacientes con apoyo social tienen mejor calidad de vida que los que no lo poseen”.

Hipótesis adicional: “ Los pacientes con mejor calidad de vida realizan un mejor uso de recursos.”

Ambas hipótesis deberán ser comprobadas en el inicio y seguimiento del estudio.

B/ Objetivos

2.1 Objetivo general.

2.1.1 Estudiar la influencia del apoyo social en la calidad de vida de los pacientes con infarto agudo de miocardio.

2.1.2 Conocer el entorno social de los pacientes con IAM del Área Sanitaria 11 de Madrid.

2.2 Objetivo específicos

2.2. Estudio descriptivo

2.2.1 Describir las variables clínicas.

2.2.2 Describir la situación socioeconómica de los pacientes del estudio.

- 2.2.3 Describir tamaño, composición y estructura de la red social.
- 2.2.4 Describir el nivel de apoyo social instrumental y emocional que reciben los pacientes y sus proveedores.
- 2.2.5 Describir la calidad de vida de los pacientes con IAM
- 2.2.6 Describir el uso de recursos de los pacientes con IAM

2.3 Estudio analítico

- 2.3.1 Estudio de las variables sociosanitarias y médicas y su relación con el apoyo y calidad de vida.
- 2.3.2 Estudio de la asociación entre la estructura y el tamaño de la red en relación con el apoyo emocional y instrumental disponible y adecuado.
- 2.3.3 Estudio de la asociación entre el apoyo social y la calidad de vida.
- 2.3.4 Seguimiento de la evolución de los pacientes a los seis meses de padecer el IAM.

III. MARCO TEÓRICO

En el proceso de investigación y estudio que confirmará o rechazará la hipótesis propuesta, partimos del examen y asimilación de una base técnica y consolidada y comúnmente aceptada en el ámbito científico que cubre las distintas áreas (ámbitos) incluidas en los objetivos del trabajo. Pretendemos analizar, así, los conceptos generales fundamentales que van a ser utilizados a lo largo del desarrollo de la tesis, haciendo referencia, además, a las medidas de tales conceptos, así como a su respectiva instrumentalización.

3.1 La dimensión social de la salud.

Evolución del concepto de salud.

A lo largo de la historia ha habido diferentes interpretaciones del concepto de salud. En la antigua Grecia los seguidores de Esculapio consideraban la salud en oposición a la enfermedad. El principal rol de la medicina consistía en tratar la enfermedad para restaurar la salud, corrigiendo las irregularidades ocasionadas por los accidentes producidos en el nacimiento o en el transcurso de la vida por medio de la cirugía y la aplicación de hierba. Simultáneamente a esta concepción, los griegos desarrollaron la Higiene. Los higienistas entendían la salud como el orden natural de las cosas, un atributo positivo por el cual los hombres estaban obligados a cuidar y controlar sus vidas para mantener la salud. Bajo estas premisas, la función más importante de la higiene era descubrir y enseñar las leyes naturales, las cuales aseguraban al hombre una mente sana y un cuerpo sano (18) (19). Aunque ambos conceptos de salud son diferentes, ello no significa que sean excluyentes: La primera es la salud restaurada por el tratamiento de la enfermedad

(ESCULAPIO) y la segunda es la salud preservada por el camino de la vida sana (HIGIENE) La evolución de ambas corrientes no ha sido paralela. En el siglo XVII Galileo concibió una interpretación mecanicista del mundo físico. Posteriormente, Descartes aceptó los mismos principios para que fueran aplicados a las cosas vivientes, concibiendo el cuerpo como una máquina y pensó que estaba gobernado enteramente por las leyes de la física, lo cual presuponia un ensamblaje entre la estructura y función del cuerpo (20).

Varios fueron los descubrimientos que afianzaron la concepción mecanicista del ser vivo (cuerpo): el desarrollo de la moderna fisiología de Kepler (imagen de la retina) y Harvey con el descubrimiento de la circulación mayor de la sangre (21).

Actualmente, no existe dificultad en aceptar que el cuerpo funciona como una máquina. A esto han contribuido, los avances científicos ya mencionados, así como los acaecidos en los siglos XIX y XIX a nivel celular, y a nivel molecular respectivamente. Paralelamente a la comprensión de la estructura y función corporales hubo una profundización en el conocimiento del proceso de la enfermedad, especialmente en el caso de las enfermedades infecciosas y en el de la identificación de los agentes causantes de la misma. Ello contribuyó a la transformación del concepto de salud humana, a la cual no solo entonces contribuyeron los nuevos avances científicos generales sino también un mejor conocimiento específico de las enfermedades (22).

CUADRO 1: SALUD

SALUD	
CONCEPCIÓN MECANICISTA	CONCEPCIÓN SOCIAL
TRATA./CUERPO	TRATA./INDIV.SOCIEDAD
CURATIVA	PREV. ENFERMEDAD
DROGAS /CIRUGÍA	PROMOVER LA SALUD

Por otra parte, hay que señalar que en los últimos trescientos años, las condiciones de vida han mejorado más que en todos los períodos anteriores de la historia del hombre. Concretamente, en las grandes poblaciones los problemas crónicos de mala nutrición han sido resueltos, algunas de las más serias amenazas, particularmente las asociadas con agua y alimentos, han sido sustituidas por la preocupación por el medio ambiente, y por primera vez en la historia se está consiguiendo un control de la natalidad acomodando esta en relación con los recursos básicos (23).

Valorando la contribución de las medidas médicas basadas en el entendimiento de la estructura y función del cuerpo, es esencialmente importante considerar que los avances de la salud no sólo son debidos a la intervención de la medicina, sino también a las mejoras en las condiciones de vida bajo las cuales transcurre la existencia de los humanos.

Por otra parte, las consecuencias de la concepción mecanicista de la biología y la medicina desarrollada en el siglo XVII basada en el modelo físico son más complejas de lo mencionado. Las ciencias básicas sobre las que se apoyo la medicina son la física, la química y la biología, las cuales imprimen la concepción mecanicista y han modelado de hecho el modelo físico de salud, insuflándole de una concepción determinista, como ocurre en los casos del control de la estructura genética y en la sustitución de los órganos por los trasplantes (24).

En la misma línea intelectual, la educación médica empieza con el estudio de la estructura y la función del cuerpo, continúa examinando el proceso de la enfermedad y termina con la aplicación del tratamiento sobre un grupo seleccionado de gente enferma. Los servicios médicos están dominados por la imagen del hospital de agudos donde los recursos tecnológicos están concentrados y es dada menos atención al medio ambiente al comportamiento de la enfermedad o a las necesidades del enfermo que no sean las derivadas del tratamiento y la investigación (25) (26).

En los modelos descritos se observa una clara hegemonía de la concepción mecanicista, pero a su pesar no se alivian las deficiencias en la gestión de salud humana. El concepto de salud debe ser más amplio. La salud tiene también implicaciones en la organización de la sociedad y en los patrones de comportamiento en los que se desarrolla la vida individual y colectiva y estos aspectos no deben ser olvidados. Además la concepción de la salud y enfermedad varía entre diferentes grupos dentro de una misma sociedad y entre sociedades así como en una misma sociedad con el paso del tiempo. Las concepciones están en un continuo proceso de adaptación y revisión. Los cambios ocurren en virtud de los descubrimientos científicos, que provocan nuevas formas de tratamiento y de diagnóstico sin tener en cuenta la situaciones que rodean a la enfermedad .

Salud/Enfermedad

El término salud denota el normal funcionamiento psicobiológico de la persona. En realidad, a pesar de las numerosas definiciones que se han dado de salud, no disponemos, por el momento, de un concepto que sea capaz de satisfacer todas nuestras exigencias. Ni siquiera las definiciones propuestas por la Organización Mundial de la Salud son del todo completas ni completas.

Al principio, la salud se consideró como la ausencia de la enfermedad (27) y posteriormente la OMS la definió como " un estado de completo bienestar, físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez" (28). En la última propuesta, la salud se definió como " el estado de bienestar físico, social y mental así como la capacidad de adaptación y realización social y no sólo la ausencia de enfermedades"(29).

Como puede verse, en las definiciones mencionadas existen más términos abstractos que concretos; una formulación de buenos y utópicos deseos más que la adopción de criterios que se ordenen para explicar qué es la salud. En realidad, las anteriores descripciones no pretenden definir qué es la salud, sino exponer sus implicaciones en la organización de la sociedad y en los patrones sobre los cuales la vida individual y colectiva se desarrolla; más aún se advierten en ellas un intento de estimular los cambios sociales necesarios, de manera que fuera posible la plena realización del hombre como persona, a pesar de que, como es natural esta realización, varíe mucho de unas a otras personas y de unas culturas a otras. Se trataría en todos los casos de actuar sobre el "ser del hombre", en terminología zubiriana más que sobre su "estar " en la realidad.

De hecho, las definiciones anteriores eliminan el concepto estático y negativo de salud, puesto que la salud es algo dinámico y cambiante (30); se han ampliado el concepto hasta incorporar elementos que van más allá del sujeto,

como el bienestar social, la capacidad de funcionar en la sociedad, elementos que siendo independientes de él, fuerzan a considerar la salud como algo que está a mitad de camino, en el lugar donde se encuentran el hombre y su ambiente, la persona y la sociedad, el organismo y la comunidad; y con ello se han hecho intervenir nuevos conceptos de muy difícil cuantificación; como el bienestar físico y mental, funcionamiento social y otros, todo lo cual subjetiviza y hace todavía más problemático y confuso evaluar el término salud.

Una vez que se ha cambiado el concepto de salud parece lógico y congruente que se modificara también el concepto de enfermedad. El modelo de enfermedad en uso es una concepción estrictamente médica de "patología", la cual puede ser descrita por una serie de signos y síntomas objetivos. Sin embargo la enfermedad y la salud implican aspectos subjetivos del individuo. La enfermedad es referida por las sensaciones de dolor y malestar o cambio en la percepción del funcionamiento normal y generalmente es el resultado de una patología (31). Una persona puede sentirse enferma sin que la ciencia médica le haya detectado enfermedad alguna (32). De hecho, los pacientes hacen su propia valoración del estado de salud y son ellos mismos los que deciden cuándo deben contactar con los servicios de salud. En muchas ocasiones, el punto de vista del paciente no coincide con el del médico y viceversa, debido a que ambos evalúan diferentes componentes del estado de salud. Los profesionales sanitarios la miden desde ciertas bases biomédicas objetivas (Temperatura, TA, RX etc.), mientras que los enfermos la evalúan bajo aspectos subjetivos (33). Por eso las medidas de salud necesitan integrar tanto los aspectos objetivos como los subjetivos.

Salud social.

Con todo esto, el concepto de salud ha llegado a ser en parte una construcción mental, solo que menos vinculada a la biología y más comprometida con la subjetividad. En última instancia dependerá más de la confianza que el hombre tenga en su propia competencia y seguridad personal, que en la importancia exclusiva asignada a factores incontrolables de tipo biológico, ajenos a la persona (34).

El concepto de salud surge así de un modelo interaccionista, la relación entre el organismo y el ambiente, en el que el modo en que el hombre se sitúa en su contexto social, la opción elegida por un determinado estilo de vida, en el que sus aspiraciones, motivaciones e intereses están integrados de una u otra forma más o menos próxima en el concepto de salud.

Este concepto está en la línea de una visión ilustrada del Universo en la que las individualidades son los nudos de una red, y en la que las relaciones, los " hilos " de la red, esto es, la estructura de la misma, son lo realmente importante para el desarrollo de sus propios elementos.

Así pues, la vinculación entre el individuo y el contexto social desarrolla el concepto de salud social como una dimensión del estado del individuo, distinto del estado físico y psíquico. El concepto de salud social depende del sistema de apoyo que debiera intervenir y modificar el efecto del ambiente y los eventos de la vida que influyen en la parte física y psíquica del individuo. Las medidas de salud social deben estar focalizadas en el individuo y son definidas en términos de las interacciones interpersonales, las relaciones familiares, laborales, visitas de amigos y participación social, que influyen en el " estar siendo " del individuo en la sociedad (35).

Algunos autores han conceptualizado la salud social como un componente separado del estado de salud y la definen en términos del grado de interacción necesario para que los individuos funcionen adecuadamente como miembros de una comunidad (36). Hernan San Martín (37) señala que el estado de salud puede ser una función de factores externos individuales, como el ambiente de la comunidad y la significación social de los grupos. El recomendó que las medidas del estado de bienestar (salud) estén focalizadas sobre en el constructo del rol, relacionando la salud de la familia con la participación social de sus miembros. Su hipótesis era que las personas más sanas serán las capaces de que día a día aumenten la representación del rol social. Vivir en familia puede conformar mayor estabilidad, integración y coexistencia y por tanto mayor participación en comunidades activas. La falta de integración social puede producir estrés psicológico y disminuir los recursos para liderar con él .

De aquí que todas estas circunstancias resulten a la postre tan importantes o más respecto de la salud que el conjunto de factores estrictamente biológicos: genéticos, inmunitarios, infectocontagiosos, constitucionales etc. En consecuencia, el concepto señalado tiene muy poco que ver con el que se emplea en la clínica.

La salud así entendida comporta un cierto equilibrio del organismo con el ambiente, con el mundo social y sus características de éste, que tienen que garantizar mínimamente, la satisfacción de la condición de bienestar social y con un amplio conjunto de factores psicológicos, culturales, políticos, económicos etc con los que se pone se vincula y de los cuales se hace depender la existencia o no de dicho concepto. Ahora bien, tanto el individuo como la sociedad estan comprometidos en la salud personal y colectiva. Es cierto que el estilo de vida personal pertenece a la conducta privada, por cuanto, aunque aquella lo sea, sus consecuencias (la enfermedad) no son exclusivamente privadas. La salud ocupa así un lugar intermedio entre la responsabilidad individual y social, entre el

derecho y el deber a estar sanos, entre la conducta pública y la privada, comportamientos en los que los principios éticos tienen mucho que decir. El individuo es responsable de su salud a través de sus hábitos de comportamiento, de su estilo de vida, etc; la sociedad, a través de las medidas legales, económicas, preventivas, que proporcionan una determinada actitud frente al comportamiento sano individual y colectivo.

3.2 Apoyo social.

Aproximación al estudio de las redes sociales y el apoyo social.

Introducción.

Los sociólogos han mostrado, permanentemente, especial interés en el estudio de las relaciones entre los individuos y las organizaciones. Ya Durkheim (1858-1917) analizó la diversidad de lazos sociales que el individuo desarrolla para integrarse en la comunidad y sostuvo que las relaciones sociales proporcionan a los individuos una forma de trascendencia de su individualidad (38). Es decir, que las relaciones sociales confieren un sentido de alteridad a las personas.

El interés por el estudio de las redes sociales como modelo específico de relaciones grupales, tiene su origen en el desarrollo de la Teoría de los grupos pequeños. Las relaciones sociales surgen en los grupos primarios, tales como la tribu y la familia. La vida de los miembros del grupo se basa en los intercambios entre ellos. El trueque aparece, así, como una forma de transacción instrumental entre los individuos (39). Cooley que incluye a la familia dentro de los grupos

primarios, señala que las reglas y comportamientos de los miembros de los grupos informales que desarrollan sus funciones en el seno de la sociedad, vienen determinadas por normas tradicionales que comparten todos sus componentes (2).

Según Salustiano del Campo (40), Charles H. Cooley fue uno de los sociólogos que primeramente y con más claridad, describió las características de los grupos primarios: "Por grupos primarios entiendo yo aquellos que se caracterizan por una asociación y cooperación íntima cara a cara. Son primarios en varios sentidos, pero, principalmente, porque son fundamentales para la formación de la naturaleza humana y los ideales del individuo. Psicológicamente, el resultado de la asociación íntima es una fusión de las individualidades en un todo común, de tal manera que el propio yo de cada uno, al menos para muchos fines, es la vida común y el fin del grupo. Quizás el modo más simple de describir esta totalidad sea decir que es un nosotros; implica la suerte de simpatía e identificación mutua cuya expresión natural es nosotros. Se vive en el sentimiento del todo y en tal sentimiento se encuentra el principal objetivo de la propia voluntad".

El estudio de los grupos pequeños se convierte así en uno de los objetivos básicos de estudio de la Sociología que trata de analizar tanto el contenido como la forma de las relaciones grupales. La Sociología se propone investigar el tamaño, el comportamiento y las relaciones e interacciones que se establecen entre los componentes de los grupos así como las funciones que estos llevan a cabo.

Las características fundamentales de los grupos son: el tamaño, la composición, la duración y la frecuencia de contactos así como la intimidad de la relación. Estos aspectos pueden variar de unos grupos a otros. Sin embargo, todos los grupos están caracterizados por la interacción entre sus miembros. Y es esta interacción, más que las otras características, lo que se diferencia el grupo social de otras formas plurales de asociación de los seres humanos .

Con el desarrollo de la sociología industrial, se intensifica el estudio de los grupos primarios o también denominados grupos pequeños. Se inicia entonces un proceso de investigación de las relaciones humanas dentro de la empresa que afectara dentro de las Ciencias Sociales a la Sociología y a la Psicología. La Sociología estudiara los grupos informales desde una perspectiva externa de las relaciones que surgen entre sus miembros (“external approach”), mientras que la Psicología lo estudiara a partir de un enfoque interno (internal approach) como suma de individuos (41). No obstante, a pesar de la diferente perspectiva teórica inicial ambos enfoques fueron, después, utilizados, indistintamente, como forma de estudio por las dos disciplinas. Finalmente, se ha impuesto, en líneas generales, la aproximación teórica que estudia el enfoque externo de los grupos primarios, usada originalmente, de forma preferente por la sociología.

En el ámbito de las investigaciones llevadas a cabo por la sociología industrial se comprueba que las relaciones informales, genéricamente las organizaciones informales, influyen decisivamente en el rendimiento de los trabajadores. De este modo, se descubre que el elemento humano se halla conectado a agrupaciones que surgen de forma espontanea. Precisamente estas fueron las aportaciones que Cooley realizo en su análisis de los grupos primarios.

Actualmente, se estudia el grupo pequeño utilizando el esquema estructura-función La estructura y la función estan inter-relacionadas siendo la primera el aspecto estático de la función y constituyendo esta el aspecto dinámico. La estructura contiene: el tamaño y la estratificación mientras que la función contiene: las interacciones informales (las interacciones que surgen de forma informal) y las formales (interacciones controladas por reglas, normas específicas etc).

Las estructuras grupales estan fuertemente interrelacionadas y su trabazón forma un sistema enormemente complejo en el que cada miembro toma parte en

numerosas estructuras con grados diferentes de participación e intensidad. Por otra parte, la estructura del grupo no es estática, sino dinámica, de tal manera que la relación de fuerzas que se establecen entre sus miembros esta cambiando permanentemente. La estructura del grupo cambiara, así, según sean las tareas que corran a su cargo.

La Teoría de los grupos primarios, como estudio de las interacciones sociales, nos muestra la dinámica del funcionamiento de los grupos pequeños y nos proporciona, además, conocimientos acerca de las relaciones de unos grupos con otros siendo esta, quizá, una de sus aportaciones más trascendentales si tenemos en cuenta que la sociedad puede ser considerada como un complejo entramado de numerosos grupos pequeños (42).

En este sentido, Durkheim (1858-1917) señala que a medida que las sociedades empiezan a ser más especializadas y complejas y su población aumenta de tamaño y densidad, necesitan una mayor grado de organización. Para Durkheim, la forma de organización mas eficiente es la especialización que supone la compleja estructura de lazos e interrelaciones que se establecen entre los miembros de una sociedad (43).

En la sociedad los objetivos individuales se persiguen en el seno de las organizaciones, a través de su estructura formal, y también por medio del entramado de relaciones sociales que aparecen en cada una de ellas de manera espontanea. Un hospital seria, así, una organización institucional paradigmática en la que existen diferentes niveles de organización formal, necesarios para el cumplimiento de las funciones que tiene encomendadas. Sin embargo los individuos que forman parte de esta organización y mantiene su estructura formal, generan un entramado informal paralelo de grupos pequeños (44).

sociólogos pioneros en el estudio e investigación del análisis de redes (Requena, Felix, (46) Guimon, J, Ruiz, A y colaboradores (47), Prieto Aguirre y Olea Renovales (48)).

El concepto de red social, contemplado desde un punto de vista analítico, podemos considerar que procede, originalmente, del sociograma de J. Moreno, nítidamente separado de la concepción imprecisa, difusa y metafísica de Radcliffe-Brown. La perspectiva analítica nos permite describir como personas o grupos a los nudos de una red lo que significa que la misión entre nudos (vínculos) cumple determinadas propiedades que repercuten sobre las relaciones sociales existentes entre los integrantes de la red. Dichas propiedades: intensidad, posición, accesibilidad, etc., definen las funciones de la red. Con todo ello alcanzamos una aproximación también parcial pero muy relevante de la realidad social, a la que debería añadirse el estudio de los atributos de los actores, contemplando, de esta forma, un análisis riguroso de dicha realidad. En todo caso, la investigación relacional nos proporciona un conocimiento preciso de las principales propiedades de los sistemas sociales que no pueden asimilarse a la simple adición de elementos individuales y que, además, pueden determinar el comportamiento de los miembros componentes de la red (10).

La noción de red, tal como aquí la asumimos, tiene su origen en parte de la teoría matemática de los grafos según la cual, la red se define como una serie de puntos vinculados a través de diversas relaciones que cumplen determinadas propiedades. En otras palabras, una red en la teoría de los grafos está constituida por un conjunto de relaciones en el que las líneas que conectan los distintos puntos tienen un valor concreto. Precisamente, la posibilidad de cuantificar una relación es una de las cualidades mas importantes de las redes sociales, especialmente en el ámbito de la Sociología.

individuos que forman parte de esta organización y mantiene su estructura formal, generan un entramado informal paralelo de grupos pequeños (44).

Finalmente, es necesario destacar que la investigación sobre los grupos informales y su organización, asimismo informal, y también, el análisis de las interaccionismo entre sus miembros, constituyeron los primeros pasos dados en el estudio de las redes sociales

Red social

En los últimos años ha crecido el interés por el estudio riguroso, analítico (no simplemente metafórico) de las "redes sociales" en parte debido a los resultados obtenidos por diversas investigaciones según los cuales, el apoyo social que las redes pueden prestar a los individuos constituye un factor muy significativo en el mantenimiento de la salud, física, psíquica y social (45).

Tales conclusiones e investigaciones afectan de forma sensible a nuestro específico objeto de análisis. Sin embargo, es preciso señalar que el concepto de red como vía de investigación social de las relaciones ha tenido un amplio desarrollo, sobre todo a partir, de la década de los años 70, dentro del campo de la Sociología y de la Antropología muy especialmente en el área académica anglosajona.

El análisis de redes puede ser aplicado en muy distintas especialidades disciplinas. Nosotros lo utilizaremos como una cualificada y precisa estrategia de investigación del apoyo social, el objeto de estudio esencial y básico de esta tesis.

A pesar de la tradición teórica del estudio de las redes, que se remonta a los años 50, en el ámbito de la Antropología, no aparece, en nuestro país, un interés serio por estas cuestiones hasta la década de los 80, de la mano de

sociólogos pioneros en el estudio e investigación del análisis de redes (Requena, Felix, (46) Guimon, J, Ruiz, A y colaboradores (47), Prieto Aguirre y Olea Renovales (48)).

El concepto de red social, contemplado desde un punto de vista analítico, podemos considerar que procede, originalmente, del sociograma de J. Moreno, nítidamente separado de la concepción imprecisa, difusa y metafísica de Radcliffe-Brown. La perspectiva analítica nos permite describir como personas o grupos a los nudos de una red lo que significa que la misión entre nudos (vínculos) cumple determinadas propiedades que repercuten sobre las relaciones sociales existentes entre los integrantes de la red. Dichas propiedades: intensidad, posición, accesibilidad, etc., definen las funciones de la red. Con todo ello alcanzamos una aproximación también parcial pero muy relevante de la realidad social, a la que debería añadirse el estudio de los atributos de los actores, contemplando, de esta forma, un análisis riguroso de dicha realidad. En todo caso, la investigación relacional nos proporciona un conocimiento preciso de las principales propiedades de los sistemas sociales que no pueden asimilarse a la simple adición de elementos individuales y que, además, pueden determinar el comportamiento de los miembros componentes de la red (10).

La noción de red, tal como aquí la asumimos, tiene su origen en parte de la teoría matemática de los grafos según la cual, la red se define como una serie de puntos vinculados a través de diversas relaciones que cumplen determinadas propiedades. En otras palabras, una red en la teoría de los grafos está constituida por un conjunto de relaciones en el que las líneas que conectan los distintos puntos tienen un valor concreto. Precisamente, la posibilidad de cuantificar una relación es una de las cualidades más importantes de las redes sociales, especialmente en el ámbito de la Sociología.

El concepto de la red social, introducido por Barnes en 1954, se asimila prácticamente a la definición y propiedades asignadas al mismo en la teoría de los grafos. En el campo de nuestra disciplina comenzó sirviendo para definir estructuras sociales amplias y de relaciones estrechas, intensas (49).

Podemos definir la red social de acuerdo con Mitchel (50): como " un tipo específico de relaciones que vincula a un grupo determinado de personas, objetos o acontecimientos". Desde el nacimiento se inicia su proceso de socialización a través de su incorporación a grupos sociales primarios. A partir de ese momento, el ser humano empieza a formar parte de más de un entramado social que le proporciona apoyo: padres, familiares, amigos, conocidos, vecinos, compañeros de clase, de deportes, etc. A medida que el individuo va creciendo, va construyendo un círculo personal específico referido a él mismo y que varía con el paso del tiempo. Así pues, el sujeto va creando las redes sociales basándose en las numerosas y diferentes relaciones sociales que van surgiendo a lo largo de su ciclo de vida. La constitución de las redes sociales dependerá de numerosos factores tales como la educación, la formación académica y profesional, el tipo de trabajo, el lugar de residencia, las aficiones etc.

Uno de los primeros en definir el término "red social" con cierta precisión fue John Barnes (49) quien señaló que las redes sociales se caracterizan por los vínculos sociales que establecen los individuos que las integran. Estos se conocen, sienten simpatía o antipatía los unos por los otros y se dan o se piden cosas recíprocamente.

Según Guimon y colaboradores (47) parece ser que fue Foulkes, en 1955, quién empleó el concepto de red social por primera vez en Psiquiatría y quién le adjudicó un papel esencial en la génesis de la patología psíquica en su "Teoría reticular de las neurosis". Posteriormente las redes sociales han sido objeto de

numerosas investigaciones en los diversos campos de la biomedicina, ciencias sociales, comunicación, economía, informática y otros.

Se pueden considerar las redes sociales como un "constructor mediador" que proporciona el marco estructural y dinámico en el que el "apoyo social" podría ser accesible al individuo. Al mismo tiempo, las redes pueden ser, también, el marco de aparición de influencias no positivas, o incluso negativas (51). Ello implica que los factores ambientales configuran los sucesos de la vida, pudiendo constituir una fuente de estrés y dar lugar a problemas a los que hay que hacer frente. Los factores personales van a condicionar la solución o salida a dichos problemas.

El análisis de las redes destaca, de forma preeminente, las relaciones entre las distintas posiciones sociales dentro de un sistema, y proporciona una visión de conjunto de las estructuras y sus componentes. La organización de las relaciones sociales constituye el concepto fundamental del análisis de las propiedades estructurales de las redes, en cuyo seno sus miembros interactúan. Esto quiere decir que cuando un integrante de la red participa en el sistema hace partícipes a otros actores que se convierten, así, en referencias concretas para el mismo.

Si nos referimos a la estructura y morfología de las redes debemos señalar los elementos característicos de los que están formadas que determinarán, a su vez, las distintas modalidades de relación que se establezcan y que definirán, por su parte, redes distintas.

Los elementos de la red son, fundamentalmente, cuatro:

- Los actores o miembros constitutivos de la red.
- Los vínculos o nexos de unión entre los actores son los canales de comunicación entre los miembros.

- La centralidad, especifica de cada actor en función de su localización y vinculo con otros.

-El tejido de relación, determinada por la clase de información que fluye de unos actores a otros y definidora de la función especifica de cada red.

El análisis de redes deberá tener en cuenta la configuración de la presencia o ausencia de lazos entre los miembros si pretende descubrir la estructura concreta de la red. En este sentido, cabe mencionar el concepto de posición, (la posición que ocupan los actores dentro de la estructura de la red), como una de las medidas estructurales mas importantes y especialmente destacada por diversos actores. En efecto, la posición define la capacidad de acción de cada uno de los miembros pero, además su relevancia viene dada por sus propias características que ayudan a simplificar el análisis de la red. En suma, la posición determina la “ estructura de oportunidad ” de un actor. En otras palabras, el poder es función de la posición en la red.

Para tratar de la morfología de las redes seguiremos el modelo de Mitchell según el cual se pueden diferenciar cuatro elementos morfológicos en las redes:

- *el anclaje o localización* se refiere especialmente al punto de referencia de la red que viene determinado, a su vez, por el actor específico cuya conducta se quiere analizar.

- *accesibilidad* que tiene una notable significación sociológica dado que muestre la forma en que los vínculos se igualan como vías de comunicación entre los actores. La accesibilidad representa la fuerza de la influencia de las relaciones con otros miembros en el comportamiento del actor.

- *densidad*, variara dependiendo del número de vínculos o nexos que existen en la red.

- *rango*, de primer orden sería aquél que vendría dado por el número de miembros en contacto directo con aquél sobre el que está referida la red.

Por último, sería conveniente mencionar la definición de red como conjunto de procesos que incluyen las siguientes cualidades o características:

- *contenido* del flujo de comunicación y cualidad de los vínculos. En todo caso, la dirección de la interacción definirá la existencia o no de influencia de una integrante (actor) de la red a otro.

- *Direccionalidad*, más o menos determinante en función de la cualidad de los vínculos. En todo caso, la dirección de la interacción definirá la existencia o no de influencia de un integrante (actor) de la red a otro.

- *Duración*. Al igual que los grupos sociales las redes tienen un determinado periodo de vida. Sin embargo, una red seguirá existiendo siempre que los derechos y obligaciones de unos respecto a otros se mantengan.

- *Intensidad* o grado de implicación de actores entre sí que no debe confundirse con la mera proximidad física.

- *Frecuencia*. La repetición relativa de los contactos es condición necesaria para que el vínculo entre ellos subsiste.

Convendría, asimismo, hacer referencia expresa a las tipologías de las redes, que vienen determinadas por las cualidades de los elementos que las integran.

La tipología fundamental aparece definida por la forma o propiedades de las relaciones existentes entre cada pareja de actores, y, además, por el contenido, influido por la función instrumental de la red. Aparecerían, así, distintos tipos de relaciones (de comunicación, transacciones, de autoridad, poder, de parentesco, sentimentales e instrumentales) (10).

Existen otras diferentes clasificaciones de relaciones que se constituyen en redes sociales.

En general, todas las clasificaciones intentan reflejar, básicamente, los diferentes niveles de relación entre los miembros de la red. Merece destacar la clasificación de redes sociales de Boissevain y Mitchell (52) que ordenan las redes de acuerdo con la siguiente tipología zonal:

- Yo: Sujeto central al que hace referencia la red.
- Zona personal: Formada por la familia nuclear y amigos íntimos.
- Zona íntima: Formada por los buenos amigos y otros familiares.
- Zona efectiva: Formada por conocidos de trato frecuente.
- Zona Nominal: Formada por conocidos estratégicos.

- Zona extensa. Formada por personas con las que interactúa a través de otros. Mosher y Keith (53) realizan también una clasificación de redes sociales y distinguen:

- La "red personal inmediata", consistente en los lazos que vincula a una persona determinada con otras y las que unen a esas personas entre ellas.

- La "red personal de segundo orden" que incluye conexiones adicionales que vinculan a miembros de la red inmediata con sus propias redes inmediatas.

- La "red extendida", que incluye conexiones adicionales que vincula a ese conjunto de personas con poblaciones más amplias.

Las clasificaciones reseñadas nos indican el entramado social que surge de las interconexiones que los miembros de la red establecen entre sus zonas o áreas señaladas. Tal como se observa en ellas las redes sociales son universales, sin

embargo, para su estudio necesitan ser referidas a una realidad específicamente acotada, la que indique el objeto de estudio.

En definitiva, y como conclusión a nuestro examen de la literatura referida al análisis de redes podemos decir que toda red social refleja una variedad de relaciones sociales. Cualquier contexto o situación social que exija la existencia de relaciones es propicio para el surgimiento de redes sociales.

Las aplicaciones del concepto de red social son muy numerosas, lo mismo que la perspectiva de utilización del concepto en un análisis que examina a los actores o bien algo distinto las pautas de relación entre las posiciones de dichos actores que, estas sí, constituyen la estructura del sistema objeto de estudio. Según señala Zeggelink (54) la cuestión relevante en el análisis de redes es el descubrimiento de las estructuras en el seno de los datos empíricos de las propias redes, lo que tiene consecuencias decisivas en el comportamiento y actitudes de los agentes.

De todos modos, los aspectos más relevantes para el estudio de las redes sociales son: el tamaño (número de personas que compone la red), la estructura (dispersión geográfica, densidad, composición y homogeneidad de los miembros, frecuencia de los contactos e intensidad de las relaciones) y la función (los efectos o externalidades que se producen como consecuencia de las interconexiones entre sus miembros). El tamaño, la estructura y la función de la red social conforman la trama que se establecen entre sus componentes y que da lugar a un proceso de relación personal, a un proceso interpersonal con los diferentes miembros de la red y a un proceso de apoyo o ayuda que surge de las interacciones.

En todo caso, la red social, con sus características estructurales y de relación, propicia el apoyo y media entre los factores personales, sociales y

ambientales, influyendo en el origen y desarrollo de los mismos, así como en su solución final . Por ello, y a través del análisis de las redes, puede obtenerse un cuadro sistemático de las estructuras sociales globales y de sus componentes.

En definitiva, la importancia de las redes sociales proviene de las funciones que realizan. Estas funciones están relacionadas con los contactos personales a través de los cuales los individuos mantienen su identidad personal y social y realizan todo tipo de ayudas y de intercambios mutuos. Sin embargo, el que estos lazos existan no significan una garantía para que el apoyo se produzca puesto que en muchos casos pueden llegar incluso a ser disfuncionales (55).

Apoyo social y salud.

El interés por el estudio de las relaciones sociales y los efectos que estas producen sobre la salud surge en la práctica clínica. Así Charles Darwin (1872/1965) escribió sobre el caso de uno de los pacientes de su padre que había tenido un ataque cardíaco y estaba a punto de morir. Este enfermo empezó a mejorar a medida que el médico (el padre de Darwin) intensificaba sus visitas a la habitación. Igualmente Durkheim expuso que la falta de relaciones sociales aumentaba la probabilidad de suicidio. A la luz de numerosas observaciones empíricas similares aparece la conceptualización del apoyo social como asociación entre relaciones sociales y salud. En este sentido el interés de los sociólogos por el estudio de las redes sociales viene motivado en gran medida por los efectos que el apoyo social tiene sobre la salud (56).

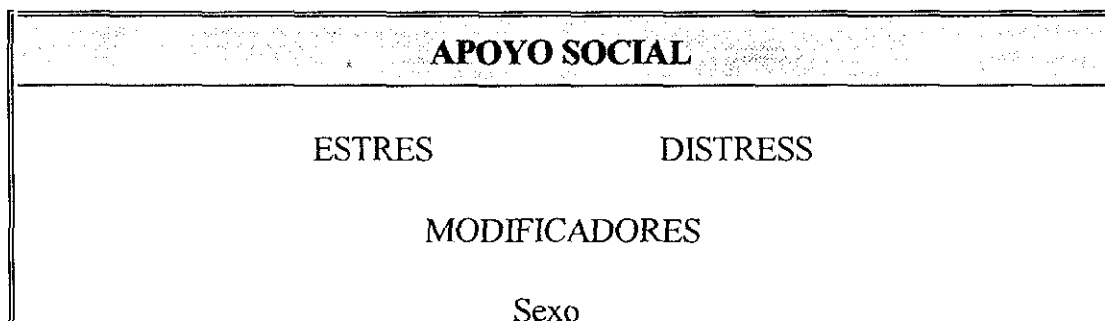
Una función básica de la red social es la de prestar el denominado "apoyo social". Bowling (57) definió el apoyo como el conjunto de las transacciones no regladas realizadas entre los individuos. Tilden (58), lo define el apoyo social como la ayuda tangible y psicosocial provista por la red social y dirigida hacia el

individuo. Derenowski (59) se refiere al apoyo como el conjunto de recursos emocionales y materiales provistos de forma espontanea por los individuos. A su vez Cohen y Syme (60) delimitan el apoyo como los "Recursos provistos por otras personas" recursos que pueden ser económicos, emocionales, instrumentales y de información. En el mismo sentido Roberts, (61) señala que se puede considerar el apoyo social como "un intercambio de recursos percibido al menos por dos individuos, uno que provee y otro que recibe, con objeto de aumentar el bienestar del que receptor " .

Se podrían resumir las definiciones expuestas, referidas al concepto de apoyo social entendiendo la presencia estable de relaciones humanas, incluidos todos aquellos lazos de contenido positivos (estrés) que influyen favorablemente en el bienestar de la persona, aunque no sean percibidos por ella ni vividos como una experiencia valorada. Así como, todos aquellos nexos de contenido negativo ("estrés" o "distrés") en cuyo entramado se halla inmerso el individuo.

El estrés es un concepto dinámico inducido por una actividad o un evento. En cambio, el "distress" es un estado, una consecuencia, está relacionado con la personalidad y es siempre negativo. Ambos conceptos están relacionados entre si y se hallan asociados tanto al bienestar mental y salud física. En una situación de estrés (enfermedad, jubilación muerte de un familiar, perdida de trabajo) la falta de apoyo origina "distres".

CUADRO 2: ESTRÉS/ DISTRÉS



Edad Educación Clase social

Otras variables tales como el sexo, la edad, la educación y la clase social pueden influir y modificar este sistema situacional y las relaciones existente en su seno (62).

La conformación teórica del apoyo social procede de los seminarios realizados por Cassel y Cobb (56) sobre distintos estudios médicos. Cassel desde el ámbito de la epidemiología sostuvo que la presencia de determinados factores ambientales contribuía a aumentar el riesgo de padecer enfermedades. Esta hipótesis fue estudiada tanto en el hombre como en los animales y los resultados obtenidos la confirmaron plenamente. Cassel reconoció que la existencia de fuertes lazos sociales era la mejor forma de ayuda a disposición del individuo para prevenir las enfermedades.

La Antropología, la Psiquiatría y la Psicología fueron las disciplinas que primeramente percibieron los efectos de las redes sociales sobre los individuos. Sin embargo, parece que fue la epidemiología la que conceptualizó el fenómeno que denominó “apoyo social” e inició formalmente su estudio. En cualquier caso, quizás sea aun demasiado pronto para hacer afirmaciones tajantes en este sentido.

El interés de Cobb por el apoyo social como moderador del “estrés” no solo se materializó en el campo de la práctica clínica sino que también se manifestó en sus intento de profundizar en el análisis del constructor “constructor” del apoyo social. El autor señala que el apoyo social es multidimensional y que produce numerosos efectos sobre la salud. El hecho de sentirse amado, querido, estimado y valorado y el sentimiento de pertenecer a una determinada red social, en definitiva, el apoyo social protege de los estados patológicos, acelera la

recuperación y ayuda a que se produzca una mejor interacción entre el médico y el paciente. En los estudios sobre el apoyo social y su relación con la salud Cobb y Cassel estiman que se han alcanzado conclusiones en gran medida definitivas en lo que se refiere a la consideración del apoyo social como poderoso instrumento que minimiza los efectos negativos de una situación crítica (medio de parar el primer golpe). Sin embargo los resultados han sido menos concluyentes en cuanto a la aceptación del apoyo social como medio de aliviar al paciente en el periodo de seguimiento (periodo postcrítico), adaptación a la nueva situación y posible mejoría del enfermo.

En las investigaciones sobre las necesidades de salud de los individuos, se ha observado que la falta de apoyo social ha sido considerada un factor pronóstico de mortalidad y morbilidad de múltiples enfermedades (63) (64). Numerosos investigadores han descrito la existencia de sistemas de apoyo "formales" (institucionalizados) y también sistemas de apoyo "informales". En efecto los elementos "formales" constituyen sistemas institucionalizados, organizados y reglados de la sociedad. Incluyen, entre otros, los hospitales, las intervenciones médicas, la atención de urgencia, los sistemas de rehabilitación psicosocial, el denominado "manejo de casos" y los servicios sociales. Por su parte, los elementos de apoyo "informal" objeto de la presente investigación, se consideran sistemas no reglados que aparecen espontáneamente en el sistema de relación del individuo. Incluyen diversas redes sociales tales como las familiares, las laborales y las relaciones religiosas y recreativas que surgen de forma natural. Estas relaciones sociales aunque no sean percibidas por los participantes como sistemas genuinos de tratamiento clínico, resultan ser, quizá, los instrumentos más eficaces a la hora de influir sobre la evolución de las enfermedades y sobre el bienestar del individuo. Las investigaciones llevadas a cabo en los últimos años se han centrado en definir y describir las características de las redes sociales que

facilitan el desarrollo y mantenimiento de la salud física, psíquica y social a través del apoyo social (65).

Diversos autores han intentado precisar qué características de la red son las que facultan para prestar apoyo ante el estrés y son a su vez las que influyen en la aparición y evolución de los trastornos de salud. Cobb (66) afirma que las redes sociales influyen en el proceso de la enfermedad a través de su actuación sobre la adecuada transmisión de la información. Otros autores se inclinaron por la contribución de ciertas tareas, que tienen que ver con la comunicación que mantienen los miembros de la red (67). Gerard Caplan (68) sostiene que el apoyo proporcionado por las redes sociales se hace a través de dos mecanismos; "apoyo emocional" y "apoyo instrumental". Seeman y Syme (69) señalan finalmente que el apoyo puede ser también financiero, emocional y cognitivo.

El denominado "factor social del estrés" desempeña una función esencial tanto en el estrés psicológico como en el estrés físico. El problema fundamental consiste en determinar si la ausencia de apoyo social real constituye un factor desencadenante de la aparición de estrés físico psíquico y social. Mueller (70) señala que la ausencia de vínculos sociales adecuados tiene una influencia negativa (interrumpe las interconexiones) en la red social de apoyo al individuo. El autor trata de determinar algunas de las características de las redes sociales, tales como la escasez de lazos afectivos, la falta de comunicación o la soledad, que son causantes de las relaciones problemáticas y conflictivas del individuo frente a su entorno.

Los trabajos de Cassel (71), Barrera (72), Lin, Dean y Ensel (73), Friis (74), establecieron una correlación positiva entre pérdida de apoyo social y enfermedad física y mental. Berkman (75) por su parte en su estudio longitudinal de 9 años de seguimiento de pacientes de Alameda de County sobre una muestra de población 3.000 personas, mayores de 65 años, observó que la falta de apoyo

social es un predictor de mortalidad y morbilidad, así como de institucionalización y mayor consumo de recursos sanitarios. Este estudio ha sido uno de los básicos para la elaboración del protocolo de la presente investigación. De este modo, parecería así, ampliamente confirmada la hipótesis de los profesionales de la salud según la cual ciertas características de la red social contribuyen al mantenimiento y mejoría de las enfermedades físicas y mentales.

Refiriendonos específicamente a la influencia del apoyo social en pacientes con IAM, el objeto de estudio de la presente investigación, cabe mencionar a Berkman (76) quien observó que la falta de apoyo emocional estaba asociado a la mortalidad producida a los seis meses de padecido el infarto. Otros estudios han mostrado que un apoyo social limitado puede ser considerado un factor de riesgo asociado a una recuperación insuficiente en los pacientes con IAM (77). Igualmente, merece señalarse el hecho de que el apoyo social constituye una de las variables que mayor influencia tiene en la modificación del comportamiento del paciente cardiovascular y por tanto, también en su recuperación (78). Asimismo, se ha demostrado que el apoyo recibido de la familia y los amigos es una de los factores más significativos asociadas al comportamiento, reacción y evolución del enfermo (79). Se ha comprobado, en efecto, que vivir solo después de un ataque cardíaco es un factor de riesgo asociado a un pronóstico desfavorable (80). Algunos autores sostienen, incluso, que la falta de apoyo es un elemento negativo a considerar, comparable con el riesgo de fumar (81).

Medidas de red social y apoyo social.

Introducción.

El apoyo social puede desempeñar múltiples funciones globales tales como apoyo emocional, económico asistencial e instrumental de información de los que se derivan otras funciones más concretas y específicas como pueden ser: un consejo, una charla un trabajo o un intercambio.

La gran diversidad de funciones que cumple el apoyo social ha propiciado que el concepto haya sido utilizado en muy diversos sentidos, a veces , como red social, aunque no debe considerarse rigurosamente como sinónimo de esta. Otras veces se entiende el apoyo social como la posibilidad de tener acceso a personas confidentes a las que se pueda expresar sentimientos íntimos, o bien, simplemente, como la mera disponibilidad de compañía. En definitiva , el concepto de apoyo social ha sido identificado como una relación humana relevante y significativa.

Esta falta de unanimidad del concepto de apoyo social hace que existan tantas medidas de apoyo como definiciones . Por ello, antes de comenzar un estudio basado en el denominado “apoyo social” es necesario decidir sobre cuales sean las dimensiones que se desean medir que, a su vez, vendrán determinadas por la naturaleza de la definición adoptada. La definición elegida dependerá, por su parte, del contexto en el que se inserte el objeto de estudio. Así, una medida de apoyo social para niños, enfermos crónicos, deberá ser diferente a la utilizada en un análisis referido a pacientes referidos con IAM. En el primer caso, se consideraría, de forma preferente, la relación padres-hijo, mientras que en la segunda situación se trataría de centrar el estudio en las relaciones existentes entre adultos. Así pues, tanto la definición como la medida deben de adaptarse a la naturaleza y características del objeto de análisis (82).

Se ha señalado la diversidad de funciones que desempeña el apoyo social junto con la existencia de numerosas definiciones. Así, unos estudios atienden a la cantidad y al tamaño de las conexiones (numero de personas que integran la red); otros a la cualidad de tales relaciones; otros al grado y forma de estos lazos

sociales; otros a la disponibilidad y adecuado apoyo percibido y, en fin, otros estudios se centran en la satisfacción que proporcionan los citados nexos sociales. En definitiva, la falta de una definición única de apoyo social, por un lado, y la diversidad de elementos que integran el concepto, por otro, reflejan las dificultades de su estudio y mediatizan, en alguna medida la significación de los resultados de cualquier investigación sobre dicho objeto (83).

Categorías de medida de apoyo social y red social.

Dada las numerosas escalas de apoyo y de red social en este apartado he introducido la clasificación realizada por Sarason (84) como muestra de la variedad existente y porque se ajusta a los planteamientos teóricos del presente trabajo.

Genéricamente se pueden distinguir tres aspectos en la medida de la red social y el apoyo social: el tamaño, la estructura y la función. El tamaño y la estructura de una red social pueden considerarse como condiciones necesarias para recibir ayuda. Para medir el tamaño preguntamos por el número de personas que integran la red. La estructura se puede medir por la frecuencia de los contactos y ciertos aspectos ampliamente mencionados como la intensidad de los lazos afectivos, la posición del actor, la proximidad geográfica, los aspectos culturales etc. La función se mide, en general, en una amplia gama de posibilidades, que se extienden desde las funciones instrumentales, emocionales y cognitivas.

Las medidas de apoyo social pueden ser clasificadas en tres categorías:

- 1/ Medidas de red social .
- 2/ Medidas de apoyo social percibido.

3/ Medidas de percepción de apoyo.

Medidas de red social.

Las medidas de red social estudian la integración social del individuo dentro del grupo y las interconexiones que existen entre sus miembros. En general, las medidas de red social mantienen cierta uniformidad. No obstante, pueden existir ciertas diferencias entre ellas, en cuanto a su aplicación a poblaciones particulares (niños, ancianos, enfermos que han padecido un infartados) o poblaciones generales. También pueden diferir en relación al tamaño de red que identifique el sujeto de estudio. En otros casos las diferencias pueden aparecer en relación a la densidad, frecuencia e intensidad de los contactos. Otros estudios centran su atención en destacar la función que cada miembro de la red ejerce dentro del grupo. Parece obvio que el objetivo de las medidas consiste no solamente en evaluar la diferente composición de la red sino también el entramado que se produce en su seno de forma que le sea posible percibir el apoyo.

Existen otro tipo de medidas, las llamadas " Medidas de integración social" desarrolladas, preferentemente, por los epidemiología. Este tipo de medidas entienden la red social en un sentido más informal y limitan la extensión de la red a la existencia de tan solo, dos, tres o, como maximo, cuatro tipos de lazos. Estos modelos, elaborados en el ámbito de la epidemiología, tratan de estudiar la integración dentro del grupo y, asimismo, intentan identificar a las personas que prestan apoyo y a aquellas otras que lo reciben. Constituyen un tipo determinado de escalas que ha sido usadas para estudiar las grandes poblaciones y, también, en estudios longitudinales, por otro lado, es preciso señalar que la simplificación de las encuestas utilizadas en tales modelos facilita de forma decisiva, el trabajo de campo.

Medidas de apoyo social recibido .

El objetivo de estas medidas es conocer el apoyo recibido para así poder realizar una intervención de ayuda. Ello significa que el apoyo se ofrece a aquellas personas que por circunstancias sociales, físicas y psíquicas necesitan recibirlo. El concepto de apoyo social recibido se entiende como el conjunto de los actos de otras personas que pueden ser contemplados como acciones de ayuda. En realidad, es una forma de asistencia individual

Uno de los resultados más significativos obtenidos en las investigaciones sobre el apoyo recibido, viene constituido por la falta de percepción de estas ayudas por parte de los enfermos. En otras palabras, la sensación percibida es claramente diferente a la necesidad planteada.

Uno de los grandes problemas que esta medida presenta viene dado por las implicaciones que el apoyo recibido tiene en la promoción de la salud. Es preciso tener en cuenta no solo la necesidad de ayuda sino también su disponibilidad. Finalmente, habrá que establecer una diferenciación entre los distintos tipos de medidas en función de la clase de apoyo que se desea cuantificar.

Medidas de percepción de apoyo.

Las medidas de percepción de apoyo que estudian la apreciación del mismo y su adecuación a la necesidad planteada son las llamadas escalas de apoyo social percibido. La importancia de la percepción de apoyo ha sido ampliamente destacada en los estudios dedicado al análisis del apoyo social. La percepción del apoyo esta estrechamente relacionada con la valoración cognitiva y los rasgos psicológicos del paciente. En efecto, la conciencia del apoyo tiene mucho que ver con experiencias individuales pasadas. En este caso, la elección de

la escala de medida viene determinada por el modelo que debamos probar. Los investigadores de la percepción de apoyo sostienen que es preferible los instrumentos existentes ajustándolos a nuestro objeto de medición antes que diseñar otros nuevos. Mas concretamente se deberá realizar un pretest que mida la validez y fiabilidad de los instrumentos de medida utilizados.

Sociometria.

Al referirnos a las medidas de red y apoyo social conviene mencionar las destacas aportaciones llevadas a cabo por la sociometria. En efecto, paralelamente al estudio de las redes sociales surge un método de análisis cuyo objetivo es estudiar las relaciones sociales. La sociometría trata, así, de descubrir el entramado de lazos que surge entre individuo a individuos, las relaciones que aparecen entre ellos y el rol que cada miembro desempeña dentro del grupo del que forma parte.

Esta técnica de investigación fue iniciada por Jacob L. Moreno (85) con el fin de analizar la vinculación existente entre los individuos que componen un determinado grupo social. Moreno llevo a cabo su estudio en el ámbito de grupos pequeños que el investigador mantenía bajo su control. En realidad, tal como fue planteada originalmente la investigación podría denominarse “la sociología de los pequeños grupos”.

El fundador de la sociometría estableció el supuesto de que muchas modalidades, anómalas o no, del comportamiento colectivo podían ser explicadas y puestas de manifiesto a través del entramado de las vinculaciones existentes entre los miembros del grupo". Este línea de investigación contribuyó a abrir nuevos horizontes en el campo de los estudios sociológicos. Los trabajos de Moreno fueron el inicio del análisis de los canales de la información, de la

comunicación, de la influencia que determinados individuos ejercen dentro del grupo, así como de las razones que existen para que surjan determinadas preferencias dirigidas hacia un miembro destacado del grupo. En definitiva este enfoque supuso el inicio del estudio del liderazgo.

El interés de la sociometría radica sobre todo en la posibilidad que ofrece de descubrir la verdadera estructura interpsicológica de un grupo para poder compararla, así, con su estructura formal. La sociometría, permite por tanto, identificar la naturaleza de números conflictos internos de grupo.

Por lo que se refiere a la metodología, los estudios sociométricos utilizan preferentemente los cuestionarios, aunque los datos obtenidos a través de la observación u otra clase de informes pueden ser también esenciales en un análisis sociométrico. En esencia, la sociometría no es tanto un procedimiento de recogida de datos como un enfoque específico que atiende, especialmente, a un tipo de objeto de estudio, junto con un a serie de métodos ajustados a dicho objeto de análisis.

El cuestionario o entrevista sociométricos, tal como se utilizan en la práctica habitual incluye, simplemente la pregunta a cada miembro del grupo referida a que cada individuo indique con que otros miembros querría compartir alguna actividad y también a quienes *no le gustaría tener por compañeros*. Algunas veces, se permite que la persona interrogada diga tantos nombres como desee; es más frecuente, sin embargo, que se limite el número. Por otro lado se supone que la expresión de las preferencias tiende a ser más sincera cuando el sujeto cree que de ellas resultará algún arreglo social.

Cuando el interés se centra en la conducta actual, referida tanto a la iniciación como a la recepción, puede observarse a los participantes en acción y las relaciones que existen entre ellos. Sin embargo cuando este interés va dirigido

a la interacción deseada o imaginada, o a los sentimientos sobre la interacción con determinados individuos, es necesaria la obtención de informes verbales.

Los datos sociométricos pueden proporcionar información sobre la posición de un individuo en el grupo, sobre las subagrupaciones sociales dentro del grupo, sobre las relaciones entre los subgrupos de cohesión del propio grupo, etc. Los datos de este tipo han sido utilizados en los estudios de liderazgo y de relaciones entre grupos étnicos, en los análisis de los efectos de tratamientos experimentales sobre estructuras de grupo, y de las consecuencias de las variaciones en la estructura del grupo sobre la conducta de los miembros del mismo, así como en las investigaciones de las características de los individuos que son frecuentemente elegidos y aquellos que rara vez lo son.

Los cuestionarios sociométricos son fáciles de administrar y son adaptables a distintos tipos de situaciones. Los estudios realizados para comprobar la fiabilidad de los datos sociométricos, sobre la base de test repetidos, indican que si bien puede haber considerable variación en elecciones específicas, los esquemas de interacción del grupo y las diversas puntuaciones o índices derivados de los datos son bastante estables. A pesar de su facilidad de administración, sin embargo, el análisis de los datos sociométricos es relativamente complejo.

La forma de análisis sociométrico se ha utilizado ampliamente en sociología, incluso ha alcanzado el ámbito de otras disciplinas como es el caso de la biomedicina.. Actualmente la sistemática del enfoque sociométrico se utiliza en el estudio de la red y del apoyo l. Las diferencias existentes en estos dos tipo de estudio aparecen en la parte descriptiva del análisis mas que en la investigación analítica propiamente dicha (86).

Condicionamientos metodológicos de las medidas de apoyo social y red social.

No es posible dar por concluida nuestra referencia a las medidas de red social y de apoyo social sin mencionar las numerosas limitaciones que presentan. Autores como Heitzmann y Kaplan (82), O'Reilly (83), Sackett (87), Olsen y Ivers (88), Sherbourne (89) sitúan la problemática de su estudio en tres áreas:

- a/ Problemas conceptuales de definición de apoyo social.
- b/ Problemas de medición.
- c/ Problemas de validez y fiabilidad.

Problemas conceptuales de la definición de apoyo social.

Uno de los problemas más serios que aparecen en el estudio del apoyo social viene dado por la gran variedad de definiciones de apoyo existentes así como por la frecuente confusión entre apoyo y red social. El apoyo es contemplado como un proceso interactivo en el cual acciones particulares o de comportamiento pueden tener un efecto social, psicológico y físico, positivo sobre el individuo.

La red social, por su parte, es un concepto analítico utilizado para describir la estructura de lazos existentes entre los individuos y los grupos de individuos. Las redes tienen una gran variedad de funciones, de las cuales la provisión de apoyo es una de ellas.

El apoyo social se provee a través del comportamiento o las acciones de los miembros de la red y viene determinado, en gran medida, por el tamaño y la

estructura de esta. El análisis de la red puede ofrecer una aproximación al conocimiento efectiva de cómo funciona el apoyo, aunque la red no debe ser confundida con el apoyo que sus miembros se transmiten entre sí.

Problemas de medición.

La variedad de definiciones lleva a su vez implícita una gran diversidad de escalas para medir el objeto de estudio. Las limitaciones que presentan su utilización responden a tres aspectos: delimitación, formato y dimensión del apoyo.

Delimitación. La primera distinción relevante viene referida al hecho de si las preguntas para medir el apoyo son elaboradas para uso general o para una población específica. Cuando se incluyen preguntas para una población específica, los investigadores deben ser capaces de identificar los problemas relativos al tipo y la provisión de apoyo de la mencionada población, sea esta integrada por ancianos, enfermos psiquiátricos, cardíacos, reumáticos, enfermos de sida, trabajadores manuales, compañeros de trabajo etc. Cuando el cuestionario se elabora para una población en general, pueden existir múltiples conceptos alternativos lo que puede derivar en una arriesgada confusión terminológica y conceptual.

Las medidas menos apropiadas son aquellas que se basan en muy pocos ítems y hacen recaer el apoyo en la presencia de una sola persona. Así mismo resultan relativamente poco rigurosos aquellos estudios referidos exclusivamente a un determinado momento del tiempo. En el mismo sentido, las preguntas específicas planteadas de forma retrospectiva introducen sesgos que pueden mediatizar la significación de los resultados obtenidos. En suma, el uso de

estudios longitudinales debe ser preferido a los análisis transversales y a los retrospectivos.

Formato. Los investigadores del apoyo social suelen usar, en general, dos formas para facilitar la información del apoyo: formas de red y proveedores de apoyo. Sin embargo es preciso considerar, además, el nivel en que se va a llevar a cabo dicha valoración. No puede dejarse de lado el hecho de que el contenido de la relación es el que define la red a considerar. Se tendrá en cuenta la superficie que ocupa cada red y también el contenido de relaciones objeto de análisis. Otras cuestiones que deben ser resueltas se refieren a los límites imprecisos al recoger los datos del apoyo social, y sus correspondientes redes. Los límites los establece, los puede establecer el propio sujeto al ser interrogado sobre el "contenido relacional" y al responder acerca de las personas que ve, aquellas de las que se siente próximo y con las que puede contar cuando tiene una necesidad, es decir las personas más significativas para él.

Todas, estas características de la red social percibida por el sujeto, nos proporcionan el marco estructural y dinámico de las relaciones. Sin embargo, para hacer operativas, los investigadores utilizan lista de ayudas o soportes de acciones o comportamientos obteniendo de esta forma información sobre la ayuda que los entrevistados reciben o esperan recibir.. Para los proveedores de apoyo se elabora también, un listado de individuos que supuestamente tienen relación con el individuo paciente del estudio referida al tipo de apoyo que se este analizando. Se suele permitir al entrevistado la inclusión de sujetos que considere relevantes. En este sentido, Bengtson y Mangen (90) afirman, que la clase de apoyo que tendría mayor relevancia, depende no solo de la estructura o del tamaño de la red, sino también de la calidad de las relaciones.

Dimensión del apoyo. Por otro lado, los investigadores deberán elegir la medición del apoyo social como una variable única o desglosado en sus

componentes: ayuda tangible, apoyo emocional, instrumental, disponibilidad para hacer confianza a alguien. Un problema adicional de la dimensión específica del apoyo es la percepción subjetiva de la ayuda. La percepción puede estar basada en las experiencias pasadas, y también en las expectativas futuras, o bien puede verse influida por los rasgos de la personalidad de cada individuo, por el sentimiento de tristeza, y por la sensación de pérdida de salud.

Fiabilidad y validez.

Finalmente, es preciso tener en cuenta que un instrumento de medición puede ser recomendado o defendido si cumple dos propiedades fundamentales: fiabilidad y validez. La fiabilidad de un cuestionario viene dada por la precisión con la que lleva a cabo la medición. El instrumento de medición se considerara fiable si las medidas que se realizan con él carecen de errores de evaluación, y además son consistentes y precisas. Por ejemplo, una balanza es fiable si cada vez que pesamos el mismo objeto nos da el mismo resultado. Análogamente, un cuestionario será fiable si cada vez que se aplica a los mismos individuos obtenemos los mismos resultados. No sería fiable obviamente si cada día registrase mediciones distintas de una variable que se supone estable.

La validez, a su vez se refiere a la precisión del cuestionario para ajustarse al objeto de medición. La validez es el poder productivo, es decir el coeficiente de correlación obtenido entre las puntuaciones directas del cuestionario y las puntuaciones directas del criterio.

Síntesis final de las limitaciones metodológicas.

Todos los aspectos señalados plantean algunas limitaciones metodológicas en el objetivo de determinar el tipo de estructura de red social más beneficiosa en términos de ayuda y apoyo social.

En todo caso, conviene tener en cuenta algunos de los problemas a los que se deben enfrentar los estudios relativos a la red social y su relación con el apoyo social:

- La imprecisa conceptualización del apoyo social y su compleja maniobrabilidad operativa debido a la existencia de numerosas definiciones de apoyo social y a la frecuente confusión entre apoyo y red social .

- La instrumentación de numerosas medidas de apoyo social. Muchas de ellas carecen de las propiedades métricas de validez y fiabilidad necesaria, otras difieren substancialmente en la extensión, objeto y la naturaleza del apoyo social .

- Las limitaciones para cuantificar la medida de red social como vehículo transmisor de apoyo social.

- La relativa falta de fiabilidad y validez de algunas de las escalas utilizadas.

En definitiva, considerando las dificultades metodológicas relativas que presenta la medición del apoyo, para el presente estudio se ha utilizado el Índice de red social de Seeman y Berkman (9), que define el apoyo como "un intercambio de recursos, de orden material y emocional , entre los individuos de la red con objeto de aumentar el bienestar de aquel que lo recibe". El índice de red social mide las características más relevantes de la red y del apoyo social tales como: tamaño, estructura (densidad, interacciones, duración, frecuencia de

interacciones y proveedores), y el apoyo "instrumental y emocional" en sus dos dimensiones de adecuado y percibido.

3.3 Calidad de vida.

Introducción.

El número de pacientes que sobreviven a un infarto de miocardio y que evolucionan hacia un estado crónico de esta enfermedad, prolongando, así, su supervivencia, esta aumentando progresivamente en los países desarrollados. Por este motivo, mejorar la calidad de vida de estos enfermos se ha convertido en uno de los objetivos esenciales de su tratamiento (91). En consecuencia, es necesario que los profesionales de la salud evalúen a los pacientes, no sólo desde la perspectiva cuantitativa: cantidad de años vividos sino también desde una consideración cualitativa: calidad de vida de los mismos. En definitiva, lo que se trata es de combinar los datos objetivos, obtenidos a través del diagnóstico y práctica clínica, con los factores subjetivos detectados a través de las diferentes áreas que intervienen en el concepto de calidad de vida (92).

Las medidas más comunes, utilizadas hasta ahora, para medir la calidad de vida han sido la mortalidad y la morbilidad. La mortalidad mide la cantidad de años vividos (esperanza de vida) aunque no informa de la calidad de los mismos.

El análisis de la mortalidad de la población constituyó un avance sustancial en la evaluación de los estados de salud de diferentes grupos de estudio. Sin embargo, la mortalidad no siempre identifica las causas de muerte, debido a la variabilidad en la interpretación de los agentes causantes, ciertas tendencias prevaletentes en cada momento en el ámbito de la medicina y los procedimientos

clínicos utilizados para el diagnóstico. Por otro lado, tampoco informa de otras variables como pueden ser los sentimientos, el dolor, los problemas sociales y físicos.

La mortalidad no siempre implica una relación estricta con la morbilidad de la población objeto de estudio. Así, puede tratarse de una población que presenta una relativa baja mortalidad y a la vez una tasa elevada de enfermedades crónicas que no producen la muerte pero que son la causa de serias incapacidades y, por tanto, de una baja calidad de vida.

Aunque la medición de la mortalidad presenta grandes limitaciones, la estandarización de las tasas nos facilita información acerca de la influencia que sobre ella ejercen ciertas variables tales como: la edad, el sexo y la clase social. Al mismo tiempo nos permite realizar comparaciones entre países, grupos sociales, profesiones etc. Otra de las ventajas de la mortalidad y sus mediciones es que representa un valor exacto, inequívoco, dado que la muerte no presenta ninguna ambigüedad en su determinación. No obstante, se trata de una medida demasiado tosca para ser utilizada como único criterio de evaluación.

Concepto de calidad de vida.

La calidad de vida es un concepto básico utilizado para cualificar el estado de bienestar de una persona que engloba un amplio espectro de capacidades, síntomas y características psicosociales, que sirven para describir toda una serie de habilidades individuales generadoras de satisfacción para el individuo. Por ello, la CV podría ser definida como la situación en la que una persona puede cumplir adecuadamente y con autosatisfacción sus funciones, en las distintas áreas personales, familiares, laborales y sociales (93). El nivel de CV y sus alteraciones

va a depender no sólo de la enfermedad, sino también de su tratamiento y sobre todo, de las condiciones familiares y sociales que rodeen al paciente.

Actualmente, no existe un consenso amplio sobre la definición de calidad de vida. Hay pocas investigaciones empíricas que hayan logrado definir con precisión las cualidades de la vida que le dan un valor adicional a la salud, por encima de la mera supervivencia. Mendola y Pelligrini (94) han definido la calidad de vida como un modo individual de conseguir una situación social satisfactoria dentro de unos límites de capacidad física percibida. Shin y Johnson (95) han sugerido que la calidad de vida consiste en poseer los recursos necesarios para satisfacer las necesidades individuales, queridas y deseadas: participar en actividades que exijan una capacitación suficiente e impliquen un desarrollo personal adecuado que incluya unas determinadas expectativas de futuro, así como una percepción gratificante de la situación de uno mismo con respecto a los otros.

Siguiendo esta línea de investigación, Patterson (96) estudia las distintas concepciones de calidad de vida identificando ciertas características consideradas esenciales para evaluarla. Estas incluyen: estado general, representación de ese estatus, bienestar general, estado emocional y estado económico. Todas ellas están incluidas dentro de la proposición expuesta por Shin y Johnson anteriormente citado (95).

Otros autores, sugieren que la calidad de vida depende de las expectativas futuras y el diferente valor que cada persona atribuye al mismo grado de discapacidad o bienestar. Lo cual dificulta la obtención de una medida universal del valor de utilidad en los diferentes estados de salud y enfermedad. Así, un hombre enfermo puede estar muy satisfecho en su trabajo y, por el contrario, un hombre sano puede estar muy insatisfecho. En realidad, todos estos aspectos vienen determinados por experiencias y conocimientos previos.

Básicamente la calidad de vida es reconocida como un concepto de representación individual y de respuesta del paciente al estado físico, psíquico y asimismo incluye los efectos sociales de la enfermedad sobre las actividades de la vida diaria, decisivas en la percepción de la satisfacción personal. La concepción de la CV, que contempla a ésta como un mero estado de bienestar calificado de “adecuado”, resulta claramente insuficiente es preciso incluir en el concepto de CV la percepción personal de “sentirse bien” junto a unos niveles básicos de mejoría y de satisfacción. En suma, la CV es un concepto abstracto y complejo que incluye diversas áreas, todas ellas contribuyen al todo (“whole”), a la satisfacción personal y a la autoestima (“self-esteem”) (97).

Las definiciones expuestas revelan en sí la variedad de elementos que pueden ser incluidos en la CV. Los más generales son, los aspectos de la salud, el sueño, la relación, el trabajo, el grado de integración social y de interacción comunitaria, el equilibrio psicológico, la sensación somática, la satisfacción y la autoestima. Esta heterogénea composición del término CV dificulta su evaluación y operatividad ante la imposibilidad de utilizar criterios comunes para su medición (98).

No obstante, los estudios más recientes tienden a considerar cuatro dimensiones en la relación de calidad de vida: la salud física, el estado funcional, el funcionamiento cognitivo y el funcionamiento social (99).

- La salud física viene determinada por los síntomas de la enfermedad.

- Estado funcional comprende el cuidado personal y un nivel dado de actividad.

- Funcionamiento cognitivo entendido como estado emocional y percepción general de salud, satisfacción y equilibrio psicológico.

- Funcionamiento social que incluye los contactos sociales y la interacción.

Medidas de calidad de vida.

La morbilidad a su vez es una medida cualitativa que nos indica la calidad de los años vividos. Tradicionalmente la medicina analizaba las enfermedades en términos de patologías padecidas, siendo este, un dato directo para conocer el estado de salud de la población. Sin embargo, presenta limitaciones considerables ya que la información se obtiene a través de los profesionales de la medicina sin tener constancia del punto de vista del paciente. Otra forma de medir la morbilidad es estandarizar las enfermedades existentes usando parámetros susceptibles de ser valorados en todas ellas. Ahora bien, la ausencia de ciertos datos reduce, a veces, la calificación de las enfermedades al número de días que el paciente está ausente del trabajo, despreciando la existencia de enfermos no integrados en el mundo laboral. Por otro lado, hay que tener en cuenta el diferente comportamiento de los individuos ante la enfermedad. En efecto, parece evidente que los pacientes más sensibles contabilizaran mayor absentismo laboral que los menos sensibles.

Actualmente, las entrevistas están siendo utilizadas como la medida más fiable para la obtención de datos sobre morbilidad, a pesar de los altos costos que requiere su ejecución en cuanto al personal que ha de llevarlo a cabo y su cualificación. Es preciso tener en cuenta además la dificultad que supone definir la enfermedad objeto de estudio así como la severidad de la misma lo que hace que nos podamos encontrar, en la práctica, a dos pacientes que tienen la misma enfermedad y, sin embargo, diferente incapacidad. Una vía para solucionar este problema consiste en ignorar el diagnóstico específico y limitarse a medir el grado de incapacidad producida por la enfermedad. Así, podríamos comparar una isquemia cardíaca y una bronquitis crónica centrándonos en evaluar la influencia que cada una de estas enfermedades ejerce en el normal funcionamiento del paciente.

Existen varias medidas disponibles para conocer la capacidad funcional del individuo. Su objetivo es evaluar la calidad de vida de los pacientes haciendo énfasis en las actividades habituales de la vida diaria y en sus funciones física, psíquica y social. Su aplicación práctica se materializa en la evaluación numérica de cada una de las funciones, tratando de poner de manifiesto el grado de alteración que se ha producido en el nivel de calidad de vida del paciente como consecuencia de la enfermedad.

Las medidas de salud tienen como finalidad evaluar la calidad de vida y están basadas en las valoraciones físicas realizadas por el propio individuo.

El desarrollo de las medidas del estado de salud han sido estimuladas ampliamente en EEUU y en el RU y su origen se remonta a los años sesenta como consecuencia de la iniciativa llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud para estimular la investigación sobre indicadores de salud positiva.

Los primeros estudios, realizados a través de cuestionarios se llevaron a cabo en pacientes crónicos, generalmente neurológicos o reumáticos, ampliándose posteriormente a pacientes cardiovasculares (100).

Guttman (101) fue uno de los primeros en utilizar escalas de calidad de vida. El objetivo era evaluar los efectos de la enfermedad sobre las actividades físicas: comer, bañarse, vestirse, desnudarse y caminar. Bradburn (102) fue también uno de los pioneros en el desarrollo de medidas de bienestar. Su aportación fue el denominado "Índice Psicológico de Bienestar". Por otra parte, Dupuy (103) elaboro una escala de medición psicológica cuya introducción en la práctica clínica no esta siendo, en todo caso nada fácil.

Condicionamientos de las medidas de calidad de vida.

Existen grandes discrepancias entre los médicos y los investigadores clínicos sobre la definición de las medidas de salud. Los investigadores se inclinan más hacia la consideración de la auto evaluación del estado de salud presente: condiciones físicas, ansiedad, nerviosismo, depresión, proyectos futuros y expectativas sobre la salud. Los médicos, en parte debido a su formación, prefieren, sin embargo, indicadores de salud más explícitos tales como: actividades de la vida diaria, duración y frecuencia del dolor, estado de alerta etc. En todo caso, cualquier medida que se adopte debe ofrecer unos niveles adecuados de validez y fiabilidad. Las medidas habitualmente utilizadas pueden ser cuestionables, especialmente debido a los diferentes conceptos de estado de bienestar manejados. Existen además amplias discrepancias entre los médicos y los pacientes sobre la medida satisfactoria de la calidad de vida .

En este sentido, las investigaciones más recientes tratan de poner de manifiesto la necesidad de incluir la autovaloración del paciente de su CV percibida y sentida. Sin embargo, la representación real de esta medida es difícil puesto que se trata de una percepción subjetiva que debe ser susceptible de transformación en medición objetivable. No obstante, constituye un aspecto relevante de la práctica clínica al determinar, en alguna medida, la naturaleza e intensidad de los cuidados médicos que se van a recibir y/o que se van a exigir. Aparecerían aquí, intrínsecamente relacionadas, cuestiones tales como: la recepción de cuidados no exigidos y/o no queridos, así como la exigencia o petición de cuidados que, a pesar de ello no se obtienen porque la concepción objetiva que corresponde al médico no coincide con la concepción subjetiva que corresponde al paciente. Aparecen , así, dos percepciones que, en determinadas ocasiones, pueden ser abiertamente contrapuestas y pueden llegar a afectar, de este modo, negativamente a los resultados clínicos (104).

Las conclusiones avanzadas, por los trabajos de investigación sobre calidad de vida más rigurosos parecen señalar el camino de la conciliación entre la concepción subjetiva del enfermo percepción contrastada o referencial, elaborada por comparación a su estado previo de salud, y la concepción pretendidamente objetiva del médico. En definitiva, son dos visiones que se solapan en la práctica clínica, que inciden y determinan la evolución de la enfermedad.

Parecería razonable sugerir de acuerdo con los avances teóricos y científicos más recientes, el objetivo de la consideración conjunta de ambas percepciones. No obstante, quedarían aun abiertas al debate y a la investigación otras cuestiones. Entre ellas, cabe destacar el problema de cual debería ser la evaluación prevaleciente ¿ sería la del paciente ? ¿ sería la del médico?. O bien, ¿ Sería posible admitir otras calificaciones elaboradas por los investigadores clínicos o, incluso, por otros profesionales sanitarios?. Todos estos interrogantes podrán ser respondidos y contrastados por los resultados de los diferentes estudios e investigaciones que se están llevando a cabo en este ámbito.

Escalas de calidad de vida.

Las primeras escalas utilizadas para medir la calidad de vida fueron:

- Sickness Impact Profile (105)
- Nottingham Health Profile (106) (107)

- Quality of Life for Myocardial Infarction Questionnaire (QLMI) de Oldridge (108). Estas escalas miden la calidad de vida del paciente y obtienen una información multidimensional a través de numerosas variables agrupadas por áreas: sueño, comportamiento emocional, cuidado personal, mantenimiento de la casa, movilidad, ocio, interacción social, deambulacion, alerta, comunicacion,

conformando todas ellas un perfil de salud. Dicho perfil nos indica el estado de salud del paciente en un momento determinado, por lo cual es utilizado para medir los resultados obtenidos después de un tratamiento. Si la escala es aplicada en diferentes períodos de tiempo, informará de la evolución positiva o negativa del paciente a lo largo de un determinado de tiempo . Una amplia revisión de escalas de calidad de vida fue publicada por Wenger (109), seguida de una nueva revisión crítica realizada por Kaplan (110) y colaboradores en 1987, y posteriormente Streiner y Norman (111). Todos estos estudios recomiendan evaluar la calidad de vida de los pacientes a través del desarrollo de cuestionarios específicos para cada una de las distintas patologías. Así, se han utilizado, recientemente, en el área de la patología cardiovascular cuestionarios específicos de IAM y de angina de pecho, elaborados para poblaciones americanas y escandinava, respectivamente.

Cabe mencionar la denominada “técnica costo utilidad” como una nueva medida para evaluar la calidad de vida y cuya aplicación consiste en comparar el tratamiento en función de su efectividad. Es decir, el incremento del coste de un programa es estimado en relación con la mejora de la salud. Que proporciona Los efectos positivos sobre la salud son medidos en unidades naturales como son los años de vida (112).

La finalidad de la” técnica costo utilidad “ es cuantificar el grado de bienestar obtenido por el costo de un tratamiento, con el fin de determinar si ciertos tratamientos deben ser aplicados teniendo en cuenta los beneficios que se obtienen de ellos. La unidad de medida utilizada para valorar el costo utilidad denominado “QUALY’s” (“Utilidad de los años de vida”), y viene expresada por los costos de un año de vida útil. Un año de buena salud puede ser equivalente, en términos de su utilidad, a un periodo largo de supervivencia con dolor, incapacidades y malestar. En líneas generales, puede considerarse un año y medio de mala salud como similar a un año de buena salud. Las ventajas de la técnica “

costo-utilidad ” vienen dadas por su evaluación conjunta de la calidad de vida y la esperanza de vida, un aspecto especialmente significativo cuando la supervivencia no es el único objetivo del tratamiento.

Para el presente estudio y siguiendo las sugerencias de los investigadores de la calidad de vida se ha utilizado el “ cuestionario de Velasco-del Barrio” (113) por haber sido validado y mostrado su fiabilidad en nuestro país para pacientes postinfartados lo que puede ser aceptado como garantía de adecuación y rigor. Se pueden evitar así, los sesgos derivados de consideraciones culturales y de lenguaje excesivamente particularizadas.

3.4 Uso de recursos sanitarios.

Introducción.

Las leyes de la oferta y la demanda rigen la distribución de aquellos bienes y servicios que se asignan a través del mercado. En líneas generales, no es este el caso de los recursos sanitarios, en efecto, los ciudadanos de la mayoría de los países desarrollados han decidido que el acceso a los recursos sanitarios sea independiente de la capacidad adquisitiva de los individuos. Así, los gobiernos respondiendo a dicho mandato popular han regulado la producción y consumo de servicios sanitarios de tal forma que los ciudadanos puedan hacer efectivo el derecho a la salud que las constituciones de distintos países proclaman (114).

En España, el sistema sanitario esta basado en la estructura institucionalizada de la Seguridad Social que según la Ley General de Sanidad (16 de abril de 1986) tiende a organizarse en un Servicio Nacional de Salud financiado. En las tres cuartas partes de su presupuesto con recursos públicos (115). En definitiva, si consideramos que los poderes públicos facilitan el acceso, libre prácticamente gratuito, al consumo de los servicios sanitarios de todos los cuidados, con independencia de su capacidad adquisitiva, y no lo hacen con respecto a otro tipo de bienes de consumo, es porque la sociedad en su conjunto considera que los servicios sanitarios ejercen una influencia positiva decisiva en la salud de los individuos. Influencia beneficosa de la que, se estima, ningún ciudadano debe ser privado (116) (117).

Criterios de acceso y uso de recursos sanitarios.

La provisión de los servicios sanitarios se lleva a cabo de acuerdo con determinados criterios de equidad (118) :

a/ igualdad percapita (individual) en el acceso al sistema sanitario

b/ igualdad per capita (individual) en la utilización de la asistencia sanitaria,

a/ La igualdad en el acceso

Se refiere tanto a la disponibilidad de recursos en iguales condiciones de tiempo y distancia (equidad geográfica), como al acceso igual en términos de pago (equidad personal y social).

El pago como contraprestación por los servicios sanitarios no se produce, lógicamente, en aquellos países en los que la asistencia sanitaria es financiada a través de impuestos o mediante algún sistema de seguridad social. En estos casos el coste de oportunidad viene dado por el tiempo utilizado en acceder a la consulta médica así como del coste del transporte. No obstante, el criterio de acceso requiere alguna medida de necesidad relativa que nos permita hacer comparaciones entre diferentes comunidades y grupos de población, ajustándola según la composición por edad, sexos y estado de salud (119).

b/ Criterio de utilización:

En este criterio es en el que más se precisa disponer alguna medida de necesidad que viene dada por las características de la población de que se trate. En efecto, la utilización de los servicios sanitarios es el resultado de la interacción entre la demanda y la oferta sanitarias existentes. Los factores que van a condicionar la demanda en mayor medida son además de la accesibilidad la edad, el sexo, el nivel de estudios, el estatus socioeconómico y la autopercepción del estado de salud.

La oferta, por su parte, en un sistema sanitario financiado con recursos públicos vendrá determinada, casi exclusivamente, por las necesidades expresadas por la demanda, sin atender, de forma significativa, a consideraciones de costes u otros criterios económicos. La rentabilidad que se va a obtener de la salud de la población prevalece sobre cualquier otro indicador.

Medidas de la demanda sanitaria.

Tradicionalmente, los indicadores de la demanda sanitaria de los servicios de salud se han limitado a las cifras de consumo de cuidados médicos, obtenidos a partir de registros de los centros sanitarios con actividad asistencial: número de consultas al médico, número de días de hospitalización, consumo de farmacéutico, etc. No obstante, a la hora de distribuir, organizar y evaluar los recursos sanitarios- principales funciones de introducir la planificación sanitaria es necesario disponer de información no solo de este grupo de personas que usan los recursos, sino también de las características de aquellos otros individuos que no los utilizan. Por otro lado, una distinta utilización de estos servicios no indica que la morbilidad o la necesidad de cuidado varíe. Habrá que complementar los indicadores de demanda con otros que nos permitan conocer la prevalencia de determinadas enfermedades, o bien que ofrezcan alguna otra medida de morbilidad, ya que las diferencias en las tasas de utilización pueden reflejar, simplemente, diferencias en los niveles de salud y no, necesariamente, variaciones en la accesibilidad.

En este sentido, hay que destacar que, quizá, haya sido la autopercepción del estado de salud la medida más ampliamente utilizada como criterio de necesidad. La autopercepción del estado de salud puede considerarse independiente de la cantidad y calidad de los cuidados de salud disponibles y muestra, por otra parte, una importante sensibilidad a las variables sociodemográficas (120).

Esta medida comenzó a ser ampliamente utilizada con el desarrollo de las encuestas de salud por entrevista. La riqueza de información recogida por los cuestionarios utilizados y las amplias muestras de población a las que se aplican permiten disponer de un valioso instrumento para acercarnos a las pautas de utilización de servicios sanitarios por la población en función de la morbilidad percibida, características sociodemográficas y exposición a riesgos específicos

relacionados con los hábitos de vida. Facilitan, además, información de los grupos de población que no han accedido al uso de servicios ofertados, posibilitando la cuantificación de las necesidades sentidas y no expresadas (121).

Los indicadores, basados en este tipo de encuestas, que se han elaborado, para el establecimiento de una relación entre necesidad y uso de servicios han sido varios. Algunos, autores como Collins y Kleind (122) han utilizado la denominada " General Household Survey " (Encuesta de salud de la población británica de 1974) y han estudiado las tasas de consulta en función de diversas categorías del estado de salud: ausencia de enfermedad, enfermedad aguda, enfermedad crónica sin restricción de actividad y con restricción de actividad.

No obstante, si se trata a la hora de establecer comparaciones, especialmente en el ámbito de la planificación sanitaria, es preferible contar con algún valor agregado homogéneo que mida la enfermedad a través de sus consecuencias, tales como la restricción de actividad, con independencia de las causas que la hubieran generado. Indicadores muy utilizados en esta área son aquellos que manejan como criterio de necesidad, los días de incapacidad. El periodo de referencia varia, aunque se remite normalmente a las dos últimas semanas previas a la entrevista, si bien algún autor, como Andersen (123), ha tenido en cuenta periodos de incapacidad anteriores al suceso actual analizado. Es decir, Andersen, junto a otros autores ha considerado el comportamiento general del paciente en relación a enfermedades pasadas.

Otra de las formas de medición de la restricción de actividad viene dada por el número de días de cama que se hayan hecho en las últimas dos semanas previas a la entrevista por cada 1000 individuos (124). El indicador de uso de servicios sanitarios en relación a los días de cama, ha sido utilizado, en alguna ocasión, para establecer la relación entre necesidad y uso de recursos (125).

Un indicador alternativo que ha tenido poca difusión es el propuesto por Andersen (123) ya citado, que relaciona las consultas observadas con las esperadas. Las consultas esperadas son establecidas por un grupo de médicos en virtud de los síntomas que han motivado a los individuos a acudir a los servicios del sistema sanitario. Se trata de un intento de establecer si el nivel de acceso a los servicios es apropiado desde el punto de vista médico o no lo es.

Finalmente, faltaría hacer referencia a las medidas de la mejora de la salud así como a los criterios de distribución de los recursos sanitarios.

El producto de la asistencia sanitaria es la mejora de la salud, que admite diversas mediciones:

a/ En unidades físicas naturales y relevantes al programa, como, por ejemplo, casos diagnosticados, tiempo de baja y años de vida ganados.

b/ Pueden medirse los beneficios directos, indirectos e intangibles en unidades monetarias (pesetas).

- Puede medirse el valor que el individuo, la familia o la sociedad otorgan a la mejora de la salud "per se", con independencia de las consecuencias económicas de esta mejora.

Por lo que se refiere a los criterios de distribución de los recursos sanitarios cabe señalar que los más utilizados habitualmente, para aquellos que se financian con recursos públicos y se asignan a través de presupuestos, asimismo públicos, pueden agruparse en tres grandes categorías:

- distribución per capita, ajustada o no ajustada
- distribución por acto o servicio sanitario
- distribución por caso, ajustado o no ajustado .

No obstante, conviene señalar que la utilización de recursos sanitarios depende de las necesidades de los pacientes, de la oferta y del nivel de acceso a los servicios (126).

En el presente estudio las unidades físicas aplicadas al programa se han realizado a partir de un cuestionario que contiene las siguientes áreas: visitas médicas, ingresos hospitalarios, asistencia médica de urgencia, consumo de medicamentos y pruebas diagnósticas, todo ello con el fin de obtener el grado de utilización de recursos consumidos por los pacientes como consecuencia de un suceso de infarto agudo de miocardio.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Ámbito de estudio.

El Hospital Universitario 12 de Octubre, pertenece al Área Sanitaria 11. La cobertura sanitaria actual es de 480.000 habitantes pertenecientes a los distritos de Carabanchel, Aguacate, Aranjuez y Orcasitas.

Datos sociodemográficos del Área Sanitaria 11. La tasa de población mayor de 65 años es de 10,8%, inferior a la de Madrid Capital (12,9%) y superior a la de la C.A.M (10,4%). La edad pediátrica (0-14 años) es un 20,2% superior a la de Madrid capital (18,7%) e inferior a la de la CAM (23,1%). Actualmente existe en el área sanitaria un porcentaje del analfabetismo del 3% del total de la población. El porcentaje de mujeres analfabetas (4%) es cuatro veces superior al de los varones (1%). Este porcentaje es superior al que se presenta en la Comunidad de Madrid. La tasa de población activa es de un 48%, similar al del resto de la provincia. La tasa de paro es de 24% superior a la de otras áreas sanitarias (128).

La actividad profesional de los habitantes del área sanitaria 11 se distribuye entre el sector servicios, industria, agricultura y ganadería fundamentalmente. Esta última casi en su totalidad esta ubicada en el distrito de Aranjuez (129).

Las funciones que desempeña el mencionado hospital son: asistenciales, docentes y de investigación. Es además un hospital de referencia nacional para cirugías mayores, especialmente en los capítulos de trasplantes y pruebas exploratorias de alta tecnología.

En cuanto a la actividad específica del tema de estudio según datos obtenidos en el Servicio de Cardiología y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

del año 1994, el número de infartos de miocardio anuales ingresados en el hospital es de 462 pacientes, de los cuales aproximadamente un 33,5% (155) han sido estudiados. Los datos presentados en el cuadro 5 pertenecen al total de pacientes ingresados en la unidad.

CUADRO 4 : ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVA

	Totales
Enfermos ingresados anuales en la UCI.....	1026
Enfermos ingresados de IAM.....	45% (462)
Exitus IAM.....	15,8% (73)
Pacientes de IAM no pertenecientes al Área 11.....	4,7% (22)
Pacientes estudiados de IAM.....	33,5% (155)

Fuente: Secretaria de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital 12 de Octubre (1994).

4.2 Estrategia del estudio.

Estudio longitudinal descriptivo y analítico de seis meses de seguimiento en pacientes diagnosticados de infarto agudo de miocardio. La investigación fue realizada en un marco de población definido por unos criterios de inclusión y exclusión. El grupo de población fue seleccionado de acuerdo a la bibliografía consultada en estudios de similares características (73)(9)(52)(85).

Para realizar el estudio fue necesario establecer una red por los servicios donde el paciente debería ser atendido. En general la estancia hospitalaria de los pacientes tiene dos fases: la primera en la UCI inmediatamente después del ingreso y la segunda después de la fase aguda en la planta de cardiología. En cada uno de estos servicios fue necesario contactar con los médicos, enfermeras y administrativos. Los médicos informaban si el paciente se encontraba dentro de los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Por su parte, las enfermeras indicaban el momento en que se podía contactar con el paciente, el personal administrativo informaba sobre la movilidad del paciente dentro del hospital ó fuera de él y sobre cualquier otra eventualidad que surgiera en relación con el enfermo. Además, las administrativas/ os suministraron los datos generales sobre la pertenencia al área o no , el teléfono, el domicilio del paciente etc.

La inclusión en el estudio se realizó mediante la revisión diaria del listado de ingresos, procedente del Servicio de Admisión y Urgencias, posteriormente el diagnóstico fue corroborado en la Unidad Cuidados Intensiva.

En la fase aguda y durante su estancia en la UCI se realizó el primer contacto con el paciente para solicitar la colaboración voluntaria en el estudio. Si el paciente accedía a participar, se le entregaba una carta explicando las características del estudio, de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (130). Previamente se les ofrecía una explicación verbal de los objetivos del trabajo además de asegurarles la confidencialidad de la información, en aras de preservar el cumplimiento de los aspectos éticos.

Una vez transcurridos 4 ó 5 días del ingreso, y pasado el período de gravedad, el paciente es trasladado a la planta de cardiología. Durante la estancia en planta, se inicio la aplicación del protocolo correspondiente al primer corte del estudio. Este primer contacto se realizó entre el 7º y 15º día del ingreso.

El seguimiento fue realizado durante los seis meses posteriores a la fecha del ingreso. La aplicación del segundo protocolo se llevo a cabo según las preferencias del paciente, bien en su domicilio o en el hospital. Antes de aplicar el segundo protocolo, se envió a todos los participantes una carta recordatorio, al mismo tiempo se les telefoneaba para fijar la fecha, día y hora de la entrevista.

La recogida de la muestra de población comenzó el 21 de Febrero de 1994 y se prolongó hasta el 31 de Enero de 1995, el seguimiento finalizó en Septiembre de 1995.

CUADRO 5: ESTRATEGIA DEL ESTUDIO

1. TITULO: LA INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON IAM.

Estudio longitudinal descriptivo de seis meses de seguimiento.

2. ESTRATEGIA DEL ESTUDIO.

Tamaño de la muestra de población: 155 pacientes.

Marco poblacional (sujetos de estudio):

- H/M de 35 a 75 años.
- Ingresados en el H. 12 de Octubre.
- Primer infarto de miocardio.
- Pertenecientes al Área Sanitaria 11.

3. EVALUACIÓN E INSTRUMENTALIZACIÓN.

Evaluación: - Entre el 7 y 15 día después del ingreso / Seis meses después del infarto.

Instrumentos de medida:

V. Clínicas.....Historia del paciente

V. Socioeconómicas.....Instituto Nacional de Estadística.

V. Apoyo social.....Índice de Red Social (Seeman
y Berkman).

V. Calidad de vida.....Velasco-Del Barrio .

V. Uso de recursos.....Elaboración propia.

4. RESULTADOS.

a/ Descripción de las variables: sanitarias, socioeconómicas, apoyo social, calidad de vida y uso de recursos.

b/ Descripción analítica: Estudio de las asociaciones entre apoyo social/calidad de vida/uso de recursos/ socioeconómicas y médicas.

c/ Descripción de la evolución de los pacientes seis meses después del infarto.

4.3 **Sujetos de estudio.**

La población sobre la que se ha realizado el presente estudio fueron los infartados que cumplían las siguientes características o *criterios de inclusión* del estudio:

- Hombre y mujer de 35 a 75 años.
- Primer infarto de miocardio.
- Ingresado en el Hospital 12 de Octubre.
- Pertencientes al área sanitaria 11

Criterios de exclusión.

- Paciente con segundo episodio de IAM.
- Pacientes con respiración asistida y asistencia circulatoria durante la estancia en UCI.
- Pacientes que no hablen el idioma español.
- Pacientes pertenecientes a otras áreas sanitarias.
- Pacientes trasplantados o sometidos a revascularización miocárdica (cirugía) angioplastia durante su primera estancia hospitalaria.
- Pacientes con demencia o imposibilidad para colaborar adecuadamente en el desarrollo del estudio.

A partir de esta población se extrajo una muestra, empleándose como tipo de muestreo, el intencional u opinático. Se entiende por muestreo intencional u opinático aquel tipo de muestreo en el que la selección de los elementos de la

muestra se realiza en base al juicio u opinión de una o más personas. En este caso dicho juicio lo constituyen los criterios de inclusión y exclusión ya expuestos. Este tipo de muestreo ha sido el elegido debido a que el empleo de un método aleatorio habría sido excesivamente largo en el tiempo y por tanto no práctico en su ejecución. Además, en este tipo de población la aleatoriedad no es demasiado importante, siendo de más interés el elegir los individuos secuencialmente de acuerdo con los criterios mencionados (131) (132).

4.4 Variables del estudio y medidas de las mismas.

En todos los casos incluidos en el estudio se cumplimentó el siguiente protocolo compuesto de dos partes.

4.4.1 Variables clínicas y variables socioeconómicas.

-Datos básicos del diagnóstico.

-Datos personales.

-Datos socioeconómicos.

4.4.2 Variables específicas del estudio.

-Apoyo social (Red social: tamaño y estructura, apoyo instrumental y emocional y sus dos dimensiones: apoyo adecuado y disponible).

-Calidad de vida percibida por el paciente.

-Uso de recursos.

4.4.3 Instrumentos de medida para el estudio de estas variables.

<i>Variables</i>	<i>Instrumento</i>
V.Clinicas.....	Historia del paciente
V. socio-económicas.....	C.Instituto Nacional Estadística.
Apoyo Social.....	Índice de Red Social (9).
Calidad de vida.....	Velasco-Del Barrio (113).
Uso de recursos.....	Elaboración propia

Variables clínicas.

Se han considerado las variables clínicas siguientes: tipo de infarto, localización del infarto, operado y no operado, edad, sexo y estado civil. La selección de las variables se realizó según la bibliografía consultada en estudios de similares características y asesorada por los médicos cardiólogos. No obstante, los criterios de inclusión se definieron con el fin de homogeneizar la muestra y evitar los sesgos que los infartados con complicaciones severas pueden introducir en relación a la calidad de vida de los pacientes.

Las variables: edad, sexo y estado civil se han contemplado como clínicas por las implicaciones que todas ellas tiene en la incidencia de la enfermedad. Así los mayores de 55 años tienen mayor probabilidad de tener un infarto que los individuos de otras edades, las mujeres tienen menor incidencia que los varones aunque poco a poco este aumentando y el estado civil ha presentado asociación en relación a la calidad de vida en numerosos estudios.

Variables socioeconómicas.

VARIABLES del Instituto Nacional de Estadística. Diversas hipótesis han sido argumentadas para explicar, al menos parcialmente, cuales pueden ser las causas de las diferencias sociales en salud. Existen dos tipos de evidencia contradictorias sobre este fenómeno. En primer lugar, es posible que parte de la desventaja de los grupos con niveles culturales y económicos más bajos sea consecuencia de la movilidad social precisamente relacionada con el estado de salud. Además existe el efecto "etiqueta" de clase por el que pacientes con la misma enfermedad son diferentemente catalogados según la clase social a la que pertenecen.

Sin embargo, existen dos argumentos que contradicen esta hipótesis. De un lado, el hecho de que en los grupo de edad extremos, donde la influencia de la ocupación es muy pequeña también existen diferencias sociales en salud y de otro, los estudios longitudinales de mortalidad que confirman que la movilidad social explica tan solo una mínima parte de las diferencias sociales en mortalidad.

En segundo lugar, un gran número de estudios demuestran que las clases inferiores se hallan más expuestas a diversos factores de riesgo. Así, las diferencias en el patrón de consumo dietético/alto contenido de azúcar y bajo en fibra) es aducido por Marmot (7) y colaboradores como causa del patrón diferencia de la mortalidad por cardiopatía isquémica en UK. Asimismo, los rasgos ocupacionales, utilización de ciertas sustancias tóxicas favorecerían esta situación.

Atendiendo a este último aspecto se han incluido las variables socioeconómicas para conocer las características de la muestra de población de los pacientes infartados.

Índice de red social (Berkman y Syme) (9).

Dadas las características que presenta el estudio y después de haber revisado numerosas escalas se precisó una escala que evaluara la dimensión de los conceptos que se utilizan y se adhiera a la definición del estudio.

Se ha considerado el Índice de Red Social de Berkman y Syme (9) el más adecuado para medir la red social y el apoyo social instrumental y emocional adecuado y disponible necesario por reunir las siguientes características:

1/ Porque responde a los criterios de la definición del apoyo social de la investigación y reúne los aspectos que se desea medir.

2/ Porque estudia la composición y estructura de la red, condiciones necesarias para recibir ayuda.

3/ Porque mide la función apoyo emocional e instrumental en dos dimensiones adecuada y disponible y los proveedores del mismo.

4/ Por haber sido uno de los pioneros en los estudios con pacientes de similares características y demostrado su validez y fiabilidad en su utilización con pacientes con IAM (74).

CUADRO 6: FUNCIONES DEL APOYO SOCIAL Y PROVEEDORES

APOYO SOCIAL	
EMOCIONAL	INSTRUMENTAL
DISPONIBLE/ADECUADO	DISPONIBLE/ADECUADO
PROVEEDORES	PROVEEDORES
DE APOYO	DE APOYO

Se ha realizado una adaptación del Índice de Red Social basado en los aspectos que facilitan una mayor información en relación a la población del estudio y a los objetivos del estudio.

El mencionado índice consta de 61 ítems dividido en las siguientes áreas:

a/ El tamaño de la red social formado en la presente investigación por la esposa, hijos, nietos, hermanos, sobrinos y amigos.

b/ La estructura de la red formada por : el nº de personas de la red que viven en el domicilio del paciente, en el área metropolitana, nº de personas que viven fuera del área metropolitana, el nº de contactos semanales, mensuales y por teléfono.

c/ Función: Apoyo emocional y instrumental con dos dimensiones: adecuado y disponible.

d/ Quienes son los proveedores del apoyo

e/ Relación con la esposa

Calidad de vida (Velasco-del Barrio) (113).

La calidad de vida es una medida psicométrica importante en pacientes crónicos, entre los que se encuentran los que han sufrido un infarto de miocardio.

Se ha considerado utilizar la escala de calidad de vida de Velasco-del Barrio (1993) por haber sido validada en nuestro país para pacientes postinfartados y haber mostrado su fiabilidad y consistencia interna y su reproductibilidad, además de ser muy sensible a los factores socio-culturales. La elaboración del mencionado cuestionario se realizó a partir de los cuestionarios existentes en la literatura sobre calidad de vida como Sickness Impact Profile

El cuestionario consta de 19 ítems. Cada ítem debe responder a una escala de 0 a 4 puntos. Los recursos utilizados han sido valorados de mayor a menor uso, de tal manera que el 0 significa ningún uso de recursos mientras que el 4 significa uso de recursos sanitarios igual a cuatro o más. En el inicio se consideraban el uso de recurso seis meses antes del infarto y en el seguimiento a partir del alta hospitalaria.

Fases de aplicación del protocolo.

El protocolo fue traducido por Milagros Jiménez Muro autora de la presente investigación. Asimismo ha realizado todas las entrevistas del primer corte (155) y la preparación previa al mismo. Es decir, todo lo relacionado con los contactos con el paciente, servicio de admisión, UCI, y plantas. En el seguimiento efectuó las primeras entrevistas y el control de los pacientes, cambios de domicilio, envío de cartas etc.

Antes de completar el protocolo definitivo se aplicó el mismo a 20 pacientes de edades comprendidas entre 35 a 75 años. Se utilizaron estas edades por ser las de la muestra. La finalidad de la aplicación fue conocer si los pacientes estaban familiarizados con los términos lingüísticos utilizados en la entrevista. Igualmente, se realizó una lista de las tareas más frecuentes efectuadas por los varones. Las tareas fueron 10 y se les sugirió que las ordenaran en relación a la frecuencia y a la necesidad observada cuando estaban enfermos. Estas fueron aplicadas a dos tipos de pacientes: Infartados y no infartados de edades comprendidas entre 35 y 75 años. Se utilizaron estas edades por ser las de la muestra. Además se incluyó una lista de las personas que según el Índice de Red Social eran proveedores apoyo.

Una vez aplicado el mismo, se observó la necesidad de cambiar ciertas palabras relacionadas con el apoyo. Así, la palabra emocional fue necesario sustituirla, por desahogo, hablar, confianza etc, y la palabra instrumental por ayuda en ciertas áreas, así como también tareas que no están presentes en la cultura de los varones. Por ejemplo: los sujetos de estudio en general no reparan el coche, no arreglan el jardín, no cocinan, y sin embargo necesitan ser estimulados o recordarles las tomas de medicación, hacer ejercicio, visitar amigos/as, contar al médico lo que le pasa etc. Igualmente se eliminaron los proveedores que a juicio de los pacientes no realizaban funciones de apoyo. Una vez corregidos los aspectos mencionados se procedió al comienzo del estudio,

El tiempo necesario para rellenar el protocolo fue de una media de 60 a 75 minutos en la primera entrevista y 60 minutos para la segunda. Este tiempo es considerado necesario para que el entrevistado mantenga la atención adecuada y responda a las preguntas solicitadas. Aunque numerosos estudios señalan que cuando el tiempo para rellenar un protocolo o entrevista supera los 60 minutos se pierde nivel de concentración y no responden adecuadamente a las preguntas. Ante esta información se intentó que las entrevistas no excedieran de una hora. Pero se observó que los pacientes antes del inicio de la entrevista necesitaban hablar sobre la enfermedad. Así que se desestimó limitar el tiempo para la realización de la misma, aunque si contabilizarla.

4.5 Evaluación.

Se realizaron dos evaluaciones durante los seis primeros meses después de haber padecido el infarto agudo de miocardio. La primera evaluación se realizó después de haber pasado el paciente la fase aguda, a partir del 7º y hasta el 15 día. Se excluyeron todos los pacientes que durante los 21 primeros días después del

(109)(105), *Nothingam Health Profile* (106), *OARS* (119), *Oldridge* (108) y para pacientes de cultura hispana.

El cuestionario consta de 44 ítems dividido en ocho áreas: Salud, sueño y descanso, comportamiento emocional, proyectos futuros, movilidad, relaciones sociales, comportamiento de alerta, comunicación y tiempo de ocio y trabajo. Cada ítem debe responder en una escala de Likert de 1 a 5 puntos. La puntuación máxima es de 220 puntos para los pacientes que refieran una mala calidad de vida mientras que la puntuación mínima es de 44 puntos que corresponderá a los pacientes que refieran una buena calidad de vida.

Uso de recursos (116) (117)(120).

La mayoría de las investigaciones sobre la utilización de recursos procede de EEUU como consecuencia de su aplicación debido al aumento de los costos sanitarios. Los estudios específicos de cada país no son necesariamente aplicables en otros lugares debido a los diferentes métodos de financiación y organización del cuidado de la salud, así como a las diferencias culturales las cuales influyen en el comportamiento de la enfermedad y en la predisposición en el uso de recursos.

Realizada una revisión de la distribución de los recursos sanitarios en España en la triple dimensión per capita, ajustada o no; por acto o servicio sanitario y por caso, ajustado o no, se elaboró un cuestionario de acuerdo a los criterios mencionados con tres áreas específicas de consumo de recursos:

- 1) Visitas médicas (general y especialista).
- 2) Ingresos hospitalarios, asistencia médica en urgencias y transporte.
- 3) Consumo de medicamentos y pruebas especiales.

infarto fueran operados. La segunda evaluación se realizó a los seis meses del ingreso y fué realizada a elección del paciente, o bien en su domicilio o en el hospital.

4.6 Recogida y análisis de datos.

Plan estadístico:

Se realizó un control de calidad de la información recogida mediante la revisión sistemática de los cuestionarios cumplimentados y las verificaciones claves oportunas.

4.6.1 Estadística descriptiva.

Se ha efectuado una estadística descriptiva de todas las variables del estudio. Para las variables cuantitativas se indica el número de efectivos de la muestra (número de casos), la media aritmética, la desviación estándar y los valores mínimo y máximo. Para las variables cualitativas se indica, para cada una de las categorías de la variable considerada, la frecuencia absoluta (número de casos) y la frecuencia relativa (%).

Dado el tamaño inicial de la muestra, 155 pacientes, no se ha considerado necesario efectuar el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar el ajuste a la normalidad, de acuerdo con el teorema central del límite. Solo en aquellos subgrupos con efectivos inferiores a 30 se ha realizado este test (datos no presentados).

4.6.2 Estadística analítica.

Características iniciales de la muestra: Para estudiar las posibles relaciones entre tamaño y estructura de la red y tipo de apoyo, se ha utilizado la comparación de medias independientes o el test de Student para la comparación de variables cuantitativas (p.ej comparación del tamaño medio de la red entre pacientes que dicen tener y aquellos que dicen no tener un tipo de apoyo determinado). En el caso de variables cualitativas, se ha utilizado el test de X^2 de Pearson, con o sin corrección de Yates, y; en su caso, la prueba exacta de Fisher. Para el estudio de las posibles relaciones entre el apoyo percibido y/o adecuado y la calidad de vida de los pacientes se ha utilizado el análisis de varianza de una vía y, en su caso, el test de Newman-Keuls para la determinación de los pares que discrepaban entre sí. Se han utilizado las mismas pruebas para estudiar las posibles relaciones entre calidad de vida y uso de recursos sanitarios.

Comparación de las características iniciales de la muestra con las presentadas en la visita de seguimiento efectuada seis meses después:

Para la comparación longitudinal de la muestra de pacientes, tan solo se han tenido en cuenta aquellos pacientes que se prestaron a efectuar la entrevista de seguimiento, 134 pacientes, en los que se dispone de información en ambas entrevistas.

Para la comparación de variables cuantitativas se ha utilizado la comparación de medias pareadas o el test de Student para muestras pareadas (dependiendo del número de efectivos considerados) o el análisis de varianza para dos factores, siendo uno de ellos el momento del estudio. En el caso de variables cualitativas, se ha utilizado el test de X^2 de Pearson, con o sin corrección de Yates, y, en su caso, la prueba exacta de Fisher.

En todos los casos se ha efectuado un análisis de dos colas, considerando estadísticamente significativo un error $p < 0.05$.

4.7 **Consideraciones éticas y legales.**

Como se especificó, a todos los sujetos seleccionados para participar en el estudio se les informó de las características del mismo, solicitando consentimiento para responder a los protocolos del estudio, asegurándoles confidencialidad respecto a la información personal.

4.8 **Dificultades y limitaciones del estudio.**

Varias son las dificultades surgidas en la preparación del estudio y a lo largo del mismo las cuales serán comentadas a continuación. Las específicas han sido comentados en sus apartados correspondientes.

Previas al estudio. Existen limitaciones derivadas de la escasez de estudios longitudinales publicados en nuestro país sobre el tema objeto de la presente investigación. Revisadas las publicaciones nacionales al respecto se encontraron estudios de apoyo social aplicados en medicina comunitaria y en geriatría, estudios en proceso sobre el apoyo en los ancianos y trabajos de redes sociales en psiquiatra. Sin embargo, no se han dado a conocer las ventajas e inconvenientes de los mismos y las cuestiones no resueltas que merecen ser estudiadas. Mientras la mayoría de los estudios evidencian los efectos directos o indirectos del apoyo social y red social sobre la salud, otros, sin embargo, siguen afirmando la existencia de ciertas limitaciones en las investigaciones que merecen ser tenidas en

cuenta. La bibliografía anglosajona ofrece un amplio exponente de las investigaciones realizadas al respecto que aportan un valor científico al estudio del apoyo y red social y sitúan al investigador sobre la problemática de su investigación.

La no validación del Índice de Red Social, supone una limitación aunque como ya se ha comentado al ser un estudio longitudinal, el protocolo fue aplicado en dos ocasiones a los mismos pacientes arrojando resultados iguales. Lo cual es uno de los métodos de validación de una escala.

Sesgo de la muestra. La menor participación de los pacientes en la segunda evaluación, que descendió en un 11,6% en relación con el primer. A pesar de ofrecerles a los pacientes la posibilidad de entrevistarlos en casa o en el hospital. Además se les envió una carta un mes antes de realizarles la entrevista y una llamada por teléfono para concretar fecha, hora y lugar del contacto. Esta cifra de abandonos es considerada normal en los estudios longitudinales. Los investigadores señalan que un porcentaje de abandonos superior al 30% arrojaría falta de fiabilidad a los resultados. La entrada en el estudio se realizó según los criterios de inclusión (véase material y métodos) a continuación se le solicitaba al paciente su participación voluntaria con una explicación de los objetivos y una carta donde se pedía su participación y se les aseguraba la confidencialidad de la información recibida.

La participación fue mayoritaria. Este hecho puede deberse: a/ Sentimiento de enfermedad importante por parte del paciente. b/ Estar en un hospital. c/ La idea de que curación y cuidado podía depender de la entrevista. En cierta medida los pacientes establecía una dependencia entre enfermedad y cuidado en el hospital. Muchos de ellos también argumentaban los beneficios que otros pacientes podían obtener de su participación. Algunos de ellos preguntaban si tenían que pagar por realizar la entrevista. Además hay que destacar los sesgos que

irremediablemente producen los falsos positivos que no aceptaron voluntariamente participar en el trabajo y que pueden en cierta medida alterar la representación de la muestra de Población estudiada.

Sesgos de la información. El bajo nivel de los sujetos de estudio fue una dificultad para realizar la entrevista. Hay que recordar que el 43% (68 pacientes) de los pacientes estaban repartidos entre las categorías sin ningún estudio (42 pacientes) y primaria incompleta (26 pacientes). Se observaba que la falta de fluidez para seguir la entrevista era mayor o menor dependiendo del nivel cultural del paciente. Cuando el nivel de estudios del enfermo era medio o superior la entrevista era seguida con gran facilidad.

Por otro lado, la escasa familiaridad por parte de los pacientes para responder a este tipo de preguntas, evidenció la necesidad de variar el orden de las mismas en el protocolo. Los sujetos de estudio mostraban más interés en responder las variables clínicas y de calidad de vida que las de apoyo social. Las preguntas de apoyo social para algunos de los enfermos eran consideradas algo muy íntimo para ser preguntado y que nada tenía que ver con su enfermedad. A lo largo del estudio se comprobó que los pacientes estaban más familiarizados con los aspectos instrumentales que emocionales. Este hecho fue constatado en los resultados analíticos de la investigación, a pesar de que previamente al inicio del trabajo se había revisado el vocabulario de la entrevista para conocer los problemas derivados de su comprensión y significado.

En relación con las mujeres pacientes, se apreciaba mayor confidencialidad durante la entrevista. Mostraron igual interés en los aspectos instrumentales que emocionales así como también en el resto de las variables preguntadas.

Las variables socioeconómicas no presentaron ningún problema en cuanto a su contestación. Las preguntas referentes a los ingresos y procedencia de los

trabajo se había revisado el vocabulario de la entrevista para conocer los problemas derivados de su comprensión y significado.

En relación con las mujeres pacientes, se apreciaba mayor confidencialidad durante la entrevista. Mostraron igual interés en los aspectos instrumentales que emocionales así como también en el resto de las variables preguntadas.

Las variables socioeconómicas no presentaron ningún problema en cuanto a su contestación. Las preguntas referentes a los ingresos y procedencia de los mismos fueron realizadas al final del apartado. Estas variables, se preguntaron por bandas para no intimidar a los entrevistados. El porcentaje de pacientes que respondieron fue del 85,8% (133 pacientes) aunque hay que tener en cuenta las informaciones que otros estudios han mostrado en cuanto a la veracidad de las respuestas obtenidas.

Finalmente, el tiempo utilizado para su realización fue de 60 a 75 minutos los estudios sugieren que una entrevista superior a una hora de duración puede presentar dificultades en las contestaciones por falta de concentración de los entrevistados para responder a las preguntas.

5. RESULTADOS

Los resultados del estudio serán presentados en tres apartados, los cuales conservan el mismo orden que los objetivos del estudio.

A/ *Estudio descriptivo:*

En este apartado, se describe el perfil de los sujetos de estudio en los diversos aspectos clínicos, socioeconómicas y los relativos al apoyo social y red social, la calidad de vida y el uso de recursos sanitarios.

B/ *Estudio analítico:*

En este apartado se presentan las asociaciones o no entre el apoyo social y la calidad de vida, el uso de recursos sanitarios y la calidad de vida para comprobar o refutar la hipótesis del trabajo. Igualmente se analizarán las variables clínicas y socioeconómicas en relación al apoyo social y la calidad de vida.

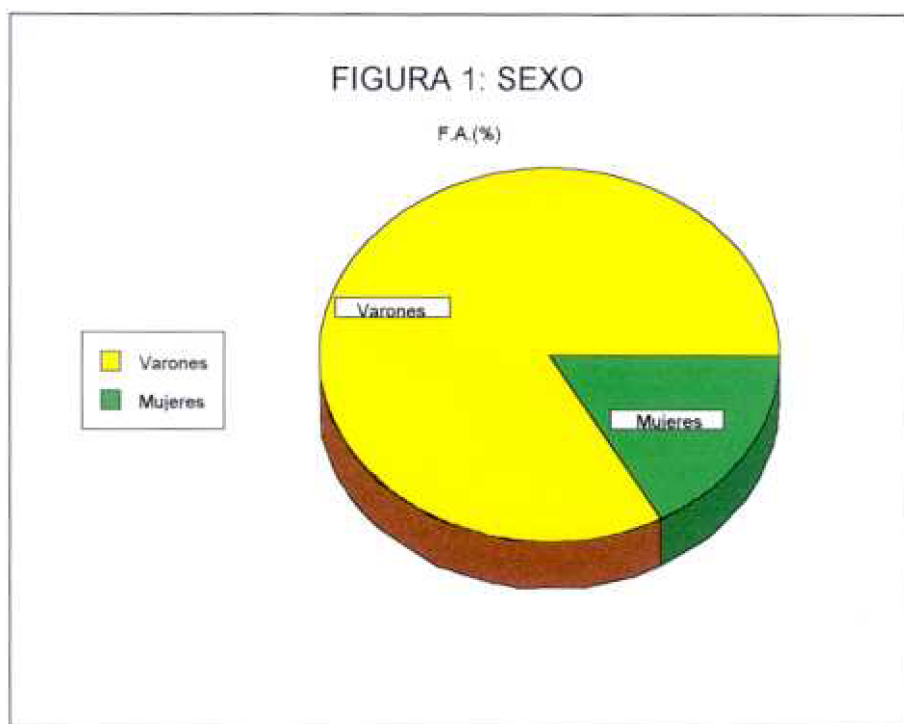
C/ *Evolución:*

Su objetivo es conocer la situación de los pacientes seis meses después de padecer el infarto comparando los resultados obtenidos en el primer corte con los del segundo. Así mismo se confirmará o no la hipótesis seis meses después de padecer la enfermedad.

5.1. Estudio descriptivo.

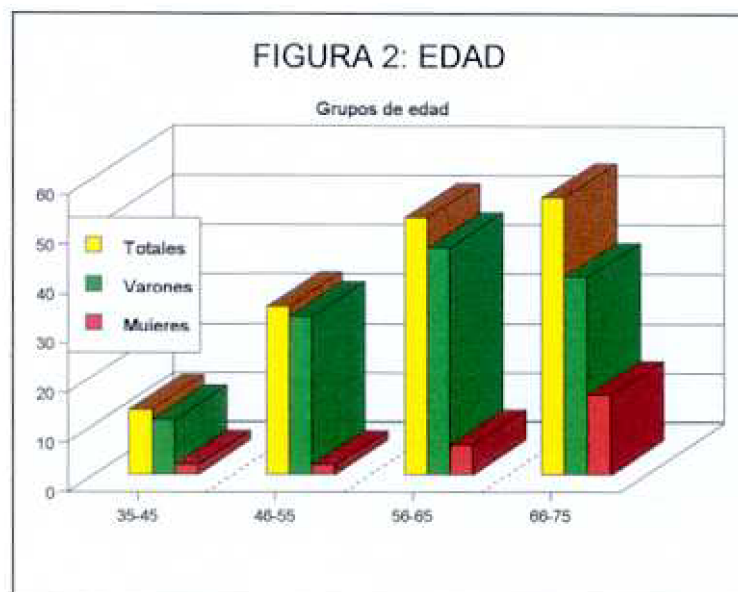
5.1.1. Variables clínicas.

Las variables clínicas ó médicas incluidas en el estudio han sido las siguientes: Sexo edad, estado civil, tipo de infarto agudo de miocardio, localización del mismo y operado o no. Se han considerado la edad, el sexo y el estado civil dentro de las variables clínicas por las connotaciones que presentan en la enfermedad.



Los datos de la *figura 1* revelan que de un total de 155 pacientes estudiados el 83,2% (129) son varones y un 16,7% (26) son mujeres. Porcentualmente, la diferencia relativa entre hombres y mujeres es de 66,6% puntos en favor de los primeros.

Las edades de los pacientes de la muestra según muestra la *figura 2*, estaban comprendidas entre 36 y 75 (60,6+/-9,6) años en el momento de realizar la entrevista, lo cual indica que los sujetos del estudio nacieron entre los años 1919 y 1958. Según estos datos, en la presente cohorte los grupos de edad de riesgo de padecer un IAM están comprendidos entre 50-60 y 60-70 años, entre ambos grupos, se encuentran el 60% de la población mientras que el 40% de los sujetos se distribuyó entre en el resto de los grupos etarios. Esta distribución se corresponde con la distribución general de la incidencia de IAM en los diversos



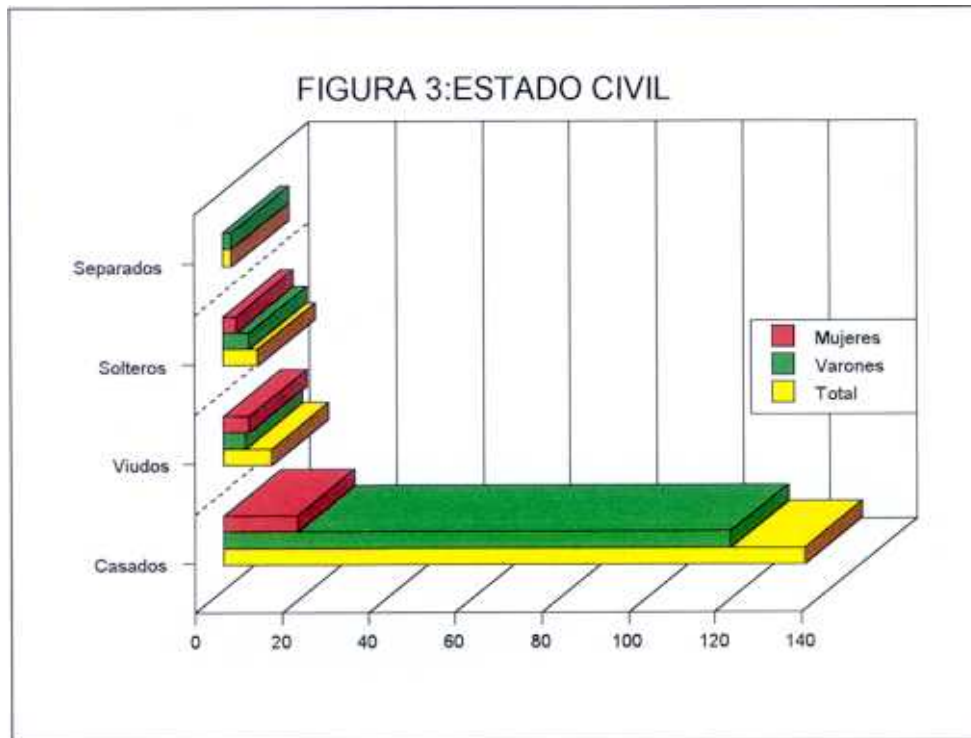
grupos de edades (133) (134).

La distribución de los pacientes por grupos de edad fue la siguiente (*figura 2*): el 8,3% (13) del total de pacientes se encuentran entre los 35 y 45 años de edad, de los cuales el 8,5% (11)

son varones y el 7,6% (2) mujeres. El 21,9% (34) de los pacientes se encuentran entre los 46 a 55 años de los cuales 24,8% (32) son varones y 7,6% (2) mujeres. En el grupo de edad comprendido entre 56 a 65 años se encuentra el 33,5% (52) de los casos, de estos el 35,6% (46) son varones y el 23% (6) mujeres y en el último grupo se encuentra el 36,1% (56) de los pacientes entre 66 y 75 años, de los cuales 31% (40) son varones y 61,5% (16) son mujeres.

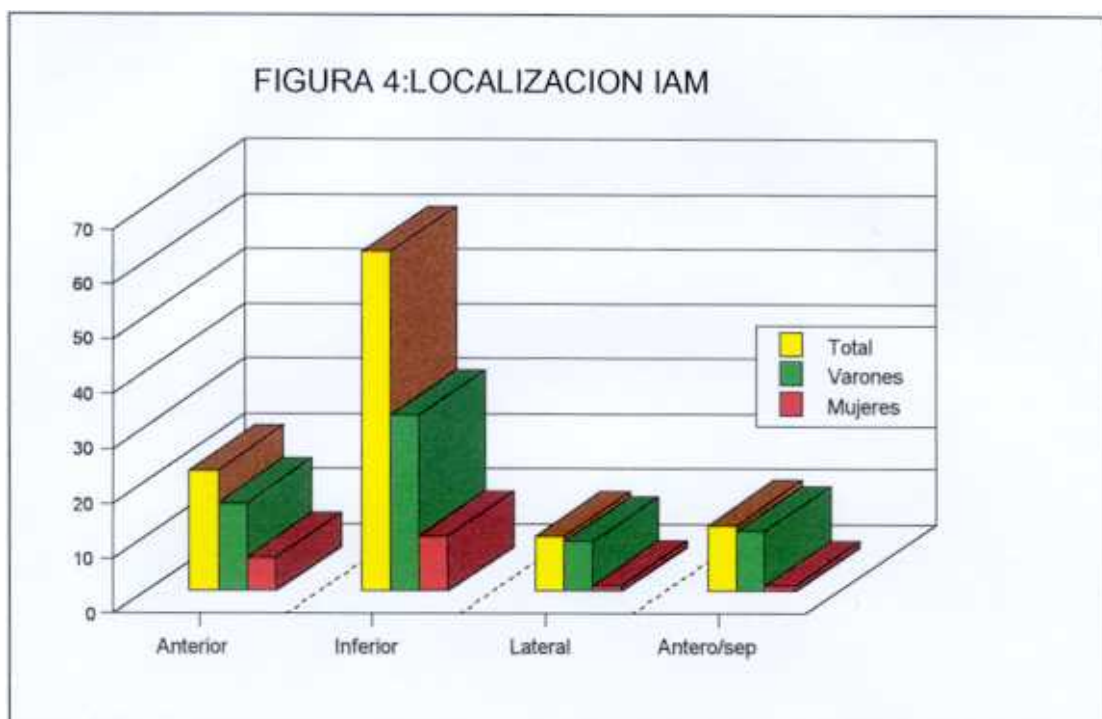
Esta distribución revela que los varones están repartidos de casi igual forma (33,5% ; 35,6% y 36,1%) a lo largo de los tres últimos grupos mientras que más de la mitad de las mujeres 61,5% (14) se encuentra en el grupo de edad de 65

a 75 años. Lo que indica que en general, las mujeres de la muestra son mayores que sus homólogos varones.



En cuanto al estado civil se refiere, los datos de la *figura 3*, muestran que el 86,4% (134) de los pacientes están casados, el 7% (11) son viudos, el 5,1% (8) solteros y un 1,2% (2) separados. En relación con el sexo, el 65,3% (17) de las mujeres estaban casadas mientras que los varones lo estaban en el 90,6% (117). La diferencia relativa entre ambos sexos en cuanto al estado civil casado es de 25,3 puntos en favor de los hombres. Así mismo, el 23% (6) de las mujeres son viudas mientras que solo un 3,8% (5) de los varones son viudos. Igualmente la proporción de mujeres solteras es superior a la de los varones en un 7,7% puntos. Así pues la proporción de mujeres viudas es inferior a la de los varones y sin embargo hay una mayor proporción de hombres casados, solteros y separados mientras que no existe ninguna mujer separada en la muestra.

La media en años de duración del matrimonio para los dos grupos es de 30+/- 11,7 con unos intervalos de 50 años máximo y 1 año mínimo. Respecto al número de matrimonios solamente dos pacientes varones se volvieron a casar.

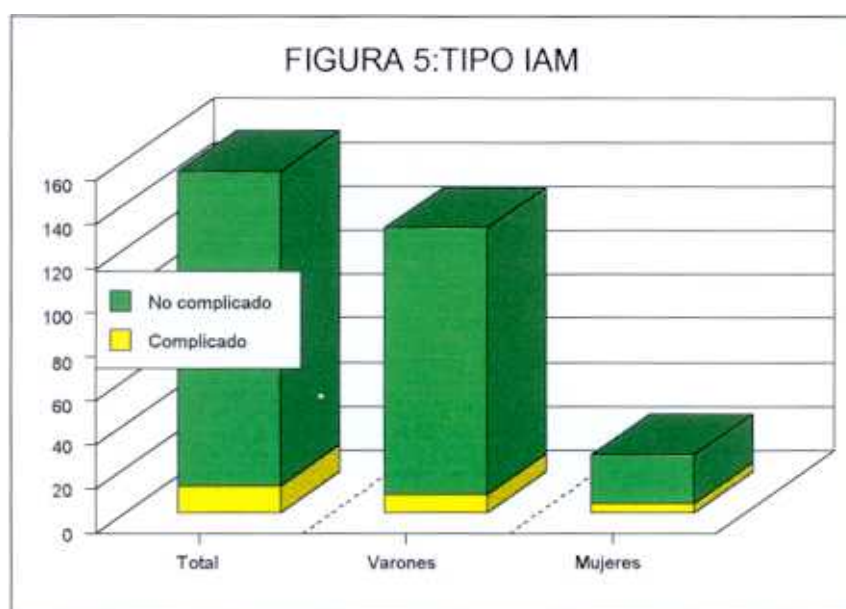


En la *figura 4* se presenta la localización del infarto agudo de miocardio. Se ha incluido esta variable porque la localización puede ser un signo de mejor o peor evolución después de padecer la enfermedad. Para ello se han estudiado cinco ubicaciones: infartos anterior, inferior, lateral, antero/septal y más de uno localización.

La figura 4 muestra la localización de los infartos agudos de miocardio, cuya distribución es la siguiente: el 40% (62) de los pacientes fueron diagnosticados de IAM de localización inferior, el 14,1% (22) anterior, el 6,4% (10) lateral, el 7,7% (12) antero/septal y más de uno, un 31,6% (49) de los enfermos. La diferencia porcentual entre ambos sexos mostraba que, un 12% de

las mujeres tuvieron más infartos laterales que los hombres mientras que los hombres tuvieron 2,1 veces más infartos inferiores, 3,1 veces infartos laterales y 5 puntos más que las mujeres. En el resto de las categorías la distribución fue paralela entre ambos sexos. El dato a destacar más importante es la presencia de infartos inferiores entre los pacientes del estudio, cifras, que se corresponden con los obtenidos en otros trabajos de similares características (135).

En cuanto a la gravedad del IAM, (*figura 5*) definida por: complicado o no, hay que describir dos aspectos. El primero es que se eliminaron del estudio los pacientes con una complicación severa que impidiera la realización de la encuesta,



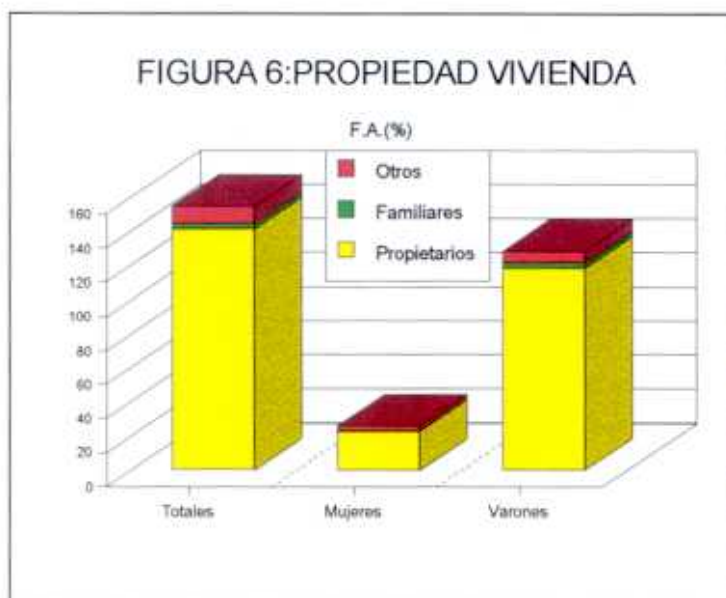
es decir, pacientes sometidos a ventilación asistida con respirador mecánico o valoración para trasplante cardíaco. Asimismo, estos pacientes fueron eliminados por la baja calidad de vida observada después de una complicación severa.

El segundo aspecto, es la definición de complicado o no complicado. Se definió como paciente complicado aquél que sufrió en la fase aguda del IAM insuficiencia cardíaca, shock cardiogénico, angina postinfarto, o complicaciones

mecánicas tipo insuficiencia mitral o pericarditis. Así, se observa (figura 5) que en el 92,3% de los casos (143 pacientes) los IAM cursaron sin complicaciones de los cuales 121 son varones y 22 son mujeres y solamente un 7,7% (7) son complicados, de estos 8 son varones y 4 mujeres.

Así mismo, se contempló la variable médica operados o no. Los datos obtenidos revelaron que el 99,3% (154) de los pacientes no sufrieron operación alguna al menos durante el ingreso y solamente un paciente fue operado, estos datos son también consecuencia de los criterios de inclusión del estudio.

5.1.2. Variables socioeconómicas.



Las variables socioeconómicas incluidas en el estudio han sido las siguientes: Propiedad de la vivienda, nº de inquilinos que viven en la vivienda del paciente, comodidades básicas de la vivienda (ducha, bañera, agua caliente, gas, teléfono, radio, TV,

video, coche, calefacción, ascensor) nivel de estudios, profesión habitual, profesión actual, profesión del cónyuge, ingresos y procedencia de los ingresos.

En la variable propiedad de la vivienda se han considerado tres niveles: propietarios; cuando el paciente posee vivienda propia, familiares: cuando el paciente vive en la vivienda de un familiar (hijos, hermanos, sobrinos) y otros cuando la vivienda pertenece a amigos, ayuntamiento, portería etc.

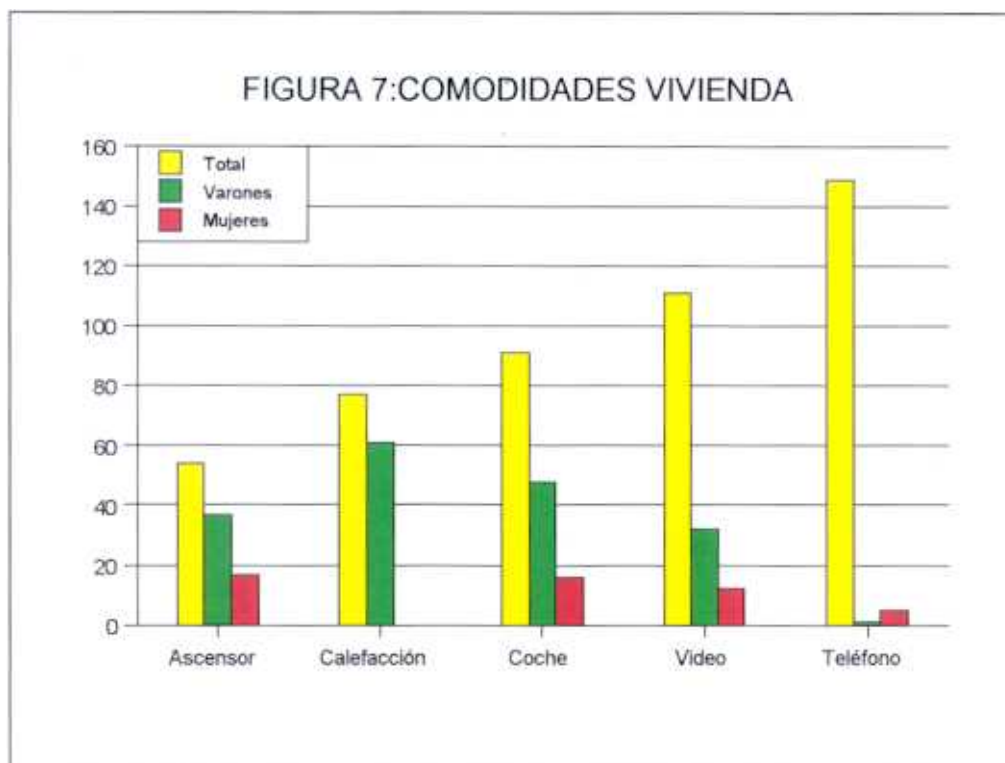
En la *figura 6* se observa que la mayoría de los pacientes son propietarios de su vivienda, viven en casa propia el 90,2% (142) de los pacientes y un 9,8% (18) se distribuyen entre las otras categorías, familiares y otros. En relación con el sexo se observa que un 92,2% (117) de los hombres y un 88,4% (23) de las mujeres son propietarios, la diferencia entre ambos es de un 4,2% más en favor de los varones. De nuevo nos encontramos que existen más hombres que mujeres con vivienda propia. Así mismo, un 1,9% (3) de los varones habitan en viviendas pertenecientes a la familia mientras que ninguna mujer vive en viviendas pertenecientes a la familia y en la categoría otros viven un 11,5% (3) de las mujeres y un 5,4% (7) de los varones. Ello indica que existen más hombres que mujeres que tienen vivienda propia y además hay mayor número de hombres viviendo con familiares, lo cual indica que estos últimos reciben más ayuda que las mujeres.

TABLA 1: FAMILIARES VIVIENDO CON EL PACIENTE

	X S.D	INTERVALO
Media de inquilinos	2,3+/-1,3	0-6
Familiares 1er. orden	2+/-1,2	0-6
Familiares 2er. orden	1,2+/-0,5	1-6
Otros	1+/-0	1-2

En la *tabla 1* estan representados los familiares que viven con el paciente: Se han considerado las siguientes categorias: Familiares de primer orden: esposa/o, hijo/a, nieto/a de segundo orden: abuelo/abuela, hermano/a, sobrino/a y otros: amigo/a, compañero/a. La media y desviación estándar de los familiares que habitan en la vivienda es de 2,3+/-1,3 entre limites de 0-6, de los cuales la media de familiares de primer orden es de 2+/-1,2 con un intervalo de 0-6, la media de familiares de segundo orden es de 1,25+/-0,5 con un intervalo de 1.0 y 6, otros con una media de 1+/-0 y un intervalo de 1-2.

En la *figura 7* estan reflejadas las variables " Comodidades de la vivienda" consideradas por el Instituto Nacional de Estadística para conocer los aspectos más básicos de habitabilidad de la misma. Los datos de la figura 7 revelan que no poseen video el 71,6% (111) de los pacientes, coche el 58,7% (91), calefacción el

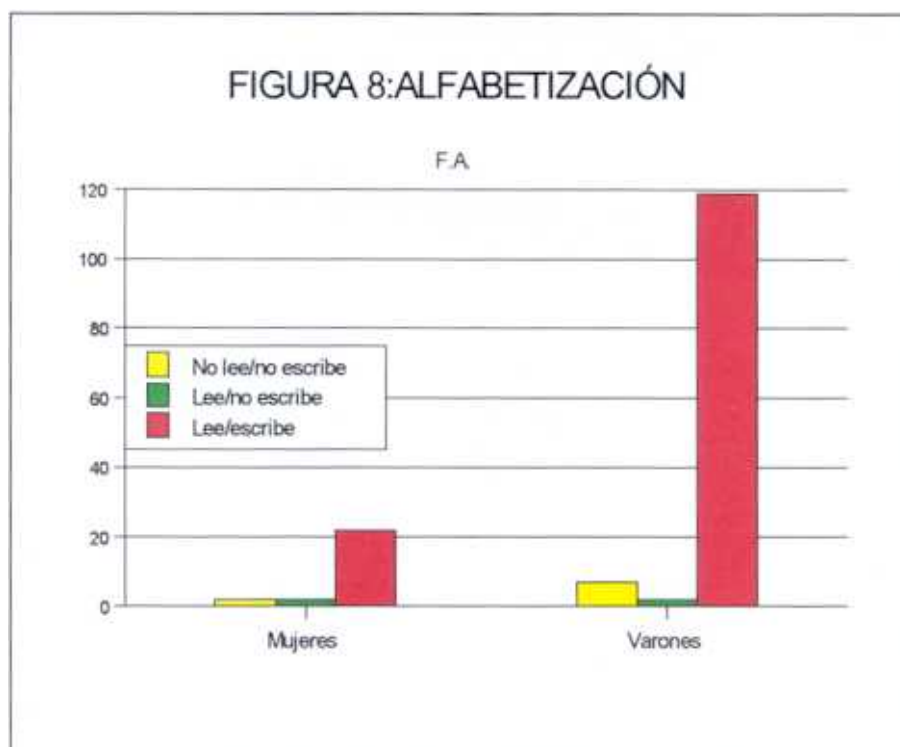


49,6% (77), ascensor 34,8% (54) y teléfono el 96,1% (149). No obstante, la mayoría de los pacientes (varones y mujeres) poseen ducha, bañera (99,3%/1

varón), agua caliente (97,4%/151=1 mujer y 3 varones), gas (97,4%/ 151=1 mujer y 3 varones), radio y TV (99,3% /1 varón).

Las diferencias porcentuales entre hombres y mujeres se presenta en los parametros: video (22%), coche (24%), calefacción (18,1%) y ascensor (37,3%) indicando que las mujeres poseen una puntuación más baja que los hombres en las comodidades mencionadas y en consecuencia una peor calidad de vida.

Asimismo, se ha considerado la alfabetización de los pacientes como: pacientes que no saben leer ni escribir, pacientes que leen pero no escriben y pacientes que leen y escriben. En la *figura 8* se presentan los datos sobre la alfabetización de los pacientes del estudio. Los resultados obtenidos revelan que la

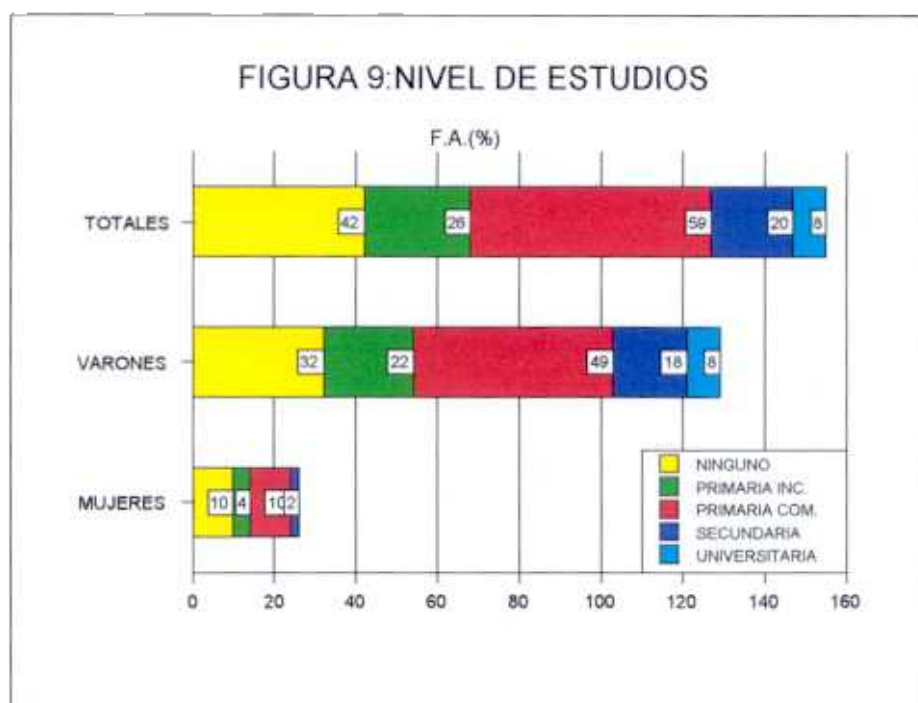


mayoría de los pacientes saben leer y escribir 90,9%(141), un 5,8% (9) sabe leer pero no escribir y un 3,2% (5) no lee ni escribe. Las mencionadas cifras indican que existe un 7% (2) de las mujeres y un 2% (7) de los hombres que no sabe leer ni escribir y un 7% (2) de mujeres y un 5% (2) de los varones saben leer pero no

escribir. La diferencia porcentual entre hombres y mujeres es de un 5% menos de las mujeres no leen ni escriben y un 2% de las mismas leen pero no escriben.

La población que no lee ni escribe y lee pero no escribe alcanza al 9% de los sujetos de estudio. Esta cifra es comparativamente más baja que la media española de analfabetismo. Aunque hay que tener en cuenta que los pacientes de la muestra estaban comprendidos entre 35 y 75 años.

Se han considerado los siguientes niveles de estudios: Ninguno, primarios incompletos, primarios completos, secundarios y universitarios.



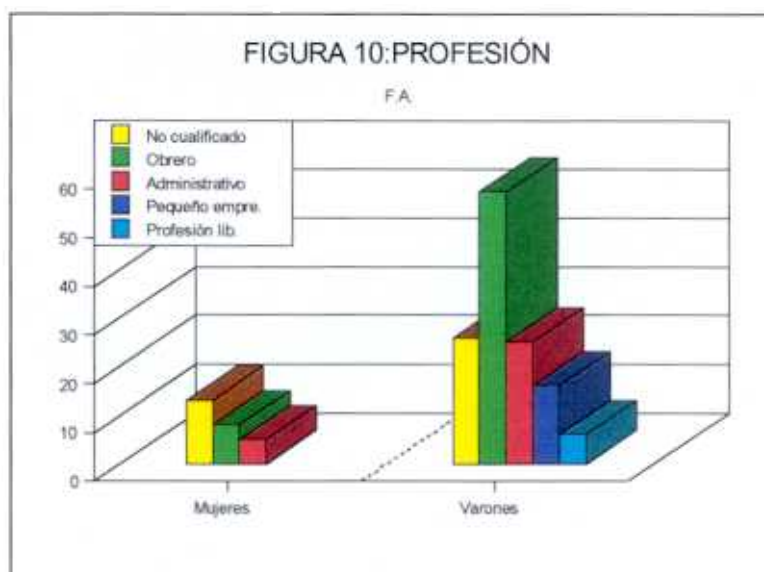
En la *figura 9* se observa que un 27% (42) no había cursado ningún estudio, de los cuales 32 eran varones y 10 eran mujeres. El 16,7% (26) no había completado la enseñanza primaria de estos 22 eran varones y 4 mujeres. Primaria completa el 38% (59) de los pacientes compuesto de 49 varones y 10 mujeres.

Estudios secundarios el 12,9% (20) con 18 varones y 2 mujeres y estudios universitarios un total de 5,6% (8) compuesto únicamente por varones.

Las diferencias relativas más evidentes entre mujeres y hombres se encuentran en los parámetros sin ningún estudio, estudios secundarios y universitarios en un porcentaje de 14%, 12,3% y 6% respectivamente en favor de los hombres. El resto de los parámetros presentan similares resultados para ambos sexos ahora bien, no existe ninguna mujer con estudios universitarios.

Hay que destacar que tan solo había cursado estudios de grado medio o superior un 18,5% (28) pacientes y sin embargo un 43,8% (68) no tenían ningún estudio o tenían primaria incompleta. Actualmente estos parámetros son considerados como analfabetos funcionales. A veces corroborar estos índices resulta difícil, puesto que únicamente se dispone de la pregunta realizada, y muchos de ellos consideran saber leer y escribir cuando son capaces de firmar y leer su nombre pero sin embargo tienen dificultades para leer los medicamentos o cualquier información que les proporciona el hospital.

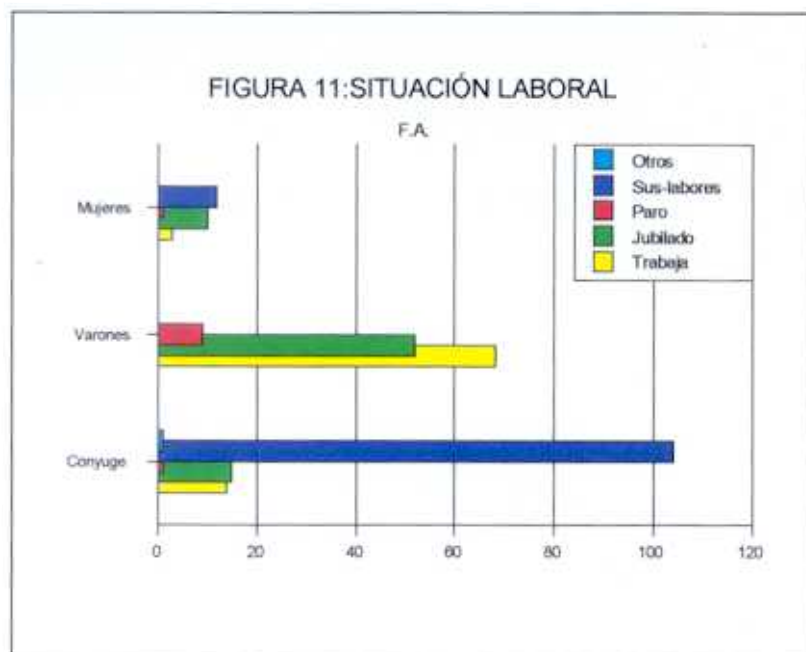
En cuanto a la profesión: se han considerado cinco categorías: no cualificado, obrero cualificado, administrativo, pequeño empresario y profesiones liberales.



Los datos de la *figura 10* muestran que el 66,3% (103) de los pacientes ejercían profesiones no cualificadas o eran obreros manuales mientras que tan solo los pequeños empresarios y profesiones liberales eran desarrolladas por el 14,1% (22) de los individuos. Los que trabajaban en puestos administrativos eran el 19,3% (30) de los pacientes de la muestra. La distribución por sexos para los pacientes no cualificados es de un 50% y 20% de mujeres y hombres respectivamente. La profesión de administrativos se encuentra distribuida de igual forma entre ambos sexos sin embargo entre los pequeños empresarios y profesiones liberales no existe ninguna mujer. Estos datos se corresponden con los obtenidos sobre nivel de estudios. Lógicamente el bajo nivel de formación les ha impedido obtener una profesión.

La variable situación laboral esta representada en la *figura 11*. Las categorías establecidas fueron las siguientes: trabaja, jubilado, paro, sus labores y otros. Los datos recogidos fueron de los pacientes (varones y mujeres) y de las esposas de los pacientes. La actividad laboral ocupa al 45,1% (70) de los pacientes, de los cuales 52,7% (67) son varones y 11,5% (3) mujeres. La actividad laboral no remunerada "sus labores" comprende al 46,1% (12) de las mujeres pacientes y a un 67% (104) de las esposas de los pacientes. El 40% (62) del total de pacientes son jubilados, representando el 38,4% de las mujeres (10 casos) y el 40,3% de los varones (52 casos). La escasa incorporación de la mujer al trabajo evidencia los bajos porcentajes en esta categoría. Las categorías paro y otros ocupa el 7% (11) de los pacientes, cifra más baja que la encontrada en el Areas Sanitaria cuyo porcentaje se eleva a 24% (4).

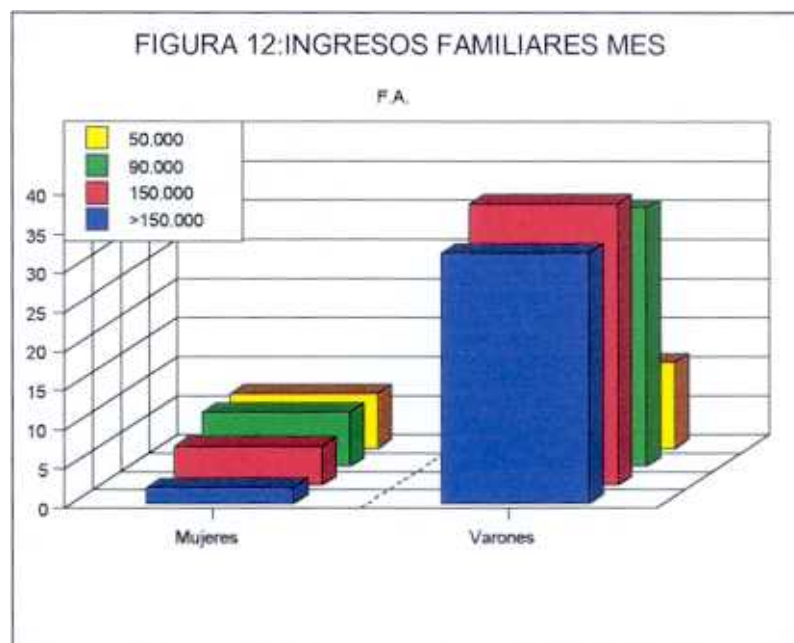
En la profesión del cónyuge se han considerado las mismas categorías que en los pacientes. El total de pacientes que respondieron a esta pregunta fue de 135. Los datos de la *figura 11* revelan que el 9% (14) de los conyuges (hombres y



mujeres) realizaban una actividad laboral remunerada o no remunerada (sus labores) comprende al 87,4% (118) de los conyuges, mientras que solo un 9,6 (15) eran jubilados, aunque las jubiladas mujeres siguen su actividad laboral incluso después del retiro. Lo que hace que la mujer este en una actividad laboral permanente y sin salario.

En realidad, estos datos revelan que la actividad laboral remunerada o no remunerada (sus labores) comprende al 87,4% (118) de los conyuges, mientras que solo un 9,6 (15) eran jubilados, aunque las jubiladas mujeres siguen su actividad laboral incluso después del retiro. Lo que hace que la mujer este en una actividad laboral permanente y sin salario.

De los 155 pacientes entrevistados solo 133 respondieron a la pregunta ingresos mensuales familiares y la procedencia de los mismos. La pregunta realizada para obtener esta información fue la siguiente. ¿A cuánto ascienden los ingresos mensuales familiares y la procedencia de los mismos.



¿A cuánto ascienden los ingresos mensuales familiares y la procedencia de los mismos. La pregunta realizada para obtener esta información fue la siguiente. ¿A cuánto ascienden los ingresos mensuales familiares y la procedencia de los mismos.

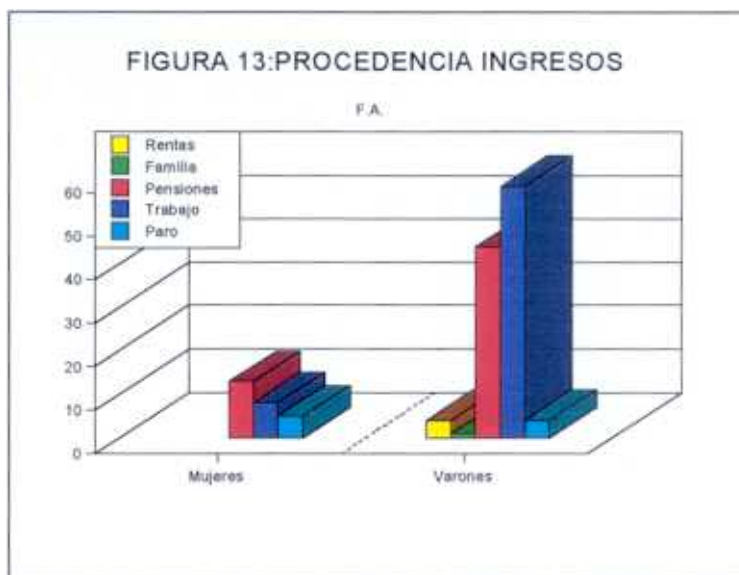
familiares?. Se consideraron 10 categorías de ingresos familiares mensuales, aunque posteriormente por necesidades estadísticas fueron reducidas a cuatro según muestra la *figura 12*.

Los datos de la figura muestran que el 33,3% (7) de las mujeres y el 9,8% (9) de los hombres recibían ingresos mensuales inferiores a 50.000 pesetas por familia, el 33,3% (7) de las mujeres y el 29,4% (33) obtenían ingresos mensuales inferiores a 90.000 pesetas. Ingresos entre 90.000 y 150000 pesetas por familia recibían el 32,1% (36) de los varones y el 23% (5) de las mujeres. Ingresos superiores a 150.000 pesetas por familia fueron obtenidos por el 28,5% (32) de los hombres y el 9,5% (2) de las mujeres.

Estos resultados reflejan la situación económica de los sujetos del estudio. Globalmente, el 43,5% de los pacientes reciben ingresos inferiores a 90.000, un 30% reciben ingresos inferiores a 150.000 pesetas y un 25,5% ingresos superiores a 150.000 pesetas. Los ingresos percibidos indican la relación existente entre nivel de estudios y nivel de ingresos (un bajo nivel de estudios en general ira unido a unos bajos ingresos). Dado que los pacientes tiene una media de 2,5 personas por familia significa que un 43,5 de los enfermos vive con unos ingresos inferiores al salario interprofesional.

Las diferencias mencionadas se agudizan en las mujeres en todas las categorías expuestas especialmente en el nivel de ingresos más bajo y más alto con una diferencia de 24 y 67 puntos respectivamente en favor de los hombres. Los bajos ingresos percibidos guardan relación con el bajo nivel cultural y profesional de los pacientes. Estas mismas diferencias se hacen más patentes en las mujeres que en los hombres por las razones ya espuestas y además por la desigualdad permanente entre hombres y mujeres (figuras 9 y 10).

En relación a la procedencia de los ingresos se consideraron seis categorías: trabajo, pensiones, rentas, paro, familia y otros. Los datos de la *figura 13* muestran que la procedencia de los ingresos, depende en



general del trabajo personal en el 50% (66) de los casos y de las pensiones el 43,1% (57).

Las otras categorías ocupan el 6,9% de los mismos. Sin embargo dado que la mayoría de las mujeres realizan funciones no remuneradas la procedencia de sus ingresos se obtiene a través de la pensión o del cónyuge.

Los datos socioeconómicos revelan que los pacientes de la muestra poseen condiciones muy básicas de habitabilidad. Hay que destacar que las comodidades posiblemente necesarias por edad y patología como la calefacción la disfrutaban menos de la mitad de los pacientes 49,6% (77) y ascensor solo lo poseen el 34,8% (54) de los enfermos. El ascensor es un elemento básico para que el paciente pueda moverse. Como ya se ha comentado la actividad es un aspecto importante para un buen pronóstico de la enfermedad.

Las diferencias son más acentuadas en las mujeres que en los varones, como consecuencia de su bajo nivel de estudios, acceso al trabajo y bajos ingresos familiares, lo cual conduce a tener unas peores condiciones de vida y por tanto menos comodidades en la vivienda que sus homólogos varones.

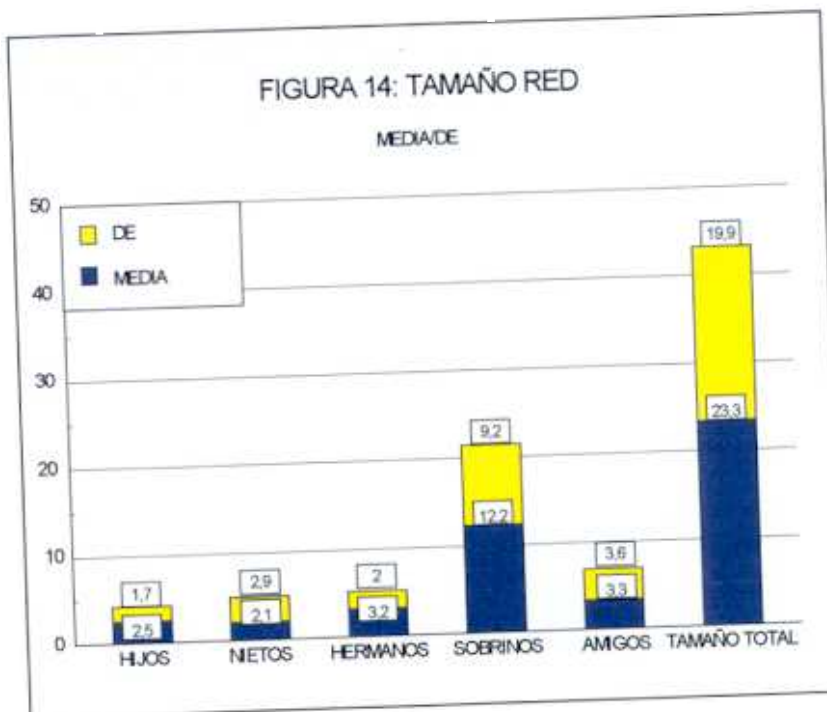
5.1.3. Apoyo social: Tamaño y estructura de la red. Apoyo instrumental y emocional disponible y adecuado.

a/ Tamaño y estructura de la red.

Se ha considerado el tamaño de la red el formado por: hijos, nietos, hermanos, sobrinos, amigos y esposa. Fué elegida esta composición después de haber realizado una revisión bibliográfica sobre tamaños de red en estudios de similares características. A continuación siguiendo las instrucciones del Índice de Red Social se realizó un muestreo para conocer los familiares amigo, compañeros, vecinos, personas que bien por lazos familiares de proximidad, vecindad, amistad podían tener mayor influencia en la provisión del apoyo emocional y instrumental. Se determinó elegir los familiares arriba mencionados por ser los que ejercían las funciones de apoyo más relevantes en los pacientes.

Por otro lado, se realizaron varias aplicaciones del protocolo (prácticas simuladas) para conocer el significado que para los pacientes tenía la palabra apoyo y el lenguaje utilizado en la entrevista así como el orden de aplicación del protocolo. Se observó que los pacientes estaban familiarizados con el término apoyo instrumental, pero no con el apoyo emocional, así que fue necesario cambiar el término apoyo emocional por otras palabras que los pacientes eligieron, de lo que ellos entendían por apoyo emocional. Las palabras referidas por los enfermos fueron: desahogo, confiar y sincerarse, hablar (desahogo fue la mas votada). Se determinó elegir los familiares arriba mencionados por ser los que ejercían las funciones de apoyo más relevantes según los pacientes (136) (137).

En la *figura 14* se presenta la media y la desviación estándar de todos los miembros de la red. Los datos muestran medias de 2,5 para los hijos y 2,1 para los nietos mientras que el número



de sobrinos es tres veces superior que los otros miembros de la red debido al considerar en el estudio los sobrinos pertenecientes a ambos conyuges. Asimismo, los hermanos y amigos tienen una media superior que los hijos y nietos con un intervalo de 0 a 10 para los hermanos y 0 a 20 para los amigos. Estos datos indican a disminución del núcleo familiar en cada una de las generaciones. La media de hermanos y amigos es superior a la media de los hijos y nietos.

Durante la recogida de datos se evidenció que los pacientes con niveles socioeconómicos más bajos tenían menos amigos que los pacientes con niveles socioeconómicos y culturales mayores. También se contempló el número de amigos hombres y mujeres. Los hombres del estudio refirieron tener más amigos que las mujeres. Así pues la media de amigos varones fue de $3,0 \pm 2,9$ con un intervalo de 0-17 de un total de 115 pacientes mientras que la media de amigas mujeres fue de $1,3 \pm 2,03$ con un intervalo de 0-10 en una muestra de 116 pacientes. Aunque las mujeres manifestaban mantener unos lazos más fuertes con los amigos y mayor confidencialidad que los varones. Las mujeres y varones

pacientes refirieron tener amigos del mismo sexo. Cuando los amigos/as eran del sexo opuesto solían ser las esposas/os de sus amigos/as.

TABLA 2: ESTRUCTURA DE LA RED/PROXIMIDAD VIVIENDA

PROXIMIDAD DE LA VIVIENDA			
	CASA	CIUDAD	FUERA
	X+/-DE INTERV	.X+/-DE INTERV	X+/-DE .INTERV
Hijos	1,3+/-1,1 0-5	1,1+/-1,3 0-8	0,4+/-0,6 0-4
Nietos		3,2+/-2,9 0-11	1+/-1,5 0-7
Hermanos		1,8+/-1,7 0-8	1,6+/-1,7 0-8
Sobrinos		7,6+/-7,6 0-37	5,3+/-6,5 0-38
Amigos		3,3+/-3,6 0-20	

Con el fin de estudiar que características de la estructura de la red contribuyen a que el apoyo se produzca, se han considerado dos categorías: la proximidad o no de los miembros al domicilio habitual del paciente y los contactos cara a cara y por teléfono que mantiene los pacientes con los miembros de la red. Los datos son representados en las *tablas 2 y 3* respectivamente. Para ello, en la variable proximidad a la vivienda se establecieron tres categorías: viven en casa, viven en la ciudad (área metropolitana) y fuera de la ciudad. Las tres categorías solamente fueron contestadas por los hijos. Los amigos respondieron a si vivían en la ciudad y el resto de los miembros de la red contestaron a dos, si vivían en la misma ciudad (área metropolitana) o fuera de ella.

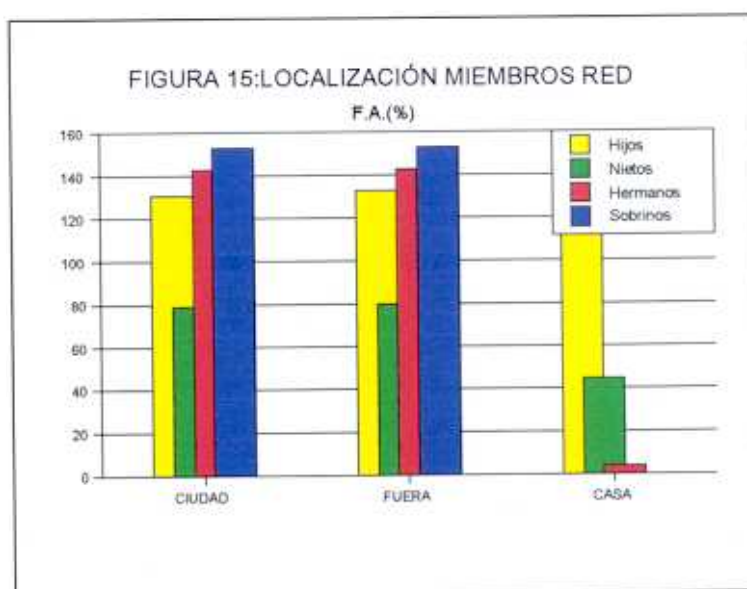
La pregunta realizada para conocer si vivían en el domicilio del paciente, la misma ciudad (área metropolitana) o fuera de la ciudad fue expresada de la

siguiente forma: ¿Cuántos hijos tiene usted, cuántos están viviendo con usted, cuántos viven en la misma ciudad que usted y cuántos viven fuera de ella.

Los datos de la *tabla 2* revelan que la mayor parte de los hijos viven con el paciente o en la misma ciudad puesto que la media de hijos es de 1,7 (figura 14) y las medias de hijos viviendo con el paciente y en la misma ciudad fueron de 1,3 y 1,1 respectivamente. Mas de la mitad de los nietos viven en la misma ciudad que el paciente y fuera de ella viven, una media de 1 nieto. Los hermanos estan distribuidos casi de igual forma entre la ciudad y fuera de ella. Mas de la mitad de los nietos viven en la misma ciudad que el paciente, la proporción de los que viven fuera es algo menos que la mitad. Los amigos viven en la misma ciudad que el paciente puesto que la media total es igual a la media de amigos viviendo en la ciudad 3,3. Los pacientes del estudio mostraban preocupación cuando los hijos mayores vivían en el mismo domicilio del paciente.

La pregunta realizada para conocer si los amigos vivían en la misma ciudad fue expresada de la siguiente forma: ¿Cuántos amigos tiene usted y cuántos viven fuera de ella.

En relación con los amigos obviamente se observa que la mayoría de ellos viven en la misma ciudad ya que existe una dispersión elevada puesto que los valores máximo y mínimo son de 20-0 respectivamente,



tanto en el tamaño de la red de amigos como en su localización de la vivienda. Los datos mostrados nos informan que la media de miembros de la red viviendo fuera del área metropolitana es muy pequeña. En términos relativos los hermanos y especialmente los sobrinos son los miembros más alejados.

En la *figura 15* muestra la localización de los miembros de la red. El 88,8% (137) de los pacientes tienen hijos viviendo en el domicilio del paciente, el 84,5% (131) tienen hijos viviendo en la misma ciudad de los pacientes y un 85,80% (133) tienen hijos viviendo fuera de la ciudad. La localización de los nietos según la tabla mostrada es de 50,9% (79) y 51,6% (80) viviendo en la ciudad y fuera respectivamente. Los hermanos y sobrinos presentan localizaciones iguales para la ciudad y fuera de ella en la proporción de 92,3% (143) y 90,3% (153) respectivamente.

Se observa también que la mayoría de los pacientes tienen nietos, hermanos y sobrinos que viven en la misma ciudad y fuera de ella, la proporción de familiares viviendo dentro y fuera es muy similar para cada uno de los miembros que componen la red.

TABLA 3: CONTACTOS SEMANALES, MENSUALES Y POR TELÉFONO

ESTRUCTURA DE LA RED: CONTACTOS			
	SEMANALES X+/-DE INTERV.	MENSUALES X+/-DE INTERV	TELÉFONO X+/-DE INTERV
Hijos	2,3+/-1,2 0-7	2,4+/-1,2 0-8	1,0+/-1,2 0-5
Nietos	2,4+/-2,3 0-11	2,9+/-2,4 0-11	1,9+/-2,1 0-10
Hermanos	0,9+/-1,2 0-6	1,4+/-1,4 0-8	1,3+/-1,4 0-7
Sobrinos	1,1+/-2,6 0-26	1,8+/-2,6 0-12	1,2+/-2,3 0-15
Amigos	2,8+/-3,2 0-20	3,4+/-3,5 0-20	1,1+/-1,7 0-8

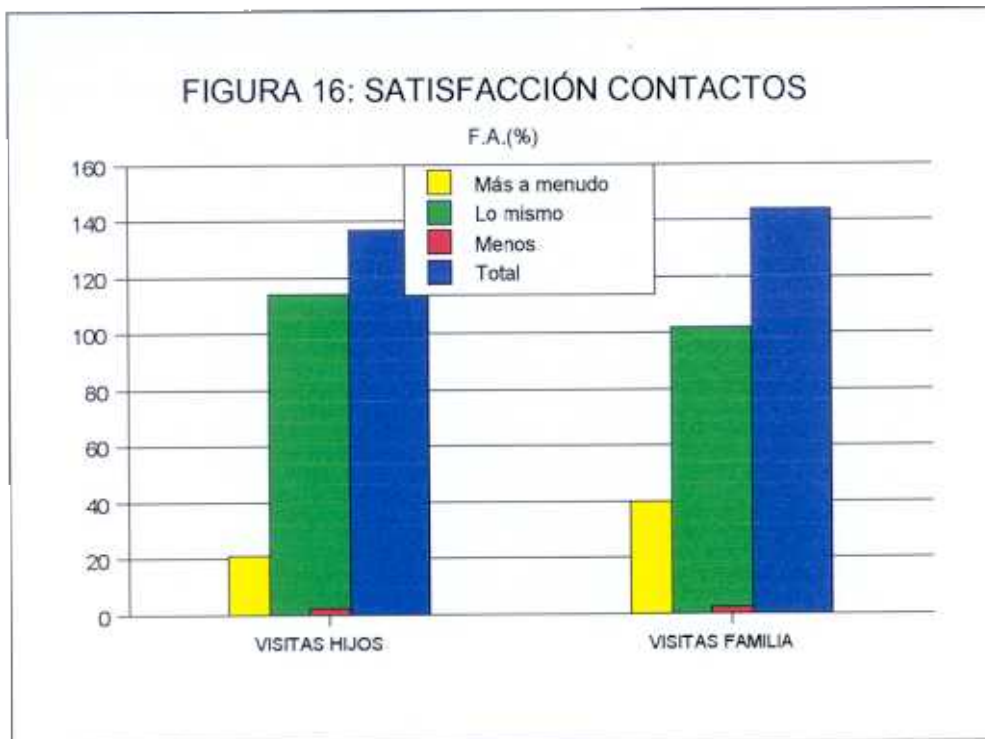
Se han considerado elementos de la estructura de la red los contactos semanales, mensuales y por teléfono como posibles proveedores de apoyo instrumental y emocional disponible y adecuado, para cada uno de los miembros que componen la red. Los contactos (visitas) semanales y mensuales son contactos cara a cara lo que pueden significar una fuente mayor de apoyo instrumental mientras que los contactos por teléfono en principio pudiera pensarse que constituyen una fuente de apoyo emocional.

Los datos de la *tabla 3* muestran que la mayoría de los pacientes mantienen contactos semanales y mensuales con casi la mitad de sus hijos sin embargo los contactos por teléfono son más escasos. Los contactos con los nietos son menores en las tres categorías expuestas. Para los hermanos, amigos y sobrinos la frecuencia de contactos en general es mensual y no semanal. Para todos los componentes de la red los contactos telefónicos son menores.

Durante la recogida de datos se comprobó que la mayoría de los pacientes varones consideraban que llamar por teléfono era una actividad propia de las mujeres. Por otro lado, también se observó que los componentes de la red habitaban cerca del domicilio del paciente lo cual facilitaba los contactos cara a cara y eliminaba las llamadas por teléfono.

b/ Relación familiar.

La *figura 16* refleja la frecuencia de visitas o contactos mantenidos con la red de apoyo. La pregunta realizada fue la siguiente: ¿ Le gustaría ver a sus hijas más a menudo o lo mismo que ahora ?. Esta misma pregunta se realizó al resto de los miembros de la red a excepción de los amigos. Se consideraron los siguientes niveles: Más a menudo, lo mismo y menos a menudo. La misma pregunta se realizó al resto de los miembros de la red a excepción de los amigos.



Los datos de la figura 16 indican que los pacientes referían estar más satisfechos con la frecuencia de contactos con los hijos que con la familia en general.

Los resultados obtenidos indican que un 15,3% (21) de los pacientes desearían ver más frecuentemente a sus hijos un 83,2% (114) se encuentran satisfechos con la frecuencia de las visitas y a un 1,4% (2) les gustaría ver menos a menudo a sus hijos.

En relación con los familiares al 27,7% (40) les gustaría ver mas a menudo a su familia, un 70,8% (102) lo mismo y un 1,4% (2) les gustaría verlos menos a menudo. En líneas generales se observa que los pacientes están más satisfechos con la frecuencia de contactos que se establece con los hijos que con la familia, en general, ambos resultados manifiestan la necesidad de aumentar los contactos.

En la *tabla 4* se presentan los datos correspondientes a la relación familiar dividida a su vez en hijos y familia. La pregunta realizada fue la siguiente: ¿ Con cuántos de sus hijos cree usted que tiene buena relación ?. Se contemplaron dos niveles: Buena relación y no buena relación. Al igual que en la tabla anterior la pregunta fué realizada con respecto a los hijos, separada del resto de los familiares.

TABLA 4: RELACIÓN HIJOS/FAMILIA

RELACIÓN HIJOS X+/-DE INTERV.	RELACIÓN FAMILIA X+/-DE INTERV.
Buena relación 2,5+/-1,4 0-8	Buena relación 9,6+/-9,1 0-39
No buena relac.0,2+/-0,7 0-4	No buena relac.3,0+/-6,4 0-34

Los resultados obtenidos muestran que las relaciones de los hijos son en general buenas. Sin embargo las relaciones con el resto de los miembros de la familia es buena en aproximadamente la mitad de los miembros de la familia y refieren no tener buena relación en una cuarta parte de los mismos.

La información sobre la satisfacción con la relación de hijos y familia, fué obtenida con la pregunta siguiente. ¿ Como está usted de satisfecho de su relación con sus hijos-as ?. Se consideraron cuatro niveles: Muy satisfecho, bastante satisfecho, algo satisfecho y nada satisfecho. Las preguntas fueron contestadas por el 83,2% (hijos) y 92,9% (familiares) de los sujetos del estudio.

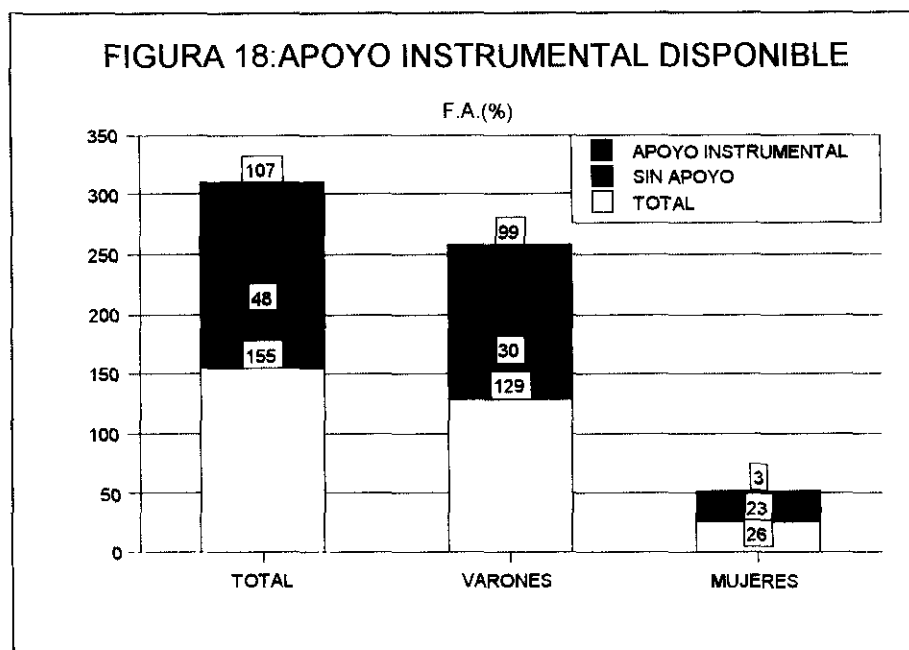
Todos ellos tenían algún familiar próximo a la vivienda con el que se visitaban. Aunque había otros que sin estar viviendo muy alejados de su domicilio apenas se veían. Solamente lo hacían por motivos especiales como por ejemplo: una enfermedad, un acontecimiento importante familiar. Aunque manifestaban tener información de la familia a través de amigos o vecinos comunes (128) (137).

En muchas ocasiones el hecho de que les preguntase sobre los contactos familiares era un motivo para que dijeran que esos temas eran asunto de su mujer. Lo cual indica la separación de roles que ellos establecían entre los conyuges. Por otro lado, esta pregunta les inducía a pensar sobre la relación familiar. Se apreciaba que era la primera vez que habían pensado sobre las relaciones y comentaban que deberían visitar más a la familia. Aunque en general lo pacientes varones comentaban que las relaciones familiares las mantenían las mujeres. Estos resultados están en concordancia con los encontrados por Bott (138) y posteriormente fueron confirmados por Young y Willmott (139) entre otros.

c/ Apoyo instrumental y emocional disponible y adecuado.

Se han considerado dos tipos de apoyo: emocional y instrumental, para cada uno de ellos se han estudiado dos niveles disponible y adecuado. La dimensión disponible se refiere a la percepción global del apoyo por parte del paciente mientras que el adecuado significa la dimensión cualitativa del mismo.

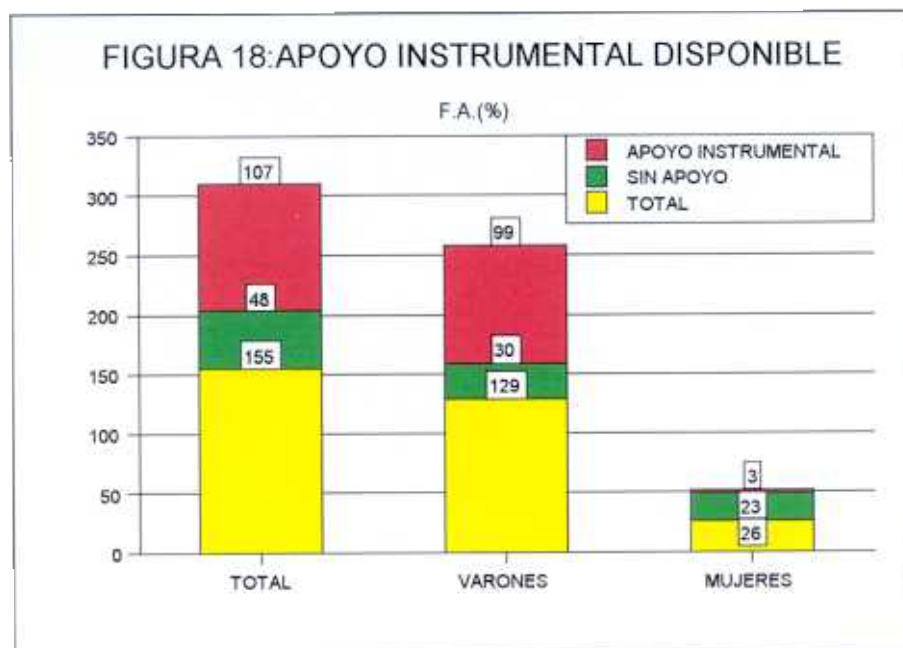
Para el apoyo instrumental disponible la pregunta realizada ha sido. ¿Cuando usted necesita ayuda ?.¿ Puede usted contar con alguien que le apoye y o (instrumental:tangible) ayude a dar un paseo, seguir el régimen, recordarle las pastillas, acompañar a las revisiones medicas, exploraciones, telefonar, ir al banco, dejar de fumar ?. Si/No.



En la *figura 18* se muestra que el 69,0% (107) de los pacientes disponen de apoyo instrumental y sin embargo un 31,0% (48) no lo disponen. Del total de pacientes que perciben apoyo el 76,7% (99) son varones y un 88,4% (23) de las mujeres refieren tener apoyo instrumental mientras que un 23,2% (30) de los varones y un 11,5% (3) de las mujeres no lo perciben.

Estos datos indican que la diferencia relativa en cuanto a la percepción de apoyo instrumental entre ambos sexos es de 11,7% en favor de las mujeres.

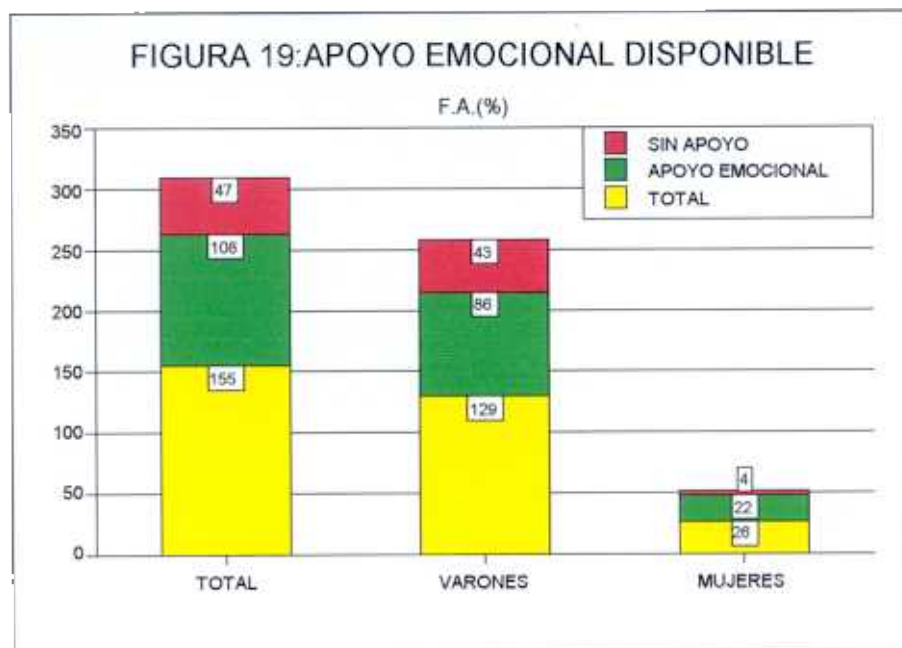
Para el apoyo emocional disponible la pregunta realizada fue la siguiente. ¿Puede usted contar con alguien que le de apoyo emocional?. Es decir, que pueda desahogarse que le escuche cuando usted necesite hablar de sus preocupaciones y problemas, que le ayude cuando usted necesite tomar alguna decisión difícil?. Si/No.



En la *figura 18* se muestra que el 69,0% (107) de los pacientes disponen de apoyo instrumental y sin embargo un 31,0% (48) no lo disponen. Del total de pacientes que perciben apoyo el 76,7% (99) son varones y un 88,4% (23) de las mujeres refieren tener apoyo instrumental mientras que un 23,2% (30) de los varones y un 11,5% (3) de las mujeres no lo perciben.

Estos datos indican que la diferencia relativa en cuanto a la percepción de apoyo instrumental entre ambos sexos es de 11,7% en favor de las mujeres.

Para el apoyo emocional disponible la pregunta realizada fue la siguiente. ¿Puede usted contar con alguien que le de apoyo emocional?. Es decir, que pueda desahogarse que le escuche cuando usted necesite hablar de sus preocupaciones y problemas, que le ayude cuando usted necesite tomar alguna decisión difícil?. Si/No.

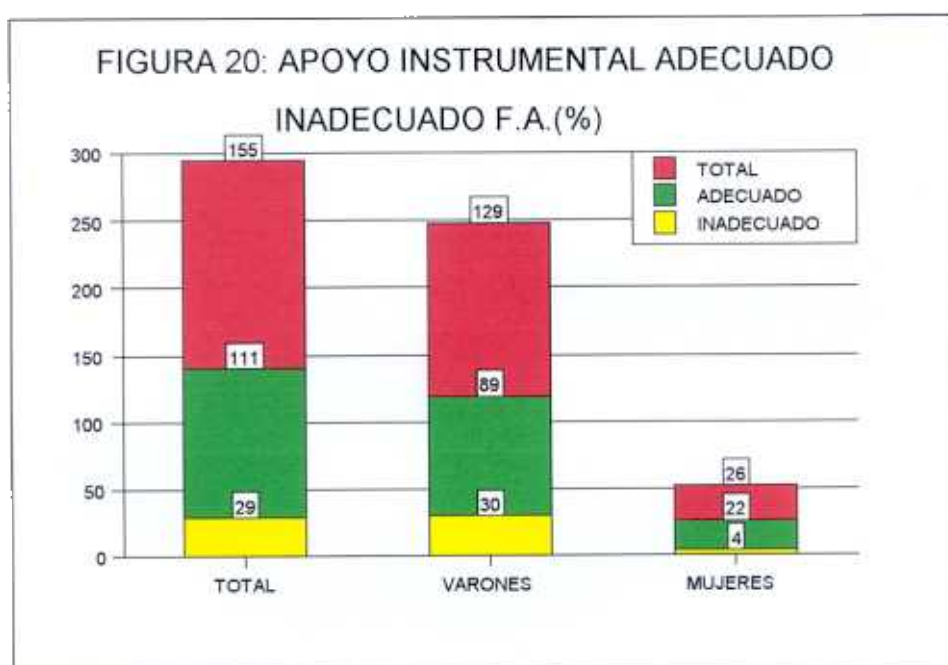


En cuanto a la disponibilidad del apoyo emocional, los datos se muestran en la *figura 19*: el 69,6% (108) de los sujetos del estudio disponen de apoyo emocional y sin embargo un 30,4% (47) no lo disponen. Un 84,6% (22) de las mujeres refieren tener apoyo emocional mientras que sólo un 15,3% (4) de las mismas no lo tienen. En relación con los varones un 66,6% (86) tienen apoyo mientras un 33,3% (43) no lo poseen. De nuevo los datos revelan que las mujeres perciben más apoyo emocional que los varones. Las diferencias relativas entre ambos sexos son de 22 puntos en favor de las mujeres.

Para el apoyo instrumental y emocional adecuado (*figuras 20 y 21*) las preguntas realizadas fueron: ¿Pudo haber necesitado más ayuda en las actividades mencionadas que la que recibió?. La respuesta contenía las siguientes categorías: Mucha más ayuda, algo más ayuda, un poco más ayuda y adecuada ayuda. ¿Pudo haber necesitado más apoyo emocional (más desahogo) es decir más demostración de afecto, confianza, cariño que el que recibió?. La respuesta contenía las siguientes categorías: Muchas mas ayuda, algo mas ayuda, un poco

más ayuda y adecuada ayuda. Para el análisis estadístico fue necesario agrupar las categorías mencionadas en dos: adecuado e inadecuado debido a que la pequeña o nula frecuencia absoluta en las categorías algo más, mucho más y un poco más impedía realizar el test de ChX2 correspondiente.

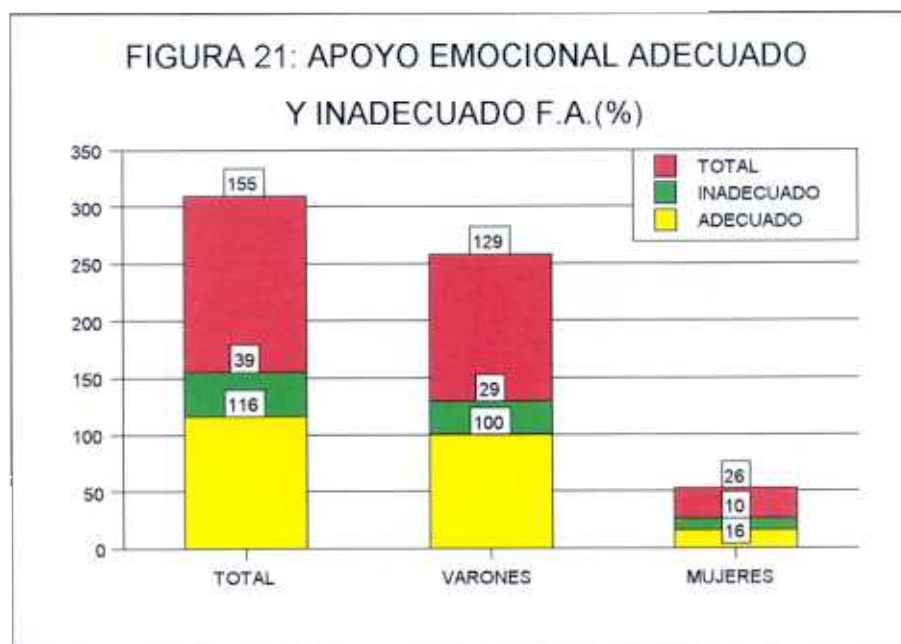
Los datos de la *figura 20* muestran que el 71,9% (111) de los pacientes reciben adecuado apoyo instrumental y solo un 29% (34) de los sujetos tienen



inadecuado apoyo. Un 69,3% (68) de los hombres y un 82,6% (19) de las mujeres tienen adecuado apoyo mientras que un 30,6% (30) de los hombres y 17,3% (4) poseen inadecuado apoyo. Porcentualmente las mujeres tienen 12% más adecuado apoyo que los hombres.

La *figura 21* presenta la dimensión cualitativa del apoyo emocional a través del adecuado apoyo. El 74,8% (116) pacientes perciben adecuado apoyo mientras que un 25,2% (39) perciben inadecuado apoyo. De estos un 76,7 (100) son

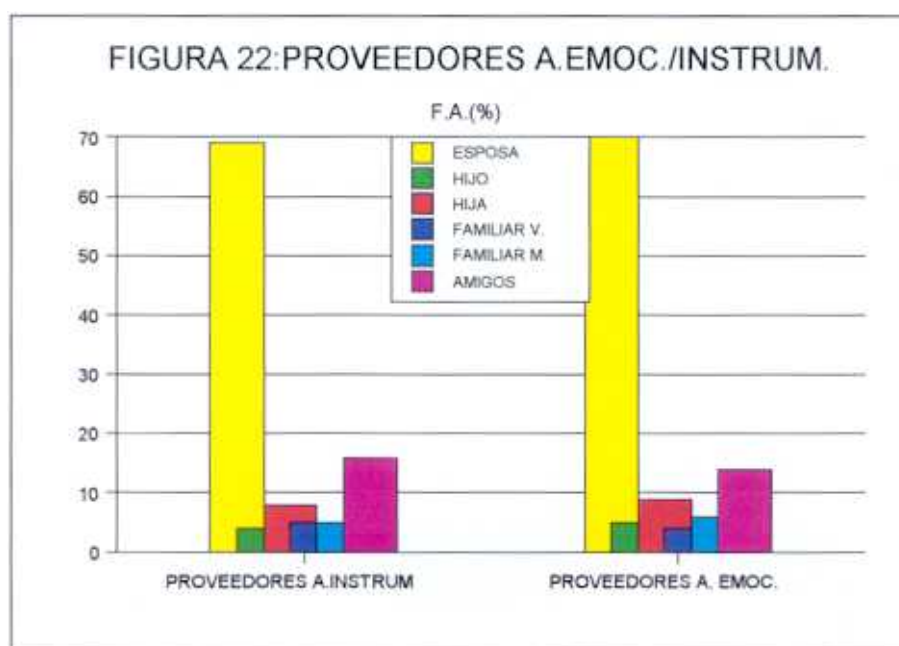
varones y un 72,7% (16) de las mujeres lo perciben adecuadamente sin embargo un 23,3% (29) de los varones y un 27,3% (10) de las mujeres no lo perciben adecuadamente. En relación con los sexos un 4% más de las mujeres que los hombres perciben apoyo emocional adecuado y un 4% menos de las mujeres que los hombre perciben apoyo emocional adecuado.



d/ *Proveedores de apoyo emocional y instrumental.*

La pregunta realizada para estudiar quienes son los proveedores de apoyo instrumental fue la siguiente : ¿ Quién es la persona o personas que más le han ayudado en las actividades mencionadas ?. La pregunta realizada para el apoyo emocional fue la siguiente. ¿ Quién es la persona o personas que más le ha escuchado, ha contado con ella para desahogarse, ha confiado, le ha escuchado?. Se establecieron las siguientes categorías mencionadas en la *figura 22*: esposa, hijo, hija, familiar varón, familiar mujer, amigos.

Los resultados obtenidos se presentan en la figura 22: los conyuges son los proveedores más importantes numéricamente con un porcentaje de 64,4% (69), seguido de los amigos en un 14,9% (16), las hijas en un 7,4% (8), un familiar

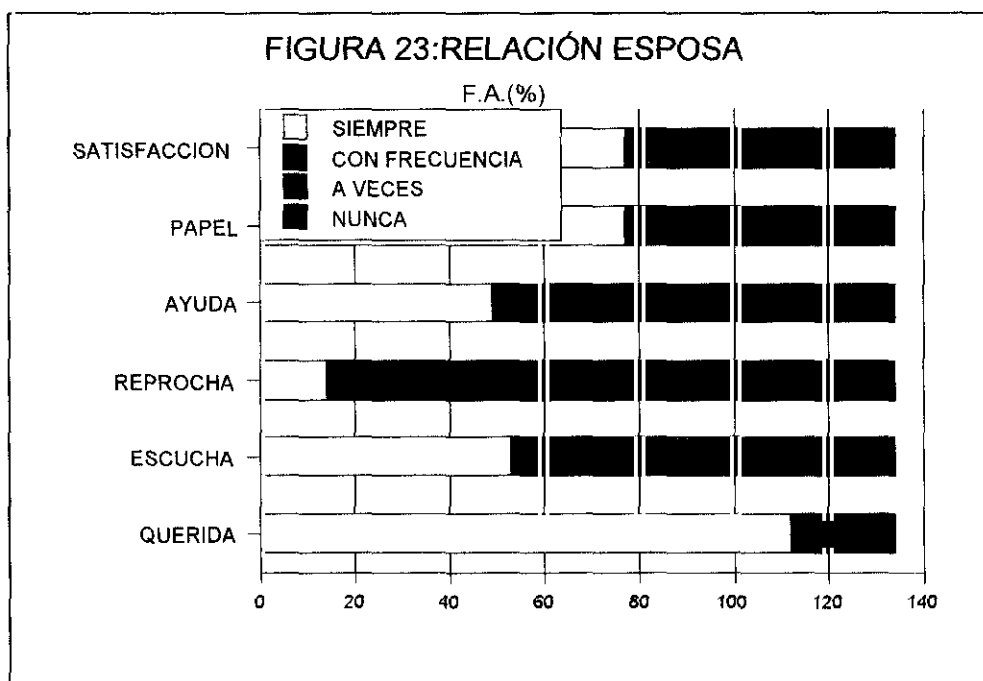


varón un 7,4% (5), familiar mujer un 4,6% (5), los hijos un 3,7% (4). No se reflejó ninguna ayuda procedente de los vecinos y compañeros. En cuanto a las personas que proveen apoyo emocional, esencialmente son las mismas que en el apoyo instrumental, un 64,8% (70) los proveen las esposas, los amigos un 12,9% (14), las hijas un 8,3% (9), un familiar mujer un 5,5% (6), los hijos un 4,6% (5) y un familiar varón un 3,7% (4). No se reflejó ninguna ayuda procedente de los vecinos y compañeros.

Los resultados expuestos indican que aproximadamente el 90,2% del apoyo instrumental y emocional es provisto por las mujeres (esposas, hijas, familiar mujer) sin embargo solamente un 16,6% de los hombres son proveedores de apoyo. Lo que evidencia el papel que la mujer desarrolla en el cuidado de la enfermedad. Los datos revelan que la acción del cuidado recae sobre las mujeres.

La figura 23 muestra la relación entre los esposos/as expresada a su vez en seis preguntas. Ejemplo: ¿Con que frecuencia su esposo o esposa le hace sentirse

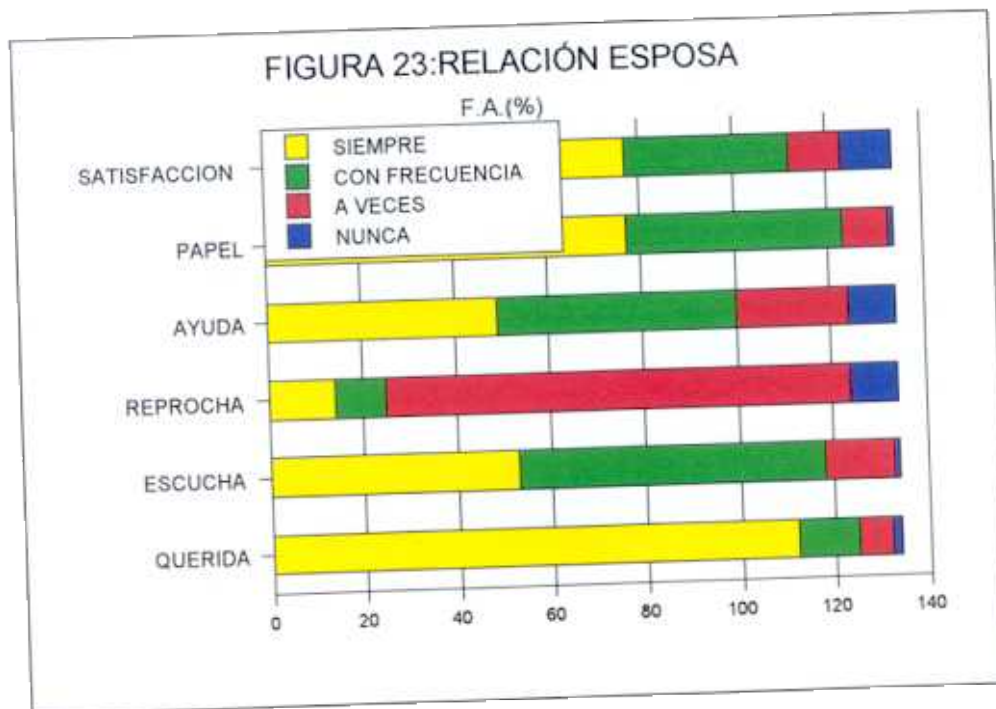
querido o cuidado?, Esta misma pregunta fue aplicada a las siguientes categorías: le escucha, reprocha, le ayuda, tiene un papel importante y esta satisfecho?. Los resultados obtenidas se presentan en la figura 23. La respuesta fué obtenida del 86,4% (134) pacientes.



Los datos expuestos revelan que en general la mayoría de los pacientes un 83,5% (112) se sienten queridos por la esposa, un 9,7% (13) con frecuencia, un 5,2% (7) a veces y nunca solamente un 1,4% (2). Un 39,5% (53) siempre le escucha la esposa, con frecuencia un 48,5% (65). a veces un 11,1% (15) y un 0,7% (1). La categoría ser reprochado por la esposa o esposo; a veces fue la más contestada en un 73,8% (99) mientras que un 7,4% (10) nunca fueron reprochados. Ayuda recibida el 36,5% (49) siempre, 38% (51) con frecuencia, a

La figura 23 muestra la relación entre los esposos/as expresada a su vez en seis preguntas. Ejemplo: ¿ Con que frecuencia su esposo o esposa le hace sentirse

querido o cuidado?, Esta misma pregunta fue aplicada a las siguientes categorías: le escucha, reprocha, le ayuda, tiene un papel importante y esta satisfecho?. Los resultados obtenidas se presentan en la figura 23. La respuesta fué obtenida del 86,4% (134) pacientes.

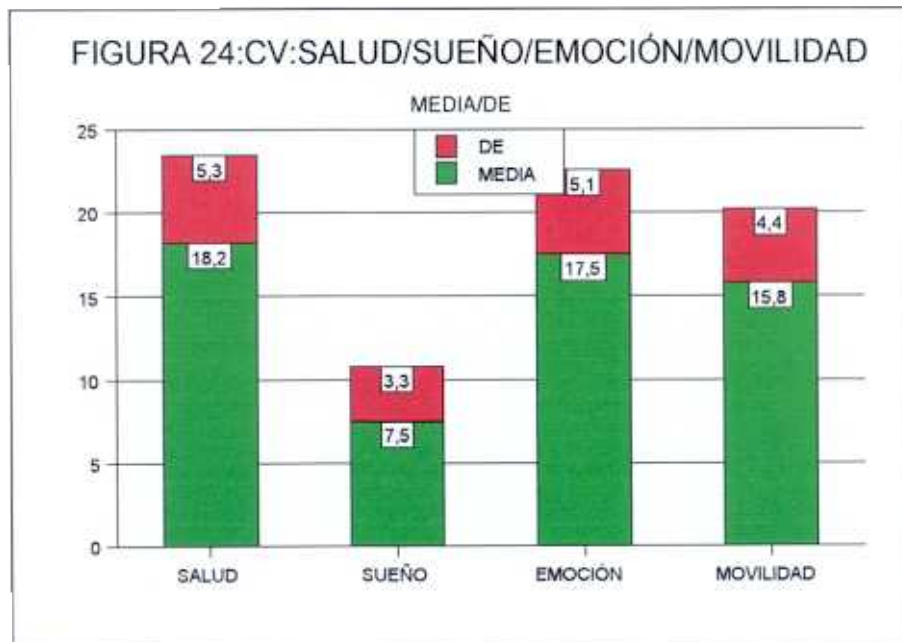


Los datos expuestos revelan que en general la mayoría de los pacientes un 83,5% (112) se sienten queridos por la esposa, un 9,7% (13) con frecuencia, un 5,2% (7) a veces y nunca solamente un 1,4% (2). Un 39,5% (53) siempre le escucha la esposa, con frecuencia un 48,5% (65). a veces un 11,1% (15) y un 0,7% (1). La categoría ser reprochado por la esposa o esposo; a veces fue la más contestada en un 73,8% (99) mientras que un 7,4% (10) nunca fueron reprochados. Ayuda recibida el 36,5% (49) siempre, 38% (51) con frecuencia, a

veces un 17,9% (24) y nunca un 7,4% (10) de los entrevistados. Respecto al papel y la satisfacción con la esposa: los datos obtenidos revelan que el 57,4% (77) de los pacientes siempre tiene un papel importante y están muy satisfechos, con frecuencia el 34,3% (46) y el 26,1% (35). Sin embargo un 16,4% (22) manifiestan estar poco o nada satisfecho con el esposo/a.

5.1.4. Calidad de vida.

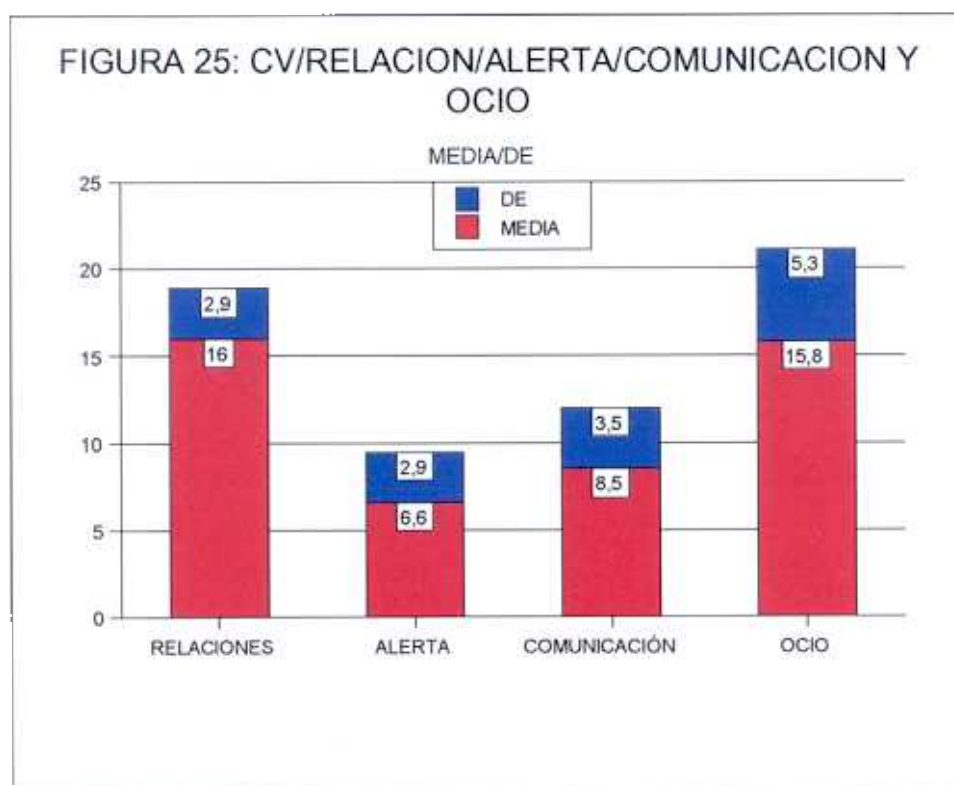
La escala de calidad de vida de Velasco y Barrera (113), aplicada en la presente investigación, consta de 44 ítems que se puntúan de 1 a 5, representando



la mejor y 5 la peor calidad de vida en el ítem correspondiente. De esta manera, las menores puntuaciones indican una mejor calidad de vida y las mayores puntuaciones representan a la peor calidad de vida. Las puntuaciones extremas mínima y máxima son de 44 y 220 puntos respectivamente, representan la mejor y la peor calidad de vida. La escala está dividida en 8 áreas: SALUD, SUEÑO,

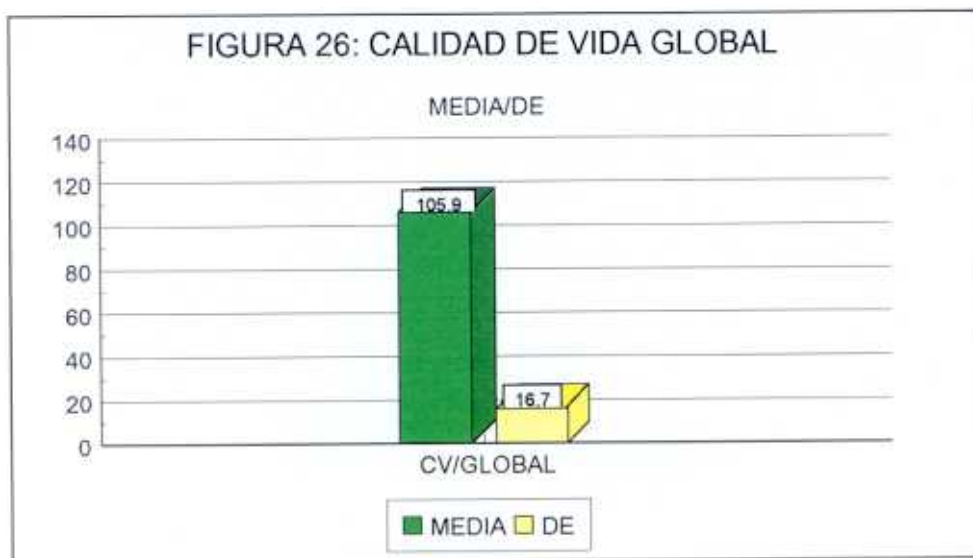
EMOCIÓN, MOVILIDAD, RELACIÓN, ALERTA, COMUNICACIÓN Y OCIO, constando de 8,3,6,6,8,3,4 y 6 ítems, respectivamente.

En general, los pacientes del estudio refirieron tener una buena calidad de vida inmediatamente después de padecer el infarto. La media total de calidad de vida fue de 105,9+/-16,7 (límites 51-137, que representa la mejor y peor calidad de vida registradas, respectivamente).



Las áreas que los pacientes expresaron sentirse bien aceptablemente bien fueron: salud, relaciones, alerta y comunicación y sin embargo las áreas que refirieron sentirse peor fueron movilidad, sueño, ocio y emoción. Esta última fue la que mayor puntuación dio en relación a sus correspondientes.

La puntuación media global y para cada una de las ocho áreas se presentan en las *figuras 24, 25 y 26*. Así pues, se observa que la puntuación



media obtenida es relativamente baja (considerando el número de ítems de cada área) en las 8 áreas identificadas. La puntuación relativamente más baja se obtiene en el área de relación y la más alta en la de emoción. Otras áreas que también presentan puntuaciones altas son movilidad, sueño, emoción y ocio.

Las escalas de calidad son medidas psicométricas que nos informan subjetivamente de como percibe la enfermedad el paciente.

La valoración que el enfermo haga de si mismo será la que conduce al paciente hacia la salud y a buscar su incorporación en la vida social. Mientras el enfermo no perciba un sentirse bien seguirá manteniendo el rol del enfermo.

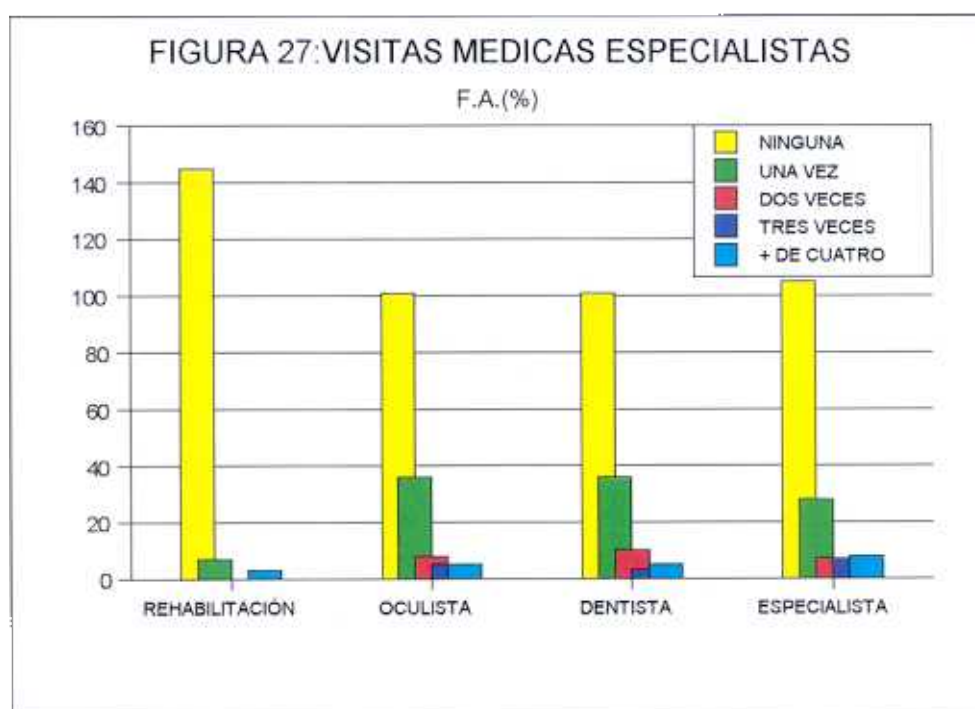
5.1.5. Uso de recursos sanitarios.

El uso de recursos se estudió a través de 11 preguntas que puntúan de 1 a 5, representando 1 al menor consumo de recursos y 5 al máximo uso de recursos

en el ítem correspondiente, de manera que las puntuaciones más bajas indicarán el menor consumo de recursos mientras que las más altas significarán el mayor consumo. Las preguntas fueron seleccionadas en las áreas sanitarias que por su enfermedad podían ser las más utilizadas por los pacientes.

Las preguntas estaban divididas en tres áreas:

- 1) Visitas médicas a especialistas.
- 2) Visitas al médico general, médico y enfermera a domicilio.
- 3) Urgencias ambulatorio y hospital, ingresos hospitalarios y transporte.

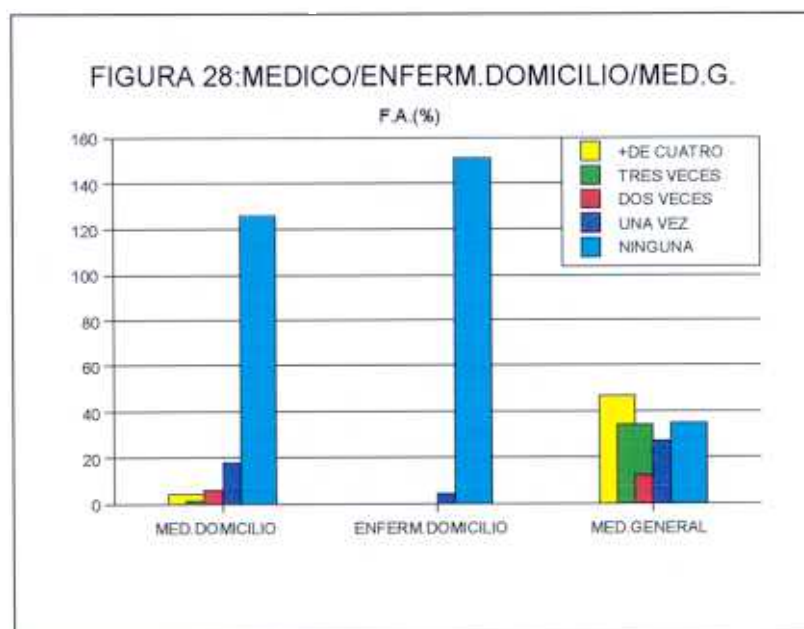


Para el consumo de medicamentos y pruebas diagnósticas se realizaron las preguntas referentes a la toma o no de pastillas, jarabes, pomadas, inyecciones, RX, análisis, ECO, ECG, ergometria y coronografía. Estas preguntas fueron

dicotómicas y las pruebas estaban ordenadas numéricamente de tal manera que cada una de las pruebas se identifica con un número.

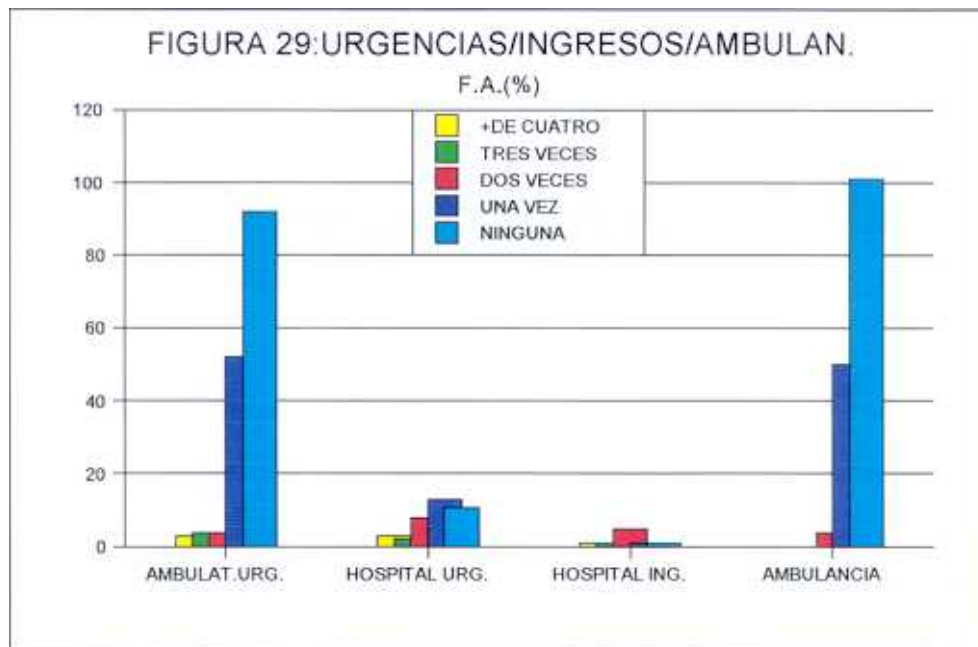
En relación con las visitas médicas y de especialistas. Los datos de la *figura 27* muestran las visitas realizadas al oculista, dentista, especialista en cardiología y rehabilitador. Teniendo en cuenta que el 60% de los sujetos de estudio se encuentra entre el grupo de edad 50-70 y que a partir de los 65 años y junto con los niños son los que más consumo sanitario realizan. En líneas generales se observa que mas de la mitad de los pacientes no habían ido a visitar a ninguno de los especialistas. La visita al médico de rehabilitación fue la menos utilizada.

Los datos obtenidos fueron los siguientes. El 65,1% (101) no visitaron ninguna vez al oculista, el 23,2% (36) solamente una vez, el 11,5% (18) restante se repartió entre las categorías de pacientes que le visitaron una o más veces. Respecto a la asistencia al dentista, el 65,1% (101) nunca le visitaron, una vez un 23,2% (36) y dos o más veces un 11,5% (18) de los entrevistados. Consulta con el especialista; un 67,7% (105) nunca fueron a ningun especialista, más de una vez solamente un 18% (28) y un 19% (22) se reparten entre las categorías que le visitaron una o más de dos veces. La consulta de



rehabilitación fue la menos visitada con un 6,4% (10) de visitas, en las categorías de una vez e igual ó más de cuatro.

Los datos de la *figura 28* indican que un 23,3% (35) nunca visitaron al medico generalista, el 18% (27) los visitaron una vez, un 12% (8) dos veces y un 53,9% (81) de los pacientes visitaron al médico general entre tres veces e igual ó más de cuatro. Las visitas realizadas por el médico y enfermera a domicilio son el 81,2% (121) y el 97,4% (151) respectivamente. Nunca fueron visitados en casa, un 11,6% (18) , un 2,5% (4) lo fueron una vez y un 6,9% (11) recibieron dos y cuatro ó más visitas médicas.



En la *figura 29* se observa el n° de visitas realizadas en urgencias del ambulatorio y hospital, los ingresos en hospital y con uso de ambulancia. Los datos de la mencionada tabla revelan que un 33,5% (52) y un 84,5% (131) de los individuos han sido visitados en urgencias del ambulatorio y hospital al menos una vez, mientras que ninguna vez lo fueron un 59,3% (92) y un 7% (11)

ninguna clase de jarabe. Un 13,5% (21) se aplican pomadas mientras que un 86,5% (134) no se aplican. Las inyecciones son consumidas por un 12,2% (19) y no se ponen ninguna un 87,8% (136) de los sujetos de estudio.

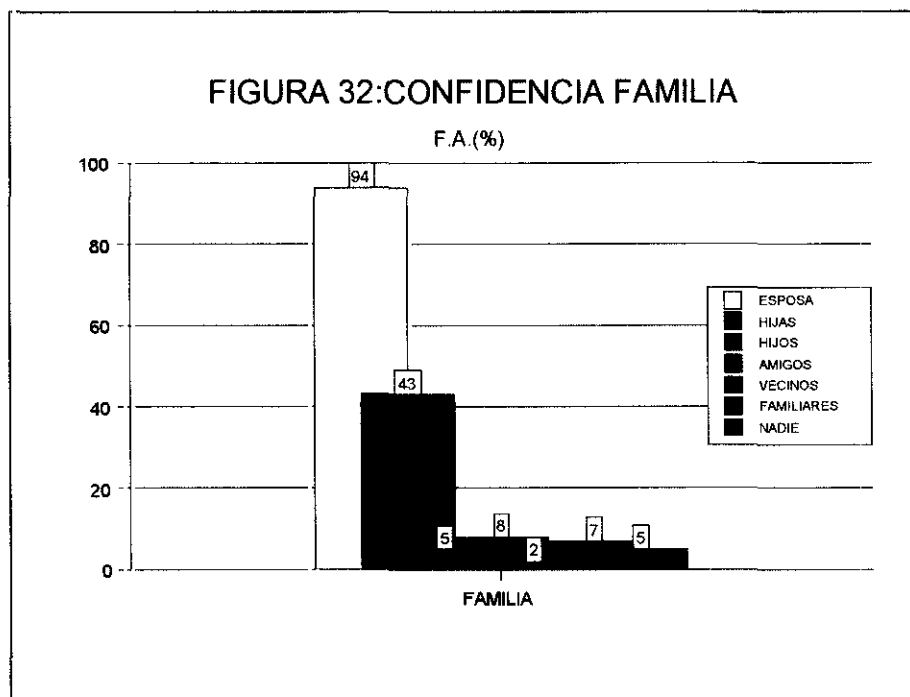
Las pruebas diagnósticas se presentan en la *figura 31*. Los datos obtenidos indican que la proporción de pruebas diagnosticas que fueron utilizadas por este tipo de pacientes es la siguiente: un 4,5% (7) RX, un 18% (28) pruebas analítica, un 1,2% (2) ECO y un 0,6% (1) ECG. De los resultados encontrados se deduce que el consumo de medicamentos y pruebas diagnósticas antes de la enfermedad es muy bajo, lo cual indica que estos pacientes mantuvieron una buena salud antes del infarto, a pesar del amplio porcentaje de sujetos mayores de 60 años, que son los que suelen utilizar un mayor consumo de recursos.

El consumo de recursos sanitarios suele utilizarse como elemento discriminador de necesidades en salud. Pero en países con Sistemas Sanitarios Públicos basados con criterios de igualdad en la distribución de los servicios y con el mismo acceso a los mismos. En este caso y suponiendo que estos elementos se dieran en el área. Nos encontraríamos ante una población sana por lo menos en el momento de la entrevista. Las preguntas eran referidas a seis meses antes del infarto.

5.1.6. Confidencialidad cuando tienen un problema de salud.

La confidencialidad se define como la calidad de un sujeto del entorno del paciente de ser fiel, seguro y digno de confianza, en cuanto al hecho de poder comentarle libremente y sin trabas los aspectos íntimos y relacionados con la enfermedad.

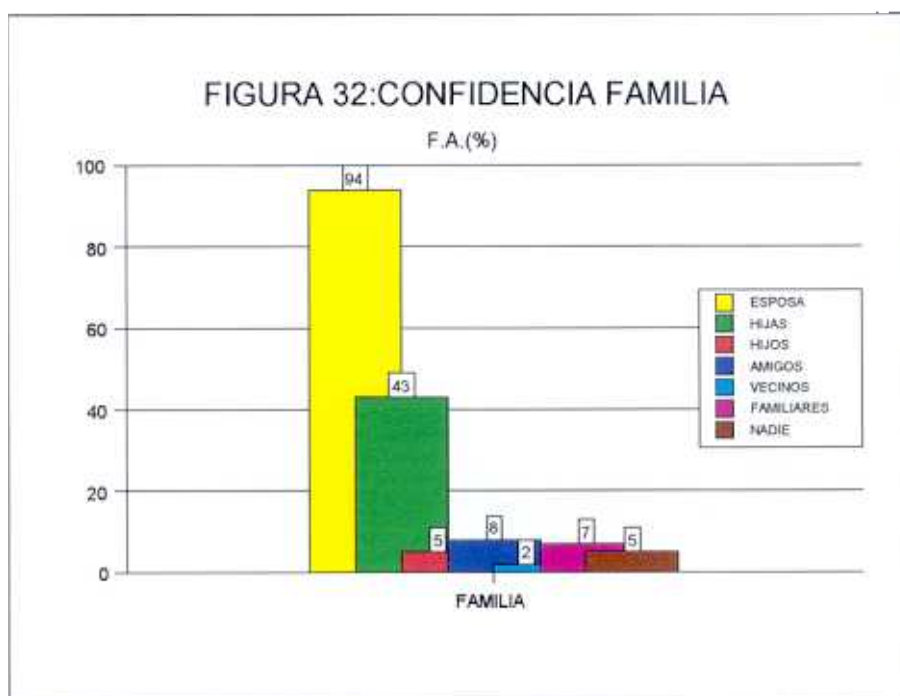
Los datos de la *figura 32* representan el nivel de confidencialidad que los pacientes asignan a las diferentes personas de su entorno en relación con los problemas de salud. ¿ Cuando tiene un problema de salud con quién lo habla ?.



Los resultados obtenidos indican que el 60,6 (94) de los sujetos del estudio manifiesta confianza en la esposa, un 21,9% (43) en las hijas, un 3,2% (5) en los hijos, un 5,1% (8) en los amigos, un 4,5% (7) en los familiares, un 1,2% (2) con los vecinos y por último no lo comentan con nadie el 3,2% (5). Estos datos, de nuevo reflejan el papel de la mujer en el cuidado de la salud (esposa, hija) y la separación de los roles entre hombres y mujeres ya que solamente un 10,8% de los pacientes comentan los problemas de salud con varones y amigos-as.

Asimismo, se les pregunto el nivel de confidencialidad con los profesionales de la salud; por medio de la pregunta siguiente.¿ A quién acude

Los datos de la *figura 32* representan el nivel de confidencialidad que los pacientes asignan a las diferentes personas de su entorno en relación con los problemas de salud. ¿ Cuando tiene un problema de salud con quién lo habla ?.

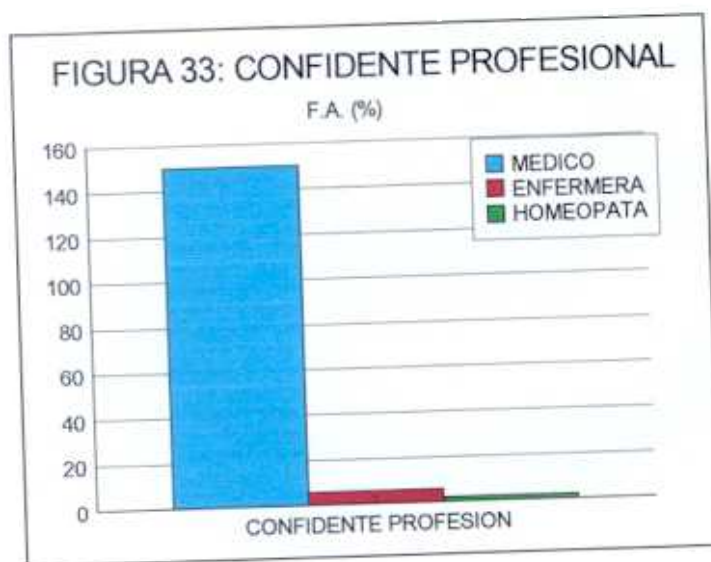


Los resultados obtenidos indican que el 60,6 (94) de los sujetos del estudio manifiesta confianza en la esposa, un 21,9% (43) en las hijas, un 3,2% (5) en los hijos, un 5,1% (8) en los amigos, un 4,5% (7) en los familiares, un 1,2% (2) con los vecinos y por último no lo comentan con nadie el 3,2% (5). Estos datos, de nuevo reflejan el papel de la mujer en el cuidado de la salud (esposa, hija) y la separación de los roles entre hombres y mujeres ya que solamente un 10,8% de los pacientes comentan los problemas de salud con varones y amigos-as.

Asimismo, se les pregunto el nivel de confidencialidad con los profesionales de la salud; por medio de la pregunta siguiente.¿ A quién acude

usted cuando se siente enfermo?. Medico, enfermera, farmacéutico, curandero, naturista, homeópata. Esta variable fue introducida en el cuestionario para conocer si los pacientes hacían uso de otro tipo de medicina alternativa que no fuera la occidental.

En la *figura 33* se presenta el nivel de confidencialidad con los profesionales de la salud. Los datos obtenidos revelan que el 96,1% (149) de los



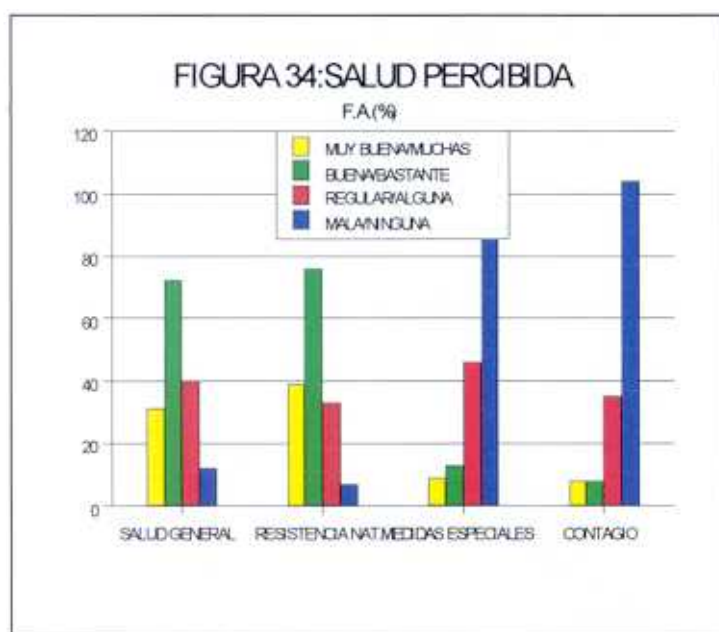
pacientes acuden al médico cuando se sienten enfermos, un 3,2% (5) a la enfermera y un 0,6 (1) al homeópata. Sin embargo, la mayoría de los pacientes conocían algún curandero o algún vecino que había necesitado de sus auxilios. Parece muy generalizado la utilización de los

curanderos, aunque la decisión de ser visitado o no por ellos depende de los signos que los pacientes refieren. Suelen diferenciar cuando puede ser beneficioso o no.

5.1.7. Salud percibida.

En la *figura 34* se encuentran los datos sobre salud percibida. Las preguntas realizadas sobre salud percibida fueron las siguientes: salud en general, resistencia natural a las enfermedades, contagio fácilmente, medidas especiales

para no caer enfermo. Las respuestas fueron: Muy buena, buena, regular y mala para las dos primeras y muchas, bastantes, alguna y ninguna para las dos ultimas.



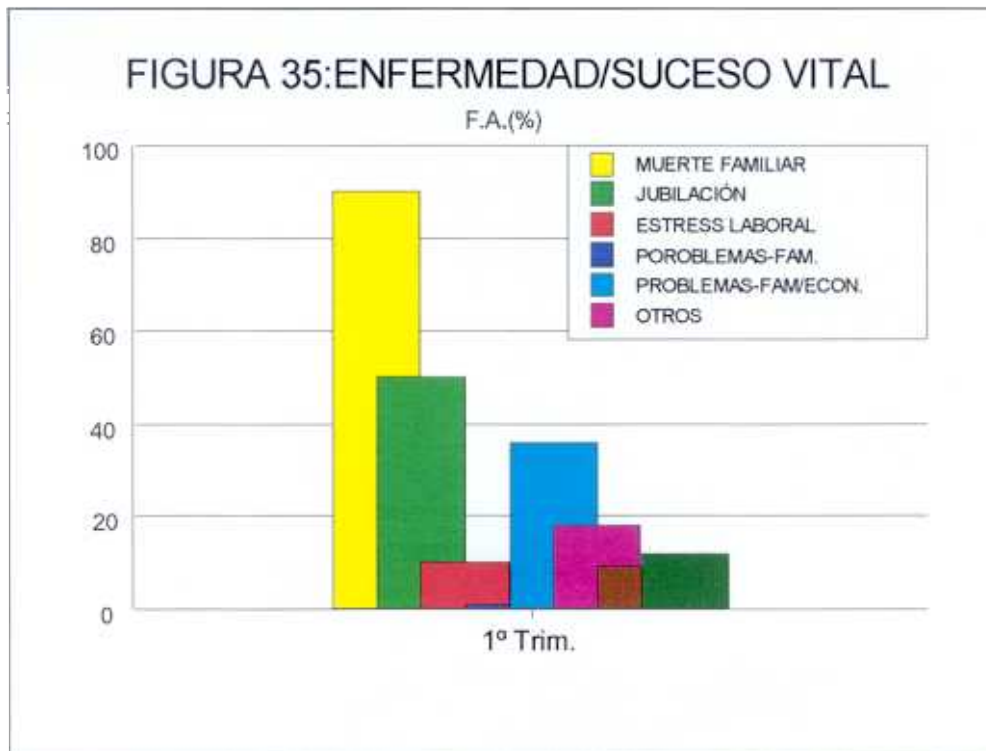
Los datos de la figura 34 muestran percibir muy buena salud y tienen resistencia natural para las enfermedades el 20% (31) y 25,1% (39), buena el 46,4% (72) y 49% (76), regular el 25,8% (40) y 21,2% (33) y mala un 4,5% (7) y un 7,7% (12) respectivamente.

5.1.8. Suceso enfermedad.

La figura 35 muestra la influencia de un suceso importante de la vida del paciente en el desarrollo de la enfermedad. Para ello primeramente se les preguntó. ¿ Cree usted que ha habido un suceso importante en su vida que ha contribuido a su actual enfermedad?. ¿ Sí/No ?.

El 59,3% (92) de los pacientes contestaron afirmativamente mientras que un 40,6% (63) no observaron ningun suceso que provocara la enfermedad. Para aquellos que contestaron afirmativamente la siguiente pregunta fué revelar el suceso que a su juicio desencadeno la enfermedad.

También se les pregunto si ellos creían que hubiera habido un suceso importante que hubiera contribuido al desarrollo de la actual enfermedad.



Los datos de la figura 35 muestran que 10,8% (10) de los pacientes atribuyen la enfermedad a la muerte de un familiar, el 1,08 % (1) a jubilación un 39,1% (36) a estrés-laboral, un 19,5% (18) a problemas familiares un 6,5% (6) problemas económicos, problemas familiares y económicos el 9,7% (9) y otros 13% (12) de los pacientes.

5.2. Estudio analítico (resultados).

En este apartado se presentan los resultados obtenidos del estudio analítico de todas las variables de la investigación. El objetivo es conocer la significación estadística del estudio de las variables con el fin de comprobar la hipótesis formulada.

El estudio analítico se ha focalizado especialmente en la asociación entre el apoyo social y la calidad de vida (hipótesis principal del estudio). Secundariamente, se ha estudiado la asociación entre la calidad de vida y el uso de recursos sanitario (hipótesis secundaria). Igualmente se han estudiado las variables clínicas y socioeconómicas y su relación con el apoyo social y la calidad de vida.

5.2.1. Apoyo social y tamaño de la red : Estudio de la asociación entre el tamaño de la red social 1,2 3 y el apoyo instrumental y emocional disponible y adecuado.

El estudio analítico de la red social se ha realizado globalmente (T-RED-1, T-RED-2 y T-RED-3) e individualmente (cónyuge, hijos, nietos, sobrinos, hermanos y amigos) para el apoyo social instrumental y emocional, en sus dos dimensiones percibido y adecuado.

En primer lugar se analiza el tamaño y composición de la red. Como elementos propios de la red del paciente se han considerado los siguientes: Cónyuge, hijos, nietos, hermanos, sobrinos y amigos.

Para su estudio analítico se han establecido tres tamaños diferentes de red, caracterizados por una diferente composición:

T- RED 1: Cónyuge, hijos, nietos y hermanos

T- RED 2: Cónyuge, hijos, nietos, hermanos y amigos

T-RED 3: Cónyuge, hijos, nietos, hermanos, sobrinos y amigos.

Todos los elementos pertenecientes a las distintas redes son consideradas en cuanto a su posible influencia sobre el apoyo instrumental o emocional en sus dos dimensiones disponible y adecuado.

Los resultados del estudio de la asociación entre tamaño de red 1,2,3 y el apoyo instrumental y emocional, disponible y adecuado, se presentan en la tabla 6 y 7, respectivamente.

TABLA 6: ASOCIACIÓN TAMAÑO RED Y APOYO INSTRUMENTAL/EMOCIONAL DISPONIBLE.

PARÁMETRO	T-RED 1		T-RED 2		T-RED 3	
	Nº	Media+/-DE	Nº	Media+/-DE	Nº	Media+/-DE
INSTRUM=SI	122	9,4+/-4,8	122	13,0+/-6,1	122	26,1+/-12,6
INSTRUM=N0	33	6,4+/-4,3	33	6,4+/-4,3	33	17,8+/-9,6
		p<0,01		p<0,001		p<0,001
EMOCION=SI	108	9,3+/-4,9	108	13,3+/-4,2	108	26,2+/-12,4
EMOCION=N0	47	7,5+/-4,7	47	7,5+/-4,7	47	20,2+/-11,8
		p<0,05		p<0,001		p<0,01

La *tabla 6* muestra el tamaño medio de la red de apoyo en aquellos pacientes que refieren tener o no tener apoyo instrumental y emocional disponible, caracterizado por la media y desviación estándar de cada uno de los tamaños de red considerados. Los resultados obtenidos demuestran que los pacientes que tienen apoyo instrumental tienen una red de mayor tamaño para cualquier definición de red, que los que no tienen apoyo instrumental. Igualmente los pacientes que refieren tener apoyo emocional tienen un mayor tamaño de red. Lo cual significa que el número de personas que componen la red facilita para que el apoyo se produzca.

Los datos del T-RED 1, T-RED 2 y T-RED 3 revelan, que en cualquiera de las formas en que se considere el tamaño de la red, éste tiene influencia sobre la disponibilidad del apoyo instrumental o emocional. Así pues, los modelos de redes presentados muestran que la disponibilidad del apoyo instrumental y emocional está relacionada con el tamaño de la red, y que obviamente éste aumenta o disminuye en función del número de personas que la componen.

TABLA 7: ASOCIACIÓN TAMAÑO RED Y APOYO INSTRUMENTAL/EMOCIONAL ADECUADO /INADECUADO.

PÁRAMETRO	T-RED 1	T-RED 2	T-RED 3
	Nº Media+/-DE	Nº Media+/-DE	Nº Media+/-DE
INSTRUM.	34 8,3+/-5,0	34 10,3+/-5,4	34 21,6+/-11,4
INAD./ADEC	87 9,9+/-4,7	87 14,1+/-6,1	85 28,2+/-12,6
SIGNIF.	p<0,1 c.sig.	p<0,01	p<0,01
EMOCIONAL	26 7,4+/-4,4	26 9,7+/-3,8	25 20,3+/-8,0
INAD./ADEC.	82 9,9+/-4,9	82 14,5+/-6,4	81 28,0+/-12,9
SIGNIF.	p<0,05	p<0,001	p<0,001

La *tabla 7* muestra el número de pacientes la media y DE (desviación estándar) de los diferentes tamaños de red de los pacientes con apoyo instrumental y emocional adecuado y inadecuado. Los resultados obtenidos muestran que los pacientes con apoyo instrumental o emocional adecuado poseen un mayor tamaño de red (en cualquier de las definiciones mencionadas) que los que consideran tener apoyo inadecuado.

Los modelos de redes presentados evidencian que el apoyo instrumental y emocional disponible y el adecuado se presentan en pacientes con mayor tamaño de red, lo cual sugiere que en cualquiera de las formas en que se considere el tamaño de la red, está tiene influencia sobre los dos tipos de apoyo considerados en el estudio: instrumental y emocional y sus dos dimensiones, disponible y adecuado. No obstante, tal como se muestra en la *tabla 7* no se ha presentado asociación entre el tamaño de red 1 y el apoyo instrumental adecuado.

En *segundo lugar*, y con el fin de conocer que elementos de la red de apoyo influyen en cada uno de los dos tipos de apoyo considerados, se ha realizado un análisis parcial para cada uno de los componentes de la red: cónyuge, hijos, nietos, hermanos, sobrinos, amigos y esposa. Los resultados se presentan en las *tablas 8, 9 y 10*. Igualmente en este apartado se presenta el estudio analítico entre el apoyo social el sexo y la edad.

Los datos de la *tabla 8* muestran la media y la desviación estándar del número de hijos, nietos y sobrinos de los pacientes que refieren tener y no tener apoyo instrumental y emocional disponible.

En relación con el apoyo instrumental disponible, los resultados obtenidos indican que el número de hijos, nietos y sobrinos es mayor en aquellos pacientes que perciben apoyo instrumental de los que no o perciben. Estos datos indican la

existencia de asociación entre el número de hijos, nietos y sobrinos con el apoyo instrumental. Así pues, la disponibilidad del apoyo instrumental está posiblemente relacionada con el número de hijos, nietos y sobrinos lo cual sugiere que un

TABLA 8: ASOCIACIÓN HIJOS, NIETOS, SOBRINOS Y APOYO INSTRUMENTAL/EMOCIONAL DISPONIBLE.

PARÁMETRO DISPONIBLE	HIJOS(número) Nº Media+/-DE	NIETOS(número) Nº Media+/-DE	SOBRINOS Nº Media+/-DE
INSTRUM=SI	122 2,6+/-1,6	122 2,5+/-0,9	122 13,1+/-9,6
INSTRUM=NO	33 2,1+/-2,0	33 2,1+/-2,0	33 9,2+/-7,0
	p<0,001	p<0,001	p<0,05
EMOCIÓN=SI	108 2,6+/-0,9	107 2,3+/-3,1	108 12,8+/-9,1
EMOCIÓN=NO	47 2,3+/-1,7	47 1,7+/-2,7	47 11,1+/-9,5
	p=0,219 (NS)	p=0,240 (NS)	p=0,309 (NS)

aumento en el tamaño proporcionará una mayor disponibilidad del apoyo instrumental. Igualmente a medida que la red social aumenta, la disponibilidad de ayuda está más garantizada, al menos en cuanto a los aspectos instrumentales se refiere.

En la *tabla 8* se presenta también el número de pacientes que perciben apoyo emocional y los que no lo perciben. Los datos obtenidos revelan que hay un menor número de pacientes que perciben tener apoyo emocional que instrumental.

En relación con el apoyo emocional disponible no se observa significación en el análisis realizado individualmente con los hijos, los nietos y los sobrinos. Ello indica según la presente investigación que los lazos familiares obligan a proveer aspectos instrumentales, mientras que los aspectos emocionales son cubiertos por otros miembros de la red.

En la *tabla 9* están reflejados los resultados del análisis individual realizado para los hermanos y amigos y el apoyo instrumental y emocional disponible. Los datos obtenidos revelan la existencia de mayor número de hermanos en pacientes que poseen apoyo instrumental o emocional.

TABLA 9: ASOCIACIÓN HERMANOS, AMIGOS Y APOYO INSTRUMENTAL/EMOCIONAL DISPONIBLE

PARÁMETRO DISPONIBLE	HERMANOS (número) Nº Media+/-DE	AMIGOS (número) Nº Media+/-DE
INSTRUM=SI	122 3,4+/-2,0	122 3,6+/-3,8
INSTRUM=N0	33 2,5+/-2,2	33 2,3+/-3,2
	p<0,05	p=0,067(<0,1)
EMOCIÓN=SI	107 3,5+/-2,0	107 4,0+/-3,9
EMOCIÓN=N0	47 2,7+/-2,2	47 1,6+/-2,3
	p<0,05	p<0,001

Los pacientes que refieren tener apoyo instrumental y emocional disponible poseen una media y desviación estándar de 3,4+/-2 de hermanos

mientras que los que no lo poseen dichos valores disminuyen a $2,5\pm 2,2$ ($p<0,05$). Los resultados obtenidos reflejan la asociación significativa entre el número de hermanos y el apoyo disponible. Hasta ahora, los hermanos son los únicos miembros de la red que prestan ambos tipos de apoyo. Algunos autores señalan que existe un mayor trasvase de influencia, ayuda e información entre los individuos de la misma generación, posiblemente esta puede ser una de las razones para que el apoyo se produzca (139)(140).

En el caso de los amigos el número medio es mayor en los pacientes con apoyo emocional que instrumental. La media y desviación estándar de amigos es de $4\pm 3,9$ para los pacientes que refieren apoyo, mientras que los que no lo perciben tienen una media de $1,6\pm 2,3$. En el análisis realizado entre ambas variables se observa asociación de $p<0,001$. Asimismo, la media y desviación estándar de amigos es de $3,6\pm 3,8$ para los pacientes que refieren apoyo instrumental, mientras que los que no lo perciben tienen $2,3\pm 3,2$ ($p=0,067$) amigos. Estos datos no demuestran de forma concluyente que exista una asociación entre el número medio de amigos y el apoyo instrumental, aunque lo sugiere ($p<0,1$).

En relación con el apoyo emocional se observa, que el número de hermanos y amigos influye en la disponibilidad del apoyo emocional. Los pacientes que refieren tener apoyo emocional poseen $1,9\pm 0,8$ hermanos más que aquellos que no lo perciben. Igualmente el número de amigos es superior a $3,4\pm 1,6$ en pacientes que refieren apoyo emocional.

TABLA 10: ASOCIACIÓN CÓNYUGE Y APOYO INSTRUMENTAL/EMOCIONAL DISPONIBLE.

CÓNYUGE	A. INSTRUMENTAL.		A. EMOCIONAL	
	SI	NO	SI	NO
SI	104	18	97	11
NO	30	3	37	10
	p=0,578(NS)		p=0,110(NS)	

Los datos de la *tabla 10* muestran los pacientes que refieren tener y no tener apoyo emocional e instrumental procedente del cónyuge.

La presencia de un cónyuge no se asocia significativamente ni con el apoyo instrumental ni emocional. Sin embargo, como se verá en su momento, la persona que habitualmente presta apoyo de uno u otro tipo es el cónyuge, de existir este (ver figuras 22, 23, 32 y tablas 31 y 32). El resultado actual sugiere que, de no existir el cónyuge, sus funciones en cuanto a la prestación de apoyo, son tomadas por otra-as personas. Estos mismos resultados han sido hallados en estudios de características similares (141)(142).

En el presente apartado no se exponen los resultados obtenidos entre el apoyo instrumental y emocional adecuados y los hijos, nietos, hermanos, sobrinos y esposa por no presentar relación significativa entre las variables estudiadas. Como se ha comentado a lo largo del estudio descriptivo, la dimensión del apoyo instrumental y emocional adecuado fué más difícil de cuantificar, lo cual parece

que este relacionada con la falta de significación en ninguna de las áreas estudiadas.

TABLA 11: ASOCIACIÓN SEXO Y APOYO INSTRUMENTAL /EMOCIONAL DISPONIBLE.

SEXO	A. INSTRUMEN.		A. EMOCIONAL	
	SI	NO	SI	NO
VARÓN	99	30	86	43
MUJER	23	3	22	4
	p=0,28(NS)		p=0,11(NS)	

Se ha analizado la asociación entre el sexo y la disponibilidad y el adecuado apoyo instrumental y emocional para conocer si el sexo influye en el apoyo social, ya que de ser así el resto del análisis estaría condicionado a estos factores. Los datos de la *tabla 11* muestran no existir asociación entre el sexo y el apoyo percibido. Sin embargo, tal como será presentado en las figuras 22, 23 y 32 y las tablas 31 y 32. Los proveedores de apoyo son especialmente mujeres, por otro lado en esta muestra las esposas mujeres son las que siempre están presentes en la provisión. Sin embargo, dado que el porcentaje de hombres es superior al de las mujeres enfermas. Para confirmar estos datos se debería contrastar los resultados con muestras poblacionales de similares características que tuvieran una proporción de mujeres pacientes en las mismas condiciones.

Asimismo, se ha analizado, si la edad influye en el apoyo emocional e instrumental disponible. Este análisis se ha llevado a cabo debido a que existen numerosos estudios que señalan fuertes implicaciones entre las personas mayores y el apoyo (143). Esta asociación se ha comprobado a su vez relacionada con diversas enfermedades, institucionalización y uso de recursos.

TABLA 12: ASOCIACIÓN EDAD/ APOYO EMOCIONAL/INSTRUMENTAL DISPONIBLE

APOYO	EDAD(años)	
	Nº	Media+/-DS
INSTRUMENTAL/SI	122	60,8+/-9,4
INSTRUMENTAL/NO	33	59,6+/-10,3
		p=0,52(NS)
EMOCIONAL/SI	108	60,6+/-9,7
EMOCIONAL/NO	47	60,5+/-9,3
		p=0,93(NS)

Los datos de la *tabla 12* muestran que la media y DE de la edad es casi similar para los pacientes que refieren tener y no tener apoyo instrumental y emocional. Existe una ligera disminución de edad en los pacientes que dicen no tener apoyo instrumental. Los resultados indican la falta de asociación entre edad y apoyo emocional y instrumental. Hay que señalar que la media de edad de la muestra es de 60,6+/-9,6 años (36-75 años), lo que indica que el 68% de los pacientes están comprendidos dentro de los límites de la media y desviación.

En resumen, los resultados presentados hasta ahora muestran que los pacientes con apoyo instrumental tienen mayor número de nietos, hermanos, sobrinos y amigos que los que no perciben apoyo instrumental. Se evidencia que existe una clara asociación entre el tamaño de las REDES (1,2,3) y el apoyo instrumental y emocional en sus dos dimensiones disponible (cuantitativa) y adecuada (cualitativa).

Como se ha resaltado, el análisis individual realizado para cada uno de los miembros de la red muestra una dimensión del apoyo más cualitativa. El número de, los hijos, nietos y sobrinos está asociado con la provisión de apoyo instrumental disponible, mientras que la disponibilidad del apoyo emocional está asociada solamente con el mayor número de amigos y hermanos.

Estos datos ponen de manifiesto el diferente papel que cada uno de los miembros de la red desarrollan en cuanto al tipo de apoyo que prestan. Parece evidente que los familiares más directos como los hijos, nietos y sobrinos son una fuente de ayuda material (apoyo instrumental) pero no emocional, mientras que los hermanos están asociados tanto con el apoyo instrumental como el emocional. Por su parte, según los datos de la presente investigación, los amigos no parece que ejerzan funciones de apoyo instrumental y sin embargo están claramente identificados con el apoyo emocional. El dato más sorprendente de los encontrados hasta ahora es la falta de relación significativa entre la esposa y el apoyo social.

En este apartado no se muestra ningún dato ni resultado obtenido entre los miembros de la red y apoyo instrumental y emocional adecuado al comprobar la falta de significación estadística. El apoyo adecuado se considera el aspecto cualitativo del mismo y ha presentado limitaciones en el análisis estadístico.

5.2.2. Apoyo social y estructura de la red: Estudio de la asociación entre la estructura de la red y el apoyo emocional y instrumental disponible y adecuado. El estudio analítico será realizado globalmente y separadamente.

Dado que el apoyo instrumental y emocional está claramente asociado con el tamaño de la red y su estructura, en este punto se pretende estudiar qué características específicas de la estructura de la red son las que están influyendo para que el apoyo social sea provisto. Para ello, en el análisis de la estructura de la red, los aspectos estudiados se han dividido en dos: contactos cara a cara y proximidad a la vivienda.

Contactos cara a cara: Se ha considerado el número de contactos que mantienen los pacientes con los miembros de la red. Estos contactos se han estudiado en tres bloques: contactos semanales, mensuales y por teléfono. Todos ellos han sido analizados globalmente y aisladamente.

Proximidad a la vivienda: Se refiere a si los familiares viven en el mismo domicilio del paciente, familiares y amigos que viven en la ciudad (área metropolitana) ó familiares y amigos que viven fuera de la ciudad.

El análisis de la estructura de la red se ha realizado globalmente y por áreas específicas. Se han considerado estas dos entornos para estudiar que elementos específicos de la red contribuyen a una mejor provisión de apoyo. El

estudio de la globalidad tiene un significado probabilístico para que el apoyo se produzca .

Por otro lado, se estudia la proximidad como forma determinante de apoyo. Sin embargo hay que tener en cuenta que la proximidad no es sinónimo de apoyo.

A/ Análisis de la estructura de la red global y el apoyo instrumental y emocional disponible y adecuado.

Se realizó un análisis global de la estructura de la red en sus dos parámetros proximidad a la vivienda y contactos cara a cara o teléfono y su asociación con el apoyo instrumental y emocional disponible y adecuado.

TABLA 13: ASOCIACIÓN ESTRUCTURA RED Y APOYO INSTRUMENTAL DISPONIBLE.

PARÁMETRO DISPONIBLE	SE/MES/TELE Nº Media/-DE	CASA/METRO/FUERA Nº Media/-DE
INSTRUM=SI	122 18,5+/-10,9	122 16,7+/-10,7
INSTRUM=NO	33 10.0+/-5,6	33 10,9+/-7,3
	p<0.001	p<0.001

Los datos de la *tabla 13*, revelan por un lado, que los pacientes con apoyo instrumental tienen mayor número de contactos cara a cara o telefónico y mayor número de familiares viviendo próximos al domicilio del paciente. Por el otro, la

existencia de asociación entre el apoyo instrumental y el número de contactos con los miembros de la red, Esta misma asociación se ha encontrado en relación con la proximidad a la vivienda. De este modo, el análisis global revela que los contactos y la proximidad a la vivienda son elementos de la estructura que favorecen el apoyo instrumental. Asimismo parece obvio que un incremento de contactos y familiares viviendo próximos al lugar donde vive el paciente favorecen el apoyo instrumental.

*TABLA 14: ASOCIACIÓN ESTRUCTURA RED Y APOYO EMOCIONAL
DISPONIBLE*

PARÁMETRO DISPONIBLE	SEM/MES/TELE Nº Media/-DE	CASA/METRO/FUERA Nº Media+/-DE
EMOCIÓN=SI	108 18,9+/-11,4	108 16,5+/-10,7
EMOCION=NO	47 11,6+/-5,9	47 13,3+/-9,4
	p<0,001	p<0,1 Casi sign.

En la *tabla 14* se presentan el número de pacientes que refieren tener y no tener apoyo emocional, media y DE los contactos mantenidos por los miembros de la red; semanales, mensuales y por teléfono. Igualmente la media de familiares que viven en la misma casa, en el área metropolitana y fuera del área metropolitana.

Los datos de la presente tabla revelan que los pacientes con apoyo emocional tienen mayor número de contactos cara a cara y telefónicos y familiares viviendo en el domicilio o próximos a la vivienda del paciente. Los

resultados obtenidos indican la existencia de asociación entre el apoyo instrumental y emocional disponible y los contactos cara a cara. Sin embargo, el hecho de vivir próximo al domicilio del paciente, o en la misma casa no está asociado con el apoyo emocional. Ante los resultados encontrados se puede deducir que no solamente es necesaria la proximidad para que el apoyo se produzca sino que existen otros aspectos que determinan la percepción del mismo. Estos hallazgos están en la misma línea que los observados por Long (144) Boissevaian (145). Por ejemplo, el hecho de tener teléfono no es una condición *sine qua non* para que la ayuda se produzca, así es como se ha presentado en el actual trabajo.

*TABLA 15: ASOCIACIÓN ESTRUCTURA RED Y APOYO INSTRUMENTAL/
EMOCIONAL ADECUADO / INADECUADO*

PARÁMETRO ADEC./INADEC.	SEM/MES/TELEF Nº Media+/-DE	CASA/METROPOLITANA Nº Media+/-DE
INSTRUM/ADEC	87 20,3+/-11,5	87 17,9+/-11,1
INSTRUM/INAD	34 14,3+/-7,6	34 14,2+/-9,3
	p<0.01	NS
EMOCIÓN/ADEC	82 20,7+/-12,1	82 17,5+/-11,3
EMOCIÓN/INAD	26 13,1+/-6,5	26 13,3+/-7,5
	p<0.001	p<0,05

En la *tabla 15* se presenta la asociación entre el apoyo instrumental y emocional adecuado y la estructura de la red global, en relación al número de contactos y proximidad a la vivienda. Los datos de la mencionada tabla muestran que los pacientes que perciben apoyo instrumental y emocional adecuado tienen mayor número de contactos con la red. Además, la red de carácter urbano tiende a ser mayor en los pacientes con apoyo instrumental adecuado y es significativamente mayor en aquellos pacientes que refieren tener apoyo emocional adecuado. En cuanto se refiere a la proximidad a la vivienda y el apoyo instrumental disponible, no existe asociación entre ambos parámetros aunque si arrojó resultados significativos para el apoyo emocional.

Resumiendo, estos resultados indican que para que el apoyo instrumental y emocional adecuado se presente es necesario los contactos cara a cara y por teléfono. Sin embargo en relación con la proximidad a la vivienda estos resultados no parecen tan claros. Únicamente el apoyo emocional adecuado ha sido sensible a la proximidad a la vivienda pero no así el apoyo instrumental.

B/ Análisis de la estructura de la red por áreas específicas y la relación con el apoyo instrumental y emocional disponible.

Para discriminar que elementos de la estructura están más implicados en la provisión de apoyo se realiza un análisis independiente de sus componentes

La *tabla 16* expresa el número de miembros de la red que viven dentro y fuera del lugar donde habitan los pacientes.

Para su estudio, se han considerado tres parámetros:

F-CASA significa el número de miembros de la familia que viven en el domicilio del paciente.

TABLA 16: ASOCIACIÓN PROXIMIDAD VIVIENDA Y APOYO INSTRUMENTAL DISPONIBLE

PARÁMETRO DISPONIBLE	APOYO INSTRUM DISPONIBLE=SI Nº Media+/-DE	APOYO INSTRUM. DISPONIBLE=NO Nº Media+/-DE	Significac.
F-CASA	51 15,6+/-10,4	15 12,7+/-10,6	NS
F-URB	42 20,8+/-11,1	5 13,2+/-6,4	NS
F-FUERA	52 9,2+/-9,7	16 11,0+/-7,3	NS

F-URB significa número de miembros de la red (inclusive amigos) que viven en el área urbana.

F-FUERA significa número de familiares que viven fuera del área urbana.

En la *tabla 16* aparecen el número de familiares que viven en el mismo domicilio del paciente, en el área metropolitana y fuera de ella y su relación con los pacientes que dicen tener y no tener apoyo instrumental. Los datos de la mencionada tabla no muestran diferencias significativas entre los valores medios de estos parámetros en los pacientes con/sin apoyo instrumental. No existe asociación entre la proximidad o lejanía de los miembros de la red en relación a la disponibilidad del apoyo instrumental. Ello indica que según este análisis la proximidad o la lejanía no es un indicativo de apoyo. La proximidad o lejanía es un elemento que marca una cierta probabilidad para que el apoyo se produzca, aunque tener apoyo no es sinónimo de vivir cerca del paciente. Para que la ayuda

se produzca espontáneamente se requieren elementos cualitativos como expresión de apoyo.

TABLA 17: ASOCIACIÓN CONTACTOS SEM./MES/TELEF Y APOYO INSTRUM.DISPONIBLE

PARÁMETRO	APOYO INSTRUM DISPONIBLE=SI Nº Media+/-DE	APOYO INSTRUM. DISPONIBLE=NO Nº Media+/-DE	Significac.
F-SEM	52 7,2+/-4,8	16 4,8+/-3,0	p<0,05
R-SEM	44 10,9+/-5,4	5 7,4+/-2,3	p=0,164(NS)
F-MES	52 8,9+/-4,4	16 6,9+/-3,5	p=0,104(NS)
R-MES	44 13,0+/-6,5	5 8,8+/-2,0	p<0,01
F-TEL	52 6,5+/-3,9	16 6,3+/-6,0	p=0,927(NS)
R-TEL	44 7,4+/-4,6	5 4,8+/-4,9	p=0,238(NS)

En la *tabla 17* se han considerado seis parámetros:

F-SEM significa el número de miembros de la familia con los que existe contacto semanal, R-SEM número de miembros de la red con los que existe contacto semanal, inclusive amigos. El mismo significado se ha aplicado para las siglas F-MES, R-MES, F-TEL y R-TEL, sólo que en este caso refiriéndose a los contactos mensuales y por teléfono.

La mencionada tabla muestra la media y la desviación estándar de las características estructurales de la red, como el número de contactos semanales, mensuales y por teléfono. Los datos revelan que los contactos semanales y mensuales son los que poseen mayor influencia en la disponibilidad del apoyo instrumental. Mientras que los pacientes con apoyo instrumental tuvieron más contactos semanales con la familia o mensuales con la red, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el apoyo instrumental y el número de contactos telefónicos con la familia o red. No obstante, los pacientes que disponen de apoyo instrumental tienen mayor número de contactos con la familia y mensuales con la red global que aquellos que refieren no disponer de dicho apoyo.

En los resultados obtenidos no se ha encontrado asociación entre los pacientes que viven dentro del área urbana y fuera de ella, así como tampoco entre los que viven en la misma vivienda del paciente. Contrariamente a lo que sucede en otros estudios, los contactos por teléfono tampoco han mostrado asociación con el apoyo emocional y instrumental disponible. Hay que destacar que los pacientes del estudio refirieron tener muy pocos contactos por teléfono, según los encuestados esta actividad era realizada especialmente por mujeres. Sin embargo, se observa claramente en el estudio que para proveer apoyo se requiere la presencia física y los contactos personales, con personas específicas, como por ejemplo los hermanos y amigos.

TABLA 18: ASOCIACIÓN PROXIMIDAD VIVIENDA Y APOYO EMOCIONAL DISPONIBLE

PARÁMETRO DISPONIBLE	APOYO EMOCIÓN. DISPONIBLE=SI Nº Media+/-DE	APOYO EMOCIÓN. DISPONIBLE=NO Nº Media+/-DE	Significac.
F-CASA	51 15,1+/-10,4	15 12,7+/-10,6	p=0,451(NS)
R-URB	43 20,8+/-11,1	5 13,2+/-6,4	p=0,141(NS)
F-FUERA	53 9,2+/-9,6	15 11,2+/-7,5	p=0,454(NS)

La *tabla 18* expresa el número de miembros de la red que viven dentro y fuera del lugar donde vive el paciente. Los datos de la mencionada tabla muestran no existir asociación entre la proximidad o lejanía de los miembros de la red y el apoyo instrumental disponible. Esta falta de diferencias significativas entre los valores medios de los parámetros F-CASA, R-URB, F-FUERA y el apoyo emocional de los pacientes sugiere que la proximidad de la vivienda no parece ser un elemento que determine la ayuda.

TABLA 19: ASOCIACIÓN CONTACTOS APOYO EMOCIONAL DISPONIBLE

PARÁMETRO DISPONIBLE	APOYO EMOCIÓN. DISPONIBLE=SI	APOYO EMOCIÓN. DISPONIBLE=NO	Significac.
	Nº Media+/-DE	Nº Media+/-DE	
F-SEM	53 7,2+/-3,2	15 4,7+/-3,2	p<0,05
R-SEM	44 10,9+/-5,5	5 7,4+/-2,3	p=0,164(NS)
F-MES	53 8,9+/-6,9	16 6,9+/-3,6	p=0,102(NS)
R-MES	44 13,0+/-6,5	5 8,8+/-2,0	p<0,01
F-TEL	53 6,5+/-3,9	16 6,2+/-6,2	p=0,865(NS)
R-TEL	44 7,4+/-4,6	5 4,8+/-4,9	p=0,238(NS)

La *tabla 19* muestra la media y desviación estándar de las características estructurales de la red: número de contactos semanales, mensuales y por teléfono y su asociación con la disponibilidad del apoyo emocional. Los resultados obtenidos reflejan asociación entre el apoyo emocional disponible con los contactos semanales y mensuales y sin embargo no se ha encontrado asociación con los contactos por teléfono.

En resumen, los datos expuestos revelan que la frecuencia de contactos semanales y mensuales permite una mayor disponibilidad de apoyo emocional. Así pues, los pacientes que disponen de apoyo emocional tienen mayor número de contactos con la familia y mensuales con la red global que aquellos que no

disponen de él. Obviamente, se observa que los contactos cara a cara son una fuente de apoyo, y que por el contrario los contactos por teléfono no son significativos, así como, la propia localización de los componentes de la red no revela ninguna asociación en relación con el apoyo emocional.

C/ Análisis de la asociación entre la estructura de la red y el apoyo instrumental y emocional adecuado.

La tabla 20 muestra el estudio entre el apoyo instrumental adecuado y la estructura de la red (F-CASA, F-URB, F-FUERA).

TABLA 20: ASOCIACIÓN PROXIMIDAD VIVIENDA Y APOYO INSTRUMENTAL ADECUADO/INADECUADO

PARÁMETRO	APOYO INSTRUM. ADECUADO Nº Media+/-DE	APOYO INSTRUM. INADECUADO Nº Media+/-DE	Significac.
F-CASA	46 15,0+/-11,0	13 14,1+/-9,5	p=0,779(NS)
R-URB	37 20,7+/-11,6	9 16,9+/-8,7	p=0,359(NS)
F-FUERA	47 9,9+/-10,2	14 8,4+/-6,2	p=0,489(NS)

Los datos obtenidos revelan no existir asociación entre la proximidad a la vivienda y el apoyo instrumental adecuado. Similares resultados han sido encontrados en el análisis realizado para conocer la asociación entre apoyo

emocional e instrumental disponible, lo cual indica que aunque la proximidad familiar es una fuente obligada de apoyo, según los resultados en muchos casos no es considerada como tal.

*TABLA 21: ASOCIACIÓN CONTACTOS Y APOYO INSTRUMENTAL
ADECUADO/INADECUADO.*

PARÁMETRO ADECUADO	APOYO INSTRUMENTAL ADECUADO Nº Media/-DE	APOYO INSTRUMENTAL INADECUADO Nº Media/-DE	Significa.
F-SEM	47 6,9+/-3,4	14 6,3+/-3,5	p<0,574
R-SEM	38 11,8+/-5,7	9 8,1+/-11,3	p=0,05
F-MES	47 8,6+/-4,5	14 8,6+/-3,5	p=0,960(NS)
R-MES	38 13,4+/-6,8	9 10,0+/-2,7	p<0,05
F-TEL	47 6,4+/-4,4	14 7,5+/-2,7	p=0,456(NS)
R-TEL	38 6,7+/-4,6	9 8,6+/-5,0	p=0,300(NS)

La *tabla 21* refleja el número de los contactos realizados por los miembros de la red a la semana, al mes y por teléfono. Los datos muestran la media y desviación estándar de las características estructurales de la red ya mencionadas y su asociación con la disponibilidad del apoyo instrumental. Los resultados revelan que los contactos semanales y mensuales son los que poseen mayor influencia en el adecuado apoyo instrumental. Los pacientes que disponen de apoyo

instrumental adecuado tienen mayor número de contactos con la familia y mensuales con la red global que aquellos que no lo disponen. Por otra parte, aunque los contactos cara a cara son una fuente de adecuado apoyo, por el contrario los contactos por teléfono no son significativos.

TABLA 22 : ASOCIACIÓN PROXIMIDAD VIVIENDA Y APOYO EMOCIONAL ADECUADO/INADECUADO

PARÁMETRO ADECUADO	APOYO EMOCIÓN. ADECUADO Nº Media+/-DE	APOYO EMOCIÓN. INADECUADO Nº Media+/-DE	Significac.
F-CASA	42 15,5+/-10,7	9 12,8+/-9,1	p=0,475(NS)
R-URB	36 22,1+/-11,2	7 14,4+/-8,8	p=0,096 (<0,1)
F-FUERA	43 9,8+/-10,4	10 6,4+/-4,0	p=0,101(NS)

La *tabla 22* muestra la asociación entre el apoyo emocional adecuado y la estructura de la red(F-CASA, F-URB, F-FUERA).

Los datos obtenidos revelan no existir asociación entre ambos parámetros. Solamente existen indicios de asociación ($p=0,096(<0,1)$) en el parámetro R-URB. Esto indica que posiblemente con una muestra mas numerosa arrojaría resultados significativos. Aunque a lo largo del estudio se evidencia que la prestación de ayuda requiere que confluyan varios aspectos en los que el nivel cognitivo parece que tiene una gran importancia.

En la *tabla 23* se presenta el número de pacientes que refieren tener apoyo emocional adecuado e inadecuado y la media de contactos semanales, mensuales y por teléfono. Los pacientes que tienen apoyo emocional adecuado tienen una media mayor de contactos en todas las categorías estudiadas que los que perciben apoyo emocional inadecuado.

TABLA 23: ASOCIACIÓN CONTACTOS Y APOYO EMOCIONAL ADECUADO/INADECUADO.

PARÁMETRO	APOYO EMOCIONAL ADECUADO	APOYO INSTRUMENTAL INADECUADO	Significac.
	Nº Media+/-DE	Nº Media+/-DE	
F-SEM	43 7,5+/-3,4	10 5,6+/-1,4	p<0,01
R-SEM	37 11,7+/-5,6	7 6,7+/-1,3	p=0,001
F-MES	43 9,3+/-4,7	10 7,2+/-2,1	p=0,05
R-MES	37 13,9+/-6,8	7 8,4+/-1,0	p<0,001
F-TEL	43 6,6+/-3,7	10 6,2+/-4,8	p=0,795(NS)
F-TEL	37 7,4+/-4,4	7 7,3+/-5,5	p=0,980(NS)

Los resultados obtenidos presentados en la *tabla 23* revelan la asociación entre los siguientes parámetros: número de contactos semanales familiares y globales así como también con el número de contactos mensuales con la familia y con la red global. Los pacientes que consideran tener adecuado apoyo emocional

tienen una media de contactos superior que aquellos que no lo refieren. Estos datos indican que los contactos cara a cara proporcionan un adecuado apoyo emocional y que a medida que aumentan éstos se produce una mayor provisión del mencionado apoyo.

Si se comparan los resultados entre los contactos cara a cara, y los contactos por teléfono, estos últimos no han presentado asociación con ningún tipo de apoyo social estudiado. A lo largo del estudio se constató que el teléfono no era un vehículo de contacto y cuando este existía, era realizado por las esposas o algún familiar mujer del paciente.

Resumiendo, a lo largo del estudio analítico realizado entre la estructura de la red social y el apoyo social disponible y adecuado se ha observado que los contactos cara a cara tanto semanales como mensuales son determinantes para que el apoyo instrumental y emocional

No obstante, vivir en el mismo domicilio del paciente o en la proximidad de la vivienda no ha presentado asociación con la provisión de apoyo en ninguna de las formas analizadas.

5.2.3. Apoyo social y calidad de vida. Estudio de la asociación entre el apoyo instrumental y emocional disponible y adecuado y la calidad de vida.

A/ Relación entre el apoyo instrumental y emocional disponible y la calidad de vida.

Una vez estudiado el apoyo social y su relación con el tamaño y la estructura de la red, a continuación se analizara la calidad de vida y el apoyo, del resultado que se obtenga dependerá que la hipótesis general se confirme o no.

Para estudiar la asociación entre el apoyo disponible y la calidad de vida, se han considerado cuatro categorías de apoyo: INSTRUMENTAL, EMOCIONAL, AMBOS O NINGUNO. Se ha realizado un análisis de varianza simple con el fin de conocer si la puntuación media global en la escala de calidad de vida o en las subescalas que la componen diferían entre los grupos mencionados.

Para ello, los 155 pacientes que componen la muestra se han dividido en cuatro grupos:

1. Pacientes con apoyo emocional e instrumental disponible : 89 pacientes.
2. Pacientes con apoyo instrumental disponible pero sin apoyo emocional: 33 pacientes.
3. Pacientes que poseen apoyo emocional pero no instrumental: 19 pacientes.
4. Pacientes que no tienen ningún tipo de apoyo 14 pacientes.

La *tabla 24* muestra los valores medios globales de calidad de vida obtenidos al aplicar ANOVA. Se ha utilizado el Test de Newman-Keuls para determinar los pares que discrepasesen entre si, en todas las áreas de calidad de vida en los que el ANOVA arrojó resultados significativos. Se observó que los valores de la media de calidad de vida global eran inferiores para los que tienen apoyo emocional, aumentando hasta llegar a la máxima puntuación para los que refieren

*TABLA 24 : ASOCIACIÓN CV GLOBAL Y APOYO INSTRUMENTAL
DISPONIBLE*

APOYO PERCIBIDO	CALIDAD DE VIDA GLOBAL	
	Nº	Media+/-DE
AMBOS	89	88,2+/-16,7
INSTRUMENTAL	33	93,3+/-13,8
EMOCIONAL	19	82,2+/-10,8
NINGUNO	14	103,5+/-21,2
		p<0,001

no apoyo emocional ni instrumental. En la escala de calidad de vida las puntuaciones máximas reflejan tener baja calidad de vida mientras que las puntuaciones bajas reflejan tener mejor calidad de vida. Los resultados obtenidos confirman la hipótesis principal del estudio de que el apoyo social influye en la calidad de vida de los pacientes con infarto agudo de miocardio.

Igualmente, en la *tabla 25* se presenta el número de pacientes que refieren tener ambos tipos de apoyo, los que tienen solamente apoyo instrumental y emocional y los que manifiestan no tener ninguno tipo de apoyo así como la media y DE de las subáreas de calidad de vida: movilidad, sueño y emoción. Las áreas de emoción y movilidad muestran diferentes valores medios en la calidad de vida de cada área según los tipos de apoyo percibidos. Así, los datos revelan que la puntuación media en las respectivas áreas es inferior, lo que significa que tienen una mejor calidad de vida los pacientes que refieren tener ambos tipos de apoyo en comparación con los que manifiestan no tiene ningún tipo de apoyo.

*TABLA 25 : ASOCIACIÓN CV Y APOYO INSTRUM./EMOCIONAL
DISPONIBLE*

APOYO PERCIBIDO	MOVILIDAD Nº Media+/-DE	SUEÑO Nº Media+/-DE	EMOCIÓN Nº Media+/-DE
AMBOS	89 15,4+/-4,2	89 7,4+/-3,3	89 16,9+/-4,9
INSTRUMEN EMOCIONAL	33 15,5+/-5,2	33 7,9+/-2,9	33 17,9+/-5,4
NINGUNO	19 16,4+/-3,2	19 6,3+/-2,9	19 15,6+/-3,8
	14 18,9+/-4,7	14 9,1+/-3,6	14 20,4+/-6,7
	p<0,05	p=0,086(p<0,1)	p<0,05

El área sueño no muestra de forma concluyente su relación con el apoyo, pero la sugiere con una plausible probabilidad. Los resultados obtenidos sugieren

que la calidad de vida está en función del apoyo instrumental y emocional percibido de ciertas áreas.

La *tabla 26* refleja las puntuaciones medias y DE de las áreas de salud, relación y alerta de la escala de calidad de vida. Los datos expuestos muestran la falta de asociación entre las mencionadas áreas y el apoyo emocional y instrumental. Según estos resultados las áreas salud, relación y alerta no están implicadas en la provisión de apoyo instrumental y emocional.

*TABLA 26: ASOCIACIÓN CV Y APOYO INSTRUMENTAL/EMOCIONAL
DISPONIBLE*

APOYO PERCIBIDO	SALUD Nº Media+/-DE	RELACIÓN Nº Media+/-DE	ALERTA Nº Media+/-DE
AMBOS	89 17,8+/-5,4	89 15,7+/-4,7	89 6,7+/-3,1
INSTRUMEN	33 18,4+/-4,9	33 16,3+/-5,6	33 7,1+/-2,9
EMOCIONAL	19 17,4+/-5,0	19 16,4+/-6,0	19 5,6+/-2,4
NINGUNO	14 20,8+/-6,0	14 17,4+/-5,8	14 7,1+/-3,1
	p=0,086(p<0,1)	p=1(NS)	p=0,309

La *tabla 26* presenta las puntuaciones medias y desviación estándar de las áreas de la comunicación y el ocio de la escala de calidad de vida para los pacientes que tienen ambos tipos de apoyo para los que tienen apoyo instrumental o emocional y para los que no tienen ningún tipo de apoyo. Los datos obtenidos

revelan que la puntuación media es inferior para aquellos que tienen apoyo de ambos tipos lo cual significa que tienen una mejor calidad de vida los pacientes que refieren tener ambos tipos de apoyo en comparación con los que dicen no percibir apoyo. Los resultados obtenidos, evidencian la asociación entre la comunicación y el apoyo instrumental y emocional y la falta de asociación de este con la subescala ocio.

*TABLA 27 : ASOCIACIÓN CV Y APOYO INSTRUM./EMOCIONAL
DISPONIBLE*

APOYO PERCIBIDO	COMUNICACIÓN		OCIO	
	Nº	Media+/-DS	Nº	Media+/-DS
AMBOS	89	8,1+/-3,5	89	15,8+/-5,5
INSTRUMEN	33	10,2+/-3,3	33	16,4+/-5,2
EMOCIONAL	19	7,0+/-2,6	19	14,0+/-4,8
NINGUNO	14	10,1+/-4,0	14	17,2+/-5,7
		p<0,01		p=0,324(NS)

La existencia de apoyo disponible influye en la calidad de vida de los pacientes de forma que los pacientes que perciben tener apoyo especialmente de ambos tipos (instrumental y emocional) presentan menor puntuación en la escala global de calidad de vida (lo que indica mejor calidad de vida), que aquellos que no tienen ningún tipo de apoyo (instrumental o emocional). Asimismo, presentan una puntuación media menor en la escala de calidad de vida (mejor calidad), que aquellos que no tienen ningún tipo de apoyo. Estas diferencias se hacen patentes también en algunas de las áreas específicas (movilidad, emoción, comunicación)

que componen la escala global de calidad de vida. Por el contrario, entre aquellos pacientes que perciben tener apoyo, la calidad o adecuación de esta (estudiada subjetivamente) no influye en la puntuación media en la escala de calidad ni en ninguna de las áreas que la componen.

Resumiendo, de las asociaciones encontradas se puede verificar la hipótesis general del estudio de que los pacientes con apoyo social poseen mejor calidad de vida de los que no lo refieren. Dentro de esta comprobación existen áreas de calidad de vida más sensibles, lo cual indica que la subescala de movilidad, sueño y emoción se modifican en función de tener o no tener apoyo.

B/ Asociación entre calidad de vida y el apoyo emocional y instrumental adecuado

Para estudiar la asociación entre apoyo adecuado y calidad de vida en los 88 pacientes que contestaron a esta pregunta se han dividido en cuatro grupos:

1. Pacientes que perciben tener apoyo adecuado de ambos tipos: 63 pacientes.
2. Pacientes que tienen apoyo instrumental pero no emocional pacientes.
3. Pacientes que tienen apoyo emocional adecuado pero no instrumental: 8 pacientes.
4. Pacientes que no tienen apoyo adecuado de ningún tipo: 12 pacientes.

TABLA 28: ASOCIACIÓN CV Y APOYO EMOCIONAL/INSTRUMENTAL.
ADECUADO

APOYO ADECUADO	CALIDAD DE VIDA GLOBAL	
	Nº	Media+/-DE
AMBOS	63	88,2+/-17,0
INSTRUMENTAL	5	95,0+/-11,2
EMOCIONAL	8	86,6+/-19,1
NINGUNO	12	87,3+/-17,1
		p=1(NS)

La *tabla 28* muestra los datos globales de calidad de vida y la asociación con los cuatro grupos descritos. Se ha estudiado, por medio del análisis de varianza simple, si la puntuación media global en la escala de calidad de vida o en las subescalas que la componen difería entre los grupos mencionados. Los datos obtenidos no muestran diferencias significativas entre los grupos descritos en cuanto a la calidad de vida global, aunque al haber grupos de escasa cuantía hubo que aplicar la corrección estadística correspondiente (Yates). Se ha realizado el mismo análisis entre los cuatro grupos descritos y las subescalas que la componen, no encontrándose tampoco asociación entre calidad de vida y apoyo emocional e instrumental. Igualmente se ha estudiado la relación entre las diferentes áreas de CV y el apoyo adecuado no presentando asociación entre las variables. Las tablas no se muestran por no ser relevantes para el presente apartado.

**DEPARTAMENTO: SOCIOLOGIA III, FACULTAD DE CIENCIAS
PÓLITICAS Y SOCIOLOGIA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
DE MADRID.**



* 5 3 0 9 6 3 8 3 7 X *
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

**LA INFLUENCIA DEL APOYO
SOCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA
DE LOS PACIENTES CON
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**

TOMO II

Milagros Jiménez Muro

21.070



ARCHIVO

5.2.4. Estudio de la asociación entre calidad de vida y el uso de recursos sanitarios.

En este apartado se estudia la hipótesis secundaria del estudio. Para analizar la asociación entre la calidad de vida y el uso de recursos se realizó un análisis de varianza simple. El análisis se efectuó para los ítems referentes a las visitas médicas, la infraestructura y el transporte. Los resultados obtenidos muestran diferencias en la calidad de vida dependiendo del menor consumo de recursos sanitarios. Los pacientes que tiene peor calidad de vida han utilizado más recursos sanitarios que los pacientes que tienen mejor calidad de vida. Las variables de consumo de recursos sanitarios que han presentado asociación con calidad de vida son las siguientes: visita al médico general, visita del medico

TABLA 29: ASOCIACIÓN CV Y USO DE RECURSOS SANITARIOS.

CATEGORIA	Nº	Media+/-DE
NINGUNA	35	86,7+/-16,9
1 VISITA	27	87,1+/-15,5
2 VISITA	12	82,3+/-15,4
3 VISITA	34	90,7+/-15,4
+ de 4 VISITAS	47	95,3+/-17,5
		P<0,05

general al domicilio del paciente, visita al especialista, visita a urgencias hospitalarias. Por otro lado, no se han encontrado diferencias con la visita al

oculista, dentista, urgencias del ambulatorio, ingreso en hospital, ambulancia y visita de la enfermera a domicilio.

De aquí, que los resultados obtenidos revelan la comprobación parcial de la hipótesis secundaria puesto que se evidencia una relación significativa entre recursos y calidad de vida de tal forma que los pacientes que tienen mejor calidad de vida han utilizado menos recursos en ciertas áreas que los que tiene peor calidad de vida.

5.2.5. Estudio de la asociación entre calidad de vida y las variables clínicas.

Se ha estudiado la relación entre las variables clínicas y la calidad de vida para eliminar posibles confusores que pudieran alterar los significados del estudio.

TABLA 30: ASOCIACIÓN CV Y SEXO

PARAMETRO : SEXO	CALIDAD DE VIDA GLOBAL	
	Nº	Media+/-DE
VARÓN	129	88,9+/-16,3
MUJER	26	95,0+/-18,0
	p=0,93(p<0,1)	

La presente tabla revela la falta de asociación entre la calidad de vida y el sexo de los pacientes de la muestra. Lo que evidencia la falta de influencia en la mejor o peor calidad de vida que perciban los pacientes. Aunque $p=0,93$ lo sugiere con probabilidad.

TABLA 31: ASOCIACIÓN EDAD Y CV

	EDAD/CALIDAD DE VIDA/TOTAL
ÍNDICE DE CORRELACIÓN	0,186 (Muy bajo)

Se ha estudiado la influencia entre edad y calidad de vida puesto que numerosos estudios han reflejado esta asociación sin embargo los datos de la tabla 31 muestran una correlación muy baja entre ambos parámetros. Posiblemente, una muestra de mayor tamaño arrojaría resultados significativos.

TABLA 32: ASOCIACIÓN CV Y ESTADO CIVIL

PARÁMETRO: ESTADO CIVIL	CALIDAD DE VIDA GLOBAL	
	Nº	Media+/-DE
SOLTERO	8	89,2+/-21,4
CASADO	134	89,6+/-16,5
VIUDO	11	91,9+/-17,3
SEPARADO/DIVORCIADO	2	103,5+/-10,6
		$p=1(NS)$

En la *tabla 32* se estudia la asociación entre el estado civil y calidad de vida. Los resultados revelan no existir asociación entre calidad de vida y estado civil.

Sin embargo algunos autores han mostrado Ort-Widen (146) que los pacientes solteros tenían peor calidad de vida que los casados y más riesgos de reinfartarse y el de las esposas.

TABLA 33: ASOCIACIÓN CV TOTAL Y TIPO DE INFARTO DE MIOCARDIO

PARÁMETRO: TIPO DE IAM	CALIDAD DE VIDA GLOBAL	
	Nº	Media+/-DE
IAM-COMPLICADO	12	92,2+/-14,5
IAM-NO COMPLICADO	143	89,7+/-16,9
	p=0,567(NS)	

En la *tabla 33* se ha analizado la asociación entre el tipo de IAM (complicado y no complicado) y la calidad de vida total para conocer si el tipo de IAM influye en la calidad de vida total, ya que de ser así el resto del análisis estaría condicionado a estos factores. Los datos de la tabla muestran no existir asociación entre el tipo de IAM y la calidad de vida total.

Esta falta de asociación puede ser debida a que dentro de los criterios de exclusión se eliminaron las complicaciones severas que podían alterar los resultados de la muestra.

TABLA 34: ASOCIACIÓN CV Y LOCALIZACIÓN DEL IAM

PARÁMETRO: LOCALIZACIÓN	CALIDAD DE VIDA GLOBAL	
	Nº	Media+/-DE
ANTERIOR	22	96,9+/-17,0
INFERIOR	62	87,5+/-15,3
LATERAL	10	92,2+/-23,0
MAS DE UNO	49	87,8+/-16,8
ANTERO/SEPTAL	12	96,6+/-14,1
	P=0,0876(P<0,1)	
	p=1(NS)	

En la *tabla 34* se estudia la asociación entre calidad de vida y la localización del IAM no mencionándose ninguna asociación entre las variables de la mencionada tabla y calidad de vida. Numerosos estudios señalan que los pacientes con infartos de localización inferior tienen mejor calidad de vida que los de otras localizaciones. Los datos muestran una puntuación media más baja en estos pacientes aunque no existe relación entre las variables estudiadas.

5.2.6. Estudio de la asociación entre calidad de vida y las variables socioeconómicas.

Con el objeto de evitar posibles confusores se ha estudiado asimismo la influencia de las variables socioeconómicas en la calidad de vida de los pacientes

TABLA 35: ASOCIACIÓN CV Y COMODIDADES DE LA VIVIENDA

PARÁMETRO	Nº	Media+/-DE
VIDEO=SI	111	86,0+/-17,1
VIDEO=NO	44	97,2+/-13,5
		P<0,001

En la *tabla 35* se presentan los datos del estudio analítico realizado entre la CV y la posesión de video. Se ha estudiado la asociación de calidad de vida con las facilidades de la vivienda: agua, ducha, bañera, gas, teléfono, radio, TV, coche, calefacción, ascensor y video. Los resultados obtenidos no han presentado asociación con ninguna de las variables analizadas, únicamente, se contemplo relación entre el video y la calidad de vida. Igualmente se estudio la relación entre el número de inquilinos que habita la vivienda y la calidad de vida, no siendo significativa la relación entre las variables.

TABLA 36: ASOCIACIÓN CV Y ALFABETIZACIÓN

PARÁMETRO LEER/ESCRIBIR	Nº	Media+/-DE	Significación
NO	5	106,8+/-19,1	
LEE/NO ESCRIBE	9	84+/-12,2	p<0,05
SI	141	89,7+/-16,6	

Se ha utilizado el test de Newman-Keules para determinar los pares que discrepen entre si:NO-LEE/NO ESCRIBE; NO-SI. Los datos obtenidos según la *tabla 36* muestran las puntuaciones medias superiores de los pacientes que no saben leer ni escribir. La diferencia entre estos últimos y los que leen y escriben es de 17 puntos. El análisis realizado entre las variables revela la asociación entre calidad de vida y si saben o no leer y escribir.

TABLA 37 : ASOCIACIÓN CV Y NIVEL DE ESTUDIOS

CALIDAD DE VIDA GLOBAL	Nº	Media+/-DE	Signf.
SIN ESTUDIOS	60	107,7+/-18,1	p<0,001
ESTUDIOS PRIMARIOS	48	105,5+/-20,8	p<0,05
ESTUDIOS SECUNDARIOS Y UNIVERSITARIOS	26	103,8+/-21,1	p<0,05

En la *tabla 37* se presentan los datos correspondientes al análisis realizado entre calidad de vida y nivel de estudios. Los resultados encontrados revelan la asociación entre ambas variables. Es decir, que a medida que el nivel de estudios descende la puntuación de calidad de vida de los pacientes es más baja. Lo que indica que los pacientes perciben peor estado de salud.

5.2.7. Sucesos relacionados con la enfermedad (Life events).

El concepto de "Life events" (Holmes y Rahe) (147) fue introducido con el fin de objetivar, de alguna manera, la incidencia que sobre la salud ejercen los aspectos psicosociales problemáticos generadores de estros. La cardiopatía isquémica ha sido una de las patologías más estudiadas en relación con los "life events" y aunque algunos autores coinciden en señalar la existencia de un acumulo de eventos en un espacio de tiempo relativamente corto precediendo al infarto. Sin embargo, otros señalan que depende de la percepción o vivencia subjetiva que se hace del acontecimiento vital, y no de su número de acontecimientos. Se efectuó un análisis entre la asociación de un suceso importante en la vida y el apoyo emocional percibido. Los resultados obtenidos muestran que existe una asociación entre el apoyo emocional y el suceso vivencial ($p < 0.05$).

5.3. Evolución. Comparación de los resultados de la segunda entrevista (seis meses después) con los obtenidos en la primera.

Se ha realizado un seguimiento de los pacientes a los seis meses del primer corte. De los 155 pacientes de la primera encuesta, tan solo 134 (86,45%) estuvieron dispuestos a realizar una segunda entrevista seis meses después de padecer el IAM. De los cuales el 89,5% (120) son varones y el 17,9% (14) mujeres.

El objetivo de este apartado es conocer la evolución de los pacientes seis meses después del infarto de miocardio a través del análisis de las variables incluidas en el segundo protocolo con el fin de estudiar a los pacientes descriptivamente y analíticamente para comprobar o refutar la hipótesis. Los resultados son presentadas por áreas siguiendo el mismo orden del estudio descriptivo y analítico.

La figura 36 presenta los datos sobre los motivos de la no participación en el estudio. El porcentaje total de abandonos fue de un 10,3% (16), cifra

considerada normal dentro de los estudios longitudinales.

Un 3,2% (5) de los pacientes fallecieron durante el seguimiento. Esta cifra es inferior



(10,3%) a la encontrada en el Area Sanitaria 11. Según los datos obtenidos de la unidad de cuidados intensivos (cuadro 5). No obstante, hay que tener en cuenta que el porcentaje de exitus corresponde a todos los infartados, complicados y no complicados y en este estudio solamente se han contemplado los no complicados.

El porcentaje total de abandonos fue de un 10,3% (16), cifra considerada normal dentro de los estudios longitudinales. Los motivos expresados por los no comparecientes se representan en la figura 36. Un 2,5% (4) no fueron localizados a pesar de conocer la dirección del paciente, un 5,1% (8) abandonaron el estudio voluntariamente y un 2,5% (4) lo abandonaron por motivos familiares. El análisis se realizó comparando los datos de los 134 pacientes del seguimiento con los pacientes del inicio, en las áreas más significativas del estudio. El segundo protocolo se mantuvo igual que el primero a excepción de ciertas variables médicas y socioeconómicas que no eran susceptibles de cambio a lo largo del seguimiento. Así, de las variables socioeconómicas no se introdujeron las comodidades de la vivienda y aquéllas en las que el tiempo no introduce ningún cambio (sexo, edad).

5.3.1. Variable clínicas.

Las variables clínicas incluidas en el segundo protocolo fueron las siguientes: estado civil y operados o no operados. El resto de las variables no fueron incluidas por no presentar modificación durante el seguimiento.

En la tabla 38 se muestran los datos del estado civil correspondiente al total de pacientes del primer corte, y del seguimiento. En cuanto al estado civil se refiere, no se encontraron diferencias significativas entre la distribución inicial y el seguimiento en las categorías establecidas. Solamente las categorías de casado y

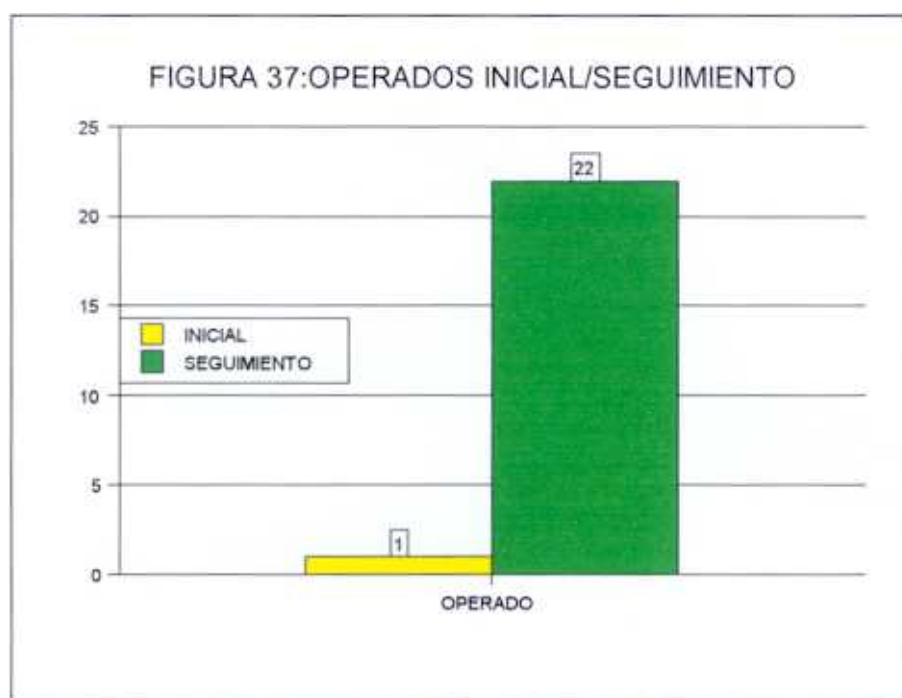
viudo sufrieron modificaciones en un caso entre el inicio y el seguimiento. La mayoría de los estudios sobre apoyo social señalan que el cambio de estado civil es una variable que influye en el estado social, físico y psíquico del individuo. La muerte de un familiar ha presentado significación en numerosos estudios. De hecho, esta fue una de las preguntas realizada en la presente investigación. Un 10.8% (10) de los pacientes atribuyen la enfermedad a este evento. Asimismo dos

TABLA 38: ESTADO CIVIL (INICAL/SEGUIMIENTO)

ESTADO CIVIL	Inicial/ 134 pacientes	Seguimiento/ 134 pacien.
Soltero	7 (5,2%)	7 (5,2%)
Casado	114 (85,1%)	115 (85,8%)
Viudo	11 (8,2%)	10 (7,4%)
Separ/divor	2 (1,5%)	2 (1,5%)
	No signif.	No signif.

de los pacientes que no continuaron en el estudio fue debido a el fallecimiento de la esposa. El divorcio y separación también ha presentado significación con el apoyo social. Aunque refiriéndonos a este grupo concreto, los investigadores sociales señalan que el cambio de estado civil es más elevado en los grupos que mantienen conexiones mas dispersas y en general suele ir acompañado de niveles socioeconómicos medios y altos, aspectos estos no encontrados en este grupo de pacientes (148) (149). Igualmente otros estudios han señalado que los varones solteros con bajo nivel de estudios y IAM han presentado peor pronóstico después de padecer el infarto (150).

En la figura 37 se presentan los datos de los pacientes que fueron o no sometidos a cirugía. A lo largo de este período un 16,5% (22) pacientes fueron operados, porcentaje significativamente superior al encontrado en la entrevista inicial, en que tan solo un 0,6% de los pacientes había sido intervenido. Esta cifra



es comparativamente más baja que la encontrada en la unidad para los IAM en general, cuyo porcentaje es de 19% anual. La cifra estandar de los pacientes que han sufrido un IAM y son sometidos a cirugía durante los seis meses de padecer la enfermedad es muy variable. Según la bibliografía consultada, el porcentaje de pacientes sometidos a cirugía depende de la severidad del infarto (151) (152). No obstante, estos datos no deben ser comparados con el presente trabajo debido a los criterios de inclusión del mismo. Se eligieron estos criterios para eliminar los posibles sesgos que ciertos tipos de IAM podían introducir en la calidad de vida. Los médicos cardiólogos y (médicos de cuidados intensivos) argumentaron que la calidad de vida de los infartados podía variar mucho en función de las

Las diferencias más significativas entre ambos cortes se presentan en la categoría "trabajan", que descendió en 31,1 puntos respecto del inicio, y la jubilación que aumentó en 3,2 puntos. Los pacientes de baja fueron un total de 40,2%. Estos datos no se corresponde con las pautas de conducta generales de los pacientes en países occidentales, cuya incorporación laboral suele ser en el primer trimestre de haber padecido el IAM alrededor del 60% de los pacientes (153) (154). Merece la pena señalar que un 39,1% de los enfermos atribuyen la enfermedad al estrés laboral. Esta podría ser una de las causas de su baja incorporación laboral. Por otro lado, no existe política sanitaria que contemple cambios de puesto de trabajo cuando la enfermedad lo requiere.

La tabla 39 muestra la procedencia de los ingresos. Los resultados obtenidos muestran que un 80,5% (108) de los pacientes respondieron a la categoría procedencia de los ingresos mientras que en el inicio fue de un 85,5% (133). Los ingresos percibidos en el seguimiento se distribuyen de la siguiente forma un 5,5% (6) recibieron ingresos inferiores a 50.000 pesetas, un 37,9% (41) recibieron ingresos inferiores a 90.000 pesetas, un 36,1 (39) recibieron

TABLA 39: INGRESOS FAMILIARES MENSUALES (INICIAL/SEGUIMIENTO)

	INICIAL F.A.(%)	SEGUIMIENTO F.A.(%)
50.000	18(13,5%)	6(5,5%)
90.000	40(30%)	41(37,9%)
150.000	41(30%)	39(36,1%)
+150.000	34(25,5%)	22(20,3%)
TOTAL	133(85,5%)	108(80,5%)

ingresos entre 90 y 150.000 pesetas y un 20,3% (22) recibieron ingresos superiores a 150.000 pesetas. Comparados los datos de ambos cortes se observa que los ingresos recibidos en el segundo corte fueron superiores a los del primero en todas las categorías excepto en la categoría + de 150.000 pesetas que descendió en 5,2 puntos. Los ingresos percibidos por los que se incorporaron al mundo laboral fueron los siguientes: Total de respuestas 15, 7 pacientes reciben ingresos superiores a 200.000 pesetas, 6 entre 90.000 y 150.000 pesetas y 2 pacientes entre 50.000 y 90.000 pesetas.

Estos datos sugieren que la procedencia de los ingresos de los enfermos que se han incorporado al trabajo, pertenece a los pacientes con estudios superiores y obreros cualificados, lo cual parece indicar que los pacientes con un buen trabajo se incorporan al mismo antes que los que tienen un peor puesto de trabajo. Por otra parte, el hecho de que los pacientes reciban ingresos similares durante el tiempo de baja que cuando están trabajando y las malas condiciones laborales pueden contribuir a la baja incorporación laboral.

5.3.3. Apoyo social: tamaño, estructura de la red, tipo de apoyo y proveedores del mismo.

a/ Tamaño y estructura.

Se ha determinado qué características de la red se han modificado en el tiempo transcurrido entre el primer control y el seguimiento realizado seis meses después de la primera entrevista. Los resultados para los diferentes miembros de la

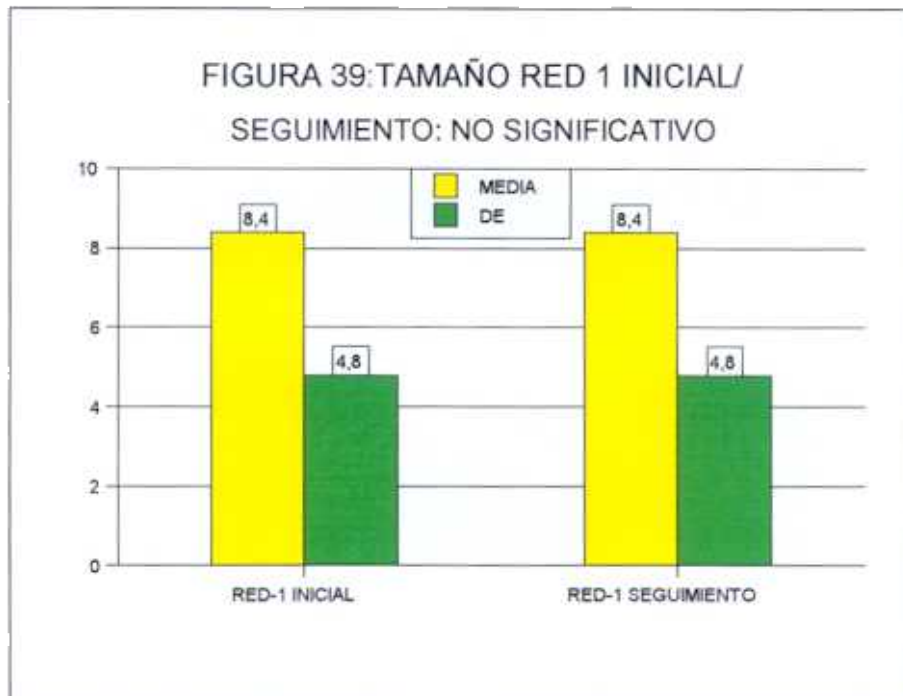
red de apoyo se presentan a continuación, utilizando las tres definiciones usadas anteriormente:

RED 1: Cónyuge, Hijos, Nietos, Hermanos.

RED 2: Cónyuge, Hijos, Nietos, Hermanos, Amigos.

RED 3: Cónyuge, Hijos, Nietos, Hermanos, Amigos, Sobrinos.

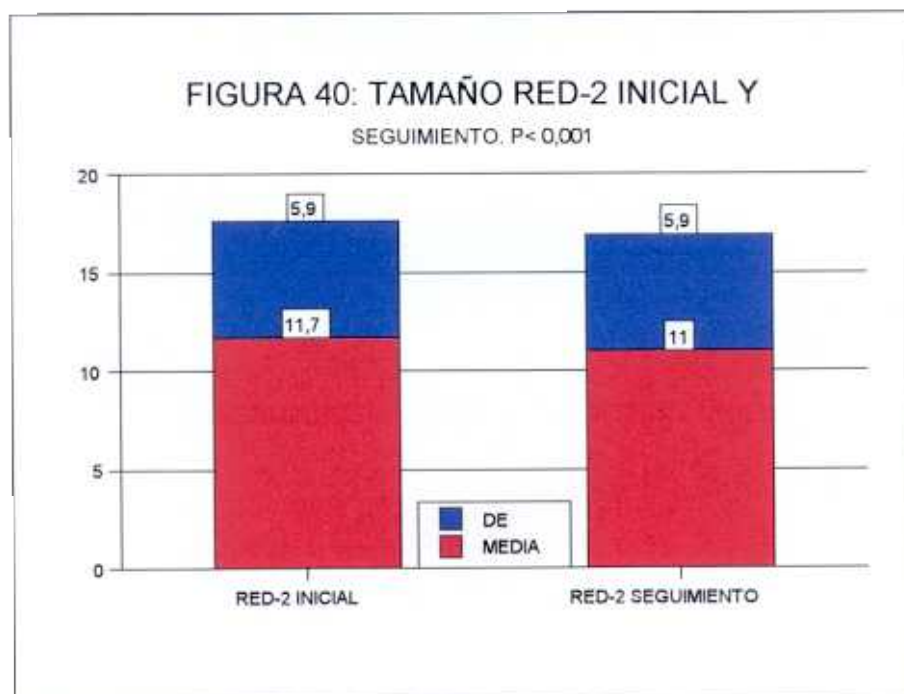
La figura 39 presenta los resultados analíticos T-RED 1 tanto del inicio como del seguimiento.



Los datos obtenidos muestran similares tamaños de red entre ambos cortes. Parece obvio que durante los seis meses del seguimiento el tamaño de la red no sufriera ninguna o casi ninguna modificación, debido a que es un tiempo excesivamente corto para que ello suceda.

Las eventualidades de la red pueden surgir de los aspectos estructurales de la misma. Como por ejemplo, que se aumente el número de visitas, contactos, llamadas por teléfono o afianzar ciertas relaciones, así como los lazos afectivos procedentes de amistades, compañeros, amigos etc. Aunque la época de baja o inactividad laboral no parece ser la más adecuada para que esto suceda, únicamente las relaciones surgidas de los contactos hospitalarios. Los resultados comparativos realizados no han mostrado significación entre ambos cortes.

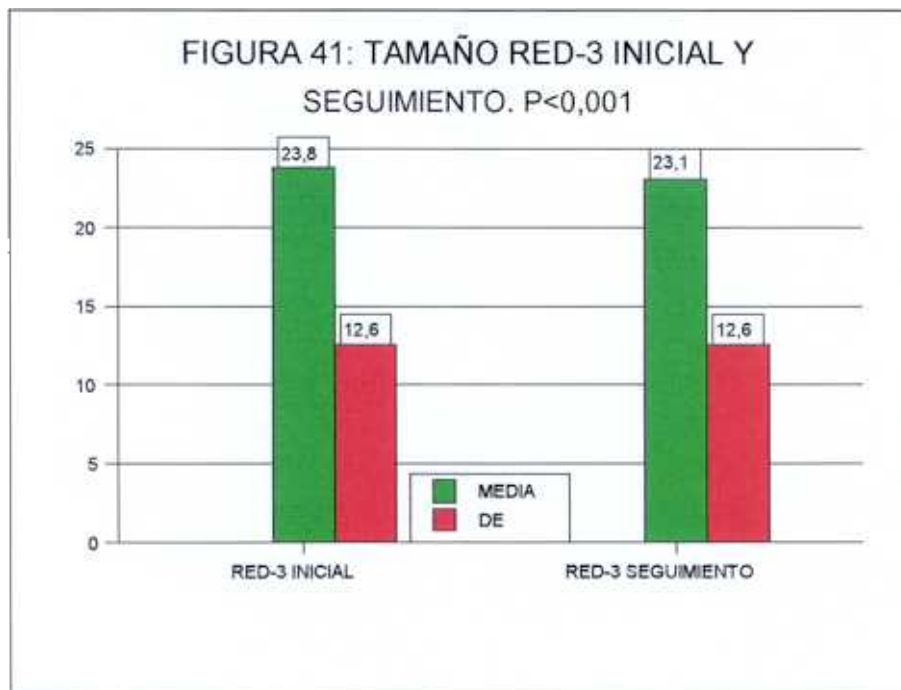
En la figura 40 se muestra la media y desviación estándar del tamaño de RED-1. Los datos revelan una disminución de media de 11,7 inicial a 11 en el seguimiento. Esta variación se debe a la inclusión de los amigos en este tamaño de red.



En el T-RED 1 en que no se consideran los amigos, no se encontraron diferencias entre la entrevista inicial y el seguimiento, sin embargo en el T-RED 2

y T-RED 3 donde si se consideran, aparecieron diferencias significativas ($p < 0,001$). Lo cual evidencia la influencia de los amigos como proveedores importantes de apoyo. Otros miembros de la red como hermanos y hijos también muestran una mayor ayuda, y así lo expresan los resultados estadísticos del estudio. David Mangen en su libro “Measurement of Intergenerational Relations” (67) expone que las enfermedades son un motivo para que los intercambios se materialicen entre los individuos de las mismas generaciones. Otros autores manifiestan que durante la enfermedad existe un aumento de la familiaridad, es decir de contactos entre los miembros (45) Sin embargo, parece evidente que dentro del entramado social las grandes variaciones surgen de las relaciones espontaneas no de los relaciones que se mantienen por vínculos familiares.

En la figura 41 se encuentran las medias y DE del tamaño RED-3 del inicio y del seguimiento. Los resultados obtenidos muestran una disminución de



las medias y DE del inicio de 23,8 a 23,1 en el seguimiento. La variabilidad de estos resultados es debido al elevado número de sobrinos. El análisis estadístico realizado comparando ambos cortes fue significativo ($p < 0,001$).

Así mismo y tal como se ha estudiado en el inicio se analizaron individualmente todos los miembros de la red para conocer las variaciones durante la enfermedad y los posibles sesgos estadísticos que el análisis global de los miembros pueda introducir.

En la tabla 40 se presentan los resultados del tamaño y la estructura para los diferentes miembros de la red. Los datos de la mencionada muestran la media y desviación estándar del número de hijos y la estructura de la red (proximidad de la vivienda y contactos cara a cara) El tamaño de la red no ha presentado ninguna modificación en la media y desviación estándar. Sin embargo en la estructura ha habido ligeras modificaciones; la media de hijos viviendo próximos al domicilio del paciente ha descendido de 1,2 a 1,1. Igualmente ha existido un ligero cambio

TABLA 40 : HIJOS TAMAÑO Y ESTRUCTURA (INICIAL/SEGUIMIENTO)

HIJOS	n	Inicial media+/-DE	Seguimiento media+/-DE	Signifi.
Hijos	134	2.4+/-1.7	2.4+/-1.7	NS
Hijos-casa	117	1.3+/-1.2	1.3+/-1.1	NS
Hijos-urbana	113	1.2+/-1.4	1.1+/-1.4	NS
Hijos-fuera	112	0.38+/-0.85	0.40+/-0.85	NS
Hijos-semana	117	2.3+/-1.2	2.3+/-1.2	NS
Hijos-mes	117	2.4+/-1.3	2.5+/-1.4	P<0.05
Hijos-telefono	117	1.0+/-1.2	1.0+/-1.3	NS

en el número de hijos que viven fuera del área metropolitana aumentando la media de 0,38 a 0,40, lo cual parece indicar que los hijos han cambiado de domicilio, trasladándose a vivir más alejados de la vivienda del paciente. En el análisis estadístico comparativo entre ambos cortes no se han hallado resultados significativos en el tamaño ni en la estructura de los hijos, básicamente no se modificó en el periodo transcurrido entre ambas cortes. Únicamente fue significativamente diferente el número de contactos mensuales que realizaron los hijos, los cuales aumentaron de 2,4 a 2,5 con una significación de $p < 0,05$.

Los datos de la tabla 41 muestran la media y desviación estándar del número de nietos y la estructura de la red (proximidad de la vivienda y contactos cara a cara). En cuanto al número de nietos y la estructura de la red de apoyo hubo ligeras modificaciones en las media y DE en las siguientes categorías: En cuanto

TABLA 41: NIETOS/ TAMAÑO Y ESTRUCTURA (INICIAL/SEGUIMIENTO)

NIETOS	n°	Inicial media+/-DE	Seguimiento media+/-DE	Sign.
Nietos	134	2.0+/-2.9	2.0+/-2.9	NS
Nietos-urbana	65	3.2+/-3.0	3.3+/-2.9	NS
Nietos-fuera	66	0.86+/-1.42	0.79+/-1.38	NS
Nietos-semana	66	2.5+/-2.5	2.5+/-2.5	NS
Nietos-mes	66	3.0+/-2.6	3.2+/-2.7	NS
Nietos-telefono	66	1.9+/-2.2	2.0+/-2.2	NS

al número de nietos viviendo próximos al domicilio del paciente, la media se modificó de 3,2 y 3,3 del inicio al seguimiento, lo cual significa que se

aproximan al domicilio del paciente. Igualmente la media de los nietos viviendo fuera cambió de 0,86 a 0,79. Los contactos semanales se mantuvieron igual, sin embargo aumentaron los contactos mensuales de 3,0 a 3,2. Sin embargo los resultados no mostraron significación entre ambos cortes en relación con los nietos y su estructura.

La tabla 42 muestra la media y desviación estándar del número de hermanos y estructura de la red del inicio y seguimiento. Los datos obtenidos

*TABLA 42 : HERMANOS/ TAMAÑO Y ESTRUCTURA
(INICIAL/SEGUIMIENTO)*

HERMANOS	n°	Inicial media+/-DE	Seguimiento media+/-DE	Signifi.
Hermanos	134	3.2+/-2.1	3.2+/-2.1	NS
Herman-urbana	122	1.9+/-1.7	1.9+/-1.7	NS
Herman-fuera	122	1.6+/-1.7	1.6+/-1.7	NS
Herman-semana	122	1.0+/-1.2	1.1+/-1.3	p<0.05
Herman-mes	122	1.5+/-1.5	1.5+/-1.5	NS
Herman-telefono	122	1.3+/-1.5	1.5+/-1.5	NS

indican que no ha habido modificaciones del tamaño de la red respecto del inicio. Las pocas variaciones existentes se han encontrado en la estructura que se modificó en los contactos por teléfono aumentando de 1,3 a 1,5 respecto de la primera entrevista aunque no presento significación. Igualmente se modificaron

los contactos mensuales que aumentaron de 1,0 a 1,1 respecto del inicio, mostrando una significación de $p < 0.05$.

La tabla 43 muestra la media y desviación estándar del tamaño de la red y la estructura de los sobrinos. Básicamente no se modificó ni el tamaño ni la estructura en el periodo transcurrido entre ambos cortes, únicamente fue significativamente diferente el número de contactos semanales que cambió de 1,0 a 1,1. Lo cual muestra una significación de $p < 0,05$. Igualmente se modificaron la media de la llamadas por teléfono que aumento de 1,3 a 1,5 entre la primera y segunda entrevista aunque no presento significación.

TABLA 43 : SOBRINOS/ TAMAÑO Y ESTRUCTURA (INICIAL/SEGUIMIENTO)

SOBRINOS	n°	Inicial media+/-DE	Seguimiento media+/-DE	Signifi.
Sobrinos	134	3.2+/-2.1	3.2+/-2.1	NS
Sobrinos-urbana	122	1.9+/-1.7	1.9+/-1.7	NS
Sobrinos-fuera	122	1.6+/-1.7	1.6+/-1.7	NS
Sobrinos-sem.	122	1.0+/-1.2	1.1+/-1.3	$p < 0.05$
Sobrinos-mes	122	1.5+/-1.5	1.5+/-1.5	NS
Sobrinos-teléf.	122	1.3+/-1.5	1.5+/-1.5	NS

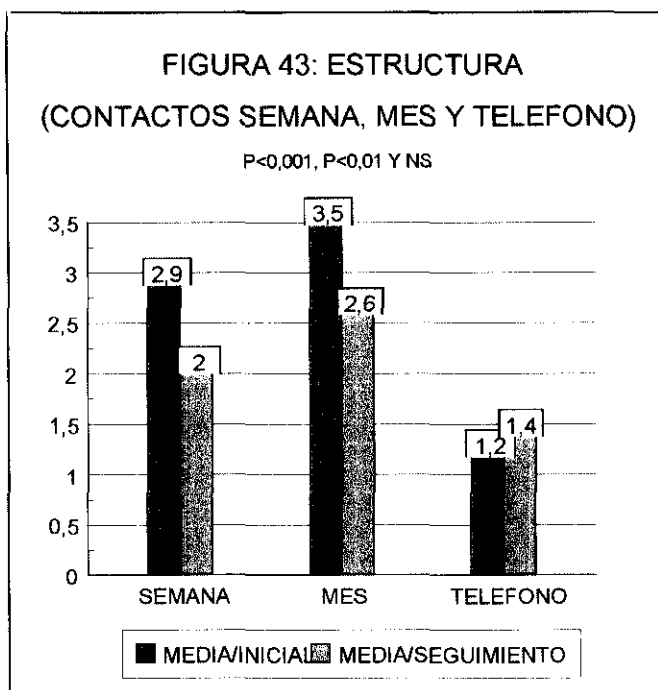
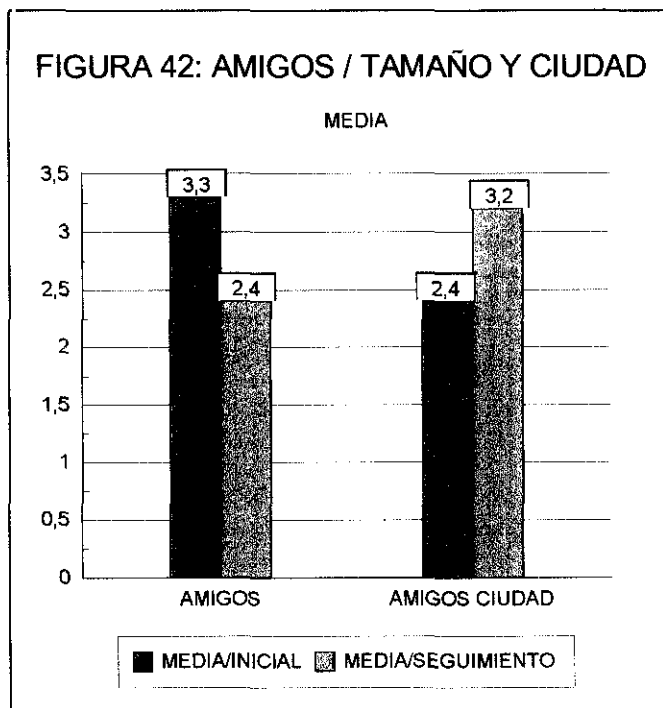
En cuanto al número de amigos y la estructura de la red de apoyo esta se modificó considerablemente en el periodo transcurrido entre ambos cortes. Se observa en la figura 42 que el tamaño de la red se modificó del inicio al seguimiento descendiendo el número de amigos con una media de 3,3 a 2,4. El número de amigos viviendo próximos al paciente también descendió de 4,2 a 3,2.

Comparando los resultados obtenidos entre ambos cortes aparece significación estadística de $p > 0.001$.

En la figura 43 se presentan los contactos semanales, mensuales y por teléfono mantenidos por los amigos. De nuevo nos encontramos que los contactos semanales,

mensuales se redujeron en todos los parámetros descritos desde la entrevista inicial hasta el seguimiento a excepción de las llamadas por teléfono que aumentaron de 1.2 a 1.4.

Los resultados obtenidos arrojaron significación en todos los parámetros de $p < 0.001$ y $p < 0,01$ en los contactos semanales y mensuales respectivamente. A excepción del destinado a los contactos por teléfono. Esta modificación de la estructura de la red de apoyo influye en el tamaño global de la red.



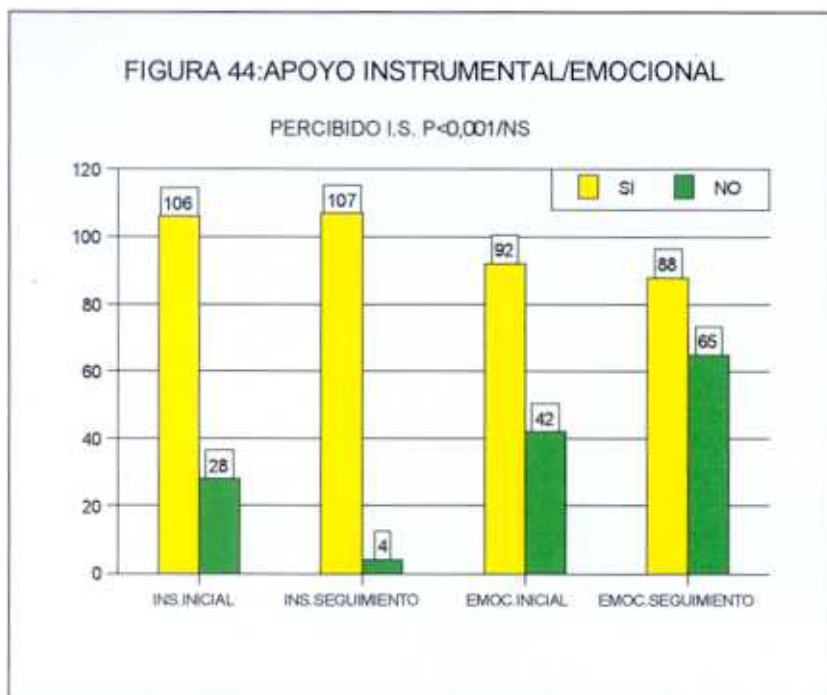
Cuando se considera la red de apoyo exclusivamente familiar RED 1: Cónyuge, hijos, nietos y hermanos, esta no se modifica entre una y otra entrevista, pero si cuando se incluye a los amigos dentro de la red de apoyo RED 1 y RED 2. La disminución del número de amigos durante el seguimiento puede ser debido a que en el inicio, de la enfermedad, esta se considera un acontecimiento social (156). La presencia de los amigos es interpretada como un reconocimiento social hacia el individuo enfermo. A medida que la enfermedad se cronifica y el sujeto va adquiriendo el rol del enfermo se estabilizan las relaciones y se mantienen dentro de unos cauces de interacción entre amigo-paciente.

Por otra parte Boisevain (52), Bott (138) y Felix Requena (46) exponen que "Los individuos de las clases sociales más bajas tienen un menor número de amigos que los de las clases más altas". Esto mismo ha sido comprobado en el presente trabajo cuyo tamaño medio de red de amigos es de 3,3.

b/ Apoyo instrumental y emocional disponible y adecuado.

En cuanto al apoyo instrumental y emocional percibido y adecuado, los datos comparativos encontrados en la primera y segunda entrevista son los siguientes, considerando inicialmente a los 134 pacientes en los que se dispone en la segunda entrevista, los resultados obtenidos se presentan en las figuras 44,45.

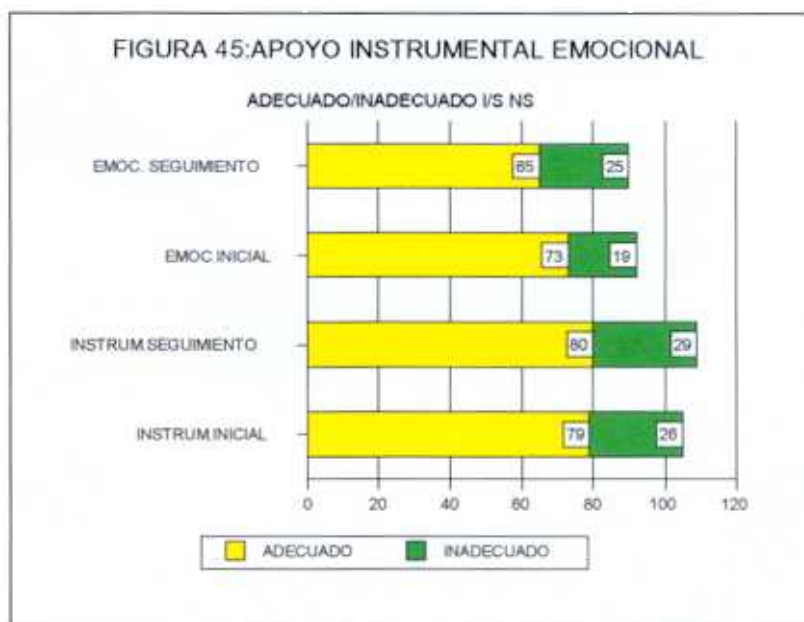
En la figura 44 se muestra el número de pacientes que refieren tener y no tener apoyo instrumental y emocional disponible. El total de pacientes que refirieron tener apoyo instrumental disponible fue de un 96,4% (107) pacientes uno más que en el inicio y los que respondieron no tener apoyo fue de 13,9% (4). La comparación entre los datos del primer corte con el segundo aparecen resultados significativos entre ambos pacientes Lo cual refleja la sensibilidad del apoyo instrumental en épocas de estrés y enfermedad.



En cuanto al apoyo emocional disponible, la proporción de pacientes que respondieron tener apoyo emocional disponible fue de 57,5% (88) cuatro menos que en el inicio mientras que un 42,5%

(65) no lo tenían, 23 menos que en el inicio. La comparación entre los datos se encontraron resultados significativos de $p < 0,001$.

En la figura 45 se muestra el número de pacientes que refieren tener y no tener apoyo instrumental y emocional adecuado. El total de pacientes, que refirieron tener adecuado apoyo instrumental fue de un 73,3% (80) pacientes uno más que en el inicio y los que respondieron no tener adecuado apoyo instrumental fueron un 26,6% (29)



pacientes, tres pacientes más que en el inicio. La comparación entre los datos del inicio y del seguimiento no muestra significación entre ambos.

Igualmente, la proporción de pacientes que respondieron tener adecuado apoyo emocional en el seguimiento fue de 72,2% (65), ocho menos que en el inicio, mientras que un 27,8% (25) refirieron no tener adecuado apoyo emocional, seis personas más que en el inicio. Sin embargo, los resultados comparados de los cortes no fueron significativos. Merece la pena recordar que a lo largo del estudio la asociación entre las variables y el apoyo instrumental y emocional disponible casi siempre ha sido significativa y sin embargo el análisis realizado entre las diferentes variables y el adecuado apoyo tanto instrumental como emocional ha presentado una limitada significación.

c/ Proveedores de apoyo.

Con respecto a los miembros de la red de apoyo que brindan el apoyo instrumental y/o emocional, en la primera y segunda entrevista, son los siguientes. Si inicialmente tan solo se consideran los 134 pacientes en los que se dispone de la segunda entrevista, los resultados son presentados en las tablas 44 y 45.

La tabla 44 muestra quienes son los proveedores de apoyo instrumental. En los datos correspondientes al seguimiento se observa que el número de personas que principalmente prestan apoyo son las mujeres: Esposas, hijas y familiar mujer y disminuye en la provisión de apoyo por parte de los varones: hijo, familiar varón pero no así en el caso del esposo. En valores absolutos existen grandes diferencias entre los proveedores en el primer corte y el segundo. En el primer miembro, la esposa aumento en 12 puntos entre el inicio (53) y el seguimiento (65), la hija en 6 puntos (9 a 16), y un familiar mujer solamente en un punto (6 a 7).

TABLA 44 : PROVEEDORES DE APOYO INSTRUMENTAL

	Entrevista	Esposa	Hijo	Hija	Fam- M	Fam- V	Otros	Sign.
1er miembro	Inicial	53	11	9	6	14	13	p<
	Seguim.	65	6	16	7	10	5	0,05
2º miembro	Inicial	0	9	7	6	7	23	-
	Seguim.	5	8	23	7	6	23	
3º miembro	Inicial	0	0	1	0	0	13	-
	Seguim.	0	0	0	2	2	13	

En el segundo miembro, la esposa aumento en 5 puntos respecto a inicio y la hija en 16 puntos (7 a 23), el resto de las categorias no ofrecieron cambios importante. Sin embargo no se han encontrado resultados significativos entre ambos cortes.

La tabla 45 muestra los proveedores de apoyo emocional. Los datos encontrados indican que las proveedoras de apoyo emocional son esencialmente

TABLA 45 : PROVEEDORES DE APOYO EMOCIONAL

	Entrevista	Esposa	Hijo	Hija	Fam- M	Fam- V	Otros	Sign.
1er miembro	Inicial	57	4	9	5	4	13	p<
	Seguim.	33	3	13	2	6	32	0,01
2º miembro	Inicial	0	4	8	7	6	22	-
	Seguim.	4	0	15	6	3	21	
3º miembro	Inicial	0	0	2	1	1	16	-
	Seguim.	0	0	0	3	3	19	

las mujeres, aunque existen diferencias en términos absolutos entre el primer corte y el segundo. El primer miembro, en el seguimiento (57) la esposa disminuye en 24 puntos respecto al inicio (33) la hija aumenta en 4 puntos (9 a 13) el familiar mujer disminuye en 3 puntos (5 a 2) y la categoría otros aumentó en 29 puntos de 13 (inicio) a 32 (seguimiento). El hijo disminuyó en un punto respecto al inicio y el familiar varón aumentó en dos puntos.

Los resultados obtenidos indican significación estadística ($p < 0,01$) entre el inicio y el seguimiento.

En el segundo miembro, la esposa aumentó en cuatro puntos (de 0 a 4), la hija 7 puntos (de 0 a 15), el familiar mujer disminuyó en un punto (de 7 a 6) y la categoría otros disminuyó en un punto (de 22 a 21).

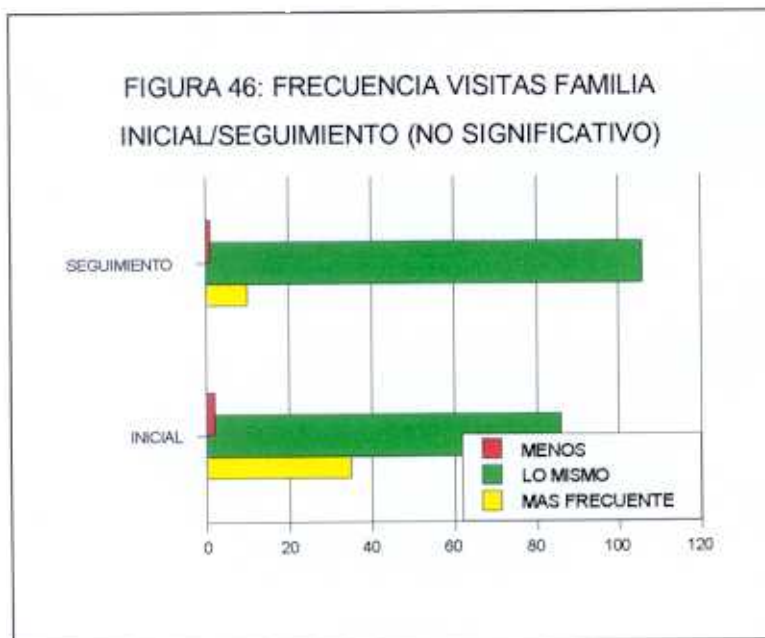
Numéricamente los varones descendieron en la provisión de apoyo emocional. En la comparación realizada no aparece significación entre los cortes realizados. Aunque se observa que la categoría "otros" donde se incluyen a lo amigos aumenta considerablemente en el apoyo emocional, lo cual coincide con los resultados encontrados sobre el papel que juegan los amigos en el apoyo emocional.

Globalmente el tamaño y estructura de la red no ha presentado modificaciones de interés respecto del inicio, a excepción de los amigos que disminuyeron en tamaño, aunque intensificaron los contactos siendo la relación significativa. Los hermanos han aumentado el número de contactos mensuales siendo significativa la relación. En general, todos los miembros de la red han aumentado el número de contactos por teléfono, ahora bien no existe relación entre la disponibilidad de apoyo y el contacto por teléfono. En relación con el apoyo instrumental percibido y adecuado la percepción del mismo ha aumentado en ambos parámetros. El apoyo emocional percibido y adecuado ha disminuido su

percepción respecto a la primera entrevista. En la relación entre ambos cortes no aparece significación entre las dos entrevistas únicamente fue significativo el apoyo instrumental disponible. Asimismo, los principales proveedores siguen siendo las mujeres.

5.3.4. Frecuencia de las visitas y satisfacción con la familia.

La figura 46 muestra los datos del inicio y seguimiento correspondientes a la satisfacción referida por los pacientes en relación a la frecuencia de visitas recibidas de los hijos.



Según muestra la mencionada figura, durante el segundo corte ha aumentado el número de pacientes que refieren estar satisfechos con la frecuencia de las visitas y sin embargo ha disminuido el número de pacientes

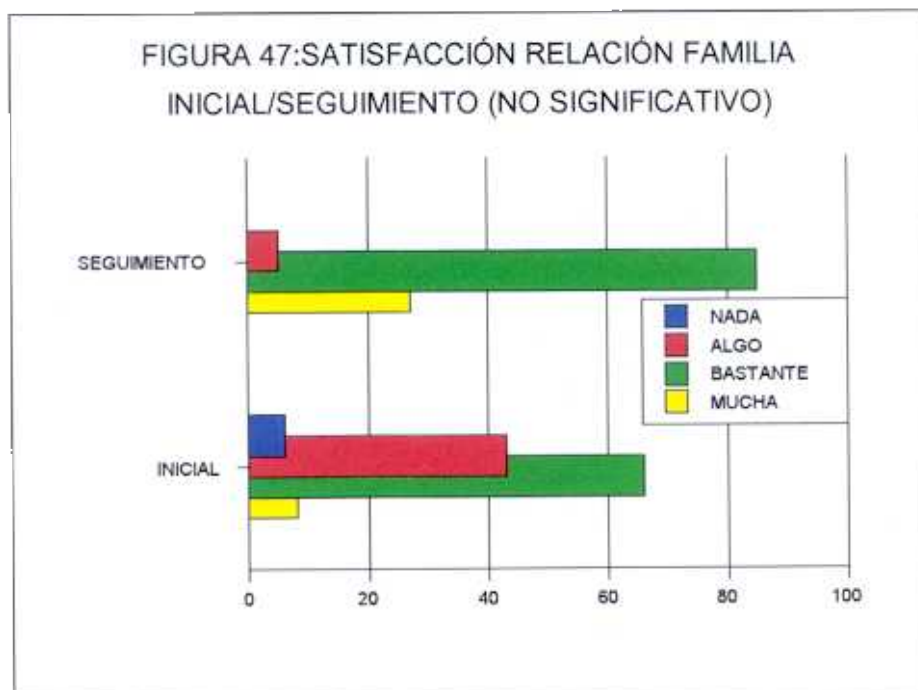
que les gustaría ver a sus hijos con más frecuencia. Ha disminuido muy débilmente el número de los pacientes que quieren ver menos a sus hijos.

Las diferencias porcentuales entre ambos cortes fueron las siguientes: la categoría mayor frecuencia de visitas descendió en 17,3 puntos (inicio 25,8% y seguimiento 8,5%). La misma frecuencia de visitas aumento en 20,7% puntos y la categoría menos disminuyó en uno. En general los pacientes refieren haber tenido

mas visitas, aunque no se hallaron resultados significativos entre el inicio y el seguimiento.

La figura 47 muestra la satisfacción del paciente con las visitas recibidas de los familiares, tanto del inicio como del seguimiento. Los datos presentan una mayor satisfacción en relación con el inicio en todas las categorías preguntadas. Así, la categoría mucha aumentó en 23,8 puntos respecto al inicio, bastante aumento en 8,7 puntos, algo satisfecho disminuyó en 30,7 puntos y la categoría nada no tuvo ninguna contestación.

Aunque existen grandes diferencias entre el inicio y el seguimiento, el análisis comparativo realizado no presentó resultados significativos. Globalmente



los resultados obtenidos indican que la enfermedad ha provocado en el paciente mayor satisfacción con la frecuencia de visitas realizadas por los hijos y familiares. Aunque la reacción de la familia fue más espectacular que la de los

hijos. No obstante, todas las categorías se modificaron favorablemente considerablemente.

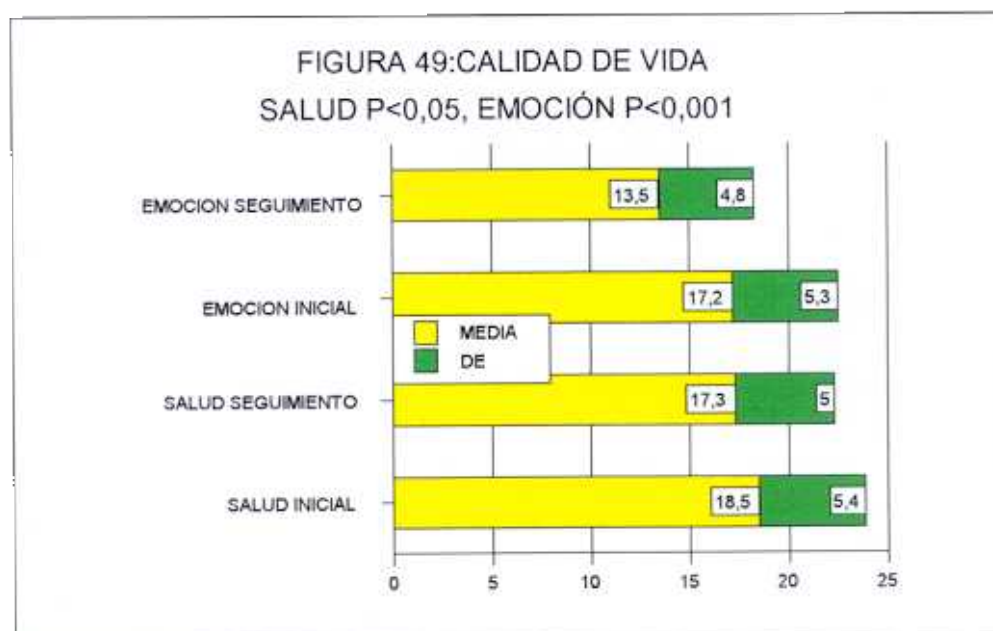
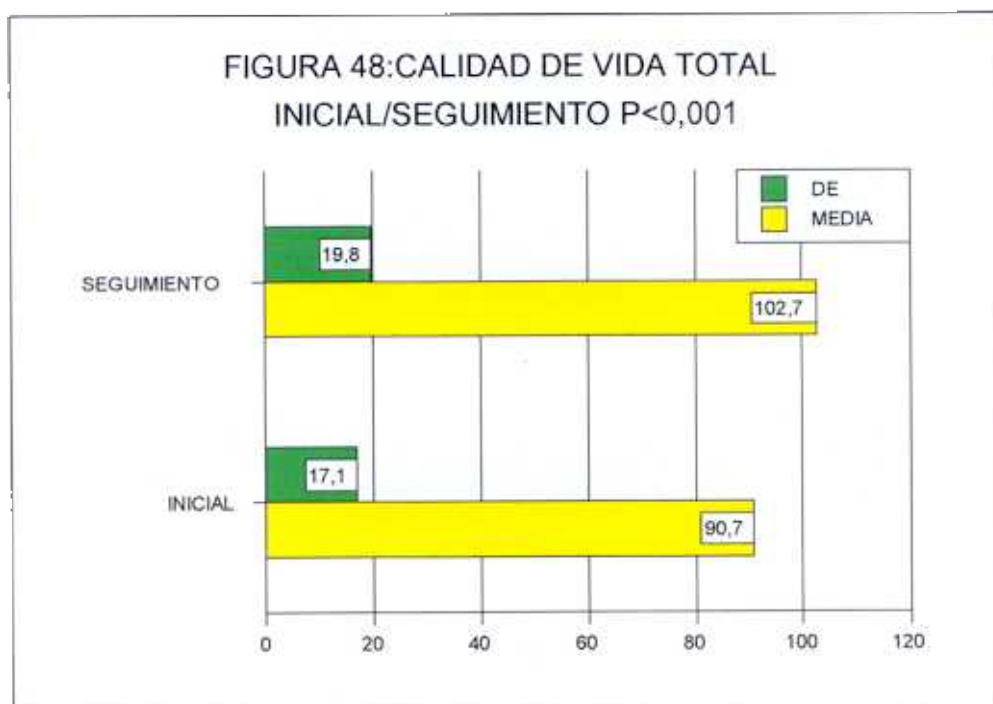
Este dato parece muy significativo en cuanto al papel que realizan los familiares durante la enfermedad. En general y durante el periodo de hospitalización aumenta la frecuencia de los contactos.

Durante la entrevista hospitalaria, los pacientes comentaban con orgullo el número de visitas recibidas. Aunque según los datos obtenidos en la tabla 42 numéricamente solo presentó significación el contacto con los hermanos y amigos, el resto de los componentes de la red se mantuvo prácticamente igual. Posiblemente a medida que la enfermedad entra en la fase crónica se estabilizan las relaciones y se mantienen las relaciones más estrechas. Es indudable que la enfermedad requiere para la familia y sobre todo la más próxima un periodo de adaptación para conocer el problema y plantear la estrategia para abordarlo en el caso de estos pacientes la necesidad es mayor puesto que el cambio del estilo de vida depende no solo de la actitud del paciente sino de la ayuda que recibe del entorno familiar para que pueda cambiar los hábitos de vida y modificar el patrón del paciente cardíaco.

5.3.5. Calidad de vida.

Se ha comparado la calidad de vida, global y por áreas, en aquellos pacientes que contestaron a las dos entrevistas. Los resultados son presentados en las figuras 48, 49, 50, 51 y 52. La figura 48 muestra las puntuaciones medias y desviación estándar de la escala global de calidad de vida. Los datos obtenidos indican que los pacientes del estudio perciben mejor calidad de vida seis meses

después del infarto. Comparadas las puntuaciones totales medias del primer corte con el segundo se observa una disminución de la puntuación total en la escala de calidad de vida de una media+/-DE de 4,1+/-2,1 (inicio 106,5+/-19,3 seguimiento 102,4+/-19,8) en el seguimiento superior al inicio. La asociación realizada entre las puntuaciones medias globales de CV presentan una relación significativa de $p<0,001$.



En la figura 49 se presenta la media y DE de las subescalas de CV salud y emoción del inicio y seguimiento. Los datos obtenidos revelan que las puntuaciones medias de las subescalas emoción y salud descendieron del inicio al seguimiento en 1,2 y 3,7 respectivamente. Ello indica que los pacientes del estudio en estas áreas se sintieron mejor que al principio. En la comparación entre ambos cortes aparece una significación estadística de $p < 0,05$ en salud y $p < 0,001$ en emoción.

En la figura 50 se presenta la media y DE de las subescalas de movilidad y alerta correspondientes al inicio y al seguimiento. Los datos de la mencionada tabla muestran que las medias han aumentado en 1,1 en movilidad y en 0,7 en estado de alerta. Lo cual indica que los pacientes después del infarto se sienten



peor en movilidad y estado de alerta. En la comparación realizada entre el inicio y el seguimiento en las áreas mencionadas se observa un nivel de significación de

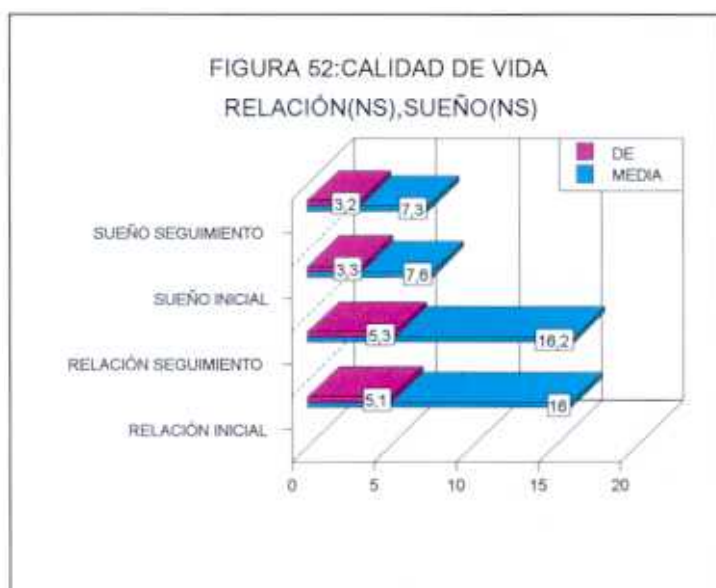
$p < 0,01$ en movilidad y $p < 0,05$ en estado de alerta.

En la figura 51 se presenta la media y DE de las subescalas de CV ocio y comunicación. Comparados los datos del inicio y el seguimiento se observa que las puntuaciones medias aumentan en comunicación (0,5). Lo cual indica que los pacientes a los seis meses de la enfermedad se comunicaban menos o así lo

percibían. El análisis realizado entre ambas variables no presentó significación estadística. Sin embargo la puntuación media de la subescala ocio descendió (1,3) en el



seguimiento lo que indica que los pacientes estaban mejor en esa área seis meses después del infarto. Obviamente y tal como se ha expuesto en la figura 38 la baja laboral favorece este tipo de apreciación. Comparados los datos entre ambos cortes aparece una significación de $p < 0,05$.



La figura 52 representa los datos (media y DE) del inicio y seguimiento de las subescalas de CV: relación y sueño. Los resultados obtenidos muestran que en el área de la relación media aumento ligeramente (0,2) en el seguimiento.

Lo cual indica que los paciente se encontraban peor después de padecer la enfermedad. En relación con el sueño la puntuación media descendió ligeramente débilmente (inicial 3,3, seguimiento 3,2) Lo cual indica que los

paciente se encontraban mejor después de padecer la enfermedad. La asociación realizada entre la primera entrevista y la segunda no presentó significación estadística en el seguimiento (0,3). Estos datos revelan que los enfermos se sentían mejor en relación al sueño durante el seguimiento. Ninguna de estas dos áreas ha presentado significación.

En resumen, seis meses después del infarto los pacientes perciben mejor calidad de vida global. Las áreas que han contribuido a ello son salud, emoción, ocio y sueño. Las áreas que aumentaron las puntuaciones medias fueron alerta, comunicación, relación y movilidad. Aunque solamente fueron significativas las subescalas de alerta, salud, emoción, ocio y movilidad.

La respuesta obtenida de la CV es el indicador de la percepción del estado de salud después de que los pacientes se sometiesen a un tratamiento médico. Este indicador es contrastado por el paciente con experiencias anteriores, pero también tiene que ver con el valor que cada individuo le da a la salud. En el caso del paciente infartado, este aspecto es el responsable de que el individuo quiera cuidarse y curarse. Por otro lado también determinará el juicio clínico ya que ambos aspectos deberán ser coincidentes.

Se ha realizado un análisis entre el apoyo social y la calidad de vida. Los resultados obtenidos indican que la calidad de vida está asociada al apoyo instrumental percibido pero no al emocional. Lo cual confirma la hipótesis del estudio que la calidad de vida está directamente relacionada con el apoyo emocional y instrumental disponible. Otras áreas que también han presentado asociación son las subescalas de salud, emoción y ocio.

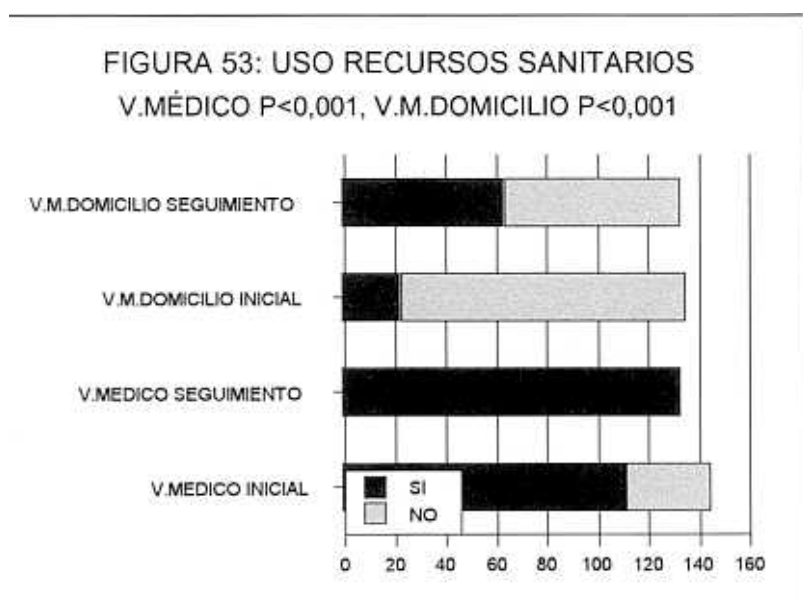
5.3.6. Uso de recursos sanitarios.

En cuanto a la utilización de recursos, a continuación se presenta la situación inicial y final. Las diferentes categorías se han agrupado en dos:

- No utilización de recursos = NO.
- Utilización de recursos(una o más veces) = SI.

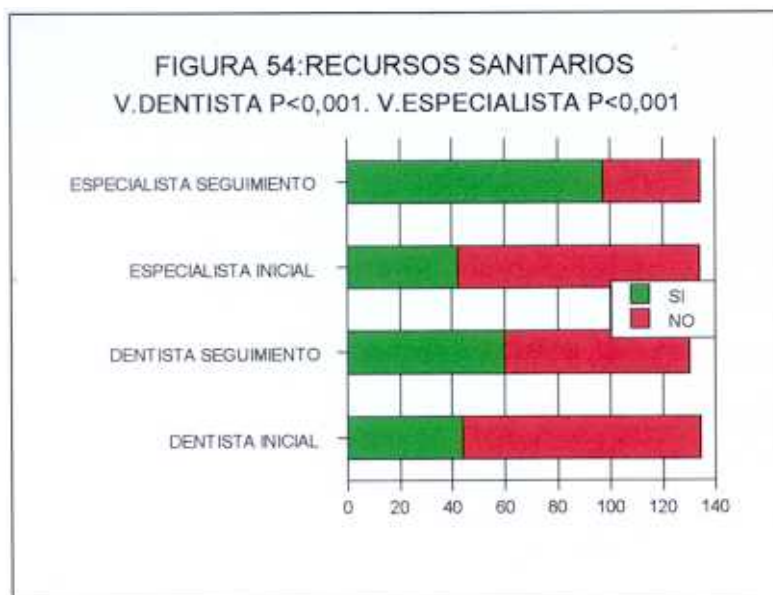
Si inicialmente tan solo se consideraron los 134 pacientes en los que se disponen de la segunda entrevista, los resultados son los siguientes.

La figura 53 muestra las frecuencias absolutas y porcentajes de las variables correspondientes al uso de recursos sanitarios: visita al médico general,



visita del médico al domicilio. Los datos estudiados revelan que las puntuaciones aumentaron en el seguimiento en todas las categorías. Las visitas médicas aumentaron en

24,6 puntos, las visitas del médico a domicilio en 31,3 puntos. Comparados los datos del primer corte con el segundo se observa que en el primer corte fueron encontrados resultados significativos en todas las áreas.



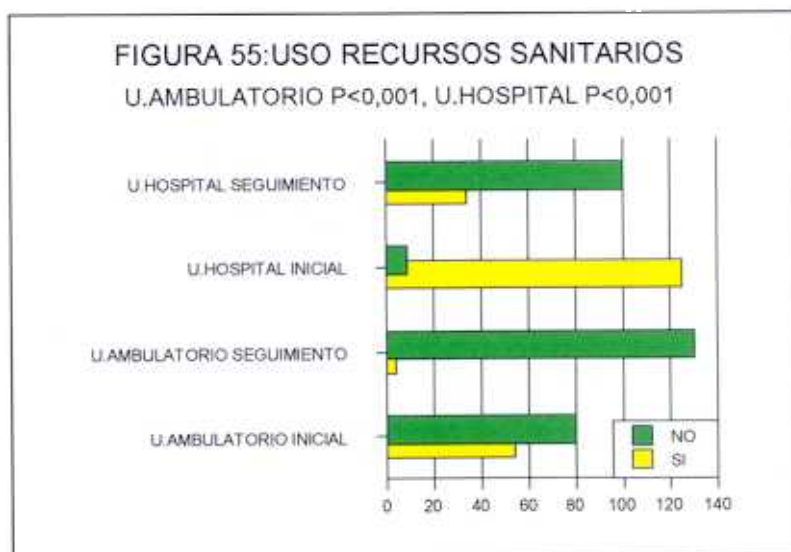
En la figura 54 se presentan la utilización de los recursos sanitarios: Visitas al médico especialista (cardiólogo) y al médico dentista del inicio y seguimiento.

Comparando los datos obtenidos entre

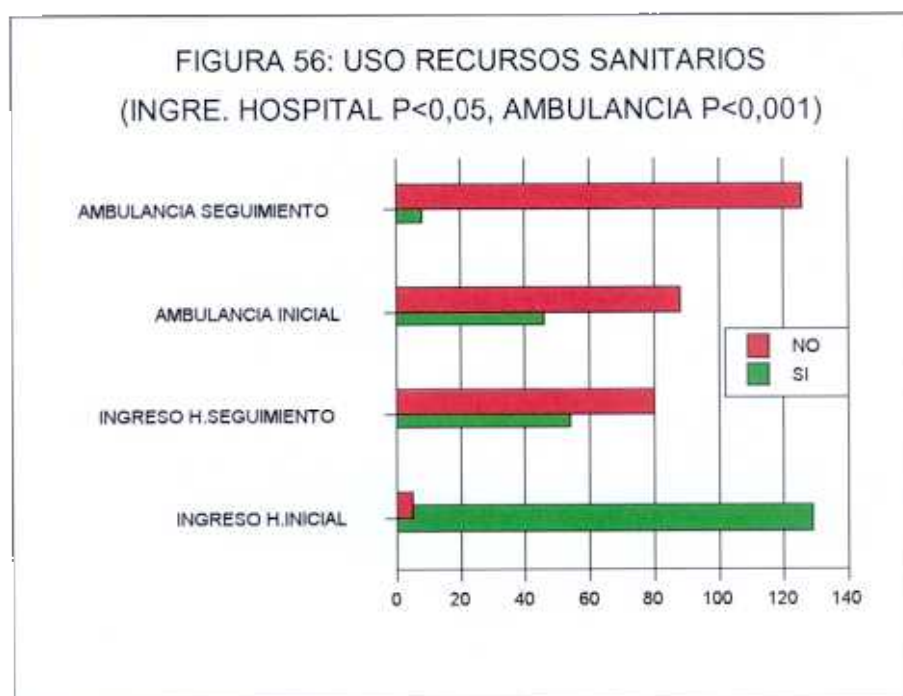
ambos cortes, se observa que después del infarto obviamente aumento el número de pacientes que visitaron al especialista (médico cardiólogo) y al dentista. Porcentualmente las diferencias encontradas entre el inicio y el seguimiento fueron de 41,1 punto en las visitas al especialista y 13,4 puntos en las visitas al dentista.

En la comparación realizada entre el primer corte y el segundo se observa que aparecen resultados significativos $p < 0,05$ y $p < 0,001$ en el caso de las visitas al dentista y especialista respectivamente.

La figura 55 presenta la utilización de la urgencia del hospital y del ambulatorio tanto del inicio como del seguimiento. Los resultados obte-



nidos muestran un descenso considerable entre ambos cortes de 36,7 puntos en cuanto a las urgencias del ambulatorio y 67,9 puntos en los ingresos hospitalarios. En la comparación realizada entre los datos del inicio y del seguimiento se observa una significación de $p < 0,001$ y para ambas variables.



En la figura 56 se representa las frecuencias absolutas del uso de ambulancia y ingreso hospitalario de los dos cortes.

Los datos obtenidos muestran un descenso del uso de ambulancias y ingreso en el hospital respecto del inicio. Comparando los resultados se obtiene una disminución de 28,3 y 3,8 puntos respecto al uso de ambulancia y de rehabilitación. Igualmente, examinando los resultados del inicio y el seguimiento aparece una significación de $p < 0,001$ en el uso de ambulancia y $p < 0,05$ en los ingresos hospitalarios.

En la tabla 46 se presentan los datos correspondientes a las visitas realizadas por la enfermera al domicilio del paciente y al oculista. Los datos

TABLA 46: USO DE RECURSOS SANITARIOS (VISITA OCULISTA/VISITA ENFERMERA DOMICILIO) INICIAL/SEGUIMIENTO

	NO	SI	Significación
<i>VISITA OCULISTA</i>			
Inicial	112 (83,6 %)	50 (37,3%)	NS
Seguimiento	69 (52,3%)	40 (30,3%)	
<i>VISITA ENFERMERA DOMICILIO</i>			
Inicial	130 (97%)	4 (3)	NS
Seguimiento	133 (99,3%)	1(0,7)	

obtenidos muestran que hubo un aumento de 3,8 puntos en las visitas de la enfermera al domicilio del paciente. Igualmente las visitas al oculista aumentaron en 7 puntos respecto al inicio. Comparando los resultados del inicio y el seguimiento no aparecen resultados significativos en ninguna de las áreas mencionadas.

*TABLA 47 : USO DE RECURSOS SANITARIOS
(MEDICAMENTOS/INYECCIONES) INICIAL/SEGUIMIENTO*

	SI	NO	SIG.
<i>PASTILLAS</i>			
Inicial	94 (70,1)	40(29,9)	
Seguimiento	132 (98,5)	2(1,5)	p<0,001
<i>INYECCIONES</i>			
Inicial	15 (11,2%)	119 (88,8%)	NS
Seguimiento	21 (15,7%)	113 (84,3%)	

El consumo de medicamentos: pastillas y inyecciones se presenta en la tabla 47. Los datos obtenidos revelan el mayor consumo de medicamentos en el seguimiento de 28,4 puntos. Igualmente el consumo de inyecciones también fue mayor respecto al inicio en 4,5 puntos. Comparando los resultados de ambos cortes no aparece significación entre el inicio y el seguimiento.

Globalmente, los pacientes del estudio utilizaron más los recursos sanitarios durante los seis meses que siguieron a la enfermedad. Las áreas que sufrieron un mayor aumento fueron las de atención primaria y especializada y las visitas al oculista. Sin embargo las áreas de medicina terciaria tales como ingresos hospitalarios, urgencias hospital y utilización de ambulancia descendieron considerablemente.

TABLA 48: ASOCIACIÓN CV Y USO DE RECURSOS SANITARIOS

CALIDAD DE VIDA	NINGUNO	+ DE UNO	
GLOBAL	Nº Media+/- DE	Nº Media+/-DE	Significación
VISITA DOMICILIO	69 96,8 +/-16,2	63 108,8+/-21,3	p<0,001
VISITA ESPECIALISTA	37 96,6+/-17,5	63 108,8+/-21,3	p<0,01
VISITA URG. AMBUL.	130 102,4+/-19,6	63 108,8+/-21,3	p<0,05
VISITA URG.HOSPIT.	100 99,7+/-19	63 108,8+/-21,3	p<0,001
INGRESO HOSPIT.	80 96,1+/-16,4	63 108,8+/-21,3	p<0,001

El uso de recursos sanitarios no solamente obedece a los criterios estrictamente médicos sino que existen otras razones que favorecen o no el consumo de los mismos. Por ejemplo: mayor disponibilidad de recursos, un fácil acceso a los servicios y en algunos casos una deficiente información. De aquí, que un bajo consumo no siempre significa que la población sea más sana sino que pueden existir ciertos aspectos como los señalados que contribuyen a que los pacientes no los utilicen.

En la tabla 48 se presenta la asociación entre CV y uso de recursos sanitarios de las áreas presentadas en la mencionada tabla. Igualmente y siguiendo la hipótesis planteada se analiza la relación entre calidad de vida y uso de recursos con las variables: visita a domicilio, visita especialista, visita urgencias ambulatorio, visita urgencias hospital y ingreso hospitalario. El análisis se ha realizado agrupando las categorías en dos: ningún consumo de recursos sanitarios y más de una utilización de recursos sanitarios. Los datos obtenidos revelan que existe una asociación entre el mayor consumo de recursos y la calidad de vida. Los pacientes que tienen peor calidad de vida (puntuaciones altas en la escala de calidad de vida) han consumido más recursos que los que tienen puntuaciones más

bajas. En el resto de las variables estudiadas de recursos sanitarios, no han presentado asociación entre calidad de vida y uso de recursos sanitarios. De este modo se comprueba la hipótesis secundaria del estudio, en relación a las áreas de consumo de recursos más importante en los pacientes infartados, comprobando que los pacientes con peor calidad de vida hacen más uso de recursos sanitarios. No obstante, la relación entre pastillas, jarabes, visitas de la enfermera a casa, visitas al oculista no se ha podido comprobar.

5.3.7. Asociación entre calidad de vida y nivel de estudios.

TABLA 49: ASOCIACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y NIVEL DE ESTUDIOS

CALIDAD DE VIDA	INICIAL	EGUIAMIENTO	Signific.
GLOBAL	Nº Media+/- DE	Nº Media+/-DE	
Sin estudios	60 107,7 +/-18,1	60 105,7+/-20,8	p<0,05
Estud. Primarios	48 105,5+/-20,8	48 100,5+/-18,8	p<0,05
Estud. Secundarios y universitarios	26 103,8+/-21,1	26 98,8+/-17,4	p<0,05

En la tabla 49 se presenta el análisis realizado entre calidad de vida global y el nivel de estudios. Para ello, los componentes de la muestra de población se han dividido en tres grupos: sin estudios (ningun estudio y primarios incompletos), con estudios primarios y estudios secundarios y universitarios. Inicialmente, los resultados obtenidos revelan que los pacientes sin estudios presentan puntuaciones medias de CV global más elevadas que los grupos con estudios primarios, secundarios y universitarios. Las puntuaciones medias obtenidas en el seguimiento descienden en las tres categorías lo que indica que ambos grupos

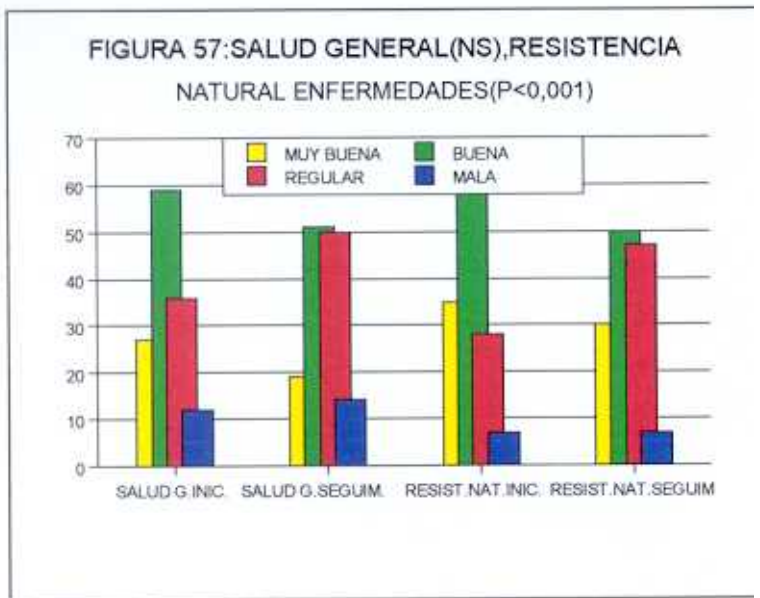
mejoran a los seis meses de padecer la enfermedad. No obstante, la mejoría es menor en los pacientes sin estudios que en los otros dos grupos. Las puntuaciones medias obtenidas en la comparación entre el inicio y el seguimiento son de dos puntos en los enfermos sin estudios y sin embargo en los otros dos grupos la puntuación media obtenida entre ambos cortes es de cinco puntos. Analizadas ambas variables se ha encontrado una relación significativa entre el inicio y el seguimiento entre los todos los grupos.

5.3.8. Salud percibida.

La percepción general de salud por el propio paciente fué evaluada en las entrevistas iniciales y de seguimiento con los ítems expuestos en las siguientes figuras. Se consideraron los 134 pacientes en los que se disponen de la segunda entrevista, los resultados son los siguientes: Las áreas de salud percibida estudiadas fueron: salud general, resistencia general, medidas especiales y contagio, cuyos resultados son presentados en las figuras 57 y 58.

Los datos de salud general y resistencia general a las enfermedades se presentan en la figura 57 en frecuencias absolutas y porcentajes. Comparados los datos del primer corte con el segundo seis meses después del infarto. Un porcentaje menor de pacientes refieren tener muy buena salud. Igualmente el número de pacientes que piensan que su salud es buena también disminuye. Disminuye el porcentaje de pacientes que dicen que su salud es regular así como también los que dicen que su salud es mala. No existe significación entre los resultado del primer corte con el segundo.

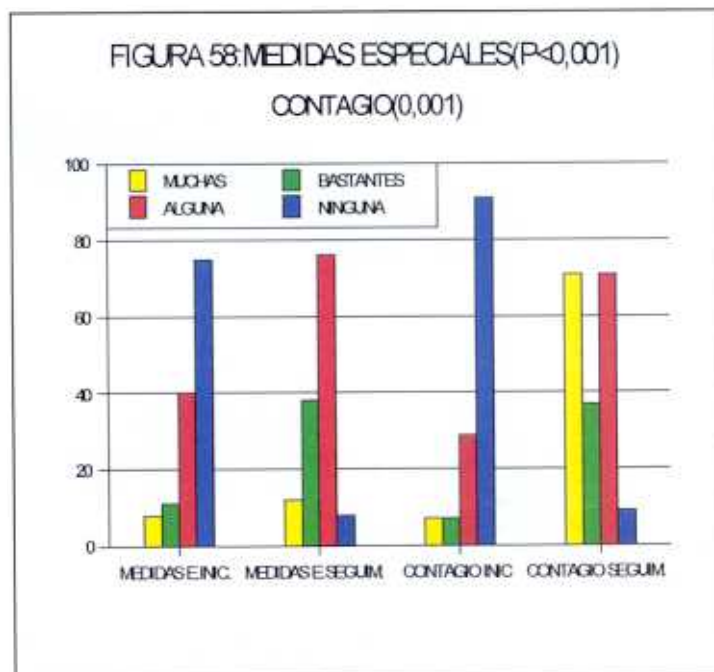
En relación a la resistencia natural a las enfermedades globalmente la situación del paciente empeora. Comparados los datos se los dos cortes se observa que descendieron las categorías muy buena moderadamente, la categoría



buena descendió considerablemente y sin embargo aumento la categoría regular y prácticamente se mantuvo igual la categoría mala. En la comparación entre ambos cortes aparece una

significación de $p < 0,001$.

En la figura 58 se presentan las frecuencias absolutas y porcentajes del estado de salud de los pacientes en las áreas: medidas especiales y contagio. Conjuntamente en las dos áreas se observa que los pacientes refieren tomar medidas especiales y de contagio después del IAM.



Comparados los datos del primer corte con el segundo en las áreas mencionadas se hallaron resultados significativos. Los pacientes después de la enfermedad muestran tener un peor estado de salud en todas las áreas estudiadas.

Globalmente en las áreas mencionadas se observa que los pacientes refieren tener una peor salud percibida después de padecer el infarto. De nuevo nos encontramos que los aspectos subjetivos del paciente definen la enfermedad desde una perspectiva que en algunos casos nada tiene nada que ver con la clínica.

5.4. Síntesis de resultados.

Nos proponemos presentar aquí una visión de conjunto de los resultados obtenidos en la presente investigación destacando sus aspectos más significativos. Nos vamos a referir específicamente a las áreas de estudio o grupos de variables de mayor relevancia (variables socioeconómicas, variables de apoyo social, de CV y de uso de recursos). Que han sido sometidas, a su vez, a los tres tipos de tamaño y verificación propuestos: descriptivo, analítico y de seguimiento.

Variables socioeconómicas y clínicas.

En el examen de las variables socioeconómicas destaca el resultado obtenido según el cual la mayoría de los pacientes observados del Área Sanitaria 11 (90,9%), saben leer y escribir, y, sin embargo, casi la mitad de ellos, (43,8%), o no tienen ningún estudio (27%), o bien tienen formación primaria incompleta (16,7 %). Estudios primarios completos han sido realizados tan solo por un (38%) pacientes y solamente (18,5%) 28 posee estudios secundarios y universitarios. Podríamos, fácilmente, concluir de tales resultados que una amplia mayoría de los enfermos incluidos en la muestra de población estudiada son analfabetos funcionales.

El trabajo no cualificado constituye, por otro lado, la ocupación profesional ejercida por una buena parte (66,3%) de los enfermos analizados. Una exigua mayoría (3,8 %), en concreto sólo 6 pacientes, ejercen profesiones liberales. En cuanto a su situación profesional actual, casi la mitad, de ellos (45,1%), están trabajando mientras que el otro (40%) esta en situación de jubilación reglamentaria o anticipada. Por lo que se refiere a los ingresos familiares

mensuales percibidos cabe resaltar el hecho de que casi la mitad de los pacientes (43,5%) perciben cantidades inferiores a 90.000 pesetas, y sólo un 25% de ellos disfrutan de rentas familiares mensuales por encima de las 150.000 pesetas.

Si nos detenemos a examinar los aspectos relativos a las comodidades de la vivienda, merece ser resaltada la situación de la mayoría de los enfermos incluidos en el estudio. En efecto, puede considerarse generalizada entre la población de la muestra la falta de calefacción (49,6%) ascensor (34,8%) en sus respectivas viviendas. Ambos elementos son aceptados como fundamentales en la calificación de la comodidades de una vivienda y constituyen, a la vez, aspectos especiales sensibles para el tipo de pacientes objeto de análisis, si nos atenemos a la edad media de riesgo, (confort domestico = calefacción), y a la movilidad necesaria para favorecer la recuperación, (facilidades de movimientos).

La estadística analítica ha revelado la existencia de asociación entre el apoyo social y la calidad de vida. Así, la cualidad de alfabetizado (individuo que sabe leer y escribir) es un individuo de mejor CV. Al mismo tiempo, se ha analizado, y confirmado la relación entre el nivel de estudios y la CV. En efecto, los pacientes con mejor CV poseen niveles de estudios superiores. En el sentido, los resultados recogen el inferior nivel de estudios de los enfermos-mujeres, las peores condiciones de calidad, habitabilidad y confort de sus viviendas y, en consecuencia, la peor CV, todo ello en comparación con sus compañeros de enfermedad varones.

Finalmente, el análisis del segundo corte, seis meses después de padecido el infarto, revela que sólo un 14% de los enfermos se incorpore a su trabajo habitual, previamente aquellos que son obreros cualificados y los que poseen estudios secundarios o superiores. Entretanto, el nº de jubilados aumenta en un 3%.

VARIABLES DE APOYO SOCIAL: Índice de red social; tamaño, estructura, apoyo social y proveedores.

Tamaño de la red y apoyo social: Se analiza global e individualmente para estudiar, primero, la influencia de la red total y después, identificar cuál es el papel de cada uno de los miembros en la provisión de apoyo.

Globalmente la red se ha dividido en tres tamaños de diferente composición llamados T-RED 1, T-RED 2, y T-RED 3 para saber cual de ellos era más susceptible de prestar apoyo. Los datos obtenidos revelan la asociación de los tres tamaños estudiados tanto con el apoyo emocional como con el instrumental. Así se comprueba como cualquiera de las formas presentadas tienen influencia en la provisión de apoyo social.

Una vez conocida la influencia del tamaño de la red, se analiza cada uno de sus miembros individualmente. Los resultados obtenidos indican que los hijos, nietos y sobrinos son proveedores de apoyo instrumental pero no emocional. A su vez, los hermanos están asociados con ambos tipos de apoyo, emocional e instrumental, mientras que los amigos solamente tienen relación con el apoyo emocional.

En cuanto al, análisis individual, se estudia la esposa, a pesar de no estar asociada con ningún tipo de apoyo. No obstante, es la persona que, habitualmente, presta apoyo de uno u otro tipo (véase tabla de proveedores, tabla de apoyo, tabla de confidente, tabla de esposa). Este resultado sugiere que de no existir el cónyuge sus funciones, en cuanto a la prestación de apoyo, son ejercidas por otras personas.

Estructura de la red y apoyo social: A continuación se analiza la estructura de la red para establecer cuales de sus elementos determinan la provisión de apoyo. El análisis se realiza a través de dos parámetros: contactos cara a cara

(contactos semanales y mensuales) y por teléfono por un lado, y proximidad a la vivienda (viven en el domicilio del paciente, viven en el área metropolitana y fuera del área), por otro. Ambos parámetros se analizan, a su vez, global y separadamente.

El análisis global realizado muestra que la proximidad a la vivienda tiene significación en la provisión de apoyo instrumental percibido y no emocional. No obstante, cuando el análisis se realiza con el apoyo instrumental y emocional adecuado, la significación se invierte, apareciendo asociación con el apoyo emocional y no con el instrumental.

En los contactos cara a cara la significación aparece en el apoyo emocional y en el instrumental tanto en el disponible como en el adecuado. Cabría concluir que la existencia de este tipo de contactos es imprescindible para que el apoyo emocional y instrumental se produzca.

El análisis realizado por áreas específicas revela que ninguno de los parámetros de proximidad geográfica ha presentado asociación con el apoyo, en ninguna de sus modalidades. En cambio, los contactos cara a cara (contactos semanales y mensuales) han presentado implicaciones con la provisión de ambos tipos de apoyo. Se puede concluir, así, que los contactos cara a cara son elementos indispensables para que el apoyo emocional y instrumental tenga lugar. No se ha encontrado, sin embargo, significación con los contactos telefónicos.

El apoyo adecuado por su parte, fue más difícil de cuantificar a pesar de lo cual también presentó significación, en relación a la estructura. Posiblemente, debido a la naturaleza cualitativa del apoyo.

El análisis referido al tamaño y la estructura de la red no presenta cambios significativos entre los cortes inicial y de seguimiento. Solamente el número de amigos y su estructura se modificaron. En términos absolutos, se redujo. Se

aprecia significación en todos los parámetros de la red de amigos, entre el inicio y seguimiento. Por lo que afecta a los hermanos, también estos fueron significativos en el apoyo a través de los contactos.

En cuanto al apoyo emocional e instrumental, las variables implicadas no han presentando modificación notables entre ambos cortes. En valores absolutos ha aumentado el número de pacientes que señalan tener apoyo en el seguimiento se incrementado en comparación con el inicio, aparte de que no se haya encontrado significación entre ambos cortes. Solamente el apoyo instrumental percibido arrojó resultados apreciables de asociación.

Los proveedores esenciales de ambas clases de apoyo son las mujeres especialmente las esposas, hijas y un familiar mujer, en este orden, en contraposición a los varones, cuya aportación al apoyo disminuye en el segundo corte. Finalmente, la categoría "otros" (individuos proveedores), que incluye tanto a hombres como a mujeres, aumento en el seguimiento y no muestra asociación apreciable entre ambos momentos del análisis.

Variables de calidad de vida y apoyo social.

La CV se ha analizado globalmente y por áreas específicas. Los resultados obtenidos desde una perspectiva global presentan asociación entre CV y apoyo tanto instrumental como emocional. Ello indica que la calidad de vida esta directamente relacionada con el apoyo, y, a medida que aumenta la puntuación de CV, disminuye el apoyo, y, viceversa, a medida que disminuye la puntuación de CV (mejor calidad), aumenta el apoyo, puntuación total de CV 44 mínima (mejor calidad de vida) y máxima 220 (peor calidad de vida).

La CV se analiza, indistintamente, por áreas específicas, encontrándose asociación con la comunicación, movilidad y emoción, mientras que el resto de las áreas (especificar áreas) no presentaron significación. Estas últimas son aquellas que, según los estudios epidemiológicos y sociológicos, comprometen de alguna manera los aspectos emocionales de los pacientes cardiovasculares.

Los resultados alcanzados en el estudio de las variables de CV en su relación confirman la hipótesis primaria y básica con el apoyo social del trabajo, es decir, que los pacientes que tienen mayor apoyo social poseen mejor calidad de vida que aquellos que no lo tienen. Así mismo, la hipótesis se ha comprobado en los ámbitos de comunicación, movilidad y emoción. No obstante, la hipótesis no se ha verificado en lo que se refiere específicamente con el apoyo adecuado y con lo que hemos denominado el resto de las áreas de la calidad de vida.

Seis meses después, esto es, el análisis del segundo corte nos expresa que la calidad de vida de los pacientes global considerada es mejor, según lo indican las puntuaciones obtenidas: Inicial $102,7 \pm 17,1$ y seguimiento $106,5 \pm 19,8$. En efecto, el análisis estadístico presenta significación entre ambos cortes. Ciertas áreas como ocio, salud, emoción y movilidad han obtenido puntuaciones más bajas respecto al primer corte y sin embargo, el área, alerta, ha aumentado su puntuación. Los distintos ámbitos mencionados (subescalas), han presentado asociación en la comparación realizada entre el primer corte y el segundo, algo que de nuevo, confirmaría la hipótesis del estudio. Una vez más se consolida la hipótesis en el segundo corte.

Así pues, la calidad de vida de los pacientes esta asociada al apoyo emocional e instrumental disponible, de tal manera que la CV aumenta o disminuye en función de la ayuda que perciben los sujetos del estudio. Igualmente, ciertas áreas de calidad de vida (comunicación, movilidad y emoción) también

han presentado mayor sensibilidad que otras en relación con la presencia o no del apoyo.

Utilización de recursos sanitarios.

El estudio analítico reflejó una asociación muy destacada en todos los grupos de variables consideradas. Por lo que se refiere al estudio analítico, solamente las visitas al médico general, visita del médico al domicilio, al especialista y las urgencias hospitalarias arrojaron resultados significativos y están asociadas todas ellas a la calidad de vida, de tal manera que los pacientes con mejor calidad de vida utilizan menos recursos en las áreas que han presentado asociación. Sin embargo, las visitas al oculista, al dentista, las urgencias de ambulatorio, y la visita de la enfermera a domicilio no fueron significativas.

Seis meses después, la utilización de recursos aumentó excepcionalmente en todas las variables que están relacionadas con medicina primaria y especializada. Sin embargo, las áreas relacionadas con la medicina terciaria no presentaron cambios dignos de resaltar. Cabe concluir, en definitiva, que los datos hallados confirman la hipótesis secundaria de la investigación, al menos percibido.

5.5. MUJER Y APOYO SOCIAL

Introducción

Durante la fase de preparación del trabajo no se había pensado en introducir explícitamente un apartado dedicado a analizar la relación entre "Mujer y apoyo social". Sin embargo, los resultados obtenidos a partir de los cortes primero y segundo de la investigación empírica motivaron la inclusión de un capítulo específico. La finalidad del mismo es unificar e interpretar ciertos datos obtenidos en el estudio relativos a las mujeres pacientes ellas mismas de IAM así como sobre el papel de la mujer en el cuidado de la salud de otros pacientes infartados.

En primer lugar nos referiremos a los datos empíricos hallados en el estudio y a su interpretación, tanto en relación a la mujer como paciente como a la mujer proveedora a otros pacientes.

Finalmente, se abordará un análisis cualitativo del papel de la mujer en la enfermedad y de la relación mujer y apoyo social.

Situación de la mujer con IAM.

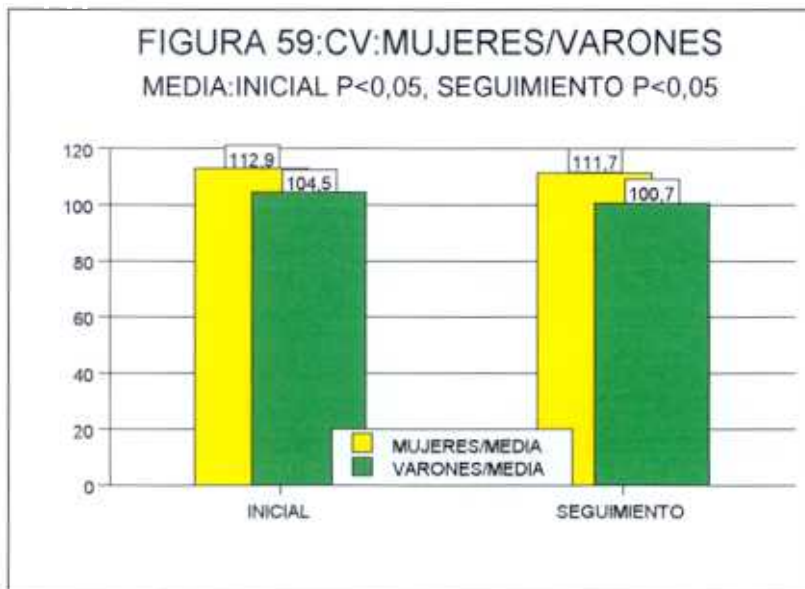
Se puede aceptar como una aproximación intuitiva y generalizada el hecho de que las enfermedades afectan de distinta forma a hombres que a mujeres. En este sentido, se podría medir la incidencia, mayor o menor, de diferentes patologías, relacionándolas con el sexo de los pacientes. Así, el IAM puede constituir un ejemplo significativo de esta relación.

Hasta ahora, esta enfermedad se ha presentado con mayor frecuencia en el hombre que en la mujer. En efecto, algunos autores refieren que los varones padecen cuatro veces más infartos que las mujeres. Otros estudios señalan que los hombres tienen un 50% más infartos que las mujeres. En la literatura actual se destaca la escasez de datos concluyentes a cerca de la incidencia de esta enfermedad en la mujer, si bien todos ellos coinciden en afirmar que la presencia del IAM en la mujer esta aumentando progresiva (156).

En la presente investigación la porcentaje de mujeres pacientes afectadas de infarto agudo de miocardio no coincide con ninguno de los datos anteriormente adelantados. Así, de los 155 pacientes estudiados, el 16,8% (26 casos) son mujeres y un 83,2% (129 casos) son varones. Si bien toda la población objeto de estudio esta incluida dentro de la edad de riesgo de padecer un infarto (a partir de los 65 años), la edad media de las mujeres es superior a la de los hombres. En cuanto al estado civil la proporción de hombres casados (90,6%) es superior a la de mujeres casadas (65,3%). A su vez, las mujeres viudas superan a los varones viudos en 19,2 puntos porcentuales, y las mujeres solteras en 8,7 puntos a los varones solteros. Finalmente, es preciso destacar el tipo de infarto y su localización en la que apenas existen diferencias significativas entre ambos sexos. No obstante, aparece claramente el dato relativo al porcentaje de varones operados 2 puntos superior al de pacientes mujeres.

Refiriéndonos a las variables socioeconómicas es preciso señalar que en lo relativo a la situación socioeconómica propiamente dicha destaca la existencia de diferencias muy relevantes entre ambos sexos. Entre estas divergencias, en todos los casos negativas referidas a la situación de la mujer, pueden destacarse las relativas a la propiedad de la vivienda así como al hecho de vivir dentro del entorno familiar nuclear. Existe un mayor porcentaje de hombres que siguen viviendo en el seno de

sus familias nucleares respectivas. Esto puede ser debido a que, en nuestra sociedad, la mujer es la que se ocupa, de forma preferente, de las cuestiones domésticas. Si ésta falla en el aprovisionamiento del necesario cuidado y apoyo familiar del hombre, enfermo, es sustituida por la familia. Sin embargo, la mujer, enferma, tiene a su disposición las alternativas de vivir sola o bien de ser institucionalizada.



En cuanto al nivel de estudios, los datos obtenidos permiten alcanzar conclusiones claras en el sentido de que dicho nivel es, en todos los casos más bajos en las mujeres que en los hombres. Así, existe un 7% de mujeres y un 2% de

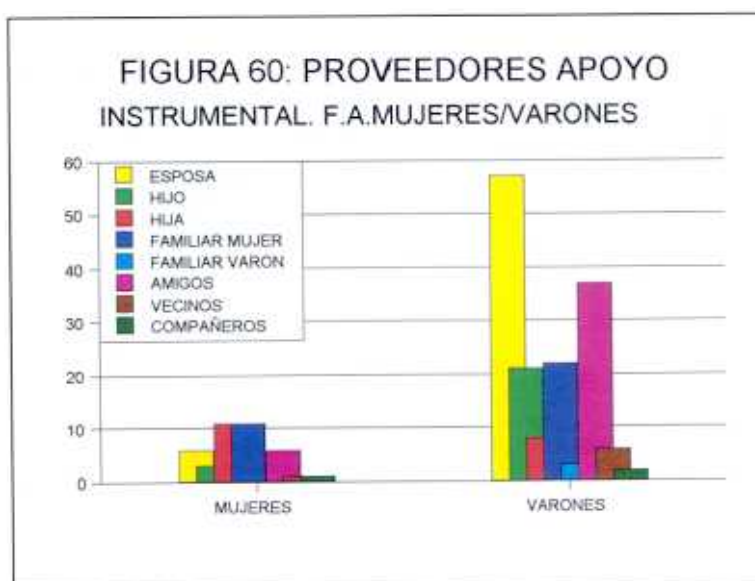
varones que no saben leer ni escribir y un 7% de mujeres y un 5% de hombres que saben leer pero no escribir. En resumen, el porcentaje de analfabetismo de este grupo poblaciones supera las tasas referidas al Área Sanitaria 1 la CAM (128).

Las mujeres con estudios primarios incompletos representan el 53% frente a el 41% de hombres. A su vez, el 38% de mujeres finalizaron los estudios primarios frente al 37% en el caso de los hombres. Por lo que se refiere a los estudios secundarios y universitarios destaca sobremanera el hecho de que ninguna mujer de la población estudiada haya accedido a ellos.

Si nos centramos en la actividad laboral que, tanto como el nivel de ingresos depende de los estudios realizados podemos destacar los datos referidos a los ingresos de las mujeres que son siempre inferiores a los de los varones en todas las categorías estudiadas. Así, un 33,3% de las mujeres frente a un 9,8% de los hombres reciben ingresos inferiores a 50.000 pesetas por familia, el 33,3% de las mujeres y el 29,4% de los hombres perciben ingresos inferiores a 90.000 pesetas. En el resto de las categorías analizadas, ingresos entre 90.000 y superiores, los varones superan a las mujeres en 19 puntos porcentuales.

Respecto a las comodidades de la vivienda, la mujer posee, en general, menores comodidades que las que se hallan a disposición de los varones. Las diferencias porcentuales específicas referidas a los parámetros: video, coche, calefacción y ascensor son 22%, 24%, 18,1% y 37,3% respectivamente.

En cuanto a la calidad de vida, según muestra la *tabla 35* las puntuaciones medias globales de la misma son más elevadas en las mujeres que en los varones tanto en el inicio como en el seguimiento. La diferencia existente entre ambos sexos es de 8,4 y 11 puntos en los dos cortes estudiados. Comparando las puntuaciones medias de ambos análisis, se observa que, globalmente, la calidad de vida mejora del inicio al final.



No obstante, los datos obtenidos indican que la calidad de vida es peor en las mujeres que en los varones tanto en el inicio como en el seguimiento como ya hemos mencionado. En la comparación realizada entre ambos cortes aparece una asociación significativa entre ambas cortes de $p < 0,05$.

Datos empíricos obtenidos en el estudio con participación de la mujer en el cuidado de la salud/enfermedad.

En los cuestionarios presentados a los enfermos se han incluido variables muchas de las cuales reflejan de forma directa una significativa implicación de la mujer como principal proveedora de ayuda material, emocional y confidencial. Otras variables, a su vez, de una manera indirecta, identifica a la mujer como proveedora fundamental del apoyo social, tanto instrumental como emocional.

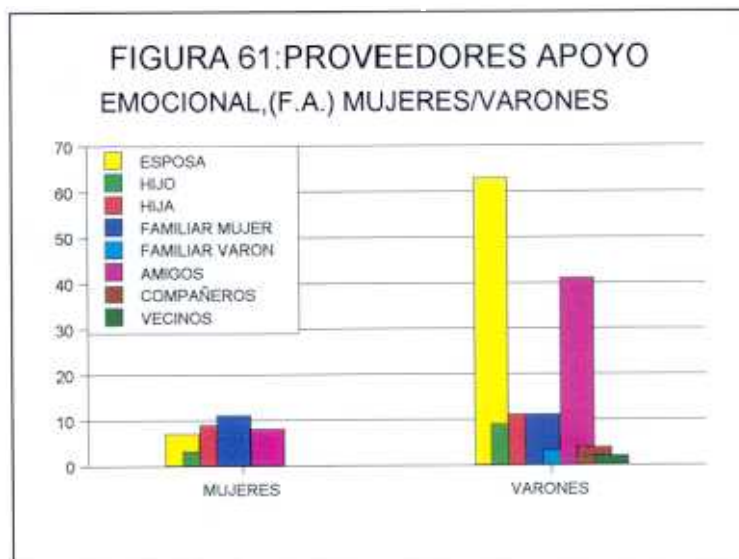
Refiriéndonos en primer lugar al apoyo instrumental, los datos recogidos, tanto en el inicio del estudio como en su seguimiento, señalan a la mujer como principal proveedora de apoyo instrumental, en el caso de pacientes femeninos y también en el cuidado de los pacientes masculinos.

Una primera aproximación al análisis de los resultados nos señala que la mayoría de los enfermos encuestados (67,1%) hacen recaer el principal apoyo en sus respectivos conyuges. Sin embargo, es preciso matizar cuidadosamente estos resultados globales. Así, los pacientes varones hacen recaer la mayor provisión del apoyo instrumental en la esposa (44,1%), después en los amigos (28,6%), en algún familiar varón (17%) y en los hijos varones. Las hijas sólo aparecen como proveedoras de apoyo para los padres en un porcentaje menor (8,5%). En cuanto a las mujeres pacientes sus proveedoras de apoyo principales son, asimismo, mujeres: hijas

(42,3%) y algún familiar mujer (42,3%). A gran distancia se encuentra el esposo y las amigas personales (23%), así como los hijos varones (11,5%). En definitiva tanto los hombres como las mujeres pacientes obtienen la provisión principal de apoyo instrumental de las mujeres. En el caso de los varones, este tipo de apoyo se materializa en sus esposas, mientras que en el de las pacientes mujeres se personifica en otras mujeres: hijas o algún familiar mujer.

Finalmente, es preciso señalar que este mismo apoyo instrumental se busca de forma complementaria, secundaria o accesoria en personas del propio sexo. Así, los

hombres consiguen de sus hijos varones y amigos personales. En el mismo sentido, las mujeres lo obtienen de sus amigas personales, al margen del que les provee, también de forma complementaria, el propio esposo.



En relación al apoyo emocional, las respuestas obtenidas muestran un orden similar al alcanzado en el caso del apoyo instrumental. En efecto, la mayoría de los pacientes, globalmente considerados, (hombres y mujeres) hacen recaer el apoyo en sus respectivos cónyuges (64,8%), seguido a gran distancia por los amigos (12,9%), las hijas (8,3%), familiar mujer (5,5%), hijos (4,6%) y familiar varón (3,7%).

Sin embargo, una vez desglosados por sexos estos datos, obtenemos unos resultados bastante más ajustados, que concuerdan en gran medida con los alcanzados

en el caso del apoyo instrumental. Así, para los varones la esposa sigue siendo la principal proveedora de apoyo emocional (48,8%), seguida de los amigos (31,7%). Por lo que se refiere a las pacientes mujeres, también es una figura femenina la proveedora fundamental de apoyo emocional, en este caso, un familiar mujer (42,3%) seguido de la hija (34,6%), las amigas personales (30,7%), y solo en los últimos lugares, el propio esposo (26,9%) y el hijo (11,5%).

En resumen, se confirma también, en relación con el apoyo emocional, la conclusión recogida al referirnos al instrumental. Es decir, una mayoría muy significativa de pacientes (hombres y mujeres) encuentran su principal fuente de apoyo social, tanto instrumental como emocional, en el individuo mujer, sea este: esposa, hija o familiar mujer.

Hay que destacar, adicionalmente, en relación al apoyo emocional, que ambos tipos de pacientes, hombres y mujeres, de acuerdo con los datos obtenidos, otorgan un gran valor a los amigos. Estos resultados refuerzan los obtenidos en el apartado específico relativo al apoyo social prestado por los amigos, confirmando, asimismo, los alcanzados por las investigaciones realizadas por F.Requena (46).

Finalmente, podemos señalar que en el seguimiento se consolidan ampliamente los resultados hallados en el inicio. En efecto, dada la naturaleza longitudinal del estudio, hay que tener en cuenta que las afirmaciones obtenidas en las entrevistas correspondientes al primer corte (inicio), vienen determinadas, en general, por las experiencias previas a la enfermedad. Así, la percepción de la ayuda prestada por la mujer en el inicio, puede estar relacionada con el papel (rol) del cónyuge-mujer en el cuidado de la familia. Por lo que se refiere al seguimiento (segundo corte), la experiencia vivida deriva de la valoración que el paciente hace de la ayuda recibida

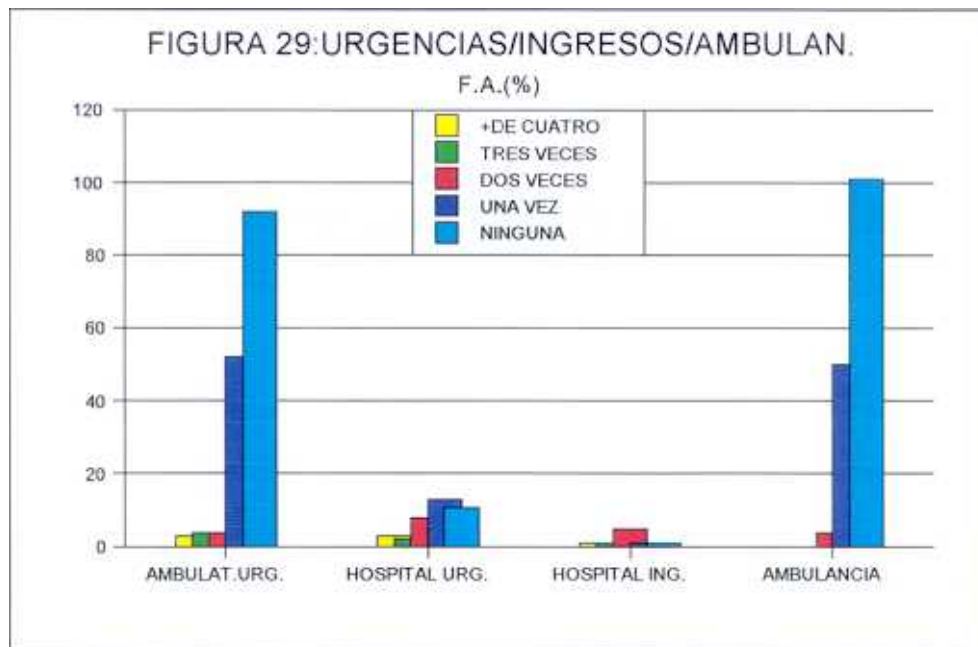
durante la enfermedad y que, como hemos visto, corresponde a la esposa, a la hija o bien a algún familiar mujer.

En definitiva, estos resultados confirman, por un lado, la separación de roles, claramente definidos entre los sexos, por otro, el rol de la mujer como cuidadora principal durante la enfermedad. A ello habrá que añadir su papel como mantenedora y aseguradora de la estabilidad familiar en épocas de crisis. Numerosas investigaciones apoyan este rol relevante de la mujer en el ámbito del cuidado de la enfermedad que, además extiende no sólo al marido sino también a cualquier miembro de la misma unidad familiar: abuelos, cuñada, hijos, nietos etc. En el presente trabajo, la ratificación de separación de roles entre los sexos,

esta, además, favorecido, por el tipo de familia representado: Tamaño pequeño, nuclear y lazos muy fuertes entre sus miembros, lo que, según diversos autores va también acompañado de una gran diferencia de roles entre ambos sexos y determina, a la vez la función específica función de la mujer enfermedad. Diversos autores señalan que el hombre realiza funciones instrumentales mientras que la mujer desarrolla funciones emocionales. No obstante, parece ser que la instrumentalidad va ligada al valor que la sociedad actual otorga a un tipo de trabajo o otro. En realidad, la diferencia entre las labores que ambos desempeñan viene dada por el salario, no por la instrumentalidad de la acción. Hombres y mujeres ejecutan funciones instrumentales, aunque los primeros lo hagan en general fuera de casa y las segundas dentro de ella (157).

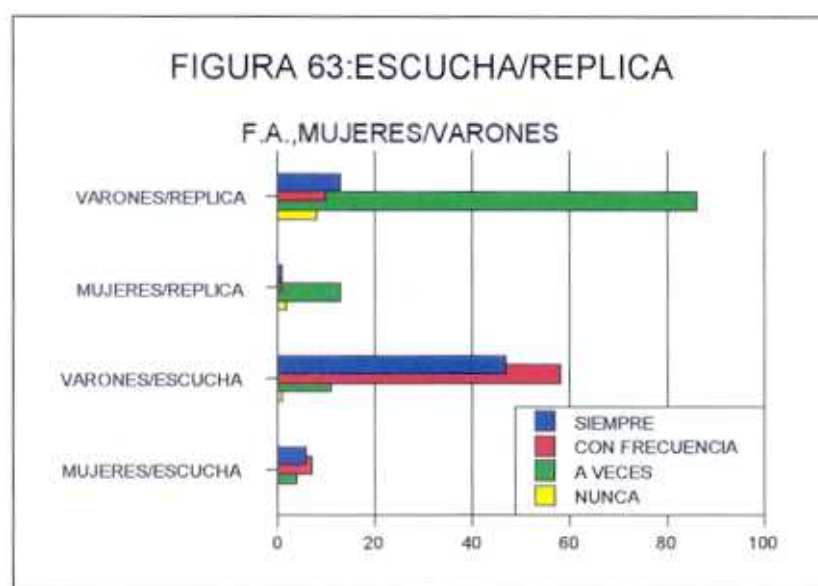
rehabilitación fue la menos visitada con un 6,4% (10) de visitas, en las categorías de una vez e igual ó más de cuatro.

Los datos de la *figura 28* indican que un 23,3% (35) nunca visitaron al medico generalista, el 18% (27) los visitaron una vez, un 12% (8) dos veces y un 53,9% (81) de los pacientes visitaron al médico general entre tres veces e igual ó más de cuatro. Las visitas realizadas por el médico y enfermera a domicilio son el 81,2% (121) y el 97,4% (151) respectivamente. Nunca fueron visitados en casa, un 11,6% (18) , un 2,5% (4) lo fueron una vez y un 6,9% (11) recibieron dos y cuatro ó más visitas médicas.



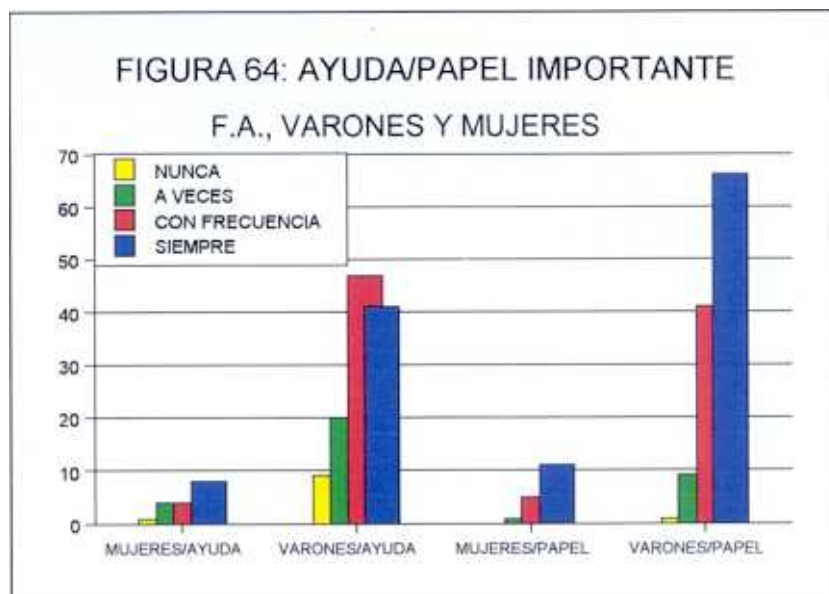
En la *figura 29* se observa el n° de visitas realizadas en urgencias del ambulatorio y hospital, los ingresos en hospital y con uso de ambulancia. Los datos de la mencionada tabla revelan que un 33,5% (52) y un 84,5% (131) de los individuos han sido visitados en urgencias del ambulatorio y hospital al menos una vez, mientras que ninguna vez lo fueron un 59,3% (92) y un 7% (11)

Los datos de la *figura 62* muestran las preferencias desglosadas de los hombres y mujeres en relación a la confidencialidad que mantienen con las personas de su entorno cuando perciben un problema de salud. De nuevo las mujeres eligen a otras mujeres, en este caso a las hijas (50%) para comentarles sus preocupaciones cuando se enfrentan a cuestiones relativas a su salud, seguidos de los esposos (15,3%). En cambio, los hombres eligen mayoritariamente a sus esposas (71,4%) y después, muy en segundo lugar a las hijas (16,2%). De igual manera, los resultados relativos a la confidencialidad vuelven a confirmar el papel relevante de la mujer en la enfermedad, lo que coincide con la idea propuesta por M.Coe (158) según la cual, la mujer es la que en una primera instancia, legitima la enfermedad incluso antes de que el paciente establezca los contactos con el médico. Algunos autores señalan que, en general es ella la que decide cuando debe ir al médico el paciente (159). Por otro lado, la mujer es la proveedora principal y directa de la información, en el sentido teórico del apoyo social, lo cual le proporciona una sólida posición de poder en el ámbito familiar.



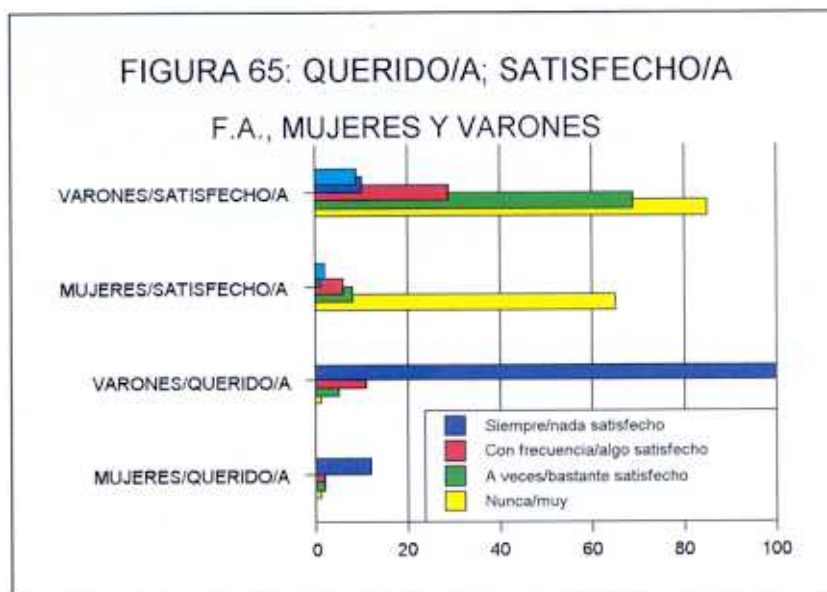
Se ha observado, durante el trabajo de campo que los pacientes se mostraban específicamente reacios a hablar de las cuestiones que de una u otra forma guardaban relación

con el apoyo emocional, excepto en el caso de las preguntas que trataban de recabar información acerca de la relación que mantenían con la esposa/o (figura 23). En este sentido, las respuestas obtenidas indican que la gran mayoría de los pacientes se sienten queridos por sus respectivos conyuges (83,5%). Más de la mitad de los pacientes (57,4%) consideraban que jugaban un papel importante en el ámbito emocional de su esposa/o y que en general se sentían muy satisfechos con la relación con el esposo/a. Apesar de todo ello, conviene hacer algunas puntualizaciones, en efecto, menos de la mitad de los pacientes (39,5%) declaran que su conyuge le escucha siempre y solo un 36,5% de los entrevistados expresan ayudar siempre a su conyuge. Por otro lado un 10,4% de los enfermos estudiados dicen que sus respectivos esposos/as les reprochan siempre lo que ellos dicen.



En conclusión, la información empírica recogida en estos datos indica que, globalmente, todos los pacientes hombres y mujeres, se sienten queridos por sus respectivos conyuges y en muy limitadas ocasiones se reprochan mutuamente lo que dicen. Sin embargo, existen otras áreas tales como ayuda, escucha, y satisfacción que reflejan una menor interacción entre los conyuges (160).

Todos estos son resultados globales, relativos al total de los encuestados, que es necesario desglosar. En efecto, hombres y mujeres no muestran los mismos criterios en lo que



ciones mutuas (70,5%) se sienten menos queridas que los esposos (85,4%). Igualmente, las mujeres (47%) están menos satisfechas de la relación que mantienen con el esposo que los varones (58,9%). Por otro lado, las mujeres ayudan más a los esposos (47%) que estos a sus esposas (35%) y más mujeres (64,7%) que varones (56,4%) consideran que los hombres juegan un papel importante en la vida de su conyuge. Así mismo, los hombres (40,1%) escuchan más a sus esposas que lo que estas (35,2%) lo hacen a sus maridos, y además las mujeres (11,1%) son más proclives a hacer reproches a sus esposos.

En todo caso, los resultados mostrados indican la función principal inequívoca de la mujer en el cuidado de la salud. Algunos autores destacan la flexibilidad de que hace gala la familia en una situación de estrés, no obstante y en desacuerdo con los datos obtenidos, todavía existe una gran separación de roles entre los hombres y las mujeres, especialmente en lo que se refiere al cuidar y curar. Así, la mujer cumple muy diversas tareas como puede ser la de acompañar al marido cuando va este al

médico. Efectivamente, no está bien visto que, siendo casado, el varón vaya solo, es decir, que no vaya acompañado por la mujer en su visita al médico. Esto no sucede en el caso de la mujer que, en general no suele ir acompañada del marido, sino que suele ser la hermana, hija, vecina quienes realizan estas tareas. Las mujeres establecen sus relaciones con otras mujeres, mientras que en el caso de los hombres las relaciones se mantienen en uno u otro sexo dependiendo de la función a desarrollar. Así, por ejemplo los amigos de los hombres son varones y las mujeres tienen amigas mujeres. En el caso de la enfermedad, la mujer es acompañada por otra mujer mientras que el hombre es acompañado por su propia esposa. Estos resultados han sido confirmados por diversos investigadores. Bott (138) junto a otros numerosos autores confirman que los varones y mujeres de clases sociales bajas tienen amigos de su mismo sexo (161).

El papel de la mujer en la enfermedad: el rol de la familia en la salud/enfermedad.

Cuando un miembro de la familia contrae una enfermedad, algo importante cambia en su seno y los restantes miembros del núcleo familiar sufren esta transformación. En cierto modo, todos los componentes del grupo tienen que adaptarse, de una u otra forma, a las dificultades, y carencias derivadas de los cuidados exigidos por el nuevo paciente. En función de cual sea la estructura familiar y la interacción entre sus miembros, así se soportarán mejor o peor todas esas dificultades (162).

En épocas de estrés la familia necesita realizar un ajuste y la ayuda para llevarlo a cabo la obtiene tanto del área institucional formal de la sociedad como a

partir de la estructura informal de su entorno. El apoyo formal en situación de enfermedad, procede del ámbito institucional, es decir, del hospital, de la farmacia, la medicina comunitaria, el personal sanitario. El apoyo informal por el contrario procede de la red social, integrada por la familia y el resto del entorno más próximo (amigos, compañeros y vecinos). La familia tiene que adaptarse a la nueva situación tanto en la estructura interna como en su estructura externa. El cambio experimentado por uno de sus miembros determina el cambio del resto del grupo familiar que puede verse afectado en su diferenciación de roles y asignación de tareas. En este sentido la flexibilidad de la unidad familiar dependerá la mejor o peor forma de ayuda a la nueva situación. La ayuda, en situaciones de enfermedad aguda requiere unos lazos familiares y sociales específicos. Por otro lado, cuando la enfermedad se convierte en crónica y la actuación y adaptación de la familia debe ser permanente. Por tanto, en estas situaciones específicamente, es en las que debe existir o se debe buscar un grado suficiente de equilibrio entre los proveedores y los receptores (perceptores) de ayuda y apoyo. Por ello, es preciso atender no solo a los efectos que la enfermedad produce en el individuo sino a las consecuencias que origina en el resto de la familia y especialmente, en la mujer, ya que, como se ha mostrado es la persona más implicada en la actividad de cuidar. La mujer, en fin, va a tener que modificar su rol de proveedora material y emocional.

La enfermedad es un proceso de cambio que tiene lugar en el seno de la familia que afecta a sus relaciones externas y a su organización interna. El análisis de los roles conyugales y su relación con la forma de la red familiar no puede centrarse sólo en factores externos sino que debe dirigirse también al estudio de la propia familia de la que depende en gran medida la estructura de la red. El cumplimiento de los roles familiares depende de las necesidades personales y de las preferencias de los

miembros de la familia en relación con las tareas que deben realizar en el entorno inmediato en el que viven y las normas sociales y familiares a las que se atienen. A su vez, el entorno social inmediato y las normas de los roles familiares dependen de las necesidades personales y de las preferencias de los miembros del grupo familiar. Se constata, por tanto, una señalada interdependencia entre variables personales, normativas y sociales próximas, todas ellas relacionadas, por su parte con una combinación muy compleja de fuerzas situacionales generadas por el entorno social global. Por otro lado, el ambiente social global permite un margen considerable de elección entre las diversas opciones potenciales del entorno inmediato. Finalmente, las elecciones reales adoptadas por una familia concreta vendrán determinadas no solamente por los factores situacionales sino también por las necesidades personales de sus miembros (163).

Apoyo social y mujer.

La aparición de una enfermedad grave, de forma inesperada, en el seno de una familia produce un gran desequilibrio para el propio paciente y también para la familia. Esta, tiene que hacer frente a la nueva situación modificando ciertas funciones desarrolladas hasta ese momento por los componentes de la unidad familiar. Como ya se ha señalado el grado de equilibrio familiar que el grupo mantenga frente a la enfermedad dependerá de la flexibilidad que desarrolle la propia familia.

Esa flexibilidad no parece estar bien resuelta en aquellas familias con una estructura muy rígida y con una fuerte diferenciación de roles entre los sexos (164). Aunque no está claro que la no diferenciación de los roles haga compartir la función

de cuidar entre los distintos miembros del grupo familiar. Parece existir evidencia empírica suficiente en el sentido de que la flexibilidad se establece entre el género femenino de la unidad familiar y no entre los componentes varones del grupo. Sin embargo, la no diferenciación de roles tampoco parece asegurar la solidaridad entre los distintos miembros de la familia a la hora de atender a la función de proporcionar, al enfermo los cuidados referidos.

En todo caso, las actitudes de los miembros que componen la familia pueden beneficiar la recuperación del paciente aunque no siempre (165). En efecto, en algunos casos pueden dificultar la evolución favorable hasta llegar a sabotear esfuerzos realizados al respecto por los profesionales clínicos.

Así, numerosas investigaciones destacan que el apoyo no siempre actúa de forma positiva, mejorando la situación del paciente, sino que puede afectar negativamente, generando afectos adversos en la evolución de la enfermedad (166). Algunos autores señalan que el apoyo social tiene una mayor influencia como amortiguador de situaciones momentáneas de estrés que en procesos continuados de dificultades y problemas.

Si nos referimos específicamente a la mujer, esta tiene una gran diversidad de roles que desempeñar en una situación de enfermedad. Podemos destacar primeramente aquellos que se centran en el cuidado de la familia como unidad funcional. Además, es necesario mencionar aquellos otros papeles que corresponden a la esposa y mujer. No obstante, es cierto que, en numerosas ocasiones, ambos tipos de roles se solapan. Así, la mujer es cuidadora, en términos médicos y de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tanto del conyuge como del resto de los miembros de la familia, organiza la unidad familiar. En épocas de enfermedad decide cuando necesita los servicios médicos un miembro de la familia. Es proveedora de

apoyo instrumental para su esposo enfermo y también para el resto de la unidad familiar, cuando el marido, debido a su enfermedad, se ve incapacitado para desempeñar sus tareas laborales fuera del hogar. Asimismo, la mujer provee de apoyo emocional tanto a su conyuge como al resto de los componentes del apoyo familiar. Por otro lado, desarrolla formas de control con el fin de que la cohesión familiar no se vea afectada y, en todo caso, en una situación crítica, como puede ser aquella en que, de forma súbita una enfermedad grave afecta a un miembro de la familia, la mujer refuerza su posición de poder, si bien constreñido específicamente, al ámbito de la unidad familiar, sin que ello suponga, por otro lado, el reconocimiento o valoración adecuada de las funciones que desempeña ni por parte de la sociedad en su conjunto, ni tampoco desde la esfera de la propia familia como tal.

La aceptación de la igualdad entre los sexos, dentro del matrimonio, es hoy algo comúnmente aceptado, especialmente entre generaciones más jóvenes. No obstante, son todavía bastante poco numerosas las situaciones en las que se materializa esta igualdad. Así, en líneas generales, la mujer se sigue socializando, preferentemente, como cuidadora y el hombre a través de actividades de naturaleza instrumental.

Sin embargo, los cambios en el estilo de vida de grupos crecientes de mujeres han provocado modificaciones en la definición de los distintos roles y asignación de tareas entre ambos sexos. Hasta el momento han sido pocas las investigaciones que han abordado directamente el estudio de los cambios de actitudes entre los sexos. Ursula Lehr (1967) en una investigación desarrollada a través de tres generaciones pudo observar que las actitudes de la gente de mediana edad estaban más próximas a los comportamientos tradicionales, que a los igualitarios. Es decir, estaban más cerca de las actitudes de los abuelos que de las de los nietos.

Otros estudios longitudinales han descrito cambios en las actitudes de las mujeres respecto a los roles sexuales a partir de mediados de los años sesenta, como consecuencia de transformaciones profundas hacia posturas de mayor igualitarismo entre los sexos, posiblemente debido al nacimiento y desarrollo de los movimientos de liberación de la mujer. Ahora bien, en lo que respecta a la amplitud y dirección de los cambios de actitudes referidos al cuidado y responsabilidad del enfermo (incluyendo el apoyo informal), aun tenemos un gran desconocimiento (168). Los resultados de la investigación llevada a cabo por Bouladier (169), demostraron que, efectivamente las actitudes hacia los roles sexuales se hacían más igualitarios en cada nueva generación. Al mismo tiempo, la mayoría de las mujeres de cada una de las tres generaciones analizadas defendía la distribución igualitaria de las tareas entre hombres y mujeres.

Tradicionalmente, este ha sido un campo de estudio que ha suscitado escaso interés entre los investigadores sociales. No obstante, en los últimos años se aprecia una evolución favorable hacia el estudio de todas aquellas cuestiones que afectan a la mujer, lo que ha propiciado el surgimiento de algún debate de notable consideración en torno al trabajo de la mujer dentro y fuera del hogar, dos alternativas de trabajo cuya única o, al menos, más relevante definición es la inexistencia o no de salario.

En este sentido cabe decir que pocas mujeres tienen la oportunidad de sentir satisfacción y éxito en el desempeño de sus tareas en el hogar, a pesar de que el rol de madre y de ama de casa es muy importante para la sociedad. Hooyman (170) señala que la mujer se halla inmersa en un conflicto permanente de elección entre la posición de necesidades suyas o del resto de la familia. No obstante, ningún otro colectivo o grupo social realiza contribuciones económicas en bienes y servicios, a la sociedad como el de las mujeres, desde el punto de vista del funcionamiento de la unidad

familiar y aunque estos bienes y servicios no sean valorados cuantitativa ni económicamente, ni estén incluidos en la magnitud macroeconómica del producto nacional, representan una parte esencial de la eco de cualquier sociedad.

Por otro lado, la mujeres que se mueven exclusivamente en el ámbito familiar y desempeñan laboralmente una actividad dentro del hogar, reducen sus oportunidades formativas, laborales, económicas y financieras. En efecto su trabajo no esta valorado económicamente y, en consecuencia, se les impide, así, el acceso a diferentes operaciones económicas y financieras que servirían para asegurar su futuro económico.

Su actividad "profesional" dedicada a la atención de las tareas domesticas, no les permite suscribir un plan de pensiones o de seguros o su inclusión en la Seguridad Social. Por todo ello su independencia económica es limitada o inexistente y por tanto nunca podrán alcanzar una posición efectiva, real de igualdad o equilibrio ni en el seno familiar ni en el ámbito social global. En este sentido, cabe resaltar que en el presente estudio queda reflejado el hecho de que son siempre las pacientes mujeres las que tienen un nivel de estudios mas bajo, así, como condiciones socioeconómicas peores, en relación con los varones enfermos.

La sociedad, no parece estar dispuesta a pagar un precio por los trabajos que las mujeres realizan dentro del ámbito familiar. Sin embargo las externalidades positivas que generan las tareas domesticas desempeñadas por las mujeres aseguran el equilibrio psicológico, económico y social tanto en el entorno familiar como en el ámbito social y global. Así la actividad familiar de curar, sobre todo en el caso de las enfermedades crónicas significa que la sanidad traspasa los costes hospitalarios de ciertas actuaciones medicas en este ámbito, a la familia. El estado distribuye ciertos servicios de forma que sean abordados por la mujer en el seno de la familia y así no

tiene que hacer frente a sus costes. Pero todo ello repercute en la actividad laboral de las mujeres y en su equilibrio psíquico personal y así no tiene que hacer frente a sus costes (171).

Sarason (56), habla de la ansiedad que producen ciertas enfermedades padecidas por otros miembros de la familia en las mujeres. El infarto agudo de miocardio es una de ellas. Algunos estudios sugieren la necesidad de que en estos casos la mujer sea tratada psicológicamente debido a los efectos negativos que su propio desequilibrio psíquico puede producir en la recuperación del paciente. Por otro lado, hay que tener en cuenta que la actuación de cuidar no es solo una muestra de amor y devoción, sino que también es un trabajo físico muy duro que exige una considerable estabilidad psicológica y emocional, así como un aprendizaje continuado. En las mujeres de mediana edad concurren además otras circunstancias agravantes potencialmente generadoras de estrés, como son la disminución de los niveles de energía, inicio de trastornos crónicos y pérdida de otras capacidades psicológicas y sociales.

En definitiva, la mujer es el miembro integrante del grupo familiar más volcado en la actividad de cuidar, no solo a su conyuge, sino también a cualquiera de los restantes componentes de la unidad familiar. Ella proyecta y amplía su actuación de cuidadora hasta el entorno social más próxima de su círculo de amigas personales.

Además, el papel relevante de la mujer en el ámbito de la salud/enfermedad trasciende el entorno doméstico y genera las denominadas economías externas o efectos positivos que no son remuneradas mediante un precio y de las que se beneficia la sociedad en su conjunto.

6. **DISCUSIÓN.**

Los resultados del presente estudio son consistentes con los análisis teóricos previos que han examinado el papel del apoyo social en los pacientes con IAM (172)(173)(174). No obstante, en esta investigación se ha introducido un parámetro específico, revelador del apoyo social, en un intento de descubrir elementos nuevos que enriquezcan nuestro conocimiento sobre la materia. (99).

Una vez obtenidos los resultados se trata, ahora, de realizar una discusión o matización de aquellos datos hallados que resultan más significativos, atendiendo a todas las implicaciones y consideraciones que encierran.

6.1 **Situación socioeconómica.**

En el estudio analítico realizado para conocer la influencia de las variables socioeconómicas en el apoyo social y la calidad de vida, no se han encontrado asociaciones importantes, si exceptuamos el caso de las variables “alfabetizaciones” y “posesión de video”. De ahí podríamos deducir que los parámetros “saber leer” y “saber escribir”, como determinantes en el acceso al conocimiento, son, asimismo, decisivos para el bienestar en términos de salud.

Así lo han demostrado numerosos estudios realizados en pacientes de cardiopatía isquémica, que señalan las consecuencias negativas que sobre la salud ejerce una baja capacidad intelectual (175)(176).

En esta línea, algunos autores han analizado la relación entre mortalidad coronaria y categoría profesional, y han encontrado una incidencia de cardiopatía

coronaria, cuatro veces superior entre las personas de las categorías inferiores, (subalternos), respecto a los trabajadores incluidos en las categorías medias, (administrativos). Dentro de cada categoría profesional, se observó la existencia de un gradiente de mortalidad para todos los grupos de edad, lo que, a su vez, confirma las interacciones ya mencionadas entre la categoría profesional y los factores de riesgo coronario (117).

Por lo que se refiere a la posesión de video y su relación con la mejor calidad de vida puede considerarse como un resultado contradictorio respecto a la falta de asociación observada entre CV y posesión de calefacción, ascensor y automóvil. Cabría interpretarlo suponiendo que el video constituye un signo externo de un determinado estatus social que es además, relativamente asequible, de acuerdo con sus rentas salariales, para la población objeto de estudio y que, a la vez, incluiría otros parámetros no contemplados en el estudio y que pueden incidir favorablemente en la CV (viajes y vacaciones, vida social y aficiones, etc).

A pesar de la falta de significación estadística global en la relación de las variables socioeconómicas con la calidad de vida y el apoyo social, el estudio descriptivo permite vislumbrar aspectos de interés respecto a la situación real de los pacientes con IAM. Así, se percibe que un bajo nivel cultural, acompañado de un bajo nivel de estudios, posiblemente va a propiciar la aparición de serias dificultades en la estrategia del seguimiento de la enfermedad, (seguir la dieta, atender a la medicación, conocer el significado de las pruebas, planificar las citas con la enfermera o el médico y en general, la comunicación con los profesionales sanitarios.

Por otro lado, el bajo nivel cultural puede influir también en los aspectos volitivos que tienen que ponerse en acción para cambiar los hábitos de vida, que será lo que, en definitiva, favorezca mejor pronóstico del enfermo. Siguiendo esta línea de investigación Atkinson y Townsend 1977 (178), en su estudio sobre el

abandono del hábito de fumar en las distintas clases sociales, observaron que los individuos pertenecientes a las clases sociales altas dejaban de fumar antes que los que pertenecían a las clases más bajas. Es decir, las personas de alto nivel social cambian fácilmente sus hábitos de vida. A su vez, la falta de flexibilidad de las personas que ocupan los niveles sociales más bajos a la hora de tomar decisiones, se debe, esencialmente, al limitado abanico de posibilidades que poseen para orientar sus gustos hacia otras áreas de interés tales como el deporte, la lectura, la música, los viajes etc. Además, es preciso tener en cuenta que estos individuos lucharon para conseguir estos hábitos (fumar) que la sociedad ahora sanciona y que, antiguamente, reconocía como buenos, incluso como signos de bienestar (179). Para los autores mencionados, parece obvio que detrás de los cambios de estilo de vida, hay una situación económica que los favorece o imposibilita.

En la misma línea, numerosos estudios destacan las dificultades que se presentan cuando el paciente no posee unos buenos cauces de información para actuar en una determinada dirección y corregir los hábitos de vida, según exija su enfermedad (180)(181). Hay que resaltar, el hecho de que una buena comunicación entre pacientes y profesionales sanitarios beneficia a ambas partes, en el proceso de tratamiento y seguimiento de la enfermedad. Esta comunicación se hace más difícil si existen un cierto desnivel intelectual o cultural entre ambos grupos (182)(183). En este sentido, algunos autores han señalado que determinados profesionales sanitarios tienden a clasificar, en cierto modo, a sus pacientes según su nivel intelectual, estableciéndose barreras de información que dificultan la interacción entre ambas partes (184).

Los resultados obtenidos en el estudio descriptivo de la presente investigación son coherentes con todos estos trabajos citados. Adicionalmente, en

nuestro estudio aparecen, de forma clara, las limitaciones económicas existentes debido a los bajos ingresos mensuales familiares entre aquellos factores socioeconómicos que inciden negativamente sobre la situación clínica del paciente. Observese que un 43,5% de los pacientes posee una renta mensual de 90.000 pesetas. Para una familia media compuesta por 2,3 personas. Ello supone una asignación de 39.130 pesetas por persona en la que el paciente mismo y la familia, globalmente considerada, han de hacer frente a los costes económicos adicionales ocasionados por la propia enfermedad: alimentación, higiene, ropa, alimentación etc.

Otro dato que merece destacar es el que se refiere a la baja incorporación laboral de los enfermos del estudio. Las pautas más generales en los países industrializados sobre la reincorporación al puesto de trabajo en poblaciones similares es de un 80% durante los tres primeros meses posteriores al suceso, mientras que un 10% de los pacientes lo hacen entre los tres y seis meses siguientes (185). En la presente investigación se observa, que la incorporación laboral de los pacientes fue muy baja, posiblemente debido a la falta de estímulo laboral existente. La baja cualificación laboral unida a las malas condiciones de los puestos de trabajo, a los que están adscritos los pacientes analizados contribuyen a la falta de integración y reincorporación al mundo laboral. Por otro lado, la inexistencia de una política sanitaria o laboral que contemple modificaciones en el puesto de trabajo y sirva para integrar a los pacientes en la sociedad, explica asimismo las bajas tasas de actividad laboral observadas a los seis meses de padecer un infarto, además de encarecer los costos directos e indirectos de la enfermedad.

En efecto, otros factores, que pueden contribuir, de forma decisiva, a la consolidación de la baja actividad laboral un 39,1% de los pacientes atribuye el desencadenamiento de la enfermedad al estrés laboral. Al mismo tiempo, la situación económica no varía de forma significativa durante la enfermedad, lo

cual indica que un numeroso grupo de pacientes ha mantenido y mantiene la misma categoría y posición laboral. Podría decirse que la baja por enfermedad institucionaliza el rol del paciente, sobre todo en el caso de los trabajos peor cualificados. Este hecho contrasta con la situación de aquellos enfermos que se integran mejor laboralmente, que son aquellos que poseen estudios medios y superiores.

Finalmente, debemos referirnos a la falta de comodidades en la vivienda (calefacción y ascensor), aspectos de capital importancia para la calidad de vida de los pacientes que han sufrido un IAM, de tal forma que la carencia de unas comodidades consideradas mínimas puede agravar su situación clínica. Los trabajos más recientes en el ámbito del tratamiento de la enfermedad señalan la necesidad de realizar ejercicios y caminar de forma progresiva hasta adquirir el ritmo normal. No obstante, cuando carecen de ayuda para moverse, los pacientes retrasan la realización de la actividad, restringen el esfuerzo y agudizan, así, su sedentarismo (186).

En definitiva, el estudio descriptivo de nuestro trabajo pone de manifiesto que el perfil de la muestra analizada estaría en concordancia con los datos procedentes de los trabajos realizados por distintos investigadores en Estados Unidos, Gran Bretaña y los países nórdicos, sobre marcos poblacionales similares. Así, Jenkins (187) sugiere que una sociedad industrial y urbana sufre la mayor evidencia de episodios cardiovasculares, en un primer momento de su desarrollo en los individuos de mayor cultura y situación laboral más prestigiosa. A medida que este tipo de sociedades evoluciona, la incidencia de cardiopatía isquémica parece trasladarse de los sujetos de mayor estatus sociocultural a los de menor nivel, afectando, incluso, a los habitantes de las áreas rurales (188).

Precisamente, una vía de investigación interesante podría ser la que rastrease y confirmase la hipótesis avanzada por Jenkins y otros estudios

españoles, especialmente orientada a analizar la evolución de nuestra sociedad en este ámbito.

6.2 Variables clínicas.

Las variables clínicas nos muestran que la edad de riesgo de la cohorte analizada esta comprendida entre 50 y 70 años en el momento de realizar la entrevista, lo que se corresponde bien con la distribución general de esta patología por grupos etarios desde un punto de vista poblacional (189). Entre este grupo de edades se localizó el 60% de los sujetos de estudio, mientras que el 40% se encontraba repartido entre los restantes grupos de edad.

Sin embargo, la distribución fue muy similar para ambos sexos, proporcionalmente, la representación de la mujer es inferior (16.7%) a la de sus homólogos varones (66,6%), lo cual corrobora las pautas generales de la enfermedad en cuanto a la incidencia de IAM en las mujeres. La mayoría de estudios en este campo señalan que los varones padecen de 2 a 4 veces más infartos que las mujeres, aunque las investigaciones más recientes muestran un aumento de la incidencia de infartos en la mujer, debido a los factores de riesgo que la mujer va adquiriendo como consecuencia de la adopción de ciertos hábitos de vida que generan la enfermedad, como son el estrés, la soledad, las condiciones laborales adversas, la ansiedad, insatisfacción o el hábito de fumar (190).

En cuanto a la localización y al tipo de infarto, el presente estudio no ha mostrado diferencias apreciables con otras investigaciones y sus resultados parecen coherentes con los datos adelantados por aquéllos. Se evidencia que los infartos inferiores son los más frecuentes en ambos sexos. La proporción de

pacientes con más de un infarto ha resultado ser también la misma para mujeres y varones. Por otra parte, no parece existir tampoco asociación entre la localización del infarto y la calidad de vida, aunque en este punto, debe señalarse que la mayoría de los estudios sobre la materia resaltan que los pacientes con infarto de localización inferior son los que presentan mejor calidad de vida, aspecto prácticamente confirmado por nuestra investigación resultados obtenidos han rozado la significación ($P < 0.1$) (191).

En todo caso, es preciso destacar el hecho de que ninguna de estas variables, denominadas clínicas, ha presentado una relación significativa con calidad de vida.

6.3 Apoyo social: tamaño y estructura de la red, tipo de apoyo y proveedores del mismo.

Los resultados de este análisis sugieren la necesidad de distinguir entre el tamaño de la red, su estructura, el tipo de apoyo emocional e instrumental y los proveedores de dicho apoyo.

6.3.1 Tamaño de la red.

El tamaño de la red fue analizado en tres niveles de diferente composición: Tamaño de RED-1, RED-2 y RED-3, tanto en el inicio como en el seguimiento, con el fin de eliminar posibles confusores y dar mayor especificidad a cada uno de los tamaños definidos. Además, se realizó un análisis individual para conocer las implicaciones de cada uno de los miembros de la red.

La media del tamaño de red es comparable con los tamaños de red de estudios de similares características (28)(29). Así, Bott en su libro "Familia y Red social" (138) señala que existe una gran coexistencia entre el tamaño y la estructura de las redes personales inmediatas, tanto en áreas urbanas como rurales, en las distintas clases sociales y culturas. En la composición de la red destaca el elevado número de sobrinos. Este gran número se debe a que fueron incluidos los sobrinos de ambos conyuges. Los hermanos y amigos presentan igual tamaño. Ello puede ser debido a que ambos grupos suelen pertenecer a la misma generación. Sin embargo el número de hijos y nietos descende de tamaño lo cual esta en relación con las pautas generales de control de la natalidad. Especialmente, en cuanto al número de nietos se refiere.

En el seguimiento se observa que mientras el número de familiares que componen la red de apoyo a lo largo del tiempo permanece estable, el número de amigos y contactos directos se reduce a lo largo de los seis meses que duro el mismo. La estabilidad del tamaño fue debido al tipo de red elegido y al corto periodo de tiempo del estudio lo cual imposibilita que esta cambie de forma importante, las únicas variaciones posibles podían proceder de la estructura.

En relación con el análisis de las características de la red y su asociación con el apoyo social, se observa que en el inicio, el tamaño de la RED-1, RED-2 Y RED-3 está positivamente asociado con el apoyo instrumental y emocional disponible y adecuado, en los tres tamaños descritos (Tabla.6), lo cual indica que en cualquiera de las formas que se presente la red, tiene influencia en la provisión de ambos tipos de apoyo.

En el tiempo transcurrido entre el primer corte y el segundo (evolución) no se modificó el tamaño de RED-1, aunque sí se modificaron los tamaños de la RED-2 y 3, debido a la menor presencia de los amigos. Esta diferencia de tamaño

entre la RED -2 y 3 ha dado lugar a la aparición de diferencias significativas ($p < 0,001$) en el análisis comparativo realizado entre ambos cortes.

Como ya se ha mencionado, los resultados globales del tamaño de la red presentados en las tablas 6 y 7 se completan con los más específicos de las tablas 8, 9 y 10. Estos últimos revelan que, aunque el tamaño de la red ejerce una gran influencia en la provisión de apoyo de ambos tipos, sin embargo, individualmente (cualitativamente) aparecen grandes diferencias entre los miembros que componen las mismas. Así, los hijos, nietos y sobrinos son los mayores proveedores de apoyo instrumental, no lo son sin embargo del emocional. Los hermanos están asociados con la percepción de apoyo, tanto instrumental como emocional, mientras que los amigos están solamente asociados con el apoyo emocional percibido (Tabla 45). De ello se deduce que los pacientes que no tienen hijos ó tienen pocos nietos ó sobrinos, pueden recibir el apoyo de los amigos, hermanos u otros. Así lo han demostrado las respuestas de los pacientes del estudio, que a pesar de no tener hijos, ni nietos, ni incluso a veces hermanos, refirieron con todo tener apoyo instrumental y emocional. Este mismo aspecto ha sido puesto en evidencia en el estudio de Alameda de County (8) y otros trabajos de características similares (30)(31). Obviamente, ello sugiere que cuando los lazos no existen, son sustituidos por otros proveedores, lo que indica que el apoyo es una entidad plástica y cambiante, cuya provisión puede ser cumplimentada indistintamente por diversos agentes. Corroborando esta necesidad de ayuda en épocas de crisis o enfermedad merece la pena señalar el trabajo de Fisher “The dispersión of kinship ties in modern society: contemporary data and historical speculation” (196). Lo importante aquí son entonces las conexiones ó hilos de la red, más que los “nudos” de la misma (32). Esta flexibilidad en la provisión de apoyo entre los miembros ha sido reflejada en numerosas investigaciones. Por otro parte un incremento en el tamaño de la red global supone siempre un aumento en las oportunidades (que en economía se llamarían oportunidades de costo) que los

individuos tienen para que tal provisión se lleve a cabo (33). De tal forma que cuanto mayor sea ésta, más probabilidades tienen los sujetos de que el apoyo se produzca.

Los hallazgos más sorprendentes fueron obtenidos de las cuestiones relacionadas con los lazos específicos y el apoyo instrumental y emocional, tanto disponible como adecuado. Así, la presencia de la esposa no arrojó resultados significativos en ninguna de las asociaciones realizadas con el apoyo. Según estos resultados, tener esposa no es equivalente a disponer de apoyo tanto emocional como instrumental. No obstante, en las figuras 22,23,32 se observa, de acuerdo con las respuestas de campo, que la persona que habitualmente presta apoyo de uno u otro tipo es el cónyuge, de existir éste. En este estudio lo que se demuestra es que, de no existir el cónyuge, sus funciones en cuanto a la prestación de apoyo son tomadas por otra/s personas.

Por otra parte, la falta de asociación entre el estado civil, edad y los aspectos del apoyo son aspectos que contrastan con otros estudios realizados que señalan la relación entre el estado civil/edad y la salud. Perfilando un poco más esta idea e imbricando la variable edad, algunos estudios han señalado que para los mayores de 65 años el estado civil es un predictor de mortalidad y sin embargo para las personas por debajo de esa edad no se ha considerado que tal variable tenga influencia (34).

Un segundo aspecto importante es la excelencia de los lazos con los amigos, que son la mayor fuente de apoyo emocional disponible. Igualmente los pacientes que tienen hermanos poseen mayor probabilidad de que el apoyo se produzca. De este modo algunos autores señalan que el hecho de que los hermanos sean una fuente principal de ayuda viene originada por la pertenencia a la misma cultura generación, es decir aspectos socioculturales que favorecen el intercambio. Así los hermanos y los amigos pueden ser alternativamente la fuente

de recursos (hermanos y amigos y apoyo). El hecho de que los amigos sean solamente proveedores de apoyo emocional esta en la misma línea de lo expuesto por otras investigaciones que señalan que en general no existen intercambios materiales salvo en muy raras ocasiones (200). La ostensible falta de dependencia primaria con los hijos, observada claramente en este estudio parece ser contradictoria con el “ lugar común “ de que los hijos son una fuente esencial de ayuda para los padres. Según el estudio, esto puede ser cierto sólo en el caso del apoyo instrumental, pero no en el emocional (tabla nº 8). De aquí podría desprenderse que la familia obliga más desde una perspectiva social y cultural, y como tal ejecuta funciones más instrumentales que emocionales. Así, Felix Requena (86) en su libro “Redes de amistad, felicidad y familia” señala que “ El compromiso lo genera la familia ”. Así se explica que las altas médicas estén muy relacionadas con el tamaño y la estructura de la red, con el hecho de si tienen esposa ó no, si viven solos/as, si tienen cerca alguien que les pueda cuidar etc. La familia, pues, aporta un apoyo instrumental inequívoco. Su presencia es una de las pocas variables consistentemente asociadas con el éxito en el cambio del patrón de comportamiento del paciente cardiovascular (estilo de vida): dejar de fumar, dieta, ingestión menor de sal, pérdida de peso, abandono del habito de fumar y aumentar la actividad física (35)(36)(37).

Algunas investigaciones plantean futuros cambios en cuanto a la estructura de los proveedores de apoyo (38). Las razones que según diversos autores originan estos cambios son muy variados aunque las más importantes y dignas de mención son el descenso del tamaño de la red como consecuencia de la baja de natalidad. Los roles cambiantes que van adquiriendo los diversos miembros de la familia, la igualdad entre los sexos, la creciente incorporación laboral de la mujer y la dispersión y movilidad geográfica que sufre la familia en los países industrializados. Todos estos aspectos podrían cuestionar en el futuro la ayuda prestada exclusivamente por las mujeres y adicionalmente el apoyo global que

prestan a la familia. Sin embargo, tal como se demuestra en la presente investigación y se verá en su momento, hoy por hoy la familia continúa siendo una proveedora eficaz de salud, y la mujer, en general, la más implicada en el desempeño de los roles que implican el curar y el cuidar (39). La labor desarrollada por la esposa, no solamente genera bienestar físico y psíquico, sino que también proporciona un gran ahorro económico a la familia. En efecto, si el paciente tiene esposa o alguien que le cuide, es dado de alta con mayor facilidad y por consiguiente a partir de entonces los coste económicos del hospital son trasladados a la familia. Así como la responsabilidad que significa el cuidar.

Sarason (40) señala también que los diferentes tipos de apoyo tienen connotaciones culturales y en algunos casos, un particular tipo de apoyo ofrecido por ciertas personas ajenas a la familia no es visto como apropiado, cuando la propia familia puede y esta dispuesta a proveerlo. Otro elemento a destacar a partir de los resultados obtenidos es la evidencia de la necesidad de apoyo en todos los casos en épocas de enfermedad, dado que la propia situación obliga al paciente a adaptarse a su nuevo estado. La red de apoyo actúa entonces como una entidad dinámica y con una estructura interrelacional, de forma que los miembros de la misma actúan indistintamente como dadores o receptores de apoyo, según la situación individual. Kamarck y col.(41) refiere que muchas de las situaciones en las que el apoyo social opera ocurren en situaciones especiales en las que los individuos perciben estar amenazados de alguna manera. La enfermedad constituiría tan sólo uno de dichos casos, aunque quizás el más agudo, puesto que coloca al individuo en una situación de indefensión y a veces muy acusada.

Los puntos sometidos a discusión pueden ser resumidos en :

- a) La red global (RED-1,2,3) inicial, sea cual fuere su tamaño tiene influencia en el apoyo instrumental y emocional, en sus dos dimensiones

disponible y adecuada. En el seguimiento solamente han presentado asociación los tamaños de red global (RED 2 y 3).

b) Individualmente, existe una clara diferenciación entre los miembros de la red en función del tipo de apoyo que prestan. Así, los hijos, nietos y sobrinos prestan apoyo instrumental. Los hermanos lo hacen en ambos aspectos instrumental y emocional, mientras que los amigos solamente prestan apoyo emocional. Por su parte, la esposa no está asociada a ningún tipo de apoyo.

c) Finalmente, ninguno de los miembros de la red ha presentado asociación significativa con la dimensión de apoyo instrumental y emocional adecuado.

6.3.2 Estructura de la red.

Al considerar la estructura de red se discutirá la influencia de los lazos proximales (si viven en casa, viven en el área metropolitana ó fuera) y los contactos cara a cara (contactos semanales, mensuales y por teléfono) como elementos estructurales que contribuyen a que el apoyo social se desarrolle.

Globalmente, se ha observado desde el inicio del estudio que el hecho de que los miembros de la red vivan cerca de la vivienda del paciente (proximidad a la misma) es un factor que tiende a facilitar la percepción del apoyo instrumental disponible pero no del emocional, aunque su influencia sobre éste es casi significativa ($p < 0,1$) (tabla 11). Cuando dicho factor se relaciona con el apoyo instrumental y emocional adecuado (tabla 12) se produce una inversión, y la

proximidad de la vivienda parece influir en el apoyo emocional pero no en el instrumental (casi significativo $p < 0,1$).

Estos resultados cuestionan el papel de la proximidad de la vivienda como vehículo de prestación de ayuda tanto material como instrumental, tanto por la ambigüedad de los mismos como por su débil significación. La proximidad de la vivienda es un factor que contribuye a que los contactos existan, lo cual parece obvio, sobre todo si se vive en una gran ciudad aunque el mero hecho de vivir cerca no quiere decir que se tenga ayuda, ya que se necesita algo más para que la acción se produzca. Este aspecto ha sido ampliamente discutido el hecho de vivir cerca no significa que se produzca apoyo. Bossevain (52) explica en su libro "Friends and Friends" que uno puede ver al lechero todos los días y cruzar unas palabras y sin embargo se puede llamar dos veces al año a una persona y obtener un nivel de mayor que un contacto que no está dentro de la red de apoyo. Por otro lado; Mitchel (50) argumenta que el contenido de la relación en el sentido de la cualidad del vínculo es uno de los aspectos más importantes de la interacción de la red personal.

Cuando el análisis se realiza globalmente asociando el apoyo con el número de contactos cara a cara, tanto semanales y mensuales como por teléfono, estos aparecen claramente sensibles para que se perciba el apoyo en sus dos tipos emocional e instrumental, bien sea el percibido ó el adecuado (tabla 12).

La ubicación geográfica también (véase tabla 18) se ha analizado aisladamente (parámetro por parámetro). El hecho de vivir, bien en la misma vivienda del paciente, o en el área metropolitana o vivir fuera de la misma, no está significativamente asociado con la percepción de apoyo instrumental y emocional. Esta observación ha sido registrada tanto en el inicio como en el seguimiento del estudio. Estos resultados ponen de manifiesto que la circunstancia de tener familiares viviendo cerca o lejos del domicilio del paciente no predispone ni

presupone la existencia de apoyo. En efecto, los hermanos y amigos, que aunque según el estudio suelen vivir mas alejados del domicilio del paciente, en general en el aérea metropolitana, sin embargo son los mayores proveedores de ambos tipos de apoyo (tabla 9).

Por otra parte, aunque los hijos y familiares más próximos son los que ayudan al paciente, al menos en lo que a los aspectos instrumentales se refiere, estadísticamente no aparecen con discriminados en cuanto a la proximidad de la vivienda .

En la misma línea, en el estudio se observa que los vecinos tampoco son una fuente primaria de soporte aunque obviamente sean los más próximos al paciente. Estos resultados sugieren que, además de las características mencionadas respecto a la naturaleza del apoyo, parece ser que existen factores cualitativos que van mas allá de la proximidad física, y que facilitan la provisión del mismo.

Posiblemente, la ayuda prestada por los familiares más directos es considerada por los pacientes como una obligación y, por tanto, menos valorada que la ayuda prestada por otros familiares más alejados tanto en el parentesco como geográficamente, cuya ayuda la consideran como una devoción, más libre, algo que aparece espontáneamente.

Esta percepción del apoyo esta relacionada con la propia naturaleza del apoyo: "ayuda prestada espontáneamente, no reglada, fuera de los cauces institucionales, la cual constituye la base del concepto de apoyo social". En resumen, constituida por "transacciones entre sus miembros que aparecen con espontaneidad" (42)(43).

Además de la proximidad a la vivienda, se han estudiado dentro de la estructura de la red los contactos cara a cara (semanales y mensuales) y por teléfono que mantienen entre si los miembros de la misma. El análisis global

realizado de los contactos indica que éstos son determinantes para que el apoyo instrumental y emocional disponible y adecuado se produzca. Parece obvio, que para que la percepción de ayuda se produzca se requiere presencia física, y así vienen a corroborarlo los resultados que aparecen en las tablas 17,19,21.

Igualmente, en el análisis realizado por áreas específicas (separadamente, parámetros), se observa que los contactos cara a cara semanales y mensuales son determinantes para que el apoyo emocional e instrumental se lleve a cabo, en sus dos facetas tanto percibido como adecuado. En este punto aparece un elemento nuevo y es que en ninguno de los análisis realizados hasta ahora, el apoyo instrumental y emocional adecuado ha presentado una relación significativa con los contactos mencionados. En cuanto a los contactos por teléfono, no se ha encontrado que posean relación con el apoyo o por lo menos que ésta sea significativa.

Durante el trabajo de campo, los pacientes refirieron delegar los contactos telefónicos a sus esposas y solamente en escasas ocasiones éstos eran realizados por los varones. Por otro lado, se evidenció que los hijos de los pacientes vivían muy próximos a la vivienda de estos y en el mismo barrio, lo que en muchos casos era la causa de que no mantuvieran contactos por teléfono. Otro hecho observado es que las mujeres del estudio tenían más contactos por teléfono que sus homólogos varones.

En el seguimiento, se observó un comportamiento similar en la estructura de la red (proximidad a la vivienda y el número de contactos), aunque se presentaron puntualmente ciertas modificaciones significativas en el número de contactos mensuales con los hijos, que aumentaron de 2,4 a 2,5($p<0,05$ tabla 6) y con los hermanos, que también aumentaron en los contactos semanales de 2,4 a 2,5($p<0,05$).

El número de amigos y su estructura se modificó considerablemente en el período transcurrido entre ambos cortes en todos los parámetros analizados, tales como el tamaño, proximidad a la vivienda y contactos semanales y mensuales. Comparando los resultados obtenidos entre ambos cortes, se observa que desciende la media del tamaño de la red de amigos de 3,3 a 2,4, así como los contactos realizados con ellos. Sin embargo, el carácter cualitativo de los mismos hace que sigan siendo influyentes para la provisión de apoyo en todos los parámetros estudiados, con un nivel de significación de $p < 0,001$, salvo en el caso de los contactos por teléfono, que tampoco presentaron una relación significativa con el apoyo.

Resumiendo, la percepción del apoyo emocional no depende de la distancia geográfica, y está relacionada con los contactos cara a cara por sí mismos, tanto en sus contactos semanales como en los mensuales. Tener o no tener apoyo depende más de la estructura cualitativa que de la cuantitativa de la red, y así lo demuestran los tamaños de red en la percepción del apoyo. (Los tamaños son numéricamente pequeños tabla nº, medias $1,2 \pm 1,7$). Ciertamente, la calidad en este caso es un indicador de mayor importancia que la cantidad, tal y como se refleja en la actual investigación y es constatado también en otros estudios de similares cuando se refirieren al apoyo como un factor dinámico sujeto a eventualidades geográficas, sociales, culturales y económicas.

6.3.3 Apoyo instrumental y emocional disponible y adecuado.

Se realizó un análisis del apoyo instrumental y emocional disponible y adecuado. El parámetro disponible encierra un elemento cuantitativo del apoyo mientras que el parámetro adecuado simboliza un elemento cualitativo. A lo largo de la recogida de los datos de la muestra, se observó que los pacientes eran

capaces de percibir si tenían apoyo instrumental o emocional o ambos, pero la calidad del mismo fue más difícil de especificar. Este mismo aspecto particular fue observado en el análisis estadístico del estudio. Las razones de la debilidad en los resultados del adecuado apoyo, sobre todo en cuanto al apoyo emocional se refiere fueron debidos, por un lado, el insuficiente tamaño de la muestra y por otro al hecho de que los pacientes varones mostraban menos familiaridad con los aspectos emocionales, trataban de evitar las preguntas referentes al apoyo emocional y general, tenían dificultades para expresarse en relación con el tema.

Globalmente los sujetos del estudio tenían más apoyo instrumental que emocional tanto percibido como adecuado. Además, un dato peculiar fue que las mujeres tenían más apoyo que los varones en ambos parámetros.

El comportamiento durante el seguimiento en relación con el apoyo emocional e instrumental percibido y adecuado solamente ha sufrido un cambio significativo en lo que se refiere al apoyo instrumental percibido. Respecto a los otros parámetros no han presentado ninguna modificación, aunque en valores absolutos los pacientes han referido tener en general un mayor apoyo (tabla 11,12,13,14). Posiblemente, la enfermedad sitúa al individuo en una situación de estrés que le hace recurrir a una mayor ayuda material, representada en el apoyo instrumental.

En cuanto al apoyo instrumental percibido se refiere, analíticamente ha sido el que ha experimentado un cambio más significativo a lo largo del estudio. Los factores que han contribuido a ello han sido el tamaño y la estructura que, como se deduce del análisis de los datos, constituyen aspectos determinantes que han facilitado su desarrollo.

Dentro del tamaño de la red, el mencionado apoyo ha recaído en los hijos, nietos y sobrinos y posiblemente ciertos aspectos de la estructura como la

proximidad a la vivienda del paciente o al menos en el área metropolitana (medias) han contribuido a su mejor desarrollo. Los datos revelan que el 88.8% de los pacientes tenían hijos que vivían en el domicilio del paciente y para el enfermo, aquellos eran considerados como una carga, a excepción de los hijos más jóvenes.

El apoyo instrumental es algo tangible, lo cual requiere presencia física, mientras que los sobrinos a pesar de ser más numerosos vivían fuera del área metropolitana y mantienen estadísticamente asociación con el apoyo instrumental. Por otro lado los amigos y hermanos son fuente de ayuda tanto material como emocional y las posibles razones para ello pueden ser su localización geográfica, el tamaño de la red en general mayor que la de los hijos y nietos y posiblemente, al hecho de pertenecer a la misma cohorte, lo que les facilita una mayor comunicación, proximidad y entendimiento.

En relación al apoyo emocional percibido, descriptiva y analíticamente alcanza una menor significación durante el estudio. El apoyo emocional es menos dependiente de la proximidad geográfica estando significativamente asociado con los lazos proximales en contactos cara a cara aunque no por teléfono. La disponibilidad del apoyo aumenta a medida que aumentan el número de lazos, evidenciándose que a mayor número de lazos mayor apoyo emocional. Así pues, las características estructurales tales como tamaño y contactos cara a cara aparecen como los determinantes de la disponibilidad del apoyo emocional. El apoyo emocional adecuado es un aspecto cualitativo del apoyo con implicaciones más subjetivas, lo que hizo más difícil su medición. Los cuatro valores que se aplicaron a cada ítem (Mucha más ayuda, algo más de ayuda, un poco más de ayuda y adecuada ayuda) en el análisis estadístico tuvieron que ser reducidos a dos: adecuado e inadecuado. Dado que el tamaño de la muestra imponía un aumento en el tamaño de las clases.

Quizás el más inesperado de los resultados fue la falta de relación significativa con la presencia de la esposa, mientras que otros lazos como los de hermanos y familiares sí aparecieron significativamente asociados con la disponibilidad y el adecuado apoyo emocional. Los hermanos y amigos fueron los que a lo largo del estudio presentaron mayor influencia sobre ambos tipos de apoyo emocional, disponible y adecuado.

6.3.4 Proveedores de apoyo emocional y instrumental.

Los proveedores de apoyo están divididos en : Proveedores de apoyo instrumental y emocional. Durante el seguimiento, los proveedores de apoyo instrumental no presentaron cambios importantes ni significativos en cuanto al tamaño se refiere, aunque su composición sí varió en relación con el sexo. En el segundo corte se observa que son las mujeres las que más apoyo prestan. La esposa aumenta de 53 a 65, la hija de 9 a 16 y cualquier otro familiar mujer de 6 a 7. El apoyo de los varones disminuye en los hijos de 11 a 6, y de 14 a 10 en el apartado "otros" que comprendía a los compañeros, vecinos etc.

El análisis comparativo realizado entre los proveedores de apoyo emocional de ambos cortes muestra cambios significativos en relación con los proveedores de primer orden. En términos absolutos la esposa desciende en su calidad de proveedora de apoyo de 57 a 33 mientras que las hijas aumentan de 9 a 13, los familiares varones de 4 a 6 y otros de 13 a 32. Además, disminuyen los hijos y los familiares mujeres.

A pesar de los resultados individuales, se encuentran los pacientes más satisfechos globalmente con su entorno familiar en el momento del corte de seguimiento que lo que se encontraban en el inicio (tabla 16). Se observa que han tenido más visitas y la satisfacción es francamente mucho más elevada.

En cuanto a los proveedores de apoyo gradualmente las esposas, los amigos y las hijas son los mayores proveedores de apoyo adecuado y disponible. Ello de nuevo reafirma el importante papel de la esposa y especialmente de la mujer en la provisión de dicho tipo de apoyo.

Los hijos no aparecen como agentes principales del apoyo en épocas de enfermedad mientras que los familiares varones tienen mayor significado como suministradores de apoyo instrumental, aunque a cierta distancia de las mujeres. Siguiendo la línea de investigación expuesta, de nuevo encontramos falta de provisión de apoyo en los vecinos y compañeros, lo que está en relación con los resultados hallados para los lazos proximales. Esto demuestra que las familias viven próximas y que el apoyo instrumental y emocional lo reciben en general sus parientes más cercanos aunque cuando se analiza cualitativamente se establecen ciertas diferencias. Parece entonces existir una clara significación en el rol del apoyo que representa cada uno de los miembros de la red. Hay que destacar la función de la esposa como gran suministradora de ayuda en épocas de estrés aunque no aparece la misma significación para los demás miembros, lo que hace pensar la importancia del mismo pero a su vez la necesidad de seguir investigando sobre los proveedores y su función (45).

6.4 Calidad de vida.

Inicialmente, la calidad de vida global fue en general buena, obteniendo puntuaciones medias de 105,9 +/- 16,7 intervalo 51-137 considerando que la escala utilizada tiene puntuaciones mínimas y máximas de 44 y 220 respectivamente. Esta puntuación corresponde a los 155 pacientes del inicio del trabajo. Posiblemente, estas bajas puntuaciones responden al eliminar las

complicaciones severas de los criterios de inclusión del estudio como posibles modificadores de la calidad de vida. Por otro lado, los pacientes refieren buena salud, seguramente porque hacen alusión a la salud inmediatamente anterior al evento. Además se observó que los sujetos del estudio no presentaban una gran morbilidad.

En el estudio analítico realizado en el inicio entre la calidad de vida global y el apoyo instrumental y emocional percibido aparecen resultados significativos ($p < 0,001$) entre las variables mencionadas. Los pacientes que refieren tener apoyo instrumental y emocional o solamente instrumental o emocional presentan puntuaciones mas bajas en la escala de calidad de vida global que los que no tienen ningún tipo de apoyo. Merece la pena destacar que los pacientes que tienen apoyo emocional son los que presentan puntuaciones mas bajas en la escala de calidad de vida. Lo cual podría significar que la falta del mismo puede ser un predictor de morbilidad. Así lo ha demostrado Berkman (76) en su estudio con pacientes infartados que el apoyo emocional estaba asociado a la morbilidad y mortalidad seis meses después de padecer el infarto de miocardio(77)(152)

De este modo, los resultados encontrados, confirman la hipótesis principal del estudio, puesto que se comprueba que la calidad de vida esta asociada con la percepción de apoyo emocional y instrumental.

Esta aseveración ha sido hallada en numerosas investigaciones relacionadas con apoyo social y salud aunque no específicamente relacionada con calidad de vida. Así Cohen(60) y colaboradores, Cobb(66) señalan que la presencia del apoyo esta relacionada con la salud positiva provocando un efecto generalizado beneficioso en el individuo.

En el estudio descriptivo (véase figuras 24,25,26,), las áreas con puntuaciones mas elevadas considerando el número de variables correspondientes

a cada área fueron: emoción, movilidad y sueño y las puntuaciones mas bajas encontradas corresponden a salud, relación, comunicación. ocio, alerta.

Analíticamente, las áreas de comunicación, emoción y movilidad están positivamente asociadas con la gran disponibilidad de ambos tipos de apoyo instrumental y emocional de tal manera que cualquier alteración del soporte va a producir consecuencias en la comunicación, emoción y movilidad, ya muy sensibles según se ha demostrado a lo largo del estudio. Sin embargo, las áreas ocio, salud, sueño, relación, alerta no han presentado ninguna significación (vease figuras 24,25,26).

En el seguimiento, se ha obtenido una puntuación media global de calidad de vida de 102,6 correspondiente a los 134 pacientes que continúan en el estudio. Comparando las puntuaciones medias de calidad de vida global entre ambos cortes se observa que la puntuación media global disminuye en cuatro puntos (106,6 a 102,6 considerando a los 134 pacientes del seguimiento), lo cual indica que la calidad de vida a los seis meses de padecer el infarto es mejor que en el inicio. El estudio analítico comparativo realizado entre las puntuaciones medias globales correspondientes de ambos cortes aparece asociación significativa ($p < 0,001$). Ello confirma de nuevo la hipótesis del estudio de que los pacientes con apoyo social tienen mejor calidad de vida.

En el estudio descriptivo de las subescalas de calidad de vida, las puntuaciones por áreas específicas presentan cambios en las siguientes áreas: salud, emoción, movilidad, alerta y ocio que se modificaron sus valores medios disminuyendo en el segundo corte con respecto al primero. Esta variación ha supuesto una mayor sensibilidad con el apoyo, de tal manera que su presencia puede alterar la mejor o peor percepción de calidad de vida en las áreas mencionadas. Aunque en el estudio analítico comparativo entre ambos cortes de las áreas que componen la escala de calidad de vida, solamente han presentado

asociación significativa salud ($p < 0,05$), emoción ($p < 0,001$), movilidad ($p < 0,01$) ocio ($p < 0,05$) y alerta ($0,05$). No obstante hay que señalar que el estado de alerta tuvo una puntuación más alta, lo cual indica que la situación de los pacientes empeoro en relación con la subescala correspondiente.

Resumiendo, tener ambos tipos de apoyo es beneficioso para la mejor calidad de vida global. La existencia de apoyo instrumental y emocional disponible proporciona una buena calidad de vida global. Además existen áreas específicas como salud, emoción, movilidad y ocio que son especialmente sensibles al apoyo, de tal forma que su presencia o no modifica la percepción de calidad de vida en ciertas áreas.

Sin embargo, conviene señalar que la hipótesis se ha comprobado en su relación con el apoyo instrumental y emocional percibido pero no se ha confirmado con el apoyo adecuado. Esta dimensión del apoyo ha sido analizada sin obtener casi en ninguno de los parámetros estudiados asociación. Igualmente no se ha presentado de forma concluyente asociación en todas las áreas que componen la calidad de vida.

Se ha estudiado analíticamente el nivel de estudios en relación con la calidad de vida. Para ello los pacientes del estudio se han dividido en tres grupos pacientes con estudios (universitarios y secundaria), con estudios primarios y sin estudios. Los datos obtenidos revelan que los enfermos sin estudios tienen puntuaciones medias de calidad de vida superiores a los otros dos grupos. Asimismo, en el análisis realizado entre ambas variables aparece una significación entre los distintos grupos y la calidad de vida. Lo cual indica que la mejor o peor calidad de vida depende del nivel de estudios que posea el paciente.

Estos resultados evidencian que para el manejo de la enfermedad hoy por hoy se requiere unos mínimos conocimientos que sirvan para que el enfermo sepa adaptarse a la enfermedad y al medio que le rodea.

Igualmente, se ha estudiado la calidad de vida de los hombres y mujeres del estudio observándose, que las puntuaciones medias globales son más altas para las mujeres que para los varones tanto en el inicio como en el seguimiento. Ambos grupos han mejorado después de los seis meses sin embargo las mujeres han presentado puntuaciones más altas que los varones. La comparación realizada entre el inicio y el seguimiento es significativa entre ambos cortes. Se han estudiado otras áreas como sexo la edad y no se han encontrado asociaciones.

6.5 Uso de recursos sanitarios.

Una medida para cuantificar la calidad de vida fue utilizar el parámetro uso de recursos sanitarios. En general, en el estudio descriptivo realizado aparece un bajo nivel de consumo de recursos sanitarios. Ello puede indicar o bien la existencia de una población sana o la falta de servicios o incluso un deficiente acceso a los mismos, aunque este no parece ser el caso cuando la sanidad está financiada públicamente, ya que como se ha comentado la distribución de los mismos se realiza de forma equitativa. Posiblemente la baja morbilidad de los pacientes y los criterios de inclusión ya comentados pueden ser en definitiva los factores que han contribuido a este bajo consumo de recursos sanitarios. Cuando el estudio analítico se realiza entre CV y uso de recursos, solamente ciertas variables como: la visita al médico general, visita del médico al domicilio del paciente, visitas al especialista y visitas a urgencias hospitalarias han presentado asociación con calidad de vida, lo que indica que los pacientes con mejor CV acuden menos a los servicios mencionados que los que la tienen peor, el resto de las variables visita al oculista, dentista, urgencias al ambulatorio, ingreso hospital, ambulancia y visita de la enfermera a domicilio no han presentado significación estadística.

Estos resultados confirman parcialmente la hipótesis secundaria del estudio en la medida que se comprueba la asociación entre un determinado tipo de recursos sanitarios ya mencionado y la calidad de vida.

Seis meses después del infarto, se han comparado los datos del inicio y del seguimiento observándose un gran aumento de la utilización de los recursos sanitarios especialmente en las áreas correspondientes a la medicina primaria, no obstante, el uso de recursos sanitarios correspondientes a la medicina terciaria

(urgencias en hospitales, ingresos hospitalarios) han disminuido considerablemente. El aumento en las áreas señaladas es considerado normal dadas las características de este tipo de pacientes. Igualmente, el análisis comparativo realizado entre los dos cortes es significativo en todas las áreas a excepción del uso de inyecciones. Obviamente la relación se positiviza o negativiza en función del área correspondiente en cada uno de los cortes realizado.

Asimismo y con el fin de comprobar la hipótesis secundaria del segundo corte se ha realizado un análisis de asociación entre la calidad de vida y el uso de recursos. Los datos obtenidos revelan que existe significación en la relación entre calidad de vida y las visitas del médico al domicilio ($p < 0,001$), visita al especialista ($p < 0,01$), visita urgencias ambulatorio ($p < 0,05$), visita urgencias al hospital ($p < 0,01$), ingresos hospital (0,001) y utilización de la ambulancia ($p < 0,05$). El resto de las áreas no han presentado ninguna significación estadística. Estos resultados confirman la hipótesis planteada de forma parcial relacionando la calidad de vida con el uso de recursos.

Estos hallazgos son consecuentes con los encontrados en otros estudios de similares características. Así uno de los primeros estudios realizados en esta línea de investigación fue llevado a cabo por Ann Bowling en una población de personas mayores de 65 años y los resultados obtenidos revelan que la falta de apoyo conduce a un mayor uso de recursos (127). Otros trabajos han observado que la falta de apoyo es un factor pronóstico de ingreso hospitalario y en el caso de los mayores de edad de institucionalización (120)(123). En este estudio, la relación observada entre CV y apoyo sugiere que los pacientes con apoyo social presentan mejor calidad de vida y consumen menos recursos sanitarios.

En líneas generales se observa que el consumo de recursos sanitarios ha presentado diferente demanda a lo largo del estudio. Básicamente, en el inicio el

uso de recursos se localizó en las áreas de medicina terciaria, sin embargo, en el seguimiento el consumo se ha orientado hacia la medicina primaria. Se ha observado relación entre los pacientes con mejor calidad de vida y un menor uso de recursos, aunque esta relación ha sido encontrada solamente en las áreas mencionadas.

6.6 ¿ Salud percibida?

La percepción de salud general fue también significativa a los seis meses del infarto agudo de miocardio, los pacientes refieren tener que tomar más medidas especiales. En general más cuidados para mantener la salud.

Los pacientes mayoritariamente refieren tener peor salud después de padecer la enfermedad. Estos datos contrastan con los botenidos en CV. Merece ser destacado que los pacientes a los seis meses comienzan a manejar su propia enfermedad y posiblemente a independizarse de los aspectos clínicos contraídos después del IAM. A partir de este momento es preciso que el paciente aprendan a convivir con la enfermedad. Posiblemente, estos aspectos son menos obvios en aquellos pacientes con mayor nivel cultural y profesional los cuales están más integrados en la vida profesional y tienen un fácil acceso a los servicios sanitarios desde su trabajo y comunicación con los profesionales.

7. CONCLUSIONES.

A la hora de precisar y delimitar el objetivo explicito de la presente investigación, nos propusimos destacar la fuerza decisiva de los factores psicosociales, en el pronóstico y evolución de determinadas enfermedades.

Al termino de este proposito general, concretamos la definición de una hipótesis de trabajo específica que adelantaba la existencia de una conexión potencial entre la calidad de vida y el apoyo social, expecificamente referida al caso de los pacientes que han sufrido un IAM, una de las patologias de mayor incidencia en los países desarrollados.

Una vez establecida y enunciada la hipótesis, el proceso de investigación en sentido estricto, comenzó, por el examen minucioso y reflexivo de la literatura científica, clínica, sociologica y psicologica, que se ocupa de todos aquellos ambitos tecnicos relacionados en el objeto de estudio. Ello nos permitió realizar un análisis exhaustivo de los conceptos esenciales que iban a ser utilizados a lo largo del trabajo de forma preferente y, tambien, de las medidas de dichos conceptos, así como de su instrumentalización practica.

A partir de dicha fase teórica, se elaboró una metodologia precisa, directriz del trabajo de campo que incluye la estrategia a seguir, así como la evaluación de los datos y la instrumentalización de las medidas. En relación a la estrategia es necesario destacar el tamaño de la muestra y los criterios de inclusión y exclusión como factores esenciales. A su vez la evaluación hace referencia a los dos periodos de seguimiento contemplados (primero y segundo corte), mientras que la instrumentalización de las medidas se materializan en los distintos grupos de variables utilizadas.

Finalmente, el trabajo de campo concluyo en la obtención de unos resultados que podemos sintetizar en los siguientes puntos:

1. De los datos obtenidos se deduce que, tanto en el inicio como en el seguimiento, el apoyo social instrumental y emocional percibido están relacionados con la calidad de vida global (Hipótesis general). Los pacientes con apoyo social instrumental y emocional o ambos poseen mejor calidad de vida que los pacientes que carecen de los mismos.

De este modo, se ha observado que el tamaño de la red influye en la provisión de apoyo, de tal manera que en cualquiera de las formas que aquella se presente, su tamaño tiene un efecto determinante en la provisión del apoyo emocional e instrumental, en sus dos dimensiones, disponible y adecuado. Por tanto, a medida que el tamaño de red aumenta la provisión de apoyo se asegura.

Igualmente, de los datos hallados se deduce que la estructura está directamente relacionada con el apoyo, sobretodo en cuanto a los contactos cara a cara se refiere, tanto los realizados con periodicidad semanal mensual, lo cual significa que para que el apoyo se desarrolle es necesaria la presencia física y que estos contactos existan. Así, se ha revelado a lo largo del estudio que los aspectos instrumentales han sido los más sensibles a las asociaciones con CV y el apoyo social. A su vez, el apoyo emocional resulta más difícil de detectar y cuantificar. Por otro lado, la proximidad de la vivienda no ha mostrado significación apreciable con ninguna de las variables del estudio debido a que la proximidad es un elemento de probabilidad para que el apoyo se produzca.

2. Igualmente, la calidad de vida global esta asociada al uso de recursos sanitarios. Los pacientes con mejor calidad de vida han hecho un menor

uso de recursos sanitarios que aquellos que poseen una peor calidad de vida (Hipótesis adicional).

La calidad de vida del paciente esta asociada con la disponibilidad del apoyo emocional y instrumental, de tal manera que el paciente goza de mejor o peor CV en función del soporte o apoyo que perciben. Igualmente, ciertas áreas de calidad de vida relacionadas con determinados aspectos emocionales tales como comunicación, movilidad y sentimientos son más sensibles al apoyo y el mismo paciente percibe mayor o menor calidad de vida según aumenta o disminuye el apoyo de que dispone. Por lo que se refiere a las variables socioeconómicas es preciso tener en cuenta que recogen condicionamientos estructurales, no derivados, por tanto, de la enfermedad. Sin embargo, se ha encontrado influencia apreciable entre algunas de estas variables, especialmente el grado de alfabetización y nivel de estudios, con la CV de que goza el enfermo que ha sufrido un IAM. Desafortunadamente, la gran mayoría de los pacientes incluidos en la muestra objeto de estudio, poseen una situación socioeconómica precaria. Estas condiciones sociales y económicas deficientes, de naturaleza estructural, determinan un comportamiento inadecuado frente a la enfermedad y su seguimiento. En efecto, la comunicación con el personal sanitario es insatisfactoria e insuficiente. Por otro lado, la mentalidad de estas personas suele ser bastante rígida y, en consecuencia, poco propicia a la modificación de sus hábitos de vida.

Según el estudio, el consumo de recursos sanitarios esta directamente asociado a la calidad de vida en aquellos parámetros que han resultado significativos: visitas al médico general, visita del médico al domicilio, especialista, urgencias hospitalarias. Los pacientes que referían usar menos recursos tenían una mejor calidad de vida y en consecuencia percibían

mayor apoyo que los que consumían más recursos. Se confirma, por tanto, también en este caso, al menos parcialmente, la hipótesis, secundaria y auxiliar de la investigación. En efecto, se verifica la existencia de la asociación indirecta o negativa entre la mejor CV y el menor uso de recursos sanitarios.

3. De los datos obtenidos se deduce que los pacientes con IAM sin formación educativa tienen peor calidad de vida que aquellos que poseen estudios, tanto en el caso del primer corte como en el segundo.

Los enfermos incluidos en el presente trabajo poseen, en líneas generales, unas condiciones socioeconómicas muy poco satisfactorias. A partir de este resultado descriptivo podría abrirse una línea de investigación extensa que tratara de rastrear la posible implicación existente entre condiciones de vida poco favorables, tanto laborales como sociales, y desencadenamiento de la enfermedad, hipótesis que por otra parte ha sido confirmada, en efecto por diversos estudios recientes. En cualquier caso, de la presente investigación se desprende que las variables socioeconómicas influyen en el manejo de la enfermedad, de tal manera que, a mayor capacidad intelectual, mayor probabilidad de captación de cualquier mensaje sanitario. Así, el conocimiento de las consecuencias negativas que sobre la salud tienen ciertos hábitos podría ayudar a reducir éstos. De ello se derivan dos problemas serios la educación sanitaria y la información sanitaria dirigida hacia aquellas personas que presentan hábitos de conducta que constituyen factores de riesgo y de mal pronóstico de la enfermedad.

4. La presencia de la esposa no está asociada con ningún tipo de apoyo, a pesar de ser la persona que siempre y en todo caso presta apoyo de uno u otro tipo, según lo señala la información obtenida. Este resultado sugiere

que de no existir el cónyuge sus funciones en cuanto a la prestación de apoyo son desempeñadas por otra/s personas.

Resto de los miembros de la familia individualmente considerados. Los hijos, nietos y sobrinos han mostrado ser en todo momento los grandes proveedores de apoyo sobre todo instrumental. Sin embargo, los hermanos son los que presentan implicaciones tanto con el apoyo instrumental como el emocional. Por su parte, los amigos solo están asociado con el apoyo emocional.

Las mujeres son las principales proveedoras del cuidado de la salud especialmente la esposa. Sin embargo, no ha aparecido asociación, precisamente debido a la abrumadora presencia, de la figura de la mujer en general esposa, hija, familiar-mujer, en la provisión de la ayuda al paciente coronario, tanto en el inicio del proceso de su enfermedad como en el seguimiento.

5. Las asociaciones obtenidas en el estudio analítico muestran el papel de la familia en el cuidado de la salud especialmente en cuanto a los aspectos instrumentales se refiere. De tal manera que la familia es la que realiza el papel de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y la que contribuye asimismo al mejor pronóstico de la enfermedad. La ayuda de la familia actúa como elemento corrector del patrón clínico del paciente cardíaco. Además, desempeña una función económica doméstica como favorecedora de la calidad de vida y, así mismo social como reductora del uso recursos sanitarios. Los miembros que más directamente colaboran son la esposa, en los aspectos tangibles de la ayuda son los hijos, nietos y sobrinos, mientras que las ayudas emocionales los que buscan preferentemente en personas de su misma edad y nivel socioeconómico como pueden ser los hermanos y amigos.

La provisión de apoyo social es intercambiable y, así cuando la necesidad surge como ocurre en una situación de enfermedad se busca en cualquiera de los componentes de la red. En efecto, se ha comprobado que en el caso de los pacientes que no tienen familiares directos el apoyo recae en otras personas. Si bien la existencia de una larga red social esta asociada a una gran disponibilidad de apoyo, no existe asociación entre la gran disponibilidad y el denominado apoyo adecuado, tanto instrumental como emocional.

6. Los datos nos confirman, asimismo, que la calidad de vida esta relacionada con el sexo. En efecto, los varones tienen mejor calidad de vida que las mujeres en las dos verificaciones realizadas (inicio y seguimiento).
7. De los individuos encuestados se deduce que la edad de riesgo de este grupo poblacional se distribuye entre los pacientes que tienen entre 50 y 70 años de edad. La incidencia mayor respecto a su localización se presenta en los infartos inferiores.
8. De las respuestas vertidas por los pacientes se obtiene una relación significativa entre un determinado suceso vital y el desencadenamiento de la enfermedad, de tal forma que los infartados atribuyen su enfermedad a una causa determinante de naturaleza, personales, laboral o social y ninguno de ellos relaciona la enfermedad con una causa física y mecánica. Los enfermos conceden una importancia crucial a las cuestiones y problemas laborales como causa y motivo esencial siempre en sentido negativo de su respectiva situación clínica. Ello explica la practica inexistencia de estímulo personal a la reincorporación a su puesto de trabajo, si exceptuamos el caso de enfermos de modificación laboral media y superior.

9. Después de los seis meses la red social de los pacientes presenta un tamaño de red y una estructura similar a la inicial. El dato más significativo aparece en relación a los amigos dado que disminuye el tamaño en valores absolutos pero, sin embargo, se revela la existencia de asociación entre el inicio y el seguimiento. En relación con el apoyo, cabe decir que sus valores absolutos tampoco han sufrido cambios apreciables, aunque los aspectos instrumentales del mismo, si han variado, concretamente han aumentado.

Los pacientes señalan tener una mejor calidad de vida global en el seguimiento respecto del inicio. La puntuación global de calidad de vida ha disminuido (mejorado) de forma considerable. Al mismo tiempo, ciertas áreas han mostrado una mayor significación entre los dos cortes, concretamente, ocio, salud emoción, movilidad y alerta.

En cuanto al uso de los recursos sanitarios, se ha intensificado de manera notable entre el inicio y el seguimiento, sobre todo en las áreas que están relacionadas con la medicina primaria y de especialidades, que son las relevantes en el periodo de seguimiento de la enfermedad, es decir, las únicas que se utilizan en la práctica.

En definitiva, el segundo corte del estudio, o lo que es lo mismo, el tiempo de seguimiento y evolución (seis meses) nos ofrece unos datos que ponen de manifiesto la existencia de un nivel similar de apoyo social para los pacientes que, a su vez disfrutaban de una mejor CV y que hacen un menor uso de los servicios sanitarios.

La enumeración de los resultados debe ser sometida a determinadas matizaciones, adelantadas, en parte, a la hora de enunciarlos, que delimiten, en alguna medida, su alcance, precisen su relevancia sociológica y pongan de

manifiesto las servidumbres o condicionantes impuestos por el propio ámbito de estudio, la naturaleza de las variables a considerar y, en último término, por las características educativas y profesionales así como por la situación socioeconómica de los individuos incluidos en la muestra poblacional.

Una de las conclusiones más relevantes del estudio, que confirma, además, plenamente, la hipótesis primaria y básica de las investigaciones es aquella que pone de manifiesto la dependencia del nivel de CV con el apoyo social.

En efecto, aquellos pacientes que tienen en torno a sí una adecuada red social, de una determinada estructura y tamaño, disponen del suficiente apoyo social como para disfrutar de una mejor calidad de vida.

La ayuda instrumental y emocional, adecuado disponible (percibido), esto es, el denominado apoyo social debería considerarle, por tanto, como un factor esencial a la hora de establecer el pronóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad estudiada, conclusiones que podría generalizarse a distintos tipos de patologías si otras líneas de investigación posteriores así lo confirmaran. En todo caso, parece evidente la concurrencia de atender y no dejar de lado los factores psicológicos y psicosociales que están siempre presentes y dejan sentir sus efectos en el ámbito estrictamente clínico de la evolución de la enfermedad. La participación de otros profesionales tales como educadores sanitarios y asistentes sociales vendría derivada de las citadas conclusiones.

Debemos destacar e insistir una vez más, en la importancia del grado de alfabetización y nivel de estudios como determinantes de la CV. Antes sería preciso señalar la necesidad de la existencia previa de la red social, con su tamaño, estructura, como elemento imprescindible para que el apoyo social se produzca y se materialice a través de los distintos individuos integrantes de la misma, cumpliendo cada uno de ellos distintas funciones instrumentales (hijos, nietos y

sobrinos), instrumentales y emocionales (hermanos) o sólo emocionales (amigos). En cualquier caso, la familia aparece siempre como la principal proveedora del apoyo. En líneas generales, puede afirmarse que aquel paciente que disponga de una familia próxima (directa: esposa, hijos y hermanos) extensa, va a tener asimismo mayor disponibilidad de apoyo.

No se ha verificado, sin embargo, relación entre proximidad a la vivienda entre los miembros de la red y materialización del apoyo, probablemente debido a que el elemento determinante, en este caso, es la existencia de lazos afectivos entre ellos. La proximidad de la vivienda sería una condición favorecedora del apoyo, una condición que propicia la aparición de la ayuda pero, desde luego no es condición necesaria ni, menos aun, suficiente. La naturaleza emocional y libre de los afectos parece, pues, confirmada.

No podemos dejar de mencionar por otro lado, las posibles transformaciones a que se vea sometida la institución familiar en el seno de nuestra sociedad. A su vez, el papel desempeñado por la mujer, dentro y fuera de la familia, tampoco es ajeno a la evolución de la sociedad en su conjunto y de la propia figura de la mujer en si mismo. Todos estos cambios han de ser considerados por el investigador a los que deberá adaptar sus criterios conceptuales así como sus medios instrumentales.

Finalmente, habría que hacer referencia específica a los elementos de naturaleza cualitativa que engloba el concepto de apoyo y cuya cuantificación resulte extremadamente compleja. Esta puede ser una de las razones por las que no se ha registrado, a lo largo del estudio, significación clara entre apoyo adecuado y CV, desde una perspectiva global.

Todo ello nos serviría para enlazar las últimas ideas que queremos expresar como culminación a la realización de esta tesis. A lo largo de todo el proceso de

elaboración del presente estudio hemos intentado verificar o refutar la hipótesis de partida, ajustandonos al cumplimiento de las normas del método científico que hemos tratado seguir con el máximo rigor. Hemos pretendido eliminar de nuestra investigación todos aquellos elementos normativos o valorativos que prejuzgaran datos o resultados e introdujeran sesgos interpretativos de dudosa o nula consistencia científica.

Sin embargo, no podemos dejar de tener en consideración el ámbito disciplinario en que nos movemos y, especialmente, las variables en que trabajamos que incluyen elementos subjetivos muy difíciles de cuantificar. Es cierto que se han realizado esfuerzos muy serios, para formalizar el estudio de las redes sociales, con la ayuda de la Estadística y de la Matemática (análisis de grafos), tratando, así, de aproximar nuestra disciplina al ámbito de las ciencias positivas experimentales. Esta es, sin duda una de las más prometedoras áreas de investigación, de más brillante presente y futuro, en el ámbito de la sociología. En efecto, los objetivos de una gran parte de los sociólogos se centran en eliminar o, al menos, dominar, a través de la cuantificación y la formalización, los elementos subjetivos que se filtran, inevitablemente, en nuestro objeto de estudio. La sociología, como ciencia humana y social, tropieza con dificultades y condicionamientos de naturaleza cualitativa (sentimientos y emociones, factores culturales, educacionales) de complejidad notables. Será necesario profundizar e intensificar las investigaciones en este terreno de forma que puedan alcanzarse resultados satisfactorios, que vayan consolidándose progresivamente y que sirvan para hacer avanzar las proposiciones, modelos y teorías que conforman nuestra disciplina.

VIII. BIBLIOGRAFIA.

1. Ben-Sira, Z. and Elizer, R. (1990), " The structura of readjustment after heart attack", *Soc.Sci.Med*, 30, 523-536.
2. Saenz de la Calzada, C.; Gómez-Pajuelo, C.; Gómez Sanchez, M. (1990), "Manifestaciones clínicas de la enfermedad coronaria y su correlación anatómica", *Cardiología & Hipertensión*,1, 97-101.
3. Saenz de la Calzada, C.; Gómez-Pajuelo, C.; Gómez Sanchez, M. (1991), " Historia natural y factores pronósticos de la enfermedad coronaria", *Cardiología & Hipertensión*, 2, 19-23.
4. Valdes, M.; Flores de, T.; Garcia, S. (1988), *Estrés y Cardiopatía Coronaria*, Barcelona: Alamex.
5. Wheatley, D. (1984)," Psychological stress and cardiovascular diseases ", *Scand J Work Environ Health*, 10, 415-417.
6. House J.; Landis K.R.; Umberson D. (1985), " Social realtionships and health ", *Science*, 241, 540-545.
7. Marmot, M.G.; Adelstein, A.M.; Robinson, N.; Rose, G.A.(1978). "Changing social class distribution of heart disease", *Brit.Med. J*,2, 1109-1112.
8. Friis, R.; Taff, G.(1986), " Social support and social networks and coronary heart disease and rehabilitation", *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 6, 132-147.
9. Seeman, T.E.; Berkman, L.F. (1988), " Structural Characteristics of Social Networks and Their Relationship with Social Support in the Elderly: Who Provides Support", *Soc.Sci.Med*, 26, 7, 737-749.

10. Requena, F.(1989), “ El concepto de red social ”, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 48, 137-152.
11. Gutierrez Vicén, T.; Latour Perez, J.; López Camps, Vicent.; Bonastre Mora, J.; Giner Boix ,J.S.: Rodriguez Serra, M.; Rosado Breton, L. (1994), “ Efecto de los factores sociales sobre la calidad de vida de los supervivientes de un infarto de miocardio”. *Med Clin (Barc)*, 103, 766-769.
12. Cochrane, A.L., (1977), *Effectiveness and Efficiency*, Great Britain: Cambridge University Press.
13. Abel-Smith, B. (1976), *Value for Money in Health Services*, London:Heinemann.
14. Thomas, L. (1977), “ On the Science and Technology of Medicine ,” *Proceedings of the American Academy of Arts and Sciences*, 106, 35-46.
15. Zubiri, Xavier. (1982), *Inteligencia y logos*, Madrid: Alianza Editorial.
16. Theobald, D.W. (1987), *Una introducción a la filosofía de la ciencia*, La coruña: Adara.
17. Campo del, Salustiano. (1990), *Tratado de Sociología*, Madrid:Taurus
18. Palermo, E. (1986), *Salud Enfermedad y Estructura Social*, Buenos Aires:Editorial Cartago.
19. McKeown ,T. (1989), *The role of Medicine*, Oxford: Basil Blackwell.
20. Abbott, P.; Wallace, C.; (1990), *The Sociology of the Caring Professions*,London: The Falmer Press.
21. Neri ,A. (1983), *Salud y Política Social*, Buenos Aires: Hachette.

22. Foster, G. and Anderson, B. (1989), *Medical Anthropology*, London: John Wiley and Sons.
23. Black, D.; Morris, J.N.; Smith, C.; Townsend, P.; Whitehead, M. (1988), *Inequalities in Health*, London: Penguin.
24. Laín Entralgo, P. (1983), *La relación médico-enfermo*, Madrid: Alianza Editorial.
25. Illich, Y. (1976), *Limits to Medicine*, London: Penguin Books.
26. Morgan, M.; Calnan, M.; Manning, Nick.; (1985), *Sociological Approaches to Health and Medicine*, London and New York : Routledge.
27. W.H.O. (World Health Organization). (1986), *Ottawa Charter for Health Promotion*, Geneva: WHO .
28. Asthon, J.S. (1991), *The New Public Health*, Philadelphia: Open University Press..
29. Downie, R.S.; Fyfe, C.; Tannahill, A. (1992), *Health Promotion. Models and Values*, Oxford: Medical Publications.
30. Black, N.; Boswell, D.; Gray, A.; Murphy, S.J.; (1989), *Health and Disease*, Philadelphia: Open University Press.
31. Eisenberg, L. (1977), “ Disease and Illness: distinction between professional and popular ideas of sickness ”, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 9-23
32. Mechanic, D. (1982), “ The concept of illness behaviour ”, *Journal of Chronic Disorders*, 15, 189-94.
33. Armstrong, David. (1989), *An outline of Sociology as applied to Medicine*, Great Britain: Wright.

34. Helman, C.G. (1984), *Cultura health and Illness*, New York: Churchill Livingstone.
35. Richman, J. (1987), *Medicine and Health*, London: Longman.
36. San Martín, H. (1984), *Salud comunitaria: teoría y práctica*, Madrid: Díaz Santos.
37. Bowling, A. (1991), *Measuring Health*, Philadelphia: Open University Press.
38. Durkheim, E. 1897 (1987), *El suicidio*, Madrid: Akal.
39. Wilson, S. (1978), *Informal Groups*, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
40. Campo del, Salustiano. (1973), *Cambios Sociales y Formas de Vida*, Barcelona: Ediciones Ariel.
41. Taylor, D.A. (1971), *Small Groups*, Chicago: Markham Publishing Company.
42. Simmel, G. (1986), *Estudios sobre las formas de socialización*, Madrid: Alianza Universidad.
43. Durkheim, E. 1897 (1960), *La división del trabajo social*. Buenos Aires. Proteo.
44. Timasheff, N.S. (1974), *La Teoría Sociológica*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
45. Berkman, L.F. (1984), "Assessing the physical health effects of social networks and social support," *Annual Review of Public Health*, 34, 1-9.
46. Requena, F. (1994), *Amigos y redes sociales*. Madrid: Cis/Siglo XXI.
47. Guimon, J.; Ruiz, A.; Apodaca, P.; Ros de, P.; Sota, E. (1985), "Red social en la Población de Guecho". *Psiquis* 4. Vol VI, 121-129.

48. Prieto Aguirre, J.F.; Olea Renovales, M.J.(1995), *Nociones de psicología médica*. Salamanca: Hesperides.
49. Barnes, J.A. (1954), "Class and communities in a Norwegian Island Parish". *Hum. Relats.* 7, 39-58.
50. Mitchell, J.C. (1969), The concept and use of social networks. En Mitchell, J.C. *Social Networks in Urban Situations*, Manchester: Manchester University Press.
51. Hammer, M. (1983), "Core and extended social networks in relation to health and illness", *Soc. Sci. Med*, 17 (7), 405-411.
52. Boisevain, J.; Mitchell, J.C. (1973), *Network analysis: Studies in human interaction*, The Hague: Mouton
53. Mosher, L.R.; Keith, S.J. (1980), "Psychological treatment: individual, group, family and community support approaches", *Schizophrenia Bulltin*, 6 (1), 10-41.
54. Zeggelink, E. (1994), "Dynamics of structure: an individual oriented approach", *Social Networks*, 16, 295-333.
55. House, J.S.; Kahn, R.L. (1985), Measures and concepts of social support. En Cohen, S.; Syme, S.L. *Social Support and Health*. Orlando: Academic Press.
56. Sarason, B.R.; Sarason, I.G.; Pierce, G.R. (1990), Social Support: Traditional Views of Social Support and Their Impact. En Sarason, B.R.; Sarason, I.G.; Pierce, G.R.; *Social Support: An Interactional View*. New York: Wiley Interscience, 9-25.
57. Bowling, A.; Browne, P.D. (1991), "Social Networks, Health, and Emotional Well-being Among the Oldest Old in London", *Journal of Gerontology. Social Sciences*. Vol 1:Nº 1, 520-532.

58. Tilden, V.; Weinert, C. (1987), " Social support of the chronically ill individual ", *Nurs Clin North Am*, 22, 613-618.
59. Derenowski Fleury, J.; (1991), " Wellness motivation in cardiac rehabilitation", *Heart and Lung*, Vol. 20, n° 1, 3-15.
60. Cohen, S. ; Syme, S.L. (1985), Issues in the study and application of social support. In *Social Support and Health*. Orlando: Academic.
61. Roberts, S.J. (1988), " Social support and help seeking: review of the literature ", *Adv Nurs Sci*, 10, 1-11.
62. Ensel, W.M.; Lin, N. (1991), " The Life Stress Paradigm and Psychological Distress", *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 321-341.
63. Bowling, A. (1987), " Mortality after bereavement. A review of the literature on survival periods and factors affecting survival". *Soc. Sci. Med*, 24, 117-124.
64. Fridlund, B.; Stener-Bengtsson, A.; Wannman, A.L.(1993), " Social support and social network after acute myocardial infarction; the critically ill male patient's needs, choice and motives ", *Intensive-Crit- Care-Nurs*. Jun; 9(2), 88-94.
65. Hammmmer, M. (1983), " Core and extended social networks in relation to health and illness ", *Soc.Sci.Med.*, Vol. 17 (7), 405-411.
66. Cobb, S. (1976), " Social support as a moderator of life stress ", *J Psychosom Med*, 38, 300-314
67. Mangen, D.J.(1988), *Measuring Intergenerational Family Relations*. En Mangen, D.J.; Bengton, V.L.; Landry, P.H. *Measurement of Intergenerational Relations*, London: Sage, 31-53.
68. Caplan, G. (1974), *Support Systems and Community Mental Health*, New York: Behavioral Publications.

69. Seeman, T.E.; Syme, S.L. (1987), " Social networks and coronary artery disease: a comparison of the structure and function of social relations as predictors of disease ". *Psychosom. Med.* 49, 341-354.
70. Mueller, D.P. (1980), " Social Network: A Promising Direction for Research and Relationship of the social environment to Psichiatric Disorder", *Soc. Sci. Med.* Vol 14, 104-112.
71. Cassel, J. (1976), " The contribution of the social environment to host resistance", *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-23.
72. Barrera, M. (1988), Models of Social Support and Life Stress: Beyond the Buffering Hypothesis. En *Life Events and Psychological Functioning*, Nueva York: Academic. 281-302.
73. Lin, N.; Dean, A.; Ensel, W.; *Social Support Life events, and Depression*. London: Academic Press, Inc.
74. Friis, R.; Taff, G. (1986), " Social support and social networks, and coronary heart disease and rehabilitation ", *J. Cardiopul. Rehab*, 6, 648-658.
75. Berkman, L.F.; Syme, S.L. (1978), " Social networks, host resistenace and mortality: A nine year follow-up of Alameda County ", *American Journal of Epidemiology*, 109.Nº 2; 186- 204.
76. Bekman, L.F.; Leo-Summers, L.; Horwitz, R.I. (1992), " Emotional support and survival after myocardial infarction ", *Annals of Internal Medicine*, 117, 003-1009.
77. Willian, G.; Pieper, C.; Levy, R.; Pickering, T.G. (1992), " Social Support in Social Interaction: A Moderator of Cardiovascular Reactivity", *Psychosomatic Medicine*, 54, 324-336.

78. Orth-Gomer, K.; Johnson, J.V.;(1987), " Social network interaction and mortality", *J. Chronic. Dis*, 40, 949-957.
79. Beach, E.K.; Maloney, B.H.; Plocica, A.R.; Sherry, S.E.; (1992)," The spouse: A factor in recovery after acute myocardial infarction ", *Heart and Lung*, 21(1), 30-38.
80. Case, R.B.; Moss, A.J.; Case, N. (1992), " Living Alone After Myocardial Infarction. Impact on Prognosis", *Jama*, January 22/29, 267(4), 515-519.
81. Westman, M.; Shirom, E.D.; (1985), "Job stress, cigarette smoking and cessation: the conditioning effects of peer support", *Soc.Sci.Med.*, 20, 637-44
82. Heitzmann, C.A; Kaplan, R.M. (1988)," Assessment of methods for Measuring social support", *Health Psychology*, 7(1) 75-109.
83. O'Reilly P.(1988)," Methodological issues in social support and social network research", *Soc.Sci. Med.*, 26, Nº 8, 863-873.
84. Bujeda, J. (1974), *Manual de Tecnicas de Investigación Social*. Madrid: Graficas Espejo
85. Sellitiz, C.; Jahoda, M.; Deutsch, M.; Cook, S.W. (1965), *Metodos de Investigación en las Relaciones Sociales*, Madrid: Rialp.
86. Felix Requena, Familia
87. Sackett, D.L.(1979)," Bias in analitic research", *J Chronic Dis.*, 32, 51-63.
88. Olsen, O.; Iversen, L.(1991)," Age and Operationalization of social support", *Soc. Sci. Med*, 32, Nº 7, 767-771.
89. Sherbourne, C.D.; Stewart, A.L. (1991),"The Most Social Support Survey ". *Soc.Sci.Med.* 32(6), 705-714.

90. Bengton, V.L.; Mangen, D.J., *Generations, (1988), Families, and Interactions: An Overview of the Research Program*. En Mangen, D.J.; Bengton, V.L.; Landry, P.H. *Measurement of Intergenerational Relations*. London: Sage, 7-10.
91. Hunt, S.M.; McKenna, S.P.; McEwen, J.; Backett, E.M.; Williams, J.; Papp, E. (1980), "A quantitative approach to percive health status: a validation study", *J Epidemiol Commun Health*, 34, 281-286.
92. McDowell, I.; Newell,C. (1987), *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. York, NY: Oxford University Press.
93. Guyatt, G.H.; Fenny, D.H.; Patrick, D.L. (1987)," Measuring health-related quality of life", *J Chronic Dis*, 118, 622-629.
94. Mendola, W.F; Pelligrini, R.V.(1979), " Quality of life and coronary artery bypass surgery patients", *Soc. Sci. Med.*, 13A, 457- 461.
95. Shin, D.C.; Johnson, D.M. (1978)," Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life", *Social Indicators Research*, 5, 475-492.
96. Patterson,W. (1975), "The quality of survival in response to treatment", *Journal of the American Medical Association*, 233, 280-287.
97. Bergner, M.(1989), " Quality of care, health status, and clinical research", *Med Care*, 27, S148-S156.
98. Guyatt, G.; Patrick, D.; Feeny, D.; (1991)," Issues in quality-of-life measurement in clinical trials", *Control Clin Trials*,12, 81S-90S.
99. Wilson, I.B.; Cleary, P.D.; (1995)," Linking Clinical Variables with Health-Related Quality of Life", *Jama*, 273, 59-69.
100. Donabedian A. (1988), " The Quality of Care. How Can it Be Assessed ?", *Jama*, 260, N° 12, 1743-1748.

101. Guttman, L. (1944), "A basis for scaling qualitative data", En Bowling, A. *Measuring Health*, Philadelphia: Open University Press.
102. Bradburn, N.M.; Caplovitz, D.(1969), *The Structure of Psychological Well-being*. Chicago: Aldine Publishing.
103. Dupuy, H.J.; (1978), "Self representations of general psychological well-being of American adults", *Journal of Gerontology*, 28, 479-502.
104. Wiklund, I.; Herlitz, J.; Hjalmarson, A.(1989), "Quality of life five years after myocardial infarction", *Eur Heart J*, 10, 464-472.
105. Ott, C.R.; Sivarajan, E.S.; Newton, K.M. (1983), "A controlled randomized study of early cardiac rehabilitation: the Sickness Impact Profile as an assessment tool", *Heart Lung*, 12, 162-170.
106. Alonso, J.; Antó, J.M.(1990), "The spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity", *Am J Public Health*, 80, 704-708.
107. Hunt, S.M.; McEwan, J.; McKenna, S.P.(1986), *Measuring health status*. London: Croom Helm.
108. Oldridge, N.; Guyatt, G. Jones, N.(1991), "Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction". *Am J Cardiol*, 67, 1084-1089.
109. Wenger, N.K.; Mattson, M.E.; Furberg, C.D.; Elinson, J.(1984)," Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies", *Am J Cardiol*, 54, 908-913.
110. Kaplan, R.M; Bush, J.W.(1982)," Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis", *Health Psychol*, 1, 61-80.

111. Streiner, M.L.; Norman, G.R.(1989), *Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use*, Oxford: Oxford University Press.
112. The EuroQol Group. (1990), "A new facility for the measurement of health-related quality of life", *Health Policy*, 16, 199-208.
113. Velasco, J.A.; del Barrio, V.; Mestre, M.V.; Penas, C.; Ridocci, F. (1993), "Validación de un cuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes postinfarto", *Revista Española de Cardiología*, 46, 552-558.
114. Coll ,P. (1985), "La financiación de los servicios sanitarios. El caso de España.", *JANO* ,656-H:47-59
115. Ministerio de Sanidad y Consumo. (1988), *Salud y Equidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad Y Consumo.
116. Ortún Rubio, V. (1987), " Criterio para la Distribución de Recursos Sanitarios en España", *Gaceta Sanitaria/ Septiembre-Octubre*, 2, 23-29.
117. Manzanera López, R.; Berenguer Maimó, J.; Picas Vidal, J.M.; Guayabens Calvet, J.(1988), " Factors Relacionats amb els Consums Sanitaris de la Població D'Una Mútua D'Afiliació Obligatoria (PANEM) ", *Gaceta Sanitaria*. Marzo-Abril, 2, 35-48.
118. Cabases, J.M. (1985), "La elaboración de la información sobre salud para la planificación sanitaria". Ponencia del Primer Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria. Barcelona: Ministerio de Sanidad y Consumo.
119. Burton, R.M.; Damon, W.W.; Dellinger, D.C. (1978), A conceptual Model for Resource Allocation: The OARS Model. En Burton, R.M.; Damon, W.W.; Dellinger, D.C.; *Multidimensional Functional Assessment: The OARS Methodology*, Durham: Duke University.

120. DHSS. (1976), *Sharing resources for health in England. Report of Resource Allocation Working Party*. London: HMSO, 1976.
121. Kroeger, A. (1933), "Health Interview Surveys in Developing Countries: A review of the methods and results", *Int. Of Epidem*, 12, 465-481.
122. Collins, E.; Klein, R. (1980), "Equity and the NHS: self-reported morbidity, access, and primary care", *Br. Med. J*, 281, 1111-1115.
123. Andersen, R. (1984), "Health status indices and access to medical care", *Am.J.Public Health*, 5, 458-463.
124. White, K. (1985), "Health interviews: why, what, how?", *Wld Health Satat Quart*, 1, 3-14.
125. Alonso, J. Anto, J.M. (1988), "Desigultats de salut a Barcelona", *Gaceta Sanitaria*.18, 4-12
126. Aday, L.; Andersen, R.(1981), "Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overviex", *Med. Care*, 12, 3-27.
127. Bowling, A.; Farquhar, M.; Browne, P. (1991), "Use of Services in Old Age: Data from three surveys of elderly people", *Soc. Sci.Med.*, 33, 6, 689-700.
128. Unidad de Medicina Comunitaria (1990), *Su estructura, características sociodemograficas y recursos sanitarios*, Madrid: Unidad de Medicina Comunitaria, Hospital 12 de Octubre.
129. Centro Especial de Medicina Comunitaria (1989), Area de Salud Hospital "12 de Octubre (Insalud 1984-86)", Madrid: Centro especial de Medicina Comunitaria, Hospital 12 de Octubre.
130. WHO (World Health Organization) Europe (1985), *Health Promotion*. A discussion document on the concepts and principles, Copenhagen: WHO.

131. Garcia Ferrando, M.; Ibañez, J.; Alvira, F. (1986), *El análisis de la realidad social. Metodos y tecnicas de investigación*, Madrid: Alianza Universidad Textos.
132. Paradinas, F. (1969), *Metodología y tecnicas de investigación en ciencias sociales*, Mexico: Siglo Veintiuno Editores.
133. Ministerio de Sanidad y Consumo (1990), *Indicadores de Salud. Información Sanitaria y Epidemiológica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
134. Welin, L.; Tibblin, G.; Svärdsudd, K.; Tibblin, B.; Perciva, S.; Larsoon, B.; Wilhelmsen, L.; (1987), " Social influences on mortality in a prospective population study. The study of men born in 1913 and 1923 ", *Lancet*, 5, 915-918.
135. Thanavaro, S.; Kleiger, R.E.; Province, M.A.; (1982), " Effect of infarct location on the in-hospital prognosis of patients with first transmural myocardial infarction", *Circulación*, 48, 338-45.
136. House J.S.; Landis, K.R.; Umberson, D. (1988), " Social relationship and health", *Science*, 241, 540-544.
137. Hancock, P.; Mangen, D.; Young McChesney, K.Y. (1988), The exchange dimension of solidarity: Measuring Intergenerational Exchange and Functional Solidarity. En Mangen, D.J; Bengtson, V.L.; Landry, P.H. *Measurement of Intergenerational Relations*. London: Sage, 156-186.
138. Bott, E.(1990), *Familia y red social*. Madrid: Taurus Humanidades.
139. Young, M.; Willmott, P.(1975), *La familia simétrica*, Madrid: Tecnos.
140. Coyne, J.C.; Ellard, J.H.; Smith, D.A.(1990). Social support, Interdependence, and the Dilemmas of Helping. En Sarason, B.R.; Sarason, I.G.:

Pierce, G.R.; *Social Support: An Interactional View*. New York: Wiley Interscience, 129-149.

141. Marsden P.V.; Friedkin, N.E. (1994), Network Studies of Social Influence. En Wasserman, S.; Galaskiewicz, J. *Advances in Social Network Analysis*. London: Sage, 3-25.

142. Cicerelli, V.G. (1990), Family Support in Relations to Health Problems of the Elderly. En Brubaker, T. *Family relationships in later life*. London: Sage ,29-48.

143. Rich, M.W.; Bosner, M.S.; Chung, M.K. (1992), "Is age an independent predictor of early and late mortality in patients with acute myocardial infarction?". *Am J Cardiol*, 92, 7-3.

144. Long, J.K.; Mancini, J.A. (1990), Aging Couples and the Family System. En Brubaker, T. *Family relationships in later life*, London: Sage pp. 29-48.

145. Boissevain, J. (1978), *Friends and Friends*, Oxford: Basil Blackwell.

146 .Holmes, T.; Rahe, R. (1967), "The social readjustment rating scale", *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

147. Orth-Gomér, K.; Rosengren, A.; Wilhelmsen, L.(1993), "Lack of Social Support and Incidence of Coronary Heart Disease in Middle-Aged Swedish Men", *Psychosomatic Medicine*, 55, 37-43.

148. Heinemann, G.D.; Evans, P.L. (1990), Widowhood: Loss, change and adaptation. En Brubaker, T. *Family relationships in later life*. London: Sage, pp. 29-28.

149. Beach, E.K.; Maloney, B.H.; Plocica, A.R.; Sherry, S.E. (1992), "The spouse: A factor in recovery after acute myocardial infarction", *Heart and Lung*, 21(1), 30-38.
150. Case, R.B.; Moss, A.J.; Case, N. (1992), "Living Alone After Myocardial Infarction. Impact on Prognosis", *Jama*, January 22/29, 267(4), 515-519.
151. Walker, K.N.; McBride, A.; Vachon, M.L. (1977), "Social support network and the crisis of bereavement". *Soc. Sci. Med.*, 11, 35-41.
152. Alderman, E.E.; Bourassa, M.G.; Cohen, L.S.(1990), "Ten year follow-up of survival and myocardial infarction in the randomized Coronary Artery Surgery Study". *Circulation*, 82, 1629-1649.
153. Campo del, Salustiano, (1995), *Familias: Sociología y política*. Madrid:Complutense
154. Moss, A.J.; Benhorin, J. (1990). "Prognosis and Management after a first myocardial infarction", *N. Engl J Med*, 322, 743-735.
155. Holm, K.; Fink, N. Chritman, N. Reitz, N.(1985), "The cardiac patient and exercise". *Heart and Lung*, 14, 86-593.
156. Blaxter, M.(1983), "The causes of disease: women talking", *Soc. Sci.Med.* 17, 43-56.
157. Lee, G. L. (1992). Gender differences in family caregiving. En Dwyer, J.W. *Gender families and elder care*. London: Sage, pp,120-131.
158. Coe, R..M.(1973), *Sociología de la Medicina*. Madrid: Alianza Universidad
159. Walker, A.J. (1992), Conceptual perspectives on gender and family caregiving. En Dwyer, J.W., Coward, R.T., *Gender families and elder care*. London: Sage, pp, 34-45.

160. Campo, Salustiano del (1982), *La evolución de la familia española en el siglo XX*, Madrid: Alianza.
161. Blake, J.(1989), *Family Size and Achievement*. London: University of California Press.
162. Polaino-Lorente, A. (1987), *Educación para la salud*. Madrid: Herder.
163. Brubaker, T.H., Brubaker, E., (1992). Family Care of the Elderly in the United States. En Kosberg, J.I. *Family Care of the Elderly: Social and Cultural Changes*, London: Sage.
164. Horowitz, A., (1992), Methodological issues in the Study of gender within family caregiving relationships. En Dwyer, J.W., Coward, R.T., *Gender families and elder care*. London: Sage, pp, 133-152.
165. Linares, D. (1995), El reparto de responsabilidad en la familia y los trabajos de la mujer dentro y fuera del hogar. Jornadas por: *Una vejez activa. Grupos de ayuda mutua. Familia vejez. Mitos y realidades cultura, tradiciones y Arte Voluntario*. Informe Técnico. Madrid: Fundación Caja Madrid.
166. Green, L.W. (1977), " Evaluation and measurement: some dilemmas for health education ". *American Journal of Public Health*, 67, 155-61.
167. Lehr U. (1995), Solidaridad entre generaciones: Ayuda no estatal para los mayores. En Boura Ortega, J.C., Rubio Herrera, Ramona., Rodríguez Rodríguez , P., Saez Narro, N., Muñoz Tortosa, Juan., *Las personas mayores dependientes y el apoyo informal*. Ministerio de Asuntos Sociales Inerser. Jaen: Universidad Internacional de Jaen.
168. Shore, B.(1985), Extended Kin as Helping Networks. En Sauer, W.J., Coward, R.T., *Social support networks and the care of the elderly*. New York: Springer, 108-120.

169. Bouladier, C. (1995). Mujer, responsabilidad filial y consecuencias sociosanitarias en el cuidado de las personas mayores. En Boura Ortega, J.C., Rubio Herrera, Ramona., Rodriguez Rodriguez , P., Saez Narro, N., Muñoz Tortosa, Juan., *Las personas mayores dependientes y el apoyo informal* Ministerio de Asuntos Sociales Insero. Jaen: Universidad Internacional de Jaen, 117-139.
170. Hooyman, N.R (1992), Social policy and gender inequities in caregiving. En Dwyer, J.W. *Gender Families and Elder Care*. London :Sage, 181-221.
171. Shanas, E., (1979), “ Social myth as hypothesis: The case of the family relations of older people”, *The Gerontologist*, 19,3-9.
172. Ruberman, W.; Weinblatt, E.; Goldberg, J.D.; Chadhary, B.S.(1984), “ Psychosocial influences on mortality after myocardial infarctio”. *N Engl J Med.*, 311:552-559.
173. Krantz, D.S.(1980), ” Cognitive Processes and recovery from heart attack: a review and theoretical analysis”. *J Human Stress* ; 6:27-38,1980.
174. Powell, L.; Thoresen, C.E.(1985), “ Behavioral and physiologic determinants of long-term prognosis after myocardial infarction”. *J Chron Dis*, 38:253-63.
- 175.Kaplan, G,A.; Salonen, J.T.; Cohen, R.D.; Brand, R.J.; Syme, S.L.; Puska, P.(1988), “Social connections and mortality from all causes and cardiovascular disease:prospective evidence from eastern Finland”. *Am J. Epidemiol.* 128:370-80.1988.
176. Ruberman, W.; Weinblatt, E.; Goldberg, J.D; Chadhary, B.S.(1983), “ Education, psychosocial stress and sudden cardiac death “. *J.Chron.Dis*, 36:151-160.
177. Chaiken, S.; Stangor, C. (1987), “Attitudes and attitude change “. *Annual Review of Psychology*, 38, 575-630.

178. Atkinson, A.B; Townsed, J.L. (1977), " Economics aspects of reduced smoking". *Lancet*, 2, 492-4.
179. Cohen S.(1988), " Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease ". *Health Psychol*, 7:269-97.
180. Draper, P.; Griffiths, J.; Dennis, J.; Popay, J. (1980), " Three types of health education education ", *British Medical Journal*, 218, 493-5.
181. Markowe, H.L.; Marmot, M.G.; Shipley, M.G.; Bulpitt, C.J.; Meade, T.W.; Stirling, Y.(1985), " Fibrinogen: A possible link between social class and coronary heart disease", *Br Med J*; 291:1312- 1314.
182. Nerem, R.M.; Levesque, M.J.; Cornhill, J.F.(1980), " Social environment as a factor in diet-induced atherosclerosis ", *Science*, 208:1475-86.
183. Ajzen, I.;Fishbein, M. (1977), " Attitude behaviour relations: a theoretical analysis and review of empirical research ". *Psychological Bulletin*, 84, 888-918.
184. Syme, S.L.; Berkman, L.F. (1976), " Social class, susceptibility, and sickness", *Am J Epidemiol*, 104:1-14.
185. Waldron, I.; Zyzanski, S.J.; Shekelle, R.B.(1977), " The coronary prone behavior pattern in employed men and women ". *J Hum Stress*, 3,2-18.
186. Soler-Soler, J.; Permanyer-Miralda, G. (1994), "¿ How do changes in lifestyle complement medical treatment in heart failure?". *Heart and Lung (Supplement)*, 3, 87-91.
187. Jenkins, C.D.; Rosenman, R.H.(1979), " Behavioral risk factors in coronary artery disease". *Ann. Rev.Med.*29:543-562.
188. Haynes, S.G.; Feinleib, M.(1982), " Type A behavior and the incidence of coronary heart disease in the Framingham Heart Study ". *Adv.Cardiol.* 29:85-95.

189. Ministerio de Sanidad y Consumo (1990). Información Sanitaria y Epidemiológica. *Indicadores de Salud*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
190. Haynes, S.; Feinleib, M. (1980), " Woman, work and coronary heart disease". *Am J Public Health*; 70:133-41.
191. Miles, A.(1992), *Women Health and Medicine*, Philadelphia:Open University Press.
192. Mangen, D.J. (1988), Measuring intergenerational family relations. En Mangen, D. J.; Bengtson, V.L.; Landry, P.H, *Measurement of Intergenerational Relations*. Beberly Hills, London: SAGE, 3-51.
193. Johnson, J.C. (1994), Antropological contributions to the study of social networks, En Wasserman, S.; Galaskiewicz, J. *Advances in Social Network Analysis*. London: Sage, 113-143.
194. Gronvold, R.L. (1988), Measuring affectual Solidarity En Mangen D. J., Bengtson V.L, Landry P.H., *Measurement of Intergenerational Relations*. Beberly Hills, London: SAGE.
195. Lebovits, B.; Lichter, E. Moses, V.K. (1987), " Personality correlates of coronary heart disease". *Soc.Sci.Med*, 9:207-219.
196. Fisher, C. (1982), " The dispersion of kinship ties in modern society: contemporary data and historical speculation", *Journal of Family History*, 84, 353-374.
197. Scott, J. (1991), Networks and relations. En Scott, J., *Social Network Analisis*. London:Sage, 1-7.

198. Feld, S.L.(1981), " The focused Organization of Social Ties ", *American Journal of Sociology*, 86(5), 1015-1035.
199. Schocken, D.D.; Greene, A.F.(1987), " Effects of Age and Gender on the Relationship Between Anxiety and Coronary Artery Disease", *Psychosomatic Medicine* .49 (2), 45-56.
200. Granovetter, M.S.(1973), " The Strength of Weak Ties", *American Journal of Sociology*, 78(6), 1361-1379.
201. Rodriguez, J.A(1994), *Envejecimiento y familia*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Editorial Siglo XXI
202. Godin, G. (1989), " The effectiveness of interventions in modifying behavioral risk factors of individuals with coronary heart disease ". *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 9, 223-36.
203. Westman, M.; Eden, D.; Shirom, A. (1988), " Job stress, cigarette smoking and cessation:the conditioning effects of peer support". *Soc Sci.Med*, 20, 637-644.
204. Brody,E.(1981), " The woman in the middle and family help to older people". *The Gerontologist*, 21 : 471-480.
205. Scott, L.F. (1982), " The focused Organization of Social Ties". *American Journal of Sociology*, 86 (5) 1015-1035.
206. Sarason, B.R.; Pierce, G.R.; Sarason, I.G.(1990) Social Support: The Sense of Acceptance and the Role of Relationships. En *Social Support: An Interactional View*. EEUU. Wiley Interscience
207. Kamarck, T.W.; Manuck, S.B.; Jennings, J.R. (1990), " Social support reduces cardiovascular reactivity to psychological challenge: A laboratory model ", *Psychosom Med*, 52:42-58.

208. Doreian, P.; Woodard, K.L.(1994), “ Defining and locating cores and boundaries of social networks”, *Social Networks*, 16, 267-293.
209. Mangen, D.J; Miller, R.B. (1988), Measuring Intergenerational Consensus, En Mangen D. J., Bengtson V.L, Landry P.H., *Measurement of Intergenerational Relations*. Beberly Hills, London: SAGE, 98-124.
210. Miller McPherson, J.; Smith-Lovin,L.(1982) “Women and Weak Ties: Differences by Sex in the Size of Voluntary Organizations “, *American Journal Sociology*, 87, 883-903.
211. Krout, J.A.(1985), Relationships Between Informal and Formal Organizational Networks. En Sauer, W.J.; Coward, R.T, *Social Support Networks and the Care of the Elderly*, New York: Springer Publishing Company, 178-196.
212. Bebbington, A.C.(1973), “The function of stress in the establishment of the dualcareer family ”, *Journal of Marriage and the Family* 35:530-537.
- 213 Feldman, H.; Feldman. M.; (1985), *Current Controversies in Marriage and Family*. London:Sage.
214. Beth, B.H.; Beth, B.H.:(1985), Husband and Wife Networks, En Sauer, W.J.; Coward, R.T, *Social Support Networks and the Care of the Elderly*, New York: Springer Publishing Company, 178-196.
215. Crossman, L.; Landon, C.; Barry, C.(1981), “ Older women caring for disabled spouses: A model for supportive services ”, *Gerontolist*, 21, 462-470.
216. Rodriguez, J.A.(1987), Procesos de cambio. En Rodriguez, J.A, *Salud y sociedad*, Madrid:Tecnos, 115-145.

217. Verbrugge, L.(1982), " Marital status and health ". *Journal of Marriage and the Family*, 41, 267-285.

ANEXO 1

Nº PACIENTE _____

**LA INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL EN LA CALIDAD DE
VIDA DE LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE
MIOCARDIO.**

PRIMER PROTOCÓLO

INDICE

A/ HOJA DE CONTACTO

B/ VARIABLES SOCIOECONÓMICAS

C/ CALIDAD DE VIDA

D/ RED SOCIAL/APOYO SOCIAL

E/ USO DE RECURSOS

F/ SALUD PERCIBIDA

*** CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE**

Estimada Sra/Sr:

Con el proposito de mejorar la situación que tanto Usted como los suyos estan padeciendo como consecuencia de padecer un infarto agudo de miocardio.

Se pretende realizar un estudio para conocer las consecuencias que la enfermedad ha tenido sobre Usted y su influencia en la calidad de vida.

Para ello un/una encuestadora se pondra en contacto con ustedes en el hospital para entrevistarles. Posteriormente se les realizara otra entrevista a los seis meses de padecer el infarto de miocardio. Previamente se conectara con ustedes por teléfono.

Le manifestamos que toda la información que nos facilite será confidencial.

Agradecemos de antemano su colaboración. Les saluda atentamente.

Milagros Jiménez Muro

Responsable del estudio

N° _____

Nombre y Apellidos _____

Dirección completa _____

Planta/Hab _____ Fecha 1° Entrev. _____ Fecha 2° Entrev. _____

Hora de comienzo _____ Hora de finalización _____

A. HOJA DE CONTACTO

A.1.- N° de Historia

A.2.- Telefono _____

A.3.- Fecha de ingreso en la UVI _____

A.4.- Fecha de traslado a la planta _____

A.5.- Fecha de alta de la Planta _____

A.6.- Tipo de IAM

Complicado _____ 1 No complicado _____ 2

A.7.- Localización del IAM.

Anterior _____ 1 Lateral _____ 3

Inferior _____ 2 Más de uno _____ 4

Antero/septal _____ 5

A.8.-¿ Ha sido usted operado como consecuencia del IAM?

Si _____ 1 No _____ 0

A.9.- Sexo Hombre _____ 1 Mujer _____ 2

A.10- ¿ En que año nació usted ?. Años _____

A.11-¿ Cual es su estado civil?

Soltero _____ 1 Viudo/a _____ 3

Casado/a _____ 2 Separado o divorciado _____ 4

Nº _____

A.12-¿ Cuanto tiempo hace que tiene ese estado civil?. Años _____

A.13-¿ Cuantas veces ha estado usted casado?. Veces _____

A.14-¿ Como termino su ultimo matrimonio?.

Divorciado	_____ 1	No contesta	_____ 97
Viudo	_____ 2	No sabe	_____ 98
Continua casado	_____ 3	No procede	_____ 99

B. VARIABLES SOCIO-ECONOMICAS

* Le agradecemos sinceramente que haya aceptado contestar a este cuestionario, y le manifestamos que toda la información que nos facilite será confidencial. Para empezar necesitaremos conocer algunos datos personales.

B.1- ¿ Cuantas personas viven con usted en su casa?
 _____ personas

B.2-¿Me puede decir quienes son y que relación tiene con ellas?.

2.a) Vinculo 2.b)sexo 2.c)edad 2.d)estado civil

1	-----	----	-----	-----
2	-----	----	-----	-----
3	-----	----	-----	-----
4	-----	----	-----	-----
5	-----	----	-----	-----
6	-----	----	-----	-----

Codigos			
Vinculo	sexo	Fecha de nacim.	estado civil
1-Esposo/a	1-hombre		1-soltero
2-Hijo/a	2-mujer		2-casado
3-hermano/a			3-divorciado/a
4-nieto/a			4-viudo/a
5-Familiar			
6-sobrino/a			
7-amigo/a			
8-Otro			

Nº _____

B.3.-¿Quien es el propietario del piso donde usted vive ?.

1 ___ Usted mismo 4 ___ Un amigo 97 ___ No contesta
 2 ___ Hijo/a 5 ___ Otros 98 ___ No sabe
 3 ___ Otro familiar

B.4.-¿ Paga usted alquiler?.

1 ___ Si 0 ___ No No contesta ___ 97

¿ Podria decirme usted cual de las siguientes comodidas tiene su hogar?.

B.5.-¿ Tiene usted agua caliente? Si ___ 1 No ___ 0
 B.6.-¿ Tiene usted ducha?. Si ___ 1 No ___ 0
 B.7.-¿ Tiene usted bañera?. Si ___ 1 No ___ 0
 B.8.-¿ Tiene usted gas?. Si ___ 1 No ___ 0
 B.9.-¿ Tiene usted teléfono? Si ___ 1 No ___ 0
 B.10.¿ Tiene usted radio? Si ___ 1 No ___ 0
 B.11.¿ Tiene usted TV?. Si ___ 1 No ___ 0
 B.12.¿ Tiene usted video? Si ___ 1 No ___ 0
 B.13.¿ Tiene usted coche? Si ___ 1 No ___ 0
 B.14.¿ Tiene usted ascensor? Si ___ 1 No ___ 0
 B.15.¿ Tiene usted calefacción
 en toda la casa? Si ___ 1 No ___ 0

B.16.-¿ Cuales son los estudios de mayor grado que ha realizado usted?.

1 ___ ninguno 4 ___ estudios secundarios
 2 ___ primaria incompleta 5 ___ estudios universitarios
 3 ___ primaria completa 98 ___ no sabe.

B.17.-¿ Sabe usted leer y escribir?.

1 ___ No sabe leer ni escribir 3 ___ si, sabe leer y escribir
 2 ___ sabe leer pero no escribir 98 ___ no sabe

B.18.-¿ Cual de estas profesiones ha ejercido usted durante mas tiempo?. Apuntar la profesion.

1 ___ No cualificado
 2 ___ Obrero cualificado(cuello azul)
 3 ___ Oficinista, camarero-a, dependiente-a(cuello-blanco)
 4 ___ Profesion de estudios medios. Pequeños empresarios-as.
 5 ___ Profesion estudios superiores. Similares.

Nº _____

B.19.-Cual es su actividad laboral principal en la actualidad.

1 ___ Trabaja 3 ___ En paro 5 ___ Otros
2 ___ Jubilado/retirado 4 ___ Sus labores

B.20-¿ En caso de estar casado/a ¿ Que profesion ha ejercido su pareja durante más tiempo?.

(En caso de ama de casa, anotar la profesión del marido o cabeza de familia).

Profesión _____

B.21-¿ A cuanto ascienden sus ingresos mensuales propios?.

1 ___ ninguno 7 ___ entre 70.000 y 90.000
2 ___ menos de 20.000 pts 8 ___ entre 90.000 y 150.000
3 ___ entre 20.000 y 30.000 pts. 9 ___ entre 150.000 y 200.000
4 ___ entre 30.000 y 40.000 pts. 10 ___ mas de 200.000 pts.
5 ___ entre 40.000 y 50.000 pts. 97 ___ no contesta
6 ___ entre 50.000 y 70.000 pts. 98 ___ no sabe

B.22- ¿ De donde proceden estos ingresos?.

1 ___ Rentas 4 ___ Trabajo personal
2 ___ Ayuda familiar 5 ___ Del paro
3 ___ Pensiones 6 ___ Otras fuentes

Nº _____

C. CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE POSTINFARTADO (Velasco del Barrio)

SALUD.

C.1-¿ Tiene dolor en el pecho?.

Nunca ___ 1 Casi siempre ___ 4
Muy pocas veces ___ 2 Siempre ___ 5
Algunas veces ___ 3

C.2-¿ Tiene fatiga o nota que respira mal?.

Nunca ___ 1 Casi siempre ___ 4
Muy pocas veces ___ 2 Siempre ___ 5
Algunas veces ___ 3

C.3-¿ Se siente más cansado que antes?.

Nunca ___ 1 Casi siempre ___ 4
Muy pocas veces ___ 2 Siempre ___ 5
Algunas veces ___ 3

C.4-¿ Le cuesta levantarse por las mañanas?.

Nunca ___ 1 Casi siempre ___ 4
Muy pocas veces ___ 2 Siempre ___ 5
Algunas veces ___ 3

C.5-¿ Toma usted demasiados medicamentos?.

Nunca ___ 1 Casi siempre ___ 4
Muy pocas veces ___ 2 Siempre ___ 5
Algunas veces ___ 3

C.6-¿ Le cuesta seguir el regimen de alimentos?.

Nunca ___ 1 Casi siempre ___ 4
Muy pocas veces ___ 2 Siempre ___ 5
Algunas veces ___ 3

Nº _____

C.7-¿ Echa de menos el fumar?.(No contabilizar a los que nunca fumaron).

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5
Algunas veces	___ 3		

C.8-¿ Se siente inseguro acerca de cuanto ejercicio puede hacer?.

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5
Algunas veces	___ 3		

SUEÑO Y DESCANSO.

C.9-¿ Le apetece descansar durante la mayor parte del día?.

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5
Algunas veces	___ 3		

C.10-¿ Cuando se sienta da usted más cabezadas que antes?.

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5
Algunas veces	___ 3		

C.11-¿ Duerme peor que antes?

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5
Algunas veces	___ 3		

COMPORTAMIENTO EMOCIONAL

C.12-¿Ríe o llora de repente, sin motivo?

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5
Algunas veces	___ 3		

C.13-¿Reacciona de forma nerviosa o inquieta?

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5
Algunas veces	___ 3		

Nº _____

C.14-¿Reacciona de forma irritable o impaciente consigo mismo-a?.

Nunca ___ 1 Casi siempre ___ 4
 Muy pocas veces ___ 2 Siempre ___ 5
 Algunas veces ___ 3

C.15-¿ Siente miedo a morirse?.

Nunca ___ 1 Casi siempre ___ 4
 Muy pocas veces ___ 2 Siempre ___ 5
 Algunas veces ___ 3

C.16-¿Se siente una carga para la familia, se siente inútil?.

Nunca ___ 1 Casi siempre ___ 4
 Muy pocas veces ___ 2 Siempre ___ 5
 Algunas veces ___ 3

C.17-¿ Hace usted planes para su futuro?

Nunca ___ 1 Casi siempre ___ 4
 Muy pocas veces ___ 2 Siempre ___ 5
 Algunas veces ___ 3

MOVILIDAD.

C.18-¿Ha dejado de ocuparse de cualquier tema de la casa, como llevar las cuentas, ir al banco etc?.

Nunca ___ 1 Casi siempre ___ 4
 Muy pocas veces ___ 2 Siempre ___ 5
 Algunas veces ___ 3

C.19-¿Le da miedo conducir el coche?.

Nunca ___ 1 Casi siempre ___ 4
 Muy pocas veces ___ 2 Siempre ___ 5
 Algunas veces ___ 3

C.20-¿Se queda la mayoría del tiempo en casa?.

Nunca ___ 1 Casi siempre ___ 4
 Muy pocas veces ___ 2 Siempre ___ 5
 Algunas veces ___ 3

Nº _____

C.21-¿Ha reducido sus salidas lejos de casa?.

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5
Algunas veces	___ 3		

C.22-¿Ahora camina distancias cortas?.

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5
Algunas veces	___ 3		

C.23-¿Sube usted escaleras?.

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5
Algunas veces	___ 3		

RELACIONES SOCIALES.

C.24-¿ Tiene ahora menos relaciones con otras personas?.

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5
Algunas veces	___ 3		

C.25-¿Ha descendido su actividad sexual a causa del problema cardiaco?.

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5
Algunas veces	___ 3		

C.26-¿Reacciona desagradablemente con su familia?.

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5
Algunas veces	___ 3		

C.27-¿Se aísla lo más que puede de su mujer y sus hijos?.

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5

Nº _____

C.28-¿Encuentra exagerados los cuidados de su familia?.

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5
Algunas veces	___ 3		

C.29-Se siente abandonado por todos?.

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5
Algunas veces	___ 3		

C.30-¿El dinero es insuficiente para cubrir las necesidades básicas?.

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5
Algunas veces	___ 3		

C.31-¿El dinero es insuficiente para cubrir los gastos extras?.

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5
Algunas veces	___ 3		

COMPORTAMIENTO DE ALERTA.

C.32-¿Reacciona lentamente ante las cosas que se dicen o hacen?.

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5
Algunas veces	___ 3		

C.33-¿Tiene dificultades para razonar?.

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5
Algunas veces	___ 3		

C.34-¿Olvida muchas cosas recientes, por ejemplo donde ha puesto algo, los nombres etc?.

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5
Algunas veces	___ 3		

Nº _____

COMUNICACION.

C.35-¿Se encuentra menos afectivo o comunicativo?

Nunca ___ 1 Casi siempre ___ 4
 Muy pocas veces ___ 2 Siempre ___ 5
 Algunas veces ___ 3

C.36-¿Tiene que esforzarse para mantener una conversación ?.

Nunca ___ 1 Casi siempre ___ 4
 Muy pocas veces ___ 2 Siempre ___ 5
 Algunas veces ___ 3

C.37-¿Se le entiende con dificultad?.

Nunca ___ 1 Casi siempre ___ 4
 Muy pocas veces ___ 2 Siempre ___ 5
 Algunas veces ___ 3

C.38-¿Mantiene menos conversaciones telefónicas que antes?.

Nunca ___ 1 Casi siempre ___ 4
 Muy pocas veces ___ 2 Siempre ___ 5
 Algunas veces ___ 3

TIEMPO DE OCIO Y TRABAJO.

C.39-¿ Se dedica ahora más a pasatiempos pasivos que a actividades físicas ?.

Nunca ___ 1 Casi siempre ___ 4
 Muy pocas veces ___ 2 Siempre ___ 5
 Algunas veces ___ 3

C.40-¿ Le resulta ahora más difícil entretenerse o divertirme?.

Nunca ___ 1 Casi siempre ___ 4
 Muy pocas veces ___ 2 Siempre ___ 5
 Algunas veces ___ 3

C.41-¿ Trabaja usted en algo?. Los jubilados o amas de casa se debe hacer extensivos a una actividad no remunerativa.

Nunca ___ 1 Casi siempre ___ 4
 Muy pocas veces ___ 2 Siempre ___ 5
 Algunas veces ___ 3

Nº _____

C.42-¿ Trabaja ahora menos horas que antes o hace trabajos más ligeros ?.

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5
Algunas veces	___ 3		

C.43-¿Desea un trabajo distinto al que tiene?.

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5
Algunas veces	___ 3		

C.44-¿Desea no volver a trabajar?

Nunca	___ 1	Casi siempre	___ 4
Muy pocas veces	___ 2	Siempre	___ 5
Algunas veces	___ 3		

Nº _____

D. APOYO SOCIAL. RED SOCIAL

Ahora le voy hacer algunas preguntas sobre sus relaciones con los demas. Vamos a empezar por su familia.

HIJOS

D.1-¿ Cuantos hijos-as(vivos) tiene usted(incluyendo adoptados)?. Si no tiene hijos vaya a la pregunta C.22.

Hijos _____ Nº
 No contesta _____ 97 No sabe _____ 98

D.2-¿ Cuantos hijos (varones) estan viviendo con usted?.

Hijos _____ Nº No sabe _____ 98
 No contesta _____ 97 No procede _____ 99

D.3-¿ Cuantas hijas (mujeres) estan viviendo con usted ?

Mujeres _____ Nº No sabe _____ 98
 No contesta _____ 97 No procede _____ 99

D.4-¿ Cuanto tiempo (minutos) tarda en llegar a la casa del más cercano de sus hijos-as ?

Minutos _____ No sabe _____ 98
 No contesta _____ 97 No procede _____ 99

D.5-¿ Cuantos de sus hijos-as viven fuera de su ciudad?.

Hijos-as _____ No sabe _____ 98
 No contesta _____ 97 No procede _____ 99

D.6-¿ A cuantos de sus hijos-as ve al menos una vez a la semana?.

Hijos-as _____ No sabe _____ 98
 No contesta _____ 97 No procede _____ 99

D.7-¿ De los otros?. A cuantos de ellos ve al menos una vez al mes?.

Hijos-as _____ No sabe _____ 98
 No contesta _____ 97 No procede _____ 99

Nº _____

D.8-¿ Con cuantos de ellos (hijos-as) habla usted por telefono al menos una vez al mes?.

Hijos-as _____ No sabe ____ 98
 No contesta ____ 97 No procede ____ 99

D.9-¿ Le gustaria ver a sus hijos-as más a menudo o lo mismo que ahora?.

Mas a menudo ____ 1 No contesta ____ 97
 Lo mismo ____ 2 No sabe ____ 98
 Menos a menudo ____ 3 No procede ____ 99

D.10-¿ Con cuantos de sus hijos cree usted que tiene una relación muy buena?.

Hijos-as _____ No sabe ____ 98
 No contesta ____ 97 No procede ____ 99

D.11-¿ Con cuantos de sus hijos cree usted que no tiene una relación muy buena?.

Hijos-as _____ No sabe ____ 98
 No contesta ____ 97 No procede ____ 99

D.12-¿ Con que frecuencia sus hijos-as le hacen sentirse querido/a y cuidado/a?.

Nunca ____ 1 Con frecuencia ____ 3
 A veces ____ 2 Siempre ____ 4

D.13-¿ Con que frecuencia siente que sus hijos-as se preocupan de lo que le sucede?.

Nunca ____ 1 Con frecuencia ____ 3
 A veces ____ 2 Siempre ____ 4

D.14-¿ Con que frecuencia siente que sus hijos-as le reprochan lo que hace?.

Nunca ____ 1 Con frecuencia ____ 3
 A veces ____ 2 Siempre ____ 4

D.15-En general, ¿Como esta usted de satisfecho de su relación con sus hijos-as?.

Muy satisfecho ____ 1 Algo ____ 3
 Bastante satisfecho ____ 2 Nada ____ 4

NIETOS

D.16-En general, aparte de sus hijos,¿ Cuantos nietos tiene usted?. Si no tiene nietos pase a la pregunta C.22

nietos ____ Nº No sabe ____ 98
 No contesta ____ 97

N° _____

D.17-¿ Cuanto tiempo tarda(minutos) en llegar a la casa de sus nietos-as mas cercano ?.

Minutos _____	No sabe _____ 98
No contesta _____ 97	No procede _____ 99

D.18-¿ Cuantos nietos-as viven fuera de su ciudad?.

Nietos-as _____ N°	No sabe _____ 98
No contesta _____ 97	No procede _____ 99

D.19-¿ A cuantos de sus nietos-as ve al menos una vez a la semana?.

Nietos-as _____ N°	No sabe _____ 98
No contesta _____ 97	No procede _____ 99

D.20-¿ De los otros?. A cuantos de ellos ve al menos una vez al mes?

Nietos-as _____ N°	No sabe _____ 98
No contesta _____ 97	No procede _____ 99

D.21-¿ Con cuantos de ellos habla usted por telefono al menos una vez al mes?.

Nietos-as _____ N°	No sabe _____ 98
No contesta _____ 97	No procede _____ 99

HERMANOS

D.22-¿ Cuantos hermanos(vivos) tiene usted ?. Si no tiene hermanos vaya a la pregunta C.41

Hermanos _____ N°	No sabe _____ 98
No contesta _____ 97	

C.23-¿ Cuanto tiempo tarda(minutos) en llegar a la casa de sus hermanos-as mas cercano?.

Minutos _____	No sabe _____ 98
No contesta _____ 97	No procede _____ 99

D.24-¿ Cuantos de sus hermanos-as viven fuera de su ciudad?.

Hermanos-as _____ N°	No sabe _____ 98
No contesta _____ 97	No procede _____ 99

Nº _____

D.25-¿ A cuantas de sus hermanos-as ve al menos una vez a la semana?.

Hermanos-as _____ Nº No sabe _____ 98
 No contesta _____ 97 No procede _____ 99

D.26-¿ De los otros?. Cuantos de ellos ve al menos una vez al mes?.

Hermanos-as _____ Nº No sabe _____ 98
 No contesta _____ 97 No procede _____ 99

D.27-¿ Con cuantos de ellos habla usted por telefono al menos una vez al mes?.

Hermanos-as _____ Nº No sabe _____ 98
 No contesta _____ 97 No procede _____ 99

SOBRINOS

D.28-¿ Cuantos sobrinos (vivos) tiene usted ?. Si no tiene sobrinos vaya a la pregunta C.41

sobrinos-as _____ Nº No sabe _____ 98
 No contesta _____ 97

D.29-¿ Cuanto tiempo tarda(minutos) en llegar a la casa de sus sobrinos-as mas cercano ?.

Minutos _____ No sabe _____ 98
 No contesta _____ 97 No procede _____ 99

D.30-¿ Cuantos de sus sobrinos-as viven fuera de su ciudad?.

sobrinos-as _____ Nº No sabe _____ 98
 No contesta _____ 97 No procede _____ 99

D.31-¿ A cuantos de sus sobrinos-as ve al menos una vez a la semana?.

Sobrinos-as _____ Nº No sabe _____ 98
 No contesta _____ 97 No procede _____ 99

D.32-¿ De los otros?. Cuantos de ellos ve al menos una vez al mes?.

Sobrinos-as _____ Nº No sabe _____ 98
 No contesta _____ 97 No procede _____ 99

Nº _____

D.33-¿ Con cuantos de ellos habla usted por telefono al menos una vez al mes?.

Sobrinos-as	_____ N°	No sabe	_____ 98
No contesta	_____ 97	No procede	_____ 99

D.34- ¿ Le gustaria ver a sus hermanos-as, nietos-as, sobrinos-as más a menudo o lo mismo que ahora?.

Mas a menudo	_____ 1	No contesta	_____ 97
Lo mismo	_____ 2	No sabe	_____ 98
Menos a menudo	_____ 3	No procede	_____ 99

D.35-¿ Con cuantos de sus nietos-as, hermanos-as, sobrinos-as cree usted que tiene una relación muy buena?.

Familiares	_____ n°	No sabe	_____ 98
No contesta	_____ 97	No procede	_____ 99

D.36-¿ Con cuantos de sus nietos-as, hermanos-as, sobrinos-as cree usted que no tiene una relación muy buena?.

Familiares	_____ n°	No sabe	_____ 98
No contesta	_____ 97	No procede	_____ 99

D.37-¿ Con que frecuencia sus nietos-as, hermanos-as, sobrinos-as le hacen sentirse querido/a y cuidado/a?.

Nunca	_____ 1	Con frecuencia	_____ 3
A veces	_____ 2	Siempre	_____ 4

D.38-¿ Con que frecuencia siente que sus nietos-as, hermanos-as y sobrinos-as se preocupan de lo que le sucede?.

Nunca	_____ 1	Con frecuencia	_____ 3
A veces	_____ 2	Siempre	_____ 4

D.39-¿ Con que frecuencia siente que sus nietos-as, hermanos-as y sobrinos-as le reprochan lo que hace?.

Nunca	_____ 1	Con frecuencia	_____ 3
A veces	_____ 2	Siempre	_____ 4

D.40- En general, ¿ Como esta usted de satisfecho de su relación con sus nietos-as, hermanos-as y sobrinos-as?.

Muy satisfecho	_____ 1	Algo	_____ 3
Bastante	_____ 2	Nada	_____ 4

Nº _____

AMIGOS. Ahora le voy a preguntar sobre sus amistades.

D.41- ¿ Cuantos amigos tiene usted, personas con las que se siente bién, puede hablarles de cosas que le interesan o puede llamarles para que le ayuden ?.

Si no tiene amigos vaya a la pregunta C.50.

Amigos _____ Nº No sabe _____ 98
No contesta _____ 97

D.42-¿ Cuantos de ellos son mujeres ?

Mujeres _____ Nº No sabe _____ 98
No contesta _____ 97 No procede _____ 99

D.43-¿ Cuantos de ellos son hombres ?

Hombres _____ Nº No sabe _____ 98
No contesta _____ 97 No procede _____ 99

D.44-¿ Cuanto tiempo tarda(minutos) en llegar a la casa de sus amigos-as mas cercano ?.

Minutos _____ No sabe _____ 98
No contesta _____ 97 No procede _____ 99

D.45-¿ A cuantos de sus amigos-as ve al menos una vez a la semana?.

Amigos-as _____ Nº No sabe _____ 98
No contesta _____ 97 No procede _____ 99

D.46-¿ De los otros?. A cuantos de ellos ve al menos una vez al mes?.

Amigos-as _____ Nº No sabe _____ 98
No contesta _____ 97 No procede _____ 99

D.47-¿ Con cuantos de ellos habla usted por telefono al menos una vez al mes?

Amigos-as _____ Nº No sabe _____ 98
No contesta _____ 97 No procede _____ 99

D.48-¿ Tiene usted alguna persona especial que usted se sienta muy cerca, que puede intimidar, alguien con quién usted pueda compartir confidencias y sentimientos, alguien en quién usted sienta que puede confiar sus preocupaciones ?.

No necesita ayuda _____ 96
Si _____ 1 No contesta _____ 97
No _____ 0 No sabe _____ 98

Nº _____

D.49-¿ Que relación tiene con usted esa persona?.

Esposo/a	___ 1	Vecinos	___ 7
Hija	___ 2	Compañeros	___ 8
Hijo	___ 3	No contesta	___ 97
Familiar(mujer)	___ 4	No sabe	___ 98
Familiar(hombre)	___ 5	No procede	___ 99
Amigos-as	___ 6		

D.50-Cuando usted necesita ayuda (extra)? ¿ Puede usted contar con alguien para que le ayude en ciertas actividades como por ejemplo ir al banco, dar un paseo, llevar el coche al garaje, en su caso seguir el régimen, recordarle las pastillas que debe tomar, prestarle ayuda cuando esta en un apuro (ir de compras supermercado, limpiar la casa,cocinar, telefonar, pintar la casa, arreglar el cuarto de baño) ?.

Si	___ 1	No necesita ayuda	___ 96
No	___ 0	No contesta	___ 97
		No sabe	___ 98

D.51-¿ Quién ha sido la persona que más le ha ayudado en las actividades mencionadas anteriormente en los últimos seis meses(3 y 6 meses). Puede mencionar uno o dos.

Esposo/a	_____ 1	Amigos-as	_____ 7
Hija	_____ 2	Compañero-a de trabajo	___ 8
Hijo	_____ 3	No contesta	_____ 97
Otro familiar(mujer)	___ 4	No sabe	_____ 98
Otro familiar(hombre)	___ 5	No procede	_____ 99
Vecinos-as	_____ 6		

D.52- ¿ Pudo haber necesitado mas ayuda en las actividades mencionadas de la que recibió?(en los últimos seis meses).

Mucha mas ayuda	_____ 1	Adecuada ayuda	___ 4
Algo mas ayuda	_____ 2	No contesta	_____ 97
Un poco mas ayuda-	___ 3	No sabe	_____ 98
		No procede	_____ 99

D.53-¿ Puede usted contar con alguien que (apoyo emocional) pueda hablar, contar sus cosas con con confianza . Es decir que pueda desahogarse que le escuche cuando usted necesita hablar de sus problemas, que le ayude cuando usted necesite tomar alguna decisión difícil ?.

Si	___ 1	No necesita ayuda	___ 96
No	___ 0	No contesta	___ 97
		No sabe	___ 98

Nº _____

D.54-¿ En los últimos seis meses(seis meses) quién ha sido la persona que más le ha escuchado cuando necesita hablar de sus preocupaciones y problemas?.

Esposo/a	___ 1	Otro familiar(hombre)	___ 7
Hija	___ 2	Amiga	___ 8
Hijo	___ 3	Amigo	___ 9
Hermana	___ 4	No contesta	___ 97
Hermano	___ 5	No sabe	___ 98
Otro familiar(mujer)	___ 6	No procede	___ 99

D.55-¿ Pudo haber necesitado mas soporte emocional(mas desahogo). Es decir más demostración de afecto, cariño que el que recibió en los últimos seis meses ?.(ultimo año,3 y 6 meses).

1	___ Mucho mas	97	___ No contesta
2	___ Algo mas	98	___ No sabe
3	___ Un poco mas	99	___ No procede
4	___ No necesito		

ESPOSA

D.56-¿ Con que frecuencia su esposa/o le hace sentirse querido/a y cuidado/a?.

Nunca	___ 1	Con frecuencia	___ 3
A veces	___ 2	Siempre	___ 4

C.57-¿ Con que frecuencia le escucha su esposa/o cuando necesita hablar de sus preocupaciones o problemas?.

Nunca	___ 1	Con frecuencia	___ 3
A veces	___ 2	Siempre	___ 4

D.58-¿ Con que frecuencia siente que su esposa le reprocha lo que hace?.

Nunca	___ 1	Con frecuencia	___ 3
A veces	___ 2	Siempre	___ 4

D.59¿ Con que frecuencia ayuda usted a su esposa-o ?.

Nunca	___ 1	Con frecuencia	___ 3
A veces	___ 2	Siempre	___ 4

Nº _____

D.60-¿ Con que frecuencia siente que tiene usted un papel importante para su esposa?.

Nunca ___ 1 Con frecuencia ___ 3
A veces ___ 2 Siempre ___ 4

D.61-En general, ¿Como esta usted de satisfecho de su relación con su esposa?.

Muy satisfecho _____ 1 Algo _____ 3
Bastante satisfecho _____ 2 Nada _____ 4

Nº _____

E. USO DE RECURSOS SANITARIOS

*Ahora le preguntare sobre el uso de servicios sanitarios que ha hecho usted durante los seis últimos meses.

E.1- ¿ Cual o cuales de las siguientes formas de seguro sanitario cubre su asistencia médica?.

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1__ Seguridad Social | 3__ Mutualidad obligatoria de la Adm. |
| 2__ Seguro o mutua privada Públ | 4__ Otros |

E.2- ¿ A donde acude Ud, cuando necesita asistencia?.

- | | |
|---------------------------------|----------------------|
| 1__ Centro salud/ Ambulatorio | 3__ Consulta Privada |
| 2__ Consulta de sociedad médica | 4__ Otros |

Ahora le voy a preguntar sobre servicios sanitarios utilizados en el último año(después a los tres meses).

E.3-¿ Cuantas veces ha ido a visitar al medico General en el ultimo año ?.

- | | |
|---------------|----------------------------|
| 0__ Ninguna | 3__ Tres veces |
| 1__ Una vez | 4__ Cuatro y mas de cuatro |
| 2__ Dos veces | |

E.4. ¿ Cuantas veces ha ido el medico general a su casa en el ultimo año?.

- | | |
|---------------|----------------------------|
| 0__ Ninguna | 3__ Tres veces |
| 1__ Una vez | 4__ Cuatro y mas de cuatro |
| 2__ Dos veces | |

E.5- ¿ Cuantas veces ha ido a visitar al oculista en el ultimo año?.

- | | |
|---------------|----------------------------|
| 0__ Ninguna | 3__ Tres veces |
| 1__ Una vez | 4__ Cuatro y mas de cuatro |
| 2__ Dos veces | |

E.6- ¿ Cuantas veces ha ido al dentista en el ultimo año?.

- | | |
|---------------|----------------------------|
| 0__ Ninguna | 3__ Tres veces |
| 1__ Una vez | 4__ Cuatro y mas de cuatro |
| 2__ Dos veces | |

Nº _____

E.7- ¿ Cuantas veces ha ido ha otros especialistas en el ultimo año?.

- | | |
|---------------|----------------------------|
| 0__ Ninguna | 3__ Tres veces |
| 1__ Una vez | 4__ Cuatro y más de cuatro |
| 2__ Dos veces | |

E.8- ¿ Cuantas veces ha ido a urgencias de ambulatorios en el ultimo año?.

- | | |
|---------------|----------------------------|
| 0__ Ninguna | 3__ Tres veces |
| 1__ Una vez | 4__ Cuatro y más de cuatro |
| 2__ Dos veces | |

E.9- ¿ Cuantas veces ha ido a urgencias de un hospital en el ultimo año?.

- | | |
|---------------|----------------------------|
| 0__ Ninguna | 3__ Tres veces |
| 1__ Una vez | 4__ Cuatro y más de cuatro |
| 2__ Dos veces | |

E.10- ¿ Cuantas veces ha ingresado en algún hospital en el ultimo año ?.

- | | |
|---------------|----------------------------|
| 0__ Ninguna | 3__ Tres veces |
| 1__ Una vez | 4__ Cuatro y más de cuatro |
| 2__ Dos veces | |

E.11- ¿ Cuantas veces ha utilizado la ambulancia en el ultimo año?.

- | | |
|---------------|----------------------------|
| 0__ Ninguna | 3__ Tres veces |
| 1__ Una vez | 4__ Cuatro y más de cuatro |
| 2__ Dos veces | |

E.12-¿Cuantas veces ha utilizado los servicios de rehabilitación en el ultimo año?.

- | | |
|---------------|----------------------------|
| 0__ Ninguna | 3__ Tres veces |
| 1__ Una vez | 4__ Cuatro y más de cuatro |
| 2__ Dos veces | |

E.13-¿ Ha ido alguna enfermera a su casa?¿ Despues de una hospitalización ?

- | | |
|---------------|--------------------------|
| 0__ Ninguna | 3__ Tres veces |
| 1__ Una vez | 4__ Cuatro más de cuatro |
| 2__ Dos veces | |

E.14- ¿ Cuando tiene un problema de salud con quien lo habla?.

- | | |
|--------------|--------------------------|
| 1__ Esposa/o | 5__ Un vecino |
| 2__ Hija | 6__ Otra persona |
| 3__ Hijo | 7__ Otro miembro familia |
| 4__ Un amigo | 8__ Nadie |

Nº _____

E.15- ¿ Cuando se siente enfermo/a a quién acude ?.

- | | |
|------------------|---------------|
| 1__ Médico | 5__ Naturista |
| 2__ Enfermera | 6__ Homeopata |
| 3__ Farmaceutico | 7__ Otros |
| 4__ Curandero | |

* Las preguntas siguientes se refieren al consumo de medicamentos del ultimo año.

E.16.-¿ Toma usted pastillas ?

Si__1 No__0

E.17.-¿ Toma usted jarabes?.

Si__1 No__0

E.18.-¿ Le estan poniendo inyecciones?.

Si__1 No__0

E.19.-¿ Se da usted pomadas?.

Si__1 No__0

E.20.- ¿ En los últimos seis meses le han hecho alguna prueba especial?.

** Se incluirán una lista de medicamentos para el infarto en la tercera evaluación.

E.21.- ¿ En los últimos seis meses le han hecho alguna prueba especial?.

- | | |
|------------------------|------------------------|
| 1__ RX | 5__ Prueba de esfuerzo |
| 2__ Análisis | 6__ Coronografía |
| 3__ Ecocardiograma | 7__ Otras |
| 4__ Electrocardiograma | 8__ Ninguna |
| | 9__ Mas de tres |

F.SALUD PERCIBIDA.

F.1.-¿ Como diria que es su salud en general: Muy buena, buena, regular, mala o muy mala?.

- | | |
|---------------|-------------|
| 1__ Muy buena | 3__ Regular |
| 2__ Buena | 4__ Mala |

F.2.- ¿ En qué medida cree usted que tiene resistencia natural a las enfermedades?.

- | | |
|---------------|-------------|
| 1__ Muy buena | 3__ Regular |
| 2__ Buena | 4__ Mala |

Nº _____

F.3.- ¿ Necesita usted tomar medidas especiales para no caer enfermo?.

1 ___ Muchas 3 ___ Alguna
2 ___ Bastantes 4 ___ Ninguna

F.4.- ¿ En que medida cree usted que se contagia facilmente?.

1 ___ Muchas 3 ___ Alguna
2 ___ Bastantes 4 ___ Ninguna

F.5.-¿ Cree usted que ha habido algún suceso importante en su vida que ha contribuido al desarrollo de la actual enfermedad ?.

1 ___ Si 0 ___ No

F.6.-¿Podria decirme cual de estos hechos estan relacionados con el desarrollo de su actual enfermedad?.

1 ___ Muerte de un familiar	5 ___ Problemas economicos
2 ___ Jubilación	6 ___ Otros
3 ___ Estrés laboral	7 ___ Ninguno
4 ___ Problemas familiares	8 ___ Problemas familiares/economicos

EPIGRAFE 1: TABLAS.

En este epígrafe se presentan las tablas correspondientes a las figuras mostradas en el texto. En cada una de las tablas se indica el número del gráfico correspondiente.

TABLA 1: SEXO (FIGURA 1).

F.A. (%)
Mujeres 26 (16,7%)
Varones 129 (83,2%)
Total 155

TABLA 2: EDAD (No se muestra en texto).

EDAD	X S.D. INTERVALO
Edad	60,6+/-9,6 36-75

TABLA 2/EDAD/ DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS (FIGURA 2).

GRUPOS/EDAD	TOTAL F.A.(%)	HOMBRES F.A.(%)	MUJERES F.A.(%)
35-45	13 (8,3%)	11 (8,5%)	2 (7,6%)
46-55	34 (21,9%)	32 (24,8%)	2 (7,6%)
56-65	52 (33,5%)	46 (35,6%)	6 (23,0%)
66-75	56 (36,1%)	40 (31,0%)	16 (61,5%)

TABLA 3: ESTADO CIVIL (FIGURA 3).

	TOTAL	VARONES	MUJERES
	F.A.(%)	F.A.(%)	F.A.(%)
Casados	134 (86,4%)	117 (90,6%)	17 (65,3%)
Viudos	11(7,0%)	5 (3,8%)	6 (23%)
Solteros	8 (5,1%)	6 (3,8%)	3 (11,5%)
Separados	2 (1,2%)	--	--

TABLA 4: LOCALIZACION DEL IAM (FIGURA 4).

LOCAL/IAM	TOTAL	VARONES	MUJERES
	F.A.(%)	F.A.(%)	F.A.(%)
Anterior	22 (14,1%)	16 (12,4%)	6 (23%)
Inferior	62 (40%)	32 (24,8%)	10 (38,4%)
Lateral	10 (6,4%)	9 (6,9%)	1(3,8%)
Mas de uno	49 (31,6%)	41(31,7%)	8 (30,7%)
Antero/sept	12 (7,7%)	11(8,5%)	1(3,8%)

TABLA 5: TIPO DE INFARTO DE MIOCARDIO (FIGURA 5).

	TOTAL	VARONES	MUJERES
	F.A.(%)	F.A.(%)	F.A.(%)
Complicado	12 (7,7%)	8 (6,2%)	4 (15,3%)
No complicado	143 (92,3%)	121(93,7%)	22 (84,6%)

TABLA 6: PROPIEDAD DE LA VIVIENDA (FIGURA 6)

	TOTAL	MUJERES	HOMBRES
	F.A. (%)	F.A. (%)	F.A. (%)
Propietarios	142 (91,6%)	23 (88,4%)	119 (92,2%)
Familiares	3 (1,9%)	--	3 (1,9%)
Otros	10 (6,4%)	3 (11,5%)	7 (5,4%)

TABLA 7: COMODIDADES DE LA VIVIENDA (FIGURA 7).

	TOTAL	MUJERES	VARONES
	F.A. (%)	F.A. (%)	F.A. (%)
Ducha	155 (100%)	--	--
Bañera	154 (99,3%)	--	1(0,7%)
Agua caliente	151 (97,4%)	1(3,8%)	3 (2,3%)
Gas	151 (97,4%)	1(3,8%)	3 (2,3%)
Teléfono	149 (96,1%)	1(3,8%)	5 (3,8%)
Radio	154 (99,3%)	--	1 (0,7%)
TV	154 (99,3%)	--	1 (0,7%)
Video	111 (71,6%)	12 (46,1%)	32 (24,8%)
Coche	91 (58,7%)	16 (61,5%)	48 (37,2%)
Calefacción	77 (49,6%)	17 (65,3%)	61 (47,2%)
Ascensor	54 (34,8%)	17 (65,3%)	37 (28,6%)

TABLA 8: ALFABETIZACION (FIGURA 8).

	MUJERES F.A.(%)	VARONES F.A.(%)	TOTAL F.A.(%)
No lee/no esc	2(7%)	7(2%)	5(3,2%)
Lee/no escribe	2(7%)	2(5%)	9(5,8%)
Lee/escribe	22(84)	119(92)	141(90)

TABLA 9: NIVEL DE ESTUDIOS (FIGURA 9).

	TOTAL F.A.(%)	MUJERES F.A.(%)	VARONES F.A.(%)
Ninguno	42(27%)	10(38%)	32(24%)
Primaria(inc.)	26(16,7%)	4(15%)	22(17%)
Primaria	59(38,0%)	10(38%)	49(37%)
Secundaria	20(12,9%)	2(0,7%)	18(13%)
Universitaria	8(5,6%)	--	8(5,6%)

TABLA 10: PROFESION (FIGURA 10).

PROFESION	TOTAL F.A.(%)	VARONES F.A.(%)	MUJERES F.A.(%)
No cualificado	39(25,1%)	26(20,1%)	13(50%)
Obrer. cualificado	64(41,2%)	56(43,4%)	8(30,7%)
Administrativo	30(19,3%)	25(19,3%)	5(19,2%)
Pequeño empresario	16(10,3%)	16(12,4%)	---
Profesión liberal	6(3,8%)	6(4,6%)	---

*TABLA 11: SITUACION LABORAL/VARONES/MUJERES/CONYUGE
(FIGURA 11).*

SITUACION LABORAL	TOTAL	VARONES	MUJERES	CONYUGE
	F.A.(%)	F.A.(%)	F.A.(%)	F.A (%)
Trabaja	70(45,1%)	68(52,7%)	3(11,5%)	14(9,0%)
Jubilado	62(40%)	52(40,3%)	10(38,4%)	15(9,6%)
Paro	10(6,4%)	9(6,9%)	1(3,8%)	1(0,6%)
Sus labores	12(7,7%)	--	12(46,1%)	104(67,0%)
Otros	1(0,6%)	--	--	1(0,6%)

TABLA 12: INGRESOS FAMILIARES MENSUALES (FIGURA 12).

	MUJERES	VARONES	TOTAL
	F.A.(%)	F.A.(%)	F.A.(%)
50.000	7(33%)	11(9%)	18(13,5%)
90.000	7(33%)	33(29%)	40(30%)
150.000	5(23%)	36(32%)	41(30%)
+150.000	2(9,5%)	32(28%)	34(25,5%)

TABLA 13: PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS (FIGURA 13).

	MUJERES	VARONES	TOTAL
	F.A.(%)	F.A.(%)	F.A.(%)
Rentas	-	4(3%)	4(3%)
Familia	-	1(0,7%)	1(0,7%)
Pensiones	13(61%)	44(39%)	57(43,1%)
Trabajo	8(38%)	58(52%)	66 (50%)
Paro	-	4(3%)	4(3%)
Otros	-	-	-
Total	132		

TABLA 14: TAMAÑO DE LA RED (FIGURA 14).

TAMAÑO DE LA RED	X+/-	D.S. INTERV
Hijos	2,5+/-1,7	0-10
Nietos	2,1+/-2,9	0-14
Hermanos	3,2+/-2.0	0-10
Sobrinos	12,2+/-9,2	0-42
Amigos	3,3+/-3,6	0-20

TABLA 15: LOCALIZACION DE LOS MIEMBROS DE LA RED (FIGURA 15).

LOCALIZACION MIEMBROS DE LA RED SOCIAL			
	CASA	CIUDAD	FUERA
	F.A. (%)	F.A. (%)	F.A. (%)
Hijos	137 (88,8%)	131 (84,5%)	133 (85,8%)
Nietos		79 (50,9%)	80 (51,6%)
Hermanos		143 (92,2%)	143 (92,2%)
Sobrinos		153 (90,3%)	153 (90,3%)

TABLA 16: SATISFACCION CON LA FRECUENCIA DE VISITAS DE LOS HIJOS Y FAMILIA (FIGURA 16)

SATISFACCION CONTACTOS HIJOS		SATISFACCION CONTACTOS FAMILIA	
	F.A. (%)		F.A. (%)
Más a menudo	21 (15,3%)	Mas a menudo	40 (27,7%)
Lo mismo	114 (83,2%)	Lo mismo	102 (70,8%)
Menos	2 (1,4%)	Menos	2 (1,4%)
TOTAL	137 (83,2%)	TOTAL	144 (92,9%)

TABLA 17: SATISFACION CON LA RELACION CON HIJOS Y FAMILIA

(FIGURA 17).

SATISFECHO RELACION HIJOS		SATISFECHO RELACION FAMILIA	
	F.A (%)		F.A. (%)
Muy satisfecho	50(36,4%)	Muy satisfecho	10 (6,9%)
Bastante satisfecho	80(58,3%)	Bastante satisfecho	75 (52,0%)
Algo satisfecho	6 (4,3%)	Algo satisfecho	51 (35,4%)
Nada satisfecho	1 (0,7%)	Nada satisfecho	8 (5,5%)
Total	137 (83,2%)	Total	144 (92,9%)

TABLA 18: APOYO INSTRUMENTAL DISPONIBLE (FIGURA 18).

APOYO INSTRUMENTAL DISPONIBLE	TOTAL	VARONES	MUJERES
	F.A.(%)	F.A.(%)	F.A.(%)
Apoyo instrumental	107(69,0%)	99(76,7%)	23(88,4%)
Sin apoyo	48(31,0%)	30(23,2%)	3(11,5%)
Total	155	129	26

TABLA 19: APOYO EMOCIONAL DISPONIBLE (FIGURA 19).

APOYO EMOCIONAL DISPONIBLE	TOTAL	VARONES	MUJERES
	F.A.(%)	F.A.(%)	F.A.(%)
Apoyo emocional	108(69,6%)	86(66,6%)	22(84,6%)
Sin apoyo	47(30,4%)	43(33,3%)	4(15,3%)
Total	155	129	26

TABLA 20: APOYO INSTRUMENTAL ADECUADO/INADECUADO (FIGURA 20).

APOYO INSTRUMENTAL ADECUADO/INADECUADO	TOTAL		MUJERES
	F.A.(%)	F.A.(%)	F.A.(%)
ADECUADO	87(71%)	68(69,3%)	19(82,6%)
INADECUADO	34(29%)	30(30,6%)	4(17,3%)

TABLA 21: APOYO EMOCIONAL ADECUADO/INADECUADO (FIGURA 21).

APOYO EMOCIONAL ADECUADO/INADECUADO	TOTAL		MUJERES
	F.A.(%)	F.A.(%)	F.A.(%)
ADECUADO	82(52,96%)	66(76,7%)	16(72,7%)
INADECUADO	26(16,7%)	20(23,2%)	6(27,2%)

TABLA 22: PROVEEDORES DE APOYO INSTRUMENTAL Y EMOCIONAL ADECUADO Y DISPONIBLE (FIGURA 22).

PROVEEDORES APOYO INSTRUMENT.		PROVEEDORES APOYO EMOCIONAL	
F.A. (%)	F.A. (%)	F.A. (%)	F.A. (%)
Esposa	69 (64,4)	Esposa	70 (64,8)
Hijo	4 (3,7)	Hijo	5 (4,6)
Hija	8 (7,4)	Hija	9 (8,3)
Familiar varón	5 (7,4)	Familiar varon	4 (3,7)
Familiar mujer	5 (4,6)	Familiar mujer	6 (5,5)
Amigos	16 (14,9)	Amigos	14 (12,9)
Vecinos	0	Vecinos	0
Vecinos	0	Compañeros	0

TABLA 23: RELACION CON LA ESPOSA (FIGURA 23).

	Siempre	Con frecuencia	A veces	Nunca
	F.A (%)	F.A.(%)	F.A.(%)	F.A.(%)
E. Querida	112(83,5)	13(9,7)	7(5,2)	2(1,4)
E. Escucha	53(39,5)	65(48,5)	15(11,1)	1(0,7)
E. Reprocha	14(10,4)	11(8,2)	99(73,8)	10(7,4)
E. Ayuda	49(36,5)	51(38,0)	24(17,9)	10(7,4)
E. Papel	77(57,4)	46(34,3)	10(7,4)	1(0,7)
E. Satisfacción	77(57,4)	35(26,1)	11(8,2)	11(8,2)

TABLA 24: CALIDAD DE VIDA (CORRESPONDE A LAS FIGURAS 24,25,26).

CALIDAD DE VIDA	X+/- S.D.	INTERVALO
Salud	18,2 +/-5,3	8-32
Sueño	7,5 +/-3,3	3-15
Emocion	17,5 +/-5,1	6-30
Movilidad	15,8 +/-4,4	6-30
Relaciones	16,0 +/-5,1	7-31
Alerta	6,6 +/-2,9	3-15
Comunicación	8,5 +/-3,5	4-20
Ocio	15,8 +/-5,3	6-30
TOTAL	89,9 +/-16,7	51-137

TABLA 27: VISITAS MEDICAS ESPECIALISTAS (FIGURA 27).

	REHABILIT.	OCULIST.	DENTISTA	ESPECIALIS.
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
Ninguna	145(93,5)	101(65,1)	101(65,1)	105(67,7)
Una vez	7(4,5)	36(23,2)	36(23,2)	28(18,0)
Dos vec.	-	8(5,1)	10(6,4)	7(4,5)
Tres vec.	-	5(3,2)	3(1,9)	7(4,5)
+ de 4	3(1,9)	5(3,2)	5(3,2)	8(5,1)

TABLA 28: MEDICO/ENFERMERA DOMICILIO (FIGURA 28).

	MEDICO DOMIC.	ENFERM.DOMIC.	M.GENERAL
	F.A.(%)	F.A.(%)	F.A.(%)
Ninguna	126(81,2)	151(97,4)	35(23.3)
Una vez	18(11,6)	4(2,5)	27(18)
Dos veces	6(3,8)	-	12(8)
Tres veces	1(0,6)	-	34(22.6)
+ de 4	4(2,5)	-	47(31.3)

TABLA 29: URGENCIAS/INGRESOS (FIGURA 29).

	AMBULATORIO URGENCIAS	HOSPITAL URGENCIAS	HOSPITAL INGRESO	AMBULANCIA USO
	F.A (%)	F.A.(%)	F.A.(%)	F.A.(%)
Ninguna	92(59,3)	11(7)	6(3,8)	101(65,1)
Una vez	52(33,5)	131(84,5)	142(91,6)	50(32,2)
Dos vec.	4(2,5)	8(5,1)	5(3,2)	4(2,5)
Tres vec.	4(2,5)	2(1,2)	1(0,6)	-
+ de 4	3(1,9)	3(1,9)	1(0,6)	-

TABLA 30: CONSUMO DE MEDICAMENTOS (FIGURA 30).

	SI/F.A.(%)	NO/F.A.(%)
Pastillas	111(71,6)	44(28,4)
Jarabes	25(16,1)	130(83,8)
Pomadas	21(13,5)	134(86,5)
Inyecciones	19(12,2)	136(87,8)

TABLA 31: PRUEBAS DIAGNOSTICAS (FIGURA 31).

PRUEBAS DIAGNOSTICAS	F.A.(%)
RX	7(4,5)
Analítica	28(18)
ECO	2(1,2)
EKG	1(0,6)
Ergometria	-
Coronografía	-

TABLA 32: CONFIDENCIA FAMILIA (FIGURA 32)

CONFIDENTE/FAMILIAR	F.A (%)
Esposa	94(60,6)
Hijas	43(21,9)
Hijos	5(3,2)
Amigos	8(5,1)
Vecinos	2(1,2)
Familiares	7(4,5)
Nadie	5(3,2)

TABLA 33: PRUEBAS DIAGNOSTICAS (FIGURA 33).

CONFIDENCIA PROFESIONAL	F.A.(%)
Medico	149(96,1)
Enfermera	5(3,2)
Farmaceútico	-
Curandero	-
Naturista	-
Homeópata	1(0,64)

TABLA 34: SALUD PERCIBIDA (FIGURA 34).

SALUD PERCIBIDA				
	SALUD GENERAL	RESISTENC. NAT.	MEDIDAS ESP.	CONTAGIO
	F.A.(%)	F.A.(%)	F.A.(%)	F.A.(%)
Muy buena/ muchas	31(20)	39(25,1)	9(5,8)	8(5,1)
Buena/bastant.	72(46,4)	76(49)	13(8,3)	8(5,1)
Regular/alguna	40(25,8)	33(21,2)	46(29,6)	35(22,5)
Mala/ninguna	12(7,7)	7(4,5)	87(56,1)	104(67)

TABLA 35: ENFERMEDAD/SUCESO VITAL (FIGURA 35).

RELACION ENFERMEDAD/SUCESO VITAL	
	F.A. (%)
Muerte familiar	10 (10,8)
Jubilación	1 (1,08)
Estress laboral	36 (39,1)
Problemas-fam.	18 (19,5)
Problemas-fam/econ	9 (9,7)
Otros	12 (13,0)

TABLA 36: NO PARTICIPANTES (FIGURA 36).

NO PARTICIPANTES	
5	Exitus
4	Sin localizar
8	No quieren participar
4	Motivos familiares
TOTAL = 21	

TABLA 37: PACIENTES OPERADOS/NO OPERADOS(FIGURA 37).

OPERADOS/NO OPERADOS	F.A. (%)	F.A.(%)
	INICIAL	SEGUIMIENTO
No operados	154 (99,3)	134(83,6)
Operados	1 (0,6)	22(16,4)

TABLA 38: ACTIVIDAD LABORAL(FIGURA 38).

	F.A.(%)	F.A.(%)
	INICIAL	SEGUIMIENTO
Trabajan	70(45,1)	19(14,1)
Jubilado	62(40)	53(39,5)
Otras categorías	11(7)	8(5,9)
Baja	-	54(40,2)

TABLA 39: RED 1/RED 2/ RED 3 (FIGURA 39)

RED 1/2/3	n	Inicial media+/-DS	Seguimiento media+/-DS	Signifi.
RED 1	134	8.4+/-4.8	8.4+/-4.8	N.S.
RED 2	134	11.7+/-5.9	11.0+/-5.2	p<0.00
RED 3	134	23.8+/-12.6	23.1+/-12.6	

TABLA 40: AMIGOS/ TAMAÑO Y ESTRUCTURA (FIGURA 40).

AMIGOS	n	Inicial media+/-DS	Seguimiento media+/-DS	Signifi.
Amigos	134	3.3+/-3.5	2.4+/-2.2	p<0.001
Amigo-tiempo	99	4.2+/-3.5	3.2+/-1.9	p<0.001
Amigo-semana	99	2.9+/-2.9	2.0+/-1.6	p<0.001
Amigo-mes	99	3.5+/-3.3	2.6+/-1.6	p<0.01
Amigo-telef	99	1.2+/-1.8	1.4+/-1.6	N.S.

TABLA 41: APOYO INSTRUMENTAL/EMOCIONAL PERCIBIDO(FIGURA 41).

	SI	NO	Significación
Inicial	106(79,0)	28(20,9)	P<0.001
Seguimiento	107(96,4)	4(13,9)	

*TABLA 42: APOYO INSTRUMENTAL/EMOCIONAL
ADECUADO/INADECUADO (FIGURA 42).*

	INADECUADO	ADECUADO	Significación
Inicial	26(24,8)	79(75,2)	N.S.
Seguimiento	29(26,6)	80(73,4)	

TABLA 41: APOYO EMOCIONAL PERCIBIDO (FIGURA 41).

	NO	SI	Significación
Inicial	92(68,7)	42(31,3)	N.S.
Seguimiento	88(57,5)	65(42,5)	

TABLA 42: APOYO INSTRUMENTAL ADECUADO (FIGURA 42).

	INADECUADO	ADECUADO	Signif.
Inicial	19(20,7)	73(75,2)	N.S.
Seguimiento	25(27,8)	65(72,2)	

TABLA 43/44: FRECUENCIA VISITAS/SATISFACION FAMILIA (FIGURA 44).

FAMILIA	Categoría	Inicial	Seguimiento
		F.A. (%)	F.A. (%)
Frecuen. visitas	Mas	35 (25.8)	10 (8.5)
	Lo mismo	86 (69.9)	106 (90.6)
	Menos	2 (1.6)	1 (0.9)
			N.S.
Satisfacción	Mucha	8 (6.5)	27 (30.3)
	Bastante	66 (53.7)	85 (65.0)
	Algo	43 (35.0)	5 (4.7)
	Nada	6 (4.9)	N.S

TABLA 45: CALIDAD DE VIDA/ GLOBAL Y POR AREAS (FIGURA 45,46,47).

Subescala	n	Inicial	Seguimiento	Significación
Calidad Vida		media+/-DS	media+/-DS	
Salud	134	18,5+/-5,4	17,3+/-5,0	p<0.05
Sueño	134	7,6+/-3,3	7,3+/-3,2	N.S.
Emoción	134	17,2+/-5,3	13,5+/-4,8	p<0.001
Movilidad	134	15,9+/-4,5	17,0+/-4,1	p<0.01
Relación	134	16,0+/-5,1	16,2+/-5,3	N.S.
Alerta	134	6,6+/-2,8	7,3+/-3,3	p<0.05
Comunicación	134	8,6+/-34,5	9,1+/-4,5	N.S.
Ocio	134	16,1+/-5,4	14,9+/-4,6	p<0.05
TOTAL	134	90,7+/-17,1	102,7+/-19,8	P<0.001

TABLA 48: USO DE RECURSOS SANITARIOS (FIGURA 48).

	NO	SI	Signific.
V.MEDICO			
Inicial	33(24.6)	111(75.4)	
Seguimiento	0(0)	133(100)	P<0.001
V. DOMICILIO			
Inicial	112(83.6)	22(16.4)	
Seguimiento	69(52.3)	63(47.7)	P<0.001
V.DENTISTA			
Inicial	90(67.2)	44(32.8)	
Seguimiento	70(53.2)	60(46.2)	P<0.05
V.ESPECIALISTA			
Inicial	92(68.7)	42(31.3)	
Seguimiento	37(27.6)	97(72.4)	P<0.001

TABLA 49: USO DE RECURSOS SANITARIOS (FIGURA 49).

	NO	SI	Signific.
U.AMBULATORIO			
Inicial	80(59.7)	111(75.4)	
Seguimiento	130(97.0)	133(100)	P<0.001
U.HOSPITAL			
Inicial	9(6.7)	22(16.4)	
Seguimiento	100(74.6)	63(47.7)	P<0.001
INGRESO			
Inicial	5(3.7)	44(32.8)	
Seguimiento	70(53.2)	60(46.2)	P<0.05
AMBULANCIA			
Inicial	92(68.7)	42(31.3)	
Seguimiento	37(27.6)	97(72.4)	P<0.001

TABLA 50: SALUD GENERAL/RESISTENCIA NATURAL ENFERMEDADES (FIGURA 50).

PARAMETRO	SALUD GENERAL		RESIST.NATURAL	
	Inicial	Seguim.	Inicial	Seguim.
Muy buena	27(20.1)	19(14.2)	35(26.1)	30(22.4)
Buena	59(44.0)	51(38.1)	64(47.8)	50(37.3)
Regular	36(26.9)	50(37,3)	28(20.9)	47(35.1)
Mala	12(9.0)	14(10.4)	7(5.2)	7(5.2)
	N.S		p<0.001	

TABLA 51: MEDIDAS ESPECIALES Y CONTAGIO (FIGURA 51).

PARAMETRO	MEDID.ESPECIALES		CONTAGIO	
	Inicial	Seguim.	Inicial	Seguim.
Muchas	8(6.0)	12(9.0)	7(5.2)	17(12,7)
Bastantes	11(8.2)	38(28.4)	7(5.2)	37(27,6)
Alguna	40(29.9)	76(56.7)	29(21.6)	71(53.0)
Ninguna	75(56.0)	8(6.0)	91(67.9)	9(6.7)
	p<0,001		P<0,001	

NOTAS DEL TRABAJO DE CAMPO.

Preparación del trabajo de campo. Sobre el contacto con los pacientes

La elección del objeto de estudio motivo de la presente investigación: "apoyo social en relación con la salud/enfermedad" procede del contacto mantenido con la profesora Ann Bowling en el área de estudio "La dimensión Social de la Salud" en The London School of Hygiene and Tropical Medicine. La profesora Ann Bowling ha trabajado en la investigación de las medidas de salud/enfermedad. Así mismo, ha llevado a cabo numerosos trabajos sobre el apoyo social relacionado con la salud/enfermedad y el uso de recursos sanitarios. Mi contacto con la profesora tuvo lugar debido a que durante el año 1990 el Fondo de Investigaciones Sanitaria me concedió una beca para realizar un Msc in Health Planning and Financing en The London School of Economics. Este master me permitió poder elegir las áreas de estudio no obligatorias en de London School of Hygiene and Tropical Medicine lo que me permitió ponerme en contacto con el tema de estudio de la presente investigación.

En un principio, mi propósito fue realizar un trabajo sobre el apoyo social en los pacientes con ACVA (accidentes cerebrovasculares agudos). Mi objetivo era estudiar la relación existente entre la movilidad funcional (actividades básicas y instrumentales de la vida diaria ADL) y el apoyo social. Sin embargo, a medida que iba avanzando en la elaboración del anteproyecto, me di cuenta que los estos pacientes presentan grandes deficiencias cognitivas, temporo-espaciales, de concentración, lenguaje, comunicación, lo cual dificulta poder evaluar al paciente utilizando la entrevista como instrumento de medición. Por otro lado, la gran morbilidad que presentan los enfermos con ACVA limitaba la obtención de una muestra de población homogénea en un tiempo determinado. Así también,

había numerosas dificultades para que individualmente pudiera seguir y manejar a los pacientes con este tipo de patología. Todo ello me indujo a realizar el trabajo con los pacientes de IAM. En estos la enfermedad no provoca alteraciones del nivel cognitivo. Ello me facilitaría poder realizar la entrevista y poder seguir a los pacientes adecuadamente.

Durante la preparación del anteproyecto y proyecto tuve la colaboración del Profesor Salustiano del Campo que me asesoró en todo lo referente a los aspectos sociológicos y al Dr. Casimiro Gomez Pajuelo cardiólogo que me orientó en los aspectos clínicos del estudio. Sus consejos y sugerencias me permitieron seguir avanzando en la investigación hasta conseguir la elaboración completa del proyecto y del protocolo.

Los problemas más importantes que tuve que resolver fueron: Encontrar las medidas adecuadas para cuantificar las variables del estudio de acuerdo a los objetivos planteados. Por otro lado, las medidas debían ajustarse a la definición establecida. Además, tenían que reunir ciertas características para que cubriera todas las áreas de estudio propuestas. No debían ser muy extensas, tampoco se debían dejar áreas importantes sin cubrir por temor a su extensión y tenían que reunir las propiedades psicométricas, para garantizar la fiabilidad del estudio.

Sopesando las características del trabajo se decidió utilizar el índice de ISN (Índice de red social). La traducción la realicé en un periodo de tiempo corto, después fue revisada por un lingüista para proceder a su utilización.

La escala de calidad de vida no presentó dificultades porque había sido utilizada en estudios con pacientes con infarto de miocardio recientemente y además había sido validada en nuestro país.

Finalmente se adaptó una escala de utilización recursos sanitarios para este tipo de pacientes. Para su realización, primeramente se efectuó una revisión

bibliográfica sobre la medición del uso de recursos sanitarios. Después se efectuó una consulta con los médicos cardiólogos para determinar los recursos sanitarios que eran demandados por los pacientes, después de padecer un infarto agudo de miocardio. Una vez valorados ambos aspectos se procedió a su realización

El trabajo de campo se inicio el 21 de Febrero de 1994 y finalizo a finales de Septiembre de 1995. A nivel personal la experiencia del trabajo de campo y el contacto con los pacientes fue extremadamente enriquecedora. Para que el trabajo pudiera llevarse a cabo, es decir, seguir al paciente y recoger la información, fue necesario crear una red hospitalaria. Los profesionales que de una forma u otra estaban en contacto con el paciente eran, médicos, enfermeras y personal administrativo. Todos ellos me facilitaron la labor según su competencia. De este modo, el personal administrativo, me informaba de las altas y bajas de los pacientes, traslados a otras plantas y la pertenencia al área de estudio, dirección, teléfono. Las enfermeras me facilitaban el contacto con el paciente y los médicos indicaban los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

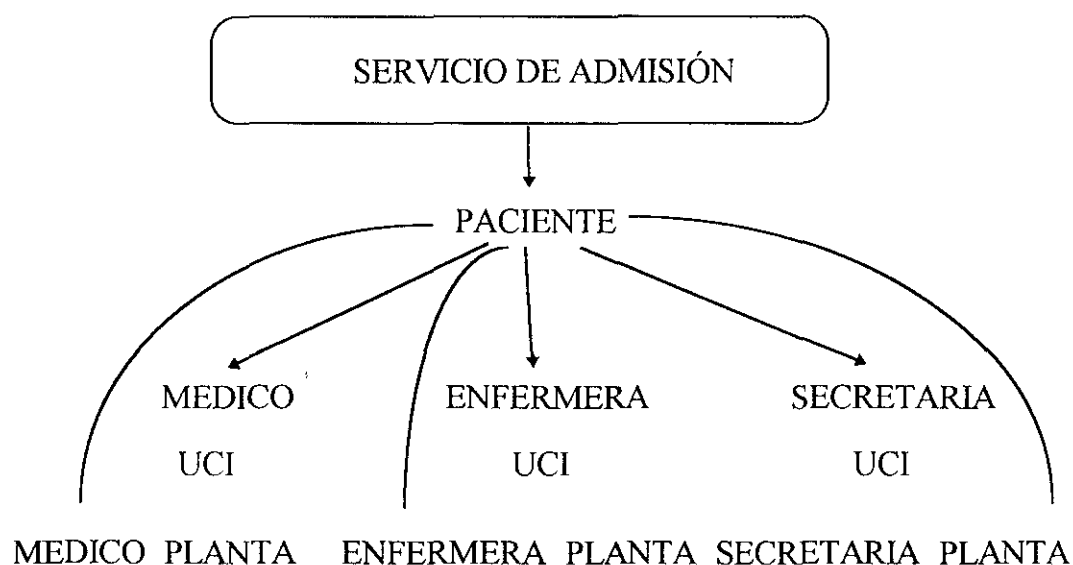
Notas del trabajo de campo.

Las notas del trabajo de campo procede del contacto mantenido con los pacientes durante los seis meses que duro la recogida de la población objeto de estudio. Todas las entrevistas previas al inicio del trabajo y las 155 del primer corte fueron realizadas por la autora del presente trabajo.

Como ya se ha mencionado en material y métodos. El contacto con los pacientes se realizó a través del servicio de admisión, donde son registrados todos los pacientes que ingresan diariamente en el Hospital Universitario 12 de Octubre. En dicho listado aparece el diagnóstico, la planta donde esta ubicado el paciente

así como también la fecha del ingreso, la edad y el número de historia del paciente.

Para acceder al listado de ingresos fue necesario solicitar por escrito el consentimiento a la dirección del centro para su utilización, asegurando la confidencialidad de los datos recogidos en el mismo. Igualmente se conectó con los médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para informarles de las características del estudio y solicitar el acceso a la historia clínica del paciente. Además de pedirles su colaboración para aquellos casos de IAM que se estimara necesario su confirmación en los criterios de inclusión y exclusión. Igualmente, se conectó con el personal administrativo y especialmente con la secretaria de la Unidad de Cuidados Intensivos. Ella gestiona la movilidad del paciente dentro de la planta. Conoce los ingresos, traslados y altas de los enfermos. Asimismo, se contactó con las enfermeras de la UCI y de las plantas a donde son trasladados los pacientes después de ser dados de alta de la UCI, para informarles del trabajo y requerirles su colaboración para visitar paciente. En realidad se creó una red hospitalaria para el enfermo de IAM.



En general, la mayoría de los pacientes diagnosticados de IAM son ingresados en la UCI (Unidad de cuidados intensiva) aunque en casos excepcionales y dependiendo de la patología pueden ser ingresados en otras plantas.

El siguiente paso, era contactar con el médico que atendía al paciente para conocer si reunía los criterios de inclusión del estudio. A continuación se verificaban estos datos en la historia del paciente. Si el enfermo era candidato para entrar en el estudio se le inscribía en un listado en espera de su confirmación. Previamente al primer contacto con el paciente se preguntaba a la enfermera la situación en la que se encontraba el paciente y cual era la actitud del enfermo. Las enfermeras me advertían de las condiciones físicas en que se encontraba el paciente ("esta muy cansado, ha pasado mala noche, no esta bien, o ha tenido una complicación severa por lo cual era excluido del estudio, vuelve en otro momento o por el contrario esta muy bien y puedes conectar con el") para colaborar o no y si el enfermo era psicológicamente cooperador o no.

Durante la estancia en la UCI, se realizaba el primer contacto, es decir se les preguntaba a los enfermos si querían colaborar o no. Si aceptaban les entregaba una carta con los objetivos del estudio y les explicaba los motivos del trabajo. Se les indicaba que el trabajo tenia dos partes, una durante la estancia hospitalaria y la otra a los seis meses de padecer la enfermedad. Además se les sugería que ellos solamente tenían que responder a un cuestionario entre el séptimo y el 15 día del ingreso y el otro a los seis meses. Para este último nos pondríamos en contacto con ellos por teléfono y por carta para que repitieran la misma o similar entrevista en el lugar donde el paciente considera más oportuno.

En el primer contacto, los pacientes, casi siempre se lamentaban de lo poco que habían cuidado de su salud. Otros se quejaban de lo contrario diciendo que a pesar de todo estaban allí y otros muchos achacaban la enfermedad a algún motivo de tipo laboral. En general, la mayoría de los pacientes relacionaban el evento a las malas condiciones del trabajo, así como también, a un trabajo excesivo y algunos de ellos a motivos familiares y económicos. Casi todos ellos tenían un argumento del porque les había sucedido la enfermedad.

Cuando les comentaba el contenido de la entrevista en general solían decir que lo tenían que hablar con la esposa, otras veces incluían a la mujer y hijos. Les indicaba que la entrevista iba dirigida a ellos (pacientes: hombres y mujeres enfermos) y que su mujer no podía responder por ellos. A continuación preguntaban para que servía el trabajo, yo les explicaba que la frecuencia de la enfermedad en los países industrializados era muy grande y que estábamos estudiando que factores no clínicos podían contribuir a mejorar la calidad de vida después de la enfermedad.

En general solían aceptar dando razones de tipo filantrópico. "Así podían ayudar a los demás y de este modo hacían un bien a la humanidad etc. ". A continuación muchos de ellos preguntaban si tenían que pagar algo por la entrevista. En realidad, tengo serias dudas sobre las causas de esta colaboración. Considero, que todavía estaban muy asustados por la forma brusca que aparece la enfermedad, además se encontraban en un hospital y en manos del personal sanitario. Esto podía hacerles pensar que si se oponían a la entrevista, podía influir negativa en la atención sanitaria. Les explicaba que el hospital estaba de acuerdo en que este trabajo se realizará pero que ellos eran libres para decidir o no su participación. El hecho de haber conectado con los pacientes, provocaba que durante su estancia en la UCI y mientras yo conectaba con otros pacientes, se

sintieran más confidentes, contando con alguien que fuera del hospital (en este caso yo) pero ajena a los cuidados que estaban recibiendo.

De la unidad de cuidados intensivos tenía que conocer no solo los ingresos sino también las altas de los pacientes y traslados para poder así, seguir a los enfermos y realizar la entrevista. Después de haber sido trasladado a la planta (en general la planta 5), que en general solía ser entre el cuarto o quinto día del ingreso. Se concretaba la entrevista: el día y la hora. Las entrevistas se realizaban en un despacho médico bien por la mañana o por la tarde, a las horas en que no se interrumpiera la dinámica del hospital y por su puesto las visitas con la familia. Si por alguna circunstancia el paciente estaba en la cama y el cuestionario se llevaba a cabo en la habitación, se invitaba a su vecino a que saliera durante la misma. En alguna de las entrevistas que se efectuó en la habitación y que tuvo que estar presente el compañero de la habitación. En ese caso se intentaba crear un ambiente de cierta intimidad. Sin embargo se observó que si el compañero era infartado, y había aceptado colaborar, rehusó su participación argumentando que las preguntas eran mas asuntos personales que temas relacionados con la enfermedad.

Antes de iniciar la entrevista dedicaba el tiempo necesario para que el paciente hablara de lo que el quisiera. En general todos ellos querían hablar de su enfermedad, casi siempre comentaban como había aparecido la enfermedad, y lo reproducían en los siguientes términos “ hubo un momento donde el o ella ya no podían hacer nada por su vida y se abandonaban a que otras personas trabajaran por ellos ”. Esta pequeña charla no fue explícitamente planteada pero era una forma de empezar la entrevista, además se observaba que tenían necesidad de comentar su experiencia, de lo que ellos entendían por su enfermedad y como la habían vivido.

Antes de pasar el protocolo definitivo el orden de las preguntabas fue cambiado en varias ocasiones. En general, se observo que habia ciertas areas del cuestionario que las contestaban con más dificultad, especialmente todo lo referente a los aspectos familiares y las preguntas referentes a ingresos familiares. La escala de apoyo social y red social fue un área que los pacientes la respondían con cierto recelo. Por ejemplo: La pregunta ¿ A cuantos hijos ve Usted a la semana, mes, etc, ?. Era considerada como una cuestión muy personal. En el caso del uso del teléfono, comentaban que las llamadas las realizaba su esposa. Igualmente las relaciones con la familia también era una cuestión que dependía de la esposa.

En las preguntas referentes a los amigos, los pacientes establecían tres tipos de relaciones: aquellos que manifestaban no tener ningún amigo y que ni los querían, es decir, no daban ninguna importancia a la amistad, los que los consideraban importantes y los que pensaban que debian cultivar más a los amigos y así mismo a la familia. En general no se apreciaba un gran desarrollo de la amistad, sin embargo, cuando el paciente recibía una ayuda económica del amigo era esta considerada algo muy importante. La familia, en el presente estudio, parece que cumplía casi todas las funciones de relación, tanto interna como externa, pero casi siempre el punto de enlace era la mujer. Se observo que cuando ambos conyuges estaban trabajando los lazos familiares eran menos frecuentes.

Se evidenció que los pacientes con mayor nivel de estudios estaban mas familiarizados para responder cualquiera de las preguntas del protocolo. Sin embargo, los pacientes con niveles bajos de estudios (68 sin estudios primarios) presentaban más dificultades para responder a este tipo de preguntas. Posiblemente, la entrevista les cuestionaba ciertos aspectos mecánicos de su

estructura funcional familiar, amigos, relaciones laborales. Se observaba que muchos de los pacientes nunca se habían planteado este tipo de preguntas.

Las mujeres del estudio en general eran más comunicativas y decidían por ellas mismas la participación o no en el estudio. Se observó, también, que el nivel de estudios de los pacientes les condicionaba a seguir con fluidez la entrevista. Aunque no fue así con respecto a las mujeres.

Durante el tiempo utilizado para recoger los sujetos de estudio, en muchas ocasiones mantuve contactos con las esposas de los pacientes de IAM. En general, casi siempre hablábamos de la situación del paciente, presente y futura, sobre todo si el paciente estaba trabajando. Las cuestiones que las mujeres planteaban eran muy diferentes dependiendo de las edades de las mismas. Las mujeres jóvenes planteaban dos cosas, la enfermedad como evento distorsionador de la familia y el posible cambio del rol del marido dentro de la unidad. Es decir, se advertía el cambio de roles que probablemente la enfermedad originaba. Las mujeres más jóvenes y con hijos en casa intuían la necesidad de empezar a buscar un trabajo remunerado para aportar la ayuda material necesaria. Por otro lado las mujeres que estaban trabajando se preocupaban por la situación futura. A partir de ahora tendrían que compartir trabajo de la calle no bien remunerado, dada su baja calificación, el trabajo domestico y un trabajo adicional que era el de cuidar.

Las mujeres mayores, planteaban la ayuda en términos de bienestar "casi domestico". Podremos salir de casa, podremos pasear, vivimos en el cuarto piso sin ascensor, no tenemos calefacción y en casa hace mucho frío. Con la enfermedad se les agudizaban más todas las cuestiones relacionadas con calidad de vida.

Mi interés era que la entrevista no durara más de una hora, especialmente porque existen numerosas publicaciones que señalan, la falta de credibilidad de los

datos cuando la entrevista supera los 60 minutos. Los investigadores señalan que los pacientes pierden concentración y disposición y contestan sin interés a las preguntas para terminar lo antes posible. Mi observación fue que era necesario destinar el tiempo suficiente para que el paciente hablara sobre lo que el quisiera. Los pacientes siempre comenzaban comentando temas de salud, era lo que en ese momento les preocupaba, a pesar de que la entrevista la realizábamos en un despacho donde estaba la historia clínica del paciente y yo especialmente les comentaba que los datos clínicos estaban ahí y que mi interés era conocer otros aspectos que no fueran los clínicos. El comienzo era siempre el mismo, los pacientes realizaban un recordatorio de su enfermedad.

Se observo también que cuando el paciente estaba ubicado en la planta de cardiología no había ningún estigma especial en relación con la enfermedad ni por parte de los profesionales sanitarios ni por parte del paciente. Sin embargo, los pacientes ubicados en otras plantas que no fueran de cardiología se sentían como si fueran pacientes con alguna enfermedad especial. Esto también trascendía a las enfermeras que lo afirmaban. Sin embargo cuando estaban en las plantas de cardiología era un enfermo más dentro de la misma patología y su situación era de plena libertad e independencia, cosa que en otras plantas no los sentían.