

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Departamento de Psicología Social



**APOYO SOCIAL Y AFRONTAMIENTO EN ENFERMEDAD
CARDÍACA**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

Isabel Varela Montero

Bajo la dirección de la doctora
Ana Barrón López de Roda

Madrid, 2011

ISBN: 978-84-694-9663-3

©Isabel Varela Montero, 2011

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Social



**APOYO SOCIAL Y AFRONTAMIENTO EN ENFERMEDAD
CARDIACA**

(Social support and coping in heart disease)

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA POR:

Isabel Varela Montero

Directora de Tesis

Dra. Ana Barrón López de Roda

Madrid, 2011

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Psicología Social



**APOYO SOCIAL Y AFRONTAMIENTO EN ENFERMEDAD
CARDIACA**

(Social support and coping in heart disease)

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA POR:

Isabel Varela Montero

Directora de Tesis

Dra. Ana Barrón López de Roda

Madrid, 2011

Agradecimientos

Quisiera tener un especial recuerdo hacia todas aquellas personas que han hecho posible que este trabajo de investigación sea posible:



Al equipo de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Ramón y Cajal de Madrid cuya labor tanto profesional como humana hace que muchas PERSONAS se adapten mejor (mental y físicamente) a su enfermedad cardíaca.

Al Dr. Maroto (Coordinador del Programa de Rehabilitación Cardíaca) por permitirnos el acceso a la muestra. A Carmen Carcedo y Adela Alonso (psicólogas del Programa) que tan amablemente nos han asesorado en la problemática clínica y psicológica de muchos pacientes y sus parejas.

Agradecer a ANA BARRÓN sus innumerables consejos, su apoyo, su maestría en dirigir esta tesis, por atender mis dudas y orientar mi camino, gracias Ana por confiar en mi en tantos y tantos momentos, (que entonces eran nervios y ahora recuerdo como algo que me ha hecho superarme y crecer. POR NO PONERME LIMITES, POR ABRIRME LAS PUERTAS, POR AYUDARME A SALTAR.

Solo puedo decirte, GRACIAS y no va a ser nunca suficiente...

A Andrés Arias Astray por dedicar parte de su preciado tiempo en revisar este trabajo y asesorarme en todas mis dudas. Espero que esto sea el inicio de fructíferas colaboraciones.



A la fundación "La Caixa" por haberme concedido una de sus prestigiosas becas para la realización de estudios de postgrado, dicha financiación y apoyo a sido decisiva para poder concluir esta investigación con éxito.

A María José de Dios por iniciarme en la carrera de la docencia y por darme la oportunidad de ver clara mi vocación.

A todos mis amig@s y compañer@s de residencia por sus gratas conversaciones, diversión, sonrisas, viajes... por ofrecerme su apoyo y su amistad.

A Ana Santos por compartir su amistad ante el reto de la vida y de aprendizajes conjuntos.

Dedicado a mis padres: Gracias por darme la vida y por tantas noches en vela. Por cuidar de mí y guiarme hasta donde pueda llegar... Os quiero.

A mi hermana por su apoyo, cariño, por ser mis manos y mis pies. Porque un trocito de ti siempre estará en mí. A Carlos y a Marcos por hacerla feliz. Os Quiero.



*Apoyo social y afrontamiento en enfermedad
cardiaca.*

Isabel Varela Montero

(UCM - 2011)



Índice General

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. El proceso de enfermar	3
1.2. Ante el concepto de salud cabe destacar que:	4
1.3. Influencia de los factores sociales sobre la enfermedad.	7
2. LA ENFERMEDAD CARDIACA A LO LARGO DE LA HISTORIA.	11
2.1. Panorama actual de actual de incidencia de las enfermedades cardiacas.	13
2.1.1. Incidencia de la cardiopatía isquémica (CI)	14
2.1.2. Principales estudios poblacionales realizados	15
2.1.3. Consecuencias de la enfermedad cardiaca.	16
3. PSICOCARDIOLOGÍA	21
3.1. Objetivos de la Psicocardiología	21
3.2. Intervención psicológica en pacientes con enfermedad cardiaca.	23
3.2.1. Objetivos de la intervención Psicológica en Cardiología:	24
3.2.2. Técnicas de relajación:	27
3.2.3. Técnicas de intervención conductual:	30
3.2.4. Técnicas cognitivo conductuales para el manejo del estrés.	30
3.3. Aplicaciones de la Psicología Social de la Salud dentro de las cardiopatías.	32
4. FACTORES DE RIESGO EN LA ENFERMEDAD CARDIACA	36
4.1. Qué son los factores de riesgo.	36
4.2. Factores de riesgo físicos en enfermedad cardiaca	39
4.2.1. Presión arterial alta (hipertensión arterial)	39



4.2.2. Colesterol elevado _____	40
4.2.3. Diabetes _____	41
4.2.4. Obesidad y sobrepeso _____	41
4.2.5. Herencia _____	42
4.3. Hábitos de vida cardiosaludables. _____	42
4.3.1. Actividad física vs sedentarismo _____	43
4.3.2. Tabaquismo _____	44
4.4. Factores de riesgo psicológico en enfermedad cardiaca _____	46
4.4.1. El Patrón de Conducta Tipo A / PCTA _____	46
4.4.2. Ira y hostilidad _____	49
4.4.3. Ansiedad _____	50
4.4.4. Depresión _____	51
4.5. Factores de riesgo psicosocial en enfermedad cardiaca _____	53
4.5.1. Estrés _____	53
4.5.2. Choque cultural “Síndrome de Ulises” _____	54
4.5.3. Apoyo social _____	55
4.6. Factores de riesgo sociodemográfico en enfermedad cardiaca _____	56
4.6.1. Edad _____	57
4.6.2. Nivel económico _____	57
4.6.3. Estado civil _____	57
4.6.4. Género _____	58
5. ESTRÉS _____	62
5.1. ¿Qué es el estrés? _____	62
5.2. Tipos de estrés _____	63



5.2.1.- Estrés Fisiológico-biológico:	63
5.2.2.- Estrés Psicológico:	63
5.2.2.1. Eutres	63
5.2.2.2. Distrés	64
5.2.3.- Estrés Social:	64
5.2.4. Estrés Crónico	64
5.2.5. Estrés Diario:	65
5.3. Modelos de estrés	66
5.3.1. Estrés como estímulo ambiental	66
5.3.1.1. Tipología de sucesos vitales estresantes	68
5.3.1.1.1. Sucesos vitales altamente traumáticos	68
5.3.1.1.2. Sucesos vitales mayores o estrés crónico	68
5.3.1.1.3. Sucesos vitales menores / estrés diario.	68
5.3.2. Estrés como respuesta fisiológica	71
5.3.2.1. Reacción de alarma,	71
5.3.2.2. Fase de resistencia,	72
5.3.2.3. Fase de agotamiento.	72
5.3.3. Estrés como interacción	73
5.3.3.1. Modelo transaccional de afrontamiento del estrés de Lazarus y Folkman.	73
5.4. El estrés como causa de enfermedad	76
5.5. Estrés y enfermedad cardiaca	78
5.6. Recursos psicosociales para afrontar el estrés	80
6. APOYO SOCIAL	82
6.1. Cómo se estudia el apoyo social	83



6.1.1. Niveles de análisis	83
6.1.1.1. Nivel comunitario	84
6.1.1.2. Nivel de las redes sociales	84
6.1.1.3. Nivel de las relaciones íntimas	84
6.2. Perspectivas de estudio	85
6.2.1. Enfoque estructural	85
6.2.1.1. Tamaño de la red:	86
6.2.1.2. Densidad de la red:	86
6.2.1.3. Reciprocidad:	87
6.2.1.4. Homogeneidad:	87
6.2.2. Enfoque funcional:	87
6.2.2.1. Apoyo emocional:	88
6.2.2.2. Apoyo informacional:	88
6.2.2.3. Apoyo instrumental o material:	89
6.2.3. Enfoque contextual:	91
6.2.3.1. Características de los participantes	91
6.2.3.2. Momento en que se da el apoyo.	91
6.2.3.3. Duración	91
6.3. Diferentes aspectos	92
6.3.1. Aspecto subjetivo:	92
6.3.2. Aspecto objetivo:	93
6.4. Definiciones integradoras del apoyo social	94
6.5. Modelos de apoyo social	95
6.5.1. Efecto directo del apoyo social	96
6.5.1.1. Efecto directo del apoyo social sobre la cardiopatía isquémica	98



6.5.2. Efecto indirecto (amortiguador/protector o buffering) del apoyo social	99
6.5.2.1. Efecto indirecto del apoyo social sobre la cardiopatía isquémica.	103
6.6. Cuando el apoyo social no es apropiado	104
6.7. Apoyo social relacionado con la salud	104
6.8. Redes de apoyo y salud	106
6.9. Apoyo social y enfermedad cardiaca	109
7. AFRONTAMIENTO	113
7.1. ¿Qué es el afrontamiento?	114
7.1.1. Estrategias de afrontamiento en enfermedad (Gallar, 1998)	118
7.1.2. Estilos de afrontamiento versus estrategias	123
7.1.3. Recursos personales que influyen en la respuesta de afrontamiento.	124
7.2. Afrontamiento de la enfermedad cardiaca	126
8. AFRONTAMIENTO EN PAREJA Y ENFERMEDAD CARDIACA.	131
8.1. Estado civil y salud	131
8.2. Estrés matrimonial y salud	133
8.2.1. Vías a través de las cuales el matrimonio promueve la salud	136
8.3. Apoyo social y afrontamiento	139
8.3.1. Apoyo social y afrontamiento: diferencias de género	140
8.4. Modelo de afrontamiento en pareja	142
9. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN ENFERMEDAD CARDIACA.	147
9.1. Estrategias de la O.M.S. para la lucha contra los factores de riesgo.	148



9.1.1. Prevención Primaria	149
9.1.2. Prevención Secundaria	150
9.1.3. Prevención Terciaria	151
9.2. Rehabilitación Cardiaca	152
9.2.1. Definición de Rehabilitación Cardiaca	152
9.2.2. Características de la Rehabilitación Cardíaca	155
9.2.3. Indicaciones de la Rehabilitación Cardiaca.	157
9.2.4. Contraindicaciones de la Rehabilitación Cardiaca.	158
9.2.5. Fases del Programa de Rehabilitación Cardiaca	160
9.3. Rehabilitación Cardiaca en España	163
9.3.1. Programa de Rehabilitación Cardiaca del Hospital Ramón y Cajal de Madrid.	166
9.3.2. Grupos de apoyo en el ámbito clínico	171
10. DESARROLLO EMPÍRICO DE LA INVESTIGACIÓN	177
10.1. Justificación	177
10.2. Objetivos	179
10.3. Hipótesis	180
10.4. Método	182
10.4.1. Población objeto de estudio	182
10.4.2. Muestra objeto de estudio	182
10.4.3. Criterios de inclusión	182
10.4.4. Descripción de la muestra	183
10.4.5. Diseño	189
10.4.6. Procedimiento	189
10.4.7. Instrumentos de evaluación	191



10.4.7.1. Instrumentos de evaluación del apoyo social _____	191
10.4.7.2. Instrumentos de evaluación del ajuste a la enfermedad _____	192
10.4.7.3. Instrumentos de evaluación del afrontamiento. _____	195
10.4.7.4. Pruebas aplicadas y propiedades psicométricas. _____	196
10.4.7.4.1. Apoyo social de la pareja _____	196
10.4.7.4.2. Evaluación del tipo de afrontamiento en enfermedad cardiaca: _____	197
10.4.7.4.3. Ajuste a la enfermedad del paciente –S.I.P.- _____	198
10.4.7.5. Fiabilidad de las escalas aplicadas _____	200
10.5. Introducción al análisis de resultados. _____	202
10.5.1. Creación de grupos en la muestra de pacientes _____	205
10.5.1.1. Clasificación según el grado de apoyo: _____	205
10.5.1.2 Clasificación según el grado de satisfacción con el apoyo: _____	207
10.5.1.3. Clasificación según el nivel de ajuste a la enfermedad: _____	209
10.5.1.4. Clasificación según el tipo de Afrontamiento percibido: _____	213
10.6. Análisis de datos: Estudio 1 _____	215
10.6.1. Hipótesis 1: _____	215
10.6.2. Hipótesis 2: _____	215
10.6.3. Hipótesis 3: _____	216
10.6.4. Hipótesis 4: _____	218
10.6.5. Hipótesis 5: _____	220
10.6.6. Hipótesis 6: _____	220
10.6.7. Hipótesis 7: _____	221
10.6.8. Hipótesis 8: _____	222
10.6.9. Hipótesis 9: _____	224
10.7. Análisis de datos: Estudio 2 _____	226
10.7.1. Hipótesis 10: _____	228



10.8. Conclusiones y discusión	231
10.8.1. Estudio 1	231
10.8.1.1. Resultados sobre apoyo social	231
10.8.1.2. Resultados sobre afrontamiento	238
10.8.1.3. Resultados sobre la interacción entre apoyo social y afrontamiento	242
10.8.1.4. Resultados sobre las medidas pre y post tratamiento.	247
10.8.1.5. Resultados en función de los grupos	253
10.8.2. Estudio 2	257
10.9. Futuras líneas de intervención	260
10.9.1. Intervenciones realizadas con pacientes	260
10.9.2. Intervenciones realizadas con parejas	261
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	267
ANEXO: CUESTIONARIOS APLICADOS A PACIENTES	351
ANEXO: CUESTIONARIOS APLICADOS A PAREJAS	363
TABLAS	369

Capítulo 1

Introducción

“...La salud puede ser vista como la capacidad del organismo de regular su propio comportamiento y fisiología y producir la respuesta coordinada ante el desafío de los cambios...”.

(George F. Solomon)



1. INTRODUCCIÓN

El ser humano es ante todo un ser con una gran capacidad para la adaptación. A medida que se ha ido desarrollando la estructura de la organización social donde se desenvuelve ha tenido que ir ampliando dicha versatilidad ante el medio y ahora no lucha contra las alimañas de la noche, ni se protege con hogueras encendidas como el hombre primitivo sino que ahora se enfrenta a otro tipo de ambiente mucho más complejo y dificultoso que el de los albores de las primeras civilizaciones.

La Real Academia de la lengua española (2003) define enfermedad (Del latín *infirmitas, -atis.*) como una alteración más o menos grave de la salud. Asimismo define salud (Del latín *salus, -utis.*) en su primera acepción como el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. Por su parte la O.M.S. (1964) recoge que la salud es “*Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedad*”.

Pero la evolución de este concepto bio-psico-social ha llevado diferentes procesos. Un autor clave en el cuestionamiento del modelo biológico de la enfermedad es el sociólogo estadounidense Talcott Parson (1951) que, desde una perspectiva funcionalista, apunta que la enfermedad es algo más que una mera disfunción orgánica. Considera la



enfermedad como una desviación social caracterizada por el fracaso o incapacidad de una persona en desempeñar su rol habitual y responder a expectativas que los demás y él mismo tienen acerca de su conducta. El individuo desempeña un “rol de enfermo” que comporta considerar a la enfermedad como algo negativo y buscar ayuda médica o de otro tipo para salir de esa condición. De esta forma la persona enferma no es considerada culpable y le confiere ser eximida de ciertas responsabilidades desde ese rol.

Por su parte Mechanic (1962), desarrolla el concepto “conducta de enfermedad”, que define como el modo en que una persona percibe, evalúa e interpreta sus síntomas corporales y emprende acciones encaminadas a reducir tales síntomas, buscando ayuda médica o de otro tipo. En esta definición Mechanic señala variables psicológicas en la conceptualización de la enfermedad, variables cuya influencia Parson pasaba por alto.

Pero el gran avance lo constituye el modelo bio-psico-social de Engel (1977), que basándose en la teoría de los sistemas, afirma que la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, por lo que es necesario tener en cuenta todos ellos para considerar los determinantes de una enfermedad y su tratamiento. A modo de resumen Bayés (1985) escribe que los factores psicológicos (cognitivos, emocionales, motivacionales), producto de la historia individual de cada persona en un contexto cultural, socioeconómico y político, influyen tanto en el proceso del enfermar humano como en la prevención de los trastornos y enfermedades, y en el mantenimiento de un nivel óptimo de salud.



1.1. El proceso de enfermar

La enfermedad es un acontecimiento común en nuestras vidas con el que nos debemos familiarizar desde pequeños para afrontarla adecuadamente (Palomo,1996). Incluso dentro de la epidemiología clásica, se reconoce que la enfermedad es como cualquier otro evento que ocurre en la naturaleza, tiene una historia natural de evolución. Se propone en primer lugar un período prepatogénico, que comprende el período durante el cual están interactuando los factores endógenos y exógenos que permitirán facilitar que se reproduzca y se desarrolle la enfermedad. Estos factores pueden ser de orden tanto genético como ambiental. En este período, la prevención se denomina primaria.

En segundo término un período patogénico subclínico. Una vez iniciada la interacción entre el agente causal y el organismo, se inicia este período, donde existe una lesión anatómica o funcional, pero en un grado insuficiente para ser sentida por la persona o al menos para incitarla a pedir ayuda profesional. En este período se actúa a nivel de la prevención secundaria.

En tercer lugar la enfermedad declarada o período clínico. Es cuando la enfermedad ya está establecida. En este período se inicia la actuación a nivel de la prevención terciaria.

Y por último una Fase de resultado o de consecuencias. La enfermedad ha desaparecido. Pero pueden quedar secuelas e invalidez; la actuación es a nivel de rehabilitación.



Período pre-patogénico		Período patogénico		
Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria
Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico y tratamiento temprano	Limitación de la incapacidad	Rehabilitación
Conducta del hombre sano frente a acciones preventivas primarias		Conducta del hombre enfermo frente a acciones preventivas secundarias		Conducta del hombre enfermo frente a acciones preventivas terciarias
Participar efectivamente en programas de salud. Consultar periódicamente al médico. Buscar información adecuada para el mantenimiento de la salud. Adoptar hábitos nutricionales adecuados.		Consultar periódicamente al médico. Percibir correctamente los síntomas y definir adecuadamente la propia enfermedad. Buscar ayuda médica competente. Adoptar el papel del enfermo en forma apropiada. Ajustarse al sistema social hospitalario.		Abandonar oportunamente el papel de enfermo y paciente. Adaptarse a una nueva identidad.

Fuente: Leavell y Clark. *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*. McGraw-Hill book Company, New York, 1965, pag. 18.

Fig. 3. Paradigma No. 3. Conducta preventiva en estado de salud y de enfermedad.

La existencia de una enfermedad no es incompatible con un estilo de vida normalizado. Cuando el proceso patológico se cronifica y es controlado médicamente, la persona debe de ajustarse a la nueva situación con todo lo que ello suponga (dieta, medicamentos, rehabilitación, aparatos ortopédicos...).

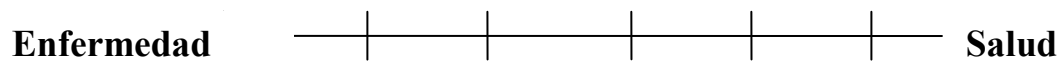
En resumidas cuentas y desde la perspectiva de la psicología positiva, la enfermedad debe ser tomada como un aspecto más que conforma a un individuo (Linley y Joseph, 2004).

1.2. Ante el concepto de salud cabe destacar que:

- 1) El estado de salud no puede ser algo absoluto, completo o permanente; sino que es esencialmente *variable*.



- 2) No puede establecerse un límite definido y drástico entre la salud y la enfermedad. Existen *diversos niveles y grados* sobre los que tampoco pueden establecerse criterios fijos.



- 3) El concepto de salud implica 3 componentes:

- *Subjetivo* (creencia y percepción de bienestar),
- *Objetivo* (funcionalidad orgánica),
- *Adaptativo* (integración bio-psico-social).

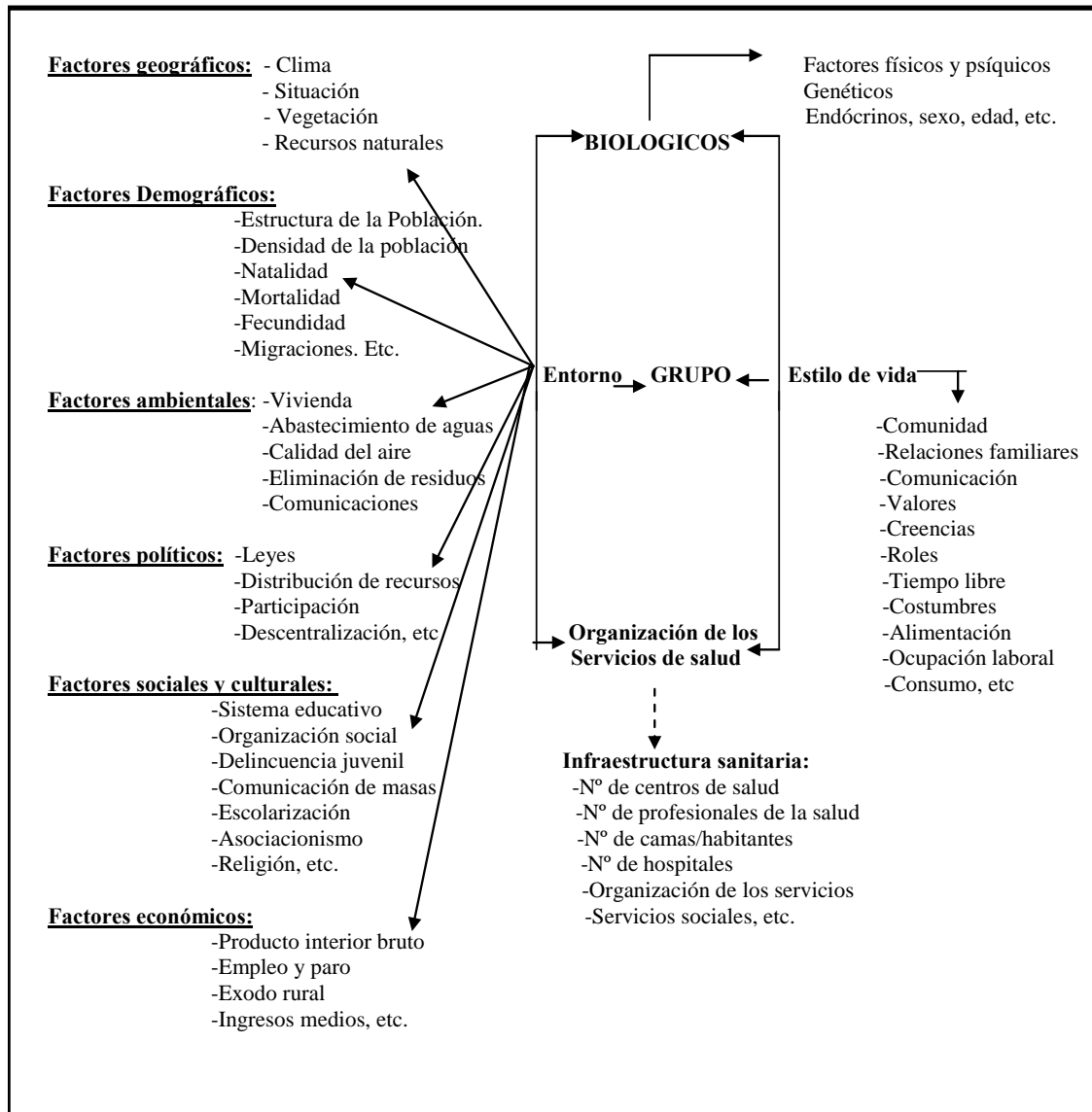
Para Pineault (1987) la salud es una variable dependiente, influida por:

1. Factores biológicos o endógenos.
2. Factores ligados al entorno
3. Factores ligados a los hábitos de vida
4. Factores ligados al sistema sanitario.





Factores determinantes de la salud.



Fuente: Lalonde, M.: *Nouvelles perspectives de la santé des canadiens. Un document de travail. Ministère de la Santé Publique et du Bien-Etre Social, Ottawa, 1976.*



1.3. Influencia de los factores sociales sobre la enfermedad.

El origen de la enfermedad no sólo depende de una patología sino que en ella también influyen otros niveles, el psicológico y el social. Esta relación es de constante interdependencia.

La conciencia de tener una enfermedad (el rol de enfermo) conlleva el desarrollo de un estigma social que supondrá un agravante más para la persona según apunta Gallar en 1998.

Tras la complejidad expuesta dentro de la continua enfermedad-salud, existen muchas patologías que son derivadas de estilos de vida, de hábitos poco saludables, de una forma característica de desarrollo económico. Este es el caso de la enfermedad cardíaca.

Investigaciones recientes (Guadarrama González y Suárez Gomes, 2000) sobre salud poblacional, han confirmado que la salud depende en un 50% del estilo de vida de los seres humanos, un 20% de la genética de las poblaciones, un 20% del estado del medio ambiente y un 10% de la salud pública tradicional. Esto es aplicable a las enfermedades cardiovasculares y muy especialmente al Infarto Agudo del Miocardio por ser la primera causa de muerte en un gran número de países.

Según apuntan Lozano, Soto y Padín, (1999) existen dos visiones complementarias en cuanto a los factores psicosociales que explican la aparición de esta enfermedad.

- Una nueva organización social que surge con la industrialización que facilita y orienta una forma de trabajo excesivo, competitiva y sin libertad de creación.



Sociedad en la que el valor de los vínculos se pierde y se potencia el individualismo que acaba acarreando sentimientos de soledad.

- Un tipo de personas que adecúan su conducta al sistema social imperante y que enajenan su existencia en la consecución de unos patrones de triunfo social, patrones que en algún momento de la vida se hacen inalcanzables.

El vínculo entre los factores psicosociales y la enfermedad cardiovascular vendría de la mano de dos tipos de mecanismos fisiopatológicos (Rozanski, Blumenthal y Kaplan, 1999):

- a) Mecanismos conductuales: las condiciones psicosociales de la persona contribuyen a que ésta realice conductas poco saludables (p. ej.; hábitos perjudiciales como el consumo de tabaco, sedentarismo, dieta rica en grasas...) con el consiguiente riesgo que conlleva para la salud.
- b) Mecanismos fisiológicos: se trataría de mecanismos directamente implicados en la patología del trastorno (p. ej.; excesiva activación neuroendocrina, activación plaquetaria...). En este sentido situaciones de estrés o determinadas características de personalidad pueden dar lugar a una mayor activación fisiológica provocando una serie de alteraciones en el organismo.

Los numerosos estudios epidemiológicos realizados confirman la existencia de un conjunto de factores (tabaquismo, hipertensión, colesterol, sedentarismo, estrés...) que, a través de diferentes mecanismos, provocan y/o facilitan el desarrollo y padecimiento de las enfermedades cardiovasculares (Steptoe, 1981).



Antes de profundizar en el grueso de esta investigación es necesario hacer un recorrido sobre la evolución de esta patología tanto en la dimensión de evolución de la propia medicina sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad como de la incidencia y prevalencia actual de la misma.

Capítulo 2

Enfermedad

Cardiaca

*"...Lo más difícil es que el corazón
recorra su distancia sin heridas..."*



2. LA ENFERMEDAD CARDIACA A LO LARGO DE LA HISTORIA.

En este capítulo vamos a describir la evolución en cuanto al conocimiento de la enfermedad cardiaca, desde las primeras referencias a la enfermedad hasta llegar a la farmacología y a los métodos de diagnóstico actuales. Sin duda alguna, hoy en día tenemos más información acerca de los pasos a seguir para mantener una óptima salud cardiovascular.

La palabra corazón deriva etimológicamente de la palabra latina *Cor* y del griego *Ker, Kear* o *Kardia*. Los primeros indicios referentes a la enfermedad del corazón se encuentran en la ciudad de Tebas. El manuscrito de medicina más extenso del antiguo Egipto (1.550 a.c) es un fragmento del papiro de Ebers, en el que se detallan cómo se pueden tratar las enfermedades del corazón. Los egipcios ya sabían cómo reconocer el pulso y cómo el dolor en el pecho y en los brazos se relacionaba con la muerte súbita.

En la edad media Hipócrates, Galeno, Celso y otros hicieron grandes aportaciones de cara a describir el sistema circulatorio del cuerpo. En esta época era más habitual informar de los síntomas que de la patología.



En el siglo XVI los cuadros clínicos comenzaron a detallarse con mayor exactitud, así William Harvey en su libro “De motus cordis” (1650) plantea una teoría revolucionaria en cuanto a la circulación de la sangre, donde el corazón es el motor de impulsión y el órgano más importante del cuerpo humano. También en España Miguel Servet desarrolla planteamientos relacionados con la circulación menor que junto a Marcelo Malpighi posibilitan que se vayan modificando las ideas antiguas sobre la circulación sanguínea.

En 1749 Jean-Baptiste Sénac (1693-1770) escribe que el corazón es una máquina hidráulica remarcando la dependencia recíproca del corazón sobre los vasos de los que es origen y término. Este médico francés comienza a tratar las enfermedades del corazón reduciendo el trabajo cardíaco a través de *sangrías* con el fin de disminuir el volumen sanguíneo, también aconsejaba evitar el ejercicio, los esfuerzos, los movimientos violentos, o las comidas copiosas, etc.

Las últimas décadas del siglo XIX y principios del XX fueron decisivas para la ampliación de nuevas técnicas como los cateterismos. Además se obtuvieron datos más objetivos en relación a las enfermedades del corazón (arritmias, cardiopatía isquémica, cardiopatías congénitas, valvulopatías o insuficiencia cardíaca)

La obtención de estos datos más rigurosos lo proporcionan avances tecnológicos como los rayos X. de Roentgen en 1895, la medición de la presión arterial con el método del esfigmomanómetro de Riva-Roci (1896), el estetoscopio de Korotkov (1904), el electrocardiografía de Eithoven (1901), instrumentos todos ellos que sirven para diagnosticar con más precisión las diferentes tipologías de enfermedad cardíaca. James



Mackenzie (1852-1925) describe por primera vez, los síntomas de la insuficiencia cardiaca. Clasifica las funciones del corazón en: excitabilidad, conductibilidad, contractilidad y tonicidad, con lo que el agotamiento de la reserva de alguna de estas funciones conducía a distintas manifestaciones clínicas. Para Thomas Lewis (1918) la insuficiencia cardiaca es la incapacidad del corazón para descargar sus contenidos adecuadamente.

En el siglo XX aparece el libro “Diseases of Heart and Circulation” (1950) de Paul Wood (1907-1962), piedra angular de la actual cardiología. Este autor asocia los conceptos fisiológicos con los hallazgos clínicos de los pacientes con insuficiencia cardiaca. En lo que resta de década son importantes las aportaciones farmacológicas que se hacen al respecto de la insuficiencia cardiaca, el uso de Digoxina, Diuréticos, IECAs, Beta-Bloqueantes... además de la cirugía cardiaca con marcapasos, desfibriladores, resincronizadores, trasplante... (Herreros y Bandrés, (2006).

2.1. Panorama actual de incidencia de las enfermedades cardiacas.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en los países desarrollados (Diago, Guallar y Andrés, 1996; Villar Álvarez y Cols., 1998). Se estima que un 60% de las muertes son debidas a esta patología (Wielgosz y Nolan, 2000). En España, según el instituto nacional de estadística un 33,3% de los fallecimientos en el año 2004



fueron debidos a enfermedad cardiovascular. Dentro de este grupo, las enfermedades isquémicas del corazón (infarto agudo de miocardio, angina de pecho, etc.) fueron, de nuevo, la primera causa de muerte entre los hombres y entre las mujeres las enfermedades cerebrovasculares (Instituto Nacional de estadística, 2006).

La Organización Mundial de la Salud prevé que para el 2020 las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes) serán la causa del 73% de la mortalidad y del 60% de la morbilidad total (OMS, 2000).

2.1.1. Incidencia de la cardiopatía isquémica (CI)

En EE.UU se registra una prevalencia de 5 millones de pacientes con diagnóstico de isquemia cardiaca, con una incidencia de 500.000 casos nuevos cada año (O'Connell y Bristol, 1993). De forma general, se estima en Europa una incidencia de 1,3 casos por 1.000 habitantes y año en la población de más de 25 años de edad. La tasa de incidencia es creciente según el tramo de edad, llegando a 11,6 por 1.000 en los mayores de 85 años (Cowie y cols. 1999).

Según publican Medrano Albero, Boix Martínez, Cerrato Crespán y Ramírez Santa-Pau, (2006) la morbilidad de las enfermedades cardiovasculares no se conoce con exactitud en el contexto de la población española ya que no existe una fuente de datos que sea



estable, exhaustiva y fiable. Estos autores realizan una recopilación de 19 estudios realizados sobre la incidencia y prevalencia de la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares en España entre los años 1993 y 2005. La incidencia del infarto agudo de miocardio está entre 135 y 210 nuevos casos por año por cada 100.000 hombres y entre 29 y 61 por cada 100.000 mujeres con una edad comprendida entre los 25 y 75 años. Esta incidencia se multiplica por 10 en hombres con más de 75 años y por 20 en mujeres. No existen datos sobre la prevalencia de CI, excepto un estudio sobre angina de pecho que se estima en un 7'3% en hombres y un 7'5% en mujeres de cada 100.000.

2.1.2. Principales estudios poblacionales realizados

Incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica en España

	Año	Ámbito	Edad	Hombres	Mujeres	Referencia bibliográfica
				Ambos sexos		
<i>Incidencia poblacional IAM</i>						
Estudio IBERICA	1997-98	7 CCAA	25-74	207 x10 ³ p-a.	45 x10 ³ p-a.	Eur J Epidemiol 2004;19:831-9
Estudio IBERICA-Murcia	1997-98	Murcia	25-74	191 x10 ³ p-a.	61 x10 ³ p-a.	Informe n°34.2003. Con San Murcia
Registro REGICOR (Girona)	1990-92	Local	25-74	135 x10 ³ p-a.	29 x10 ³ p-a.	J Int Epidemiol. 1998; 27: 599-604
Estudio MONICA (Área Barc)	2005	Local	25-74	209 x10 ³ p-a.	56 x10 ³ p-a.	Eur Heart J 2005; 26 5): 505-15
Registro REGICOR (Girona)	1997	Local	>74	1500 x10 ³ p-a.	830 x10 ³ p-a.	Rev Esp Cardiol 2002;55:337-46
<i>Incidencia hospitalaria CI</i>						
CMBD	1999	Nacional	Todas	111.291 altas		http://www.msc.es
Encuesta Morbilidad Hosp	2000	Nacional	Todas	101.736 altas	44.284 altas	http://cne.isciii.es
				167 x10 ³ p-a.	64 x10 ³ p-a.	
<i>Incidencia cohortes CI</i>						
Manresa	1968-96	Ocupacional	>30	500 x10 ³ p-a.	-	Rev Esp Cardiol 2001;54:1146-54
Estudio ZACARIS-I	1994-99	Multic. At. 1°	>25	640 x10 ³ p-a.	400 x10 ³ p-a.	Clin Drug Invest 2002;22:241-51
Estudio DRECE	1992-97	Multic. At. 1°	5-60	Con riesgo CV: 690 x10 ³ p-a. Sin riesgo CV: 170 x10 ³ p-a.		Med Clin (Barc) 2000;115:726-29
<i>Prevalencia pobl. angina</i>						
Estudio PANES	1995-96	Nacional	45-74	7,3%	7,7%	Rev Esp Cardiol 1999;52:1045-56

Abreviaturas: CCAA: Comunidades Autónomas. IAM: Infarto Agudo de Miocardio. CI: Cardiopatía Isquémica. CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos. Multic. At 1°: Multicéntrico Atención Primaria. p-a: personas-año. Incidencia anual por 100.000 personas-año. Prevalencia expresada en %.

Fuente: Medrano y cols., (2006)

Los registros más importantes de cara a conocer las cifras de la CI son el MONICA (Cataluña) y el IBERICA (Nacional). Boix Martínez, Aragonés Sanz, y Medrano Albero,



(2003) establecen las tendencias en la mortalidad por CI en 50 provincias españolas, confirmando un descenso significativo de la mortalidad por CI en los últimos 19 años (edad entre 35 y 64 años). Dicho descenso es más relevante en hombres (27 provincias) que en mujeres (12 provincias). Estos autores también apuntan la localización geográfica de la mortalidad por CI, indicando claras diferencias entre Norte y Sur, siendo el índice mayor en aquellas provincias situadas al sur, levante e islas.

En relación a estas cifras Alonso-Pulpón (2002), apunta que es posible que puedan estar distorsionadas debido a múltiples causas, entre las que figuran la falta de criterios diagnósticos precisos y unificados, la escasez de fuentes fiables de datos, la utilización de diversas metodologías en las mediciones y la ausencia de registros amplios y prospectivos. Además, existen importantes diferencias en los datos sobre isquemia cardíaca de áreas geográficas diferentes, por lo que la extrapolación de los datos obtenidos en una población determinada a otras sociedades o países puede llevar a errores.

2.1.3. Consecuencias de la enfermedad cardíaca.

El coste que las enfermedades cardiovasculares generan, tanto en términos económicos como humanos, es muy elevado. Estas enfermedades son uno de los principales motivos de utilización de los servicios de salud, tanto en Atención Primaria como en Especializada.



Las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las primeras causas de invalidez permanente. Una proporción importante de pacientes cardiacos tienen menos de 60 años (De Pablo Zarzosa, 1999). Diferentes autores han estudiado como la edad (Wenger, Hellerstain y Blackurn, (1982) y la cualificación profesional (Shanfield, (1990); Sellier, Varailac, Iliou, Corona, Prunier, y Audouin, (1995) influyen de forma significativa en la reincorporación laboral.

En un estudio de Gutiérrez Morlote y cols. del año 1999 sobre la situación laboral de 584 pacientes que han sufrido un infarto de miocardio, menores de 65 años y residentes en España, se describe como el 56,6% de 316 pacientes activos previamente al infarto se reincorporaron de nuevo a la vida laboral, el 18,8% estaban jubilados con antelación, el 15,8% consiguen una incapacidad permanente tras el evento cardiaco, el 5,8% permanece en situación de desempleo y por último un 3,5% fallece. En este estudio como en otros se observa la relación que existe entre la reincorporación y la menor edad

En nuestro país, según un estudio de la Sociedad Española de Cardiología del año 1995, la incorporación al trabajo habitual tras un accidente coronario es del 38% (el 11 % a tiempo parcial y el 28 % a jornada completa).

La reincorporación es más baja en pacientes que han sufrido una revascularización quirúrgica (29%) que en los que se ha practicado una angioplastia coronaria (41,4%) (Sobrino y cols. 1995).

Dicha reincorporación no solo depende de la severidad inicial del infarto y el tipo de tratamiento empleado (Tirado, Olmo, Rodríguez, Ferrand, Echevarría y Rodríguez,



(2006) sino también de factores individuales (Abbott y Berry (1991); Gilutz (1991)) sociales (Hoffman, (1995) y Riegel (1993) sistema de asistencia y rehabilitación (Coll, (1995); Maroto, De Pablo, Morales y Artigas, (1996)) y sistema de protección social (Boudrez, De Backer y Comhaire, (1996); World Health Organization, (1964). Los datos anteriores ponen de manifiesto la importancia de los aspectos psicológicos, sociales y económicos de cara a la reincorporación laboral (Miller y Brewer, 1969; Russell, Wayne, Kronenfeld y Charles, 1980). A nivel psicológico según (Turkulin y cols. 1988), la presencia de patrón de conducta tipo A influye de forma positiva en la reincorporación.

Según Cay y Walker en 1988 la excesiva sobreprotección del entorno dificulta la reincorporación al trabajo, por otro lado, si el entorno presenta un adecuado apoyo puede favorecer que el paciente se reincorpore antes. Aunque la más importante y significativa es la sensación subjetiva de salud-enfermedad que el paciente tenga de sí mismo (Smith y O'Rourke, 1988; Trelawney y Russel, 1987).

Se consideran factores favorables: el poco tiempo de baja laboral, consejo médico animando a la pronta reincorporación laboral, buena capacidad física y el **realizar un programa de Rehabilitación Cardiaca** (Artiago, 1989).

En este sentido, el 68% de los pacientes cardíacos que hacen rehabilitación cardíaca se reincorporan a su trabajo en el año siguiente al evento, es decir, se reincorporaron al trabajo un 68 % de los que estaban en activo previamente al infarto (Artiago, Morales, Bayas, De Pablo y Maroto, 1989). Con un seguimiento medio de tres años se encontraban en activo un 67 % de los enfermos tras infarto y sólo un 51 % de los pacientes tras cirugía coronaria (Maroto, 1988).



Sin duda alguna las intervenciones que se realicen desde diferentes ámbitos con el objetivo de normalizar la vida del paciente y de su entorno van a ser de vital importancia para conseguir el resultado final de la adaptación. En el próximo capítulo describiremos como la psicocardiología desde un enfoque global pretende alcanzar estos objetivos.



Capítulo 3

Psicocardiología

*“...Si pude ver más lejos fue
porque me subí a hombros de
gigantes...”*

Isaac Newton (1642-1727)



3. PSICOCARDIOLOGÍA

Tras lo expuesto hasta el momento, es obvio considerar que el problema de la enfermedad cardíaca es más complejo de lo que inicialmente parece. Y por ello, la atención en estas patologías se está especializando cada vez más.

La PsicoCardiología es la rama de la Psicología de la Salud que se interesa por los factores psicosociales que median en el desarrollo y/o etiología de la enfermedad cardiovascular además de estudiar sus efectos sobre la persona desde un punto de vista psicológico. Como su nombre indica concurren dos disciplinas: la Psicología y la Medicina Coronaria que intentan trabajar conjuntamente tanto en la prevención primaria como en la secundaria de la enfermedad cardíaca.

3.1. Objetivos de la Psicocardiología

- Informar a nivel poblacional sobre estilos de vida cardiosaludables que prevengan la patología cardiovascular.
- Mejorar la atención médica y psicológica del paciente cardíaco
- Promover redes de apoyo social e integración comunitaria de los pacientes.



En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 9ª Revisión) de la OMS, el epígrafe "enfermedades del sistema circulatorio o enfermedades cardiovasculares" comprende cuatro grandes grupos de afecciones:

- Enfermedades del corazón.
- Enfermedades cerebrovasculares (E.C.V.).
- Enfermedades de las arterias, arteriolas y capilares.
- Enfermedades de venas, linfáticos y otras enfermedades circulatorias.

La hipertensión arterial esencial (HTA), enfermedad de Raynaud y el infarto de miocardio (IMC) son las principales problemáticas cardiovasculares que más se han estudiado dentro de la psicología de la salud.

El infarto de miocardio, dentro de las cardiopatías isquémicas, es la patología que más muertes provoca al año (Lozano, Vegas y Banegas, 2002). En la actualidad y debido a las nuevas terapias médicas y farmacológicas, los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio sobreviven a éste en un gran porcentaje. Bueno y Buceta (1996) recalcan que debido a esta supervivencia se hace necesario el desarrollo de programas de rehabilitación biopsicosocial para este tipo de pacientes, ya que se ha conseguido reducir el número de muertes debido a la prevención primaria y a la intervención en los factores de riesgo que influyen en la enfermedad cardíaca (Beaglehole, 1990).



Al igual que ha ocurrido en otras disciplinas podemos decir que la psicocardiología supone una superación del modelo biomédico imperante tratando de superar el concepto de lo biológico en la génesis y mantenimiento de la patología. Traspasa esta barrera para considerar variables psicosociales, (persona y ambiente) en el origen y surgimiento así como de su potencial en la prevención y/o ajuste.

3.2. Intervención psicológica en pacientes con enfermedad cardiaca.

Habitualmente los pacientes con infarto de miocardio expresan preocupaciones con respecto a la recidiva del proceso (debido posiblemente a falta de información), nivel de afectación, capacidad física y función de la rehabilitación cardiaca, con lo cual se desarrollan sentimientos de incertidumbre general de cara al futuro (Bergman y Berterö, 2003; Doiron-Maillet y Meagher-Stewart, 2003; Hanssen, Nordrehaug y Rokne-Hanestad, 2005; Jaarsma, Kastermans, Dassen y Philipsen, 1995; Tobin, 2000; Roebuck, Furze y Thompson, 2001; Svedlund, Danielson y Norberg, 2001).

Los principales temas que ha investigado la Psicología en relación con la patología cardiovascular son los siguientes: la depresión, la ansiedad, las características de personalidad, el aislamiento social y el estrés (Rozanski, Blumenthal y Kaplan, 1999).



Fernández-Abascal (2003) apunta que las intervenciones conductuales se han orientado tanto hacia la prevención en población de alto riesgo, como al tratamiento rehabilitador de los pacientes tras sufrir algún episodio de alteración cardiovascular. En cuanto a la intervención conductual el objetivo principal es cambiar las conductas manifiestas que incrementan la vulnerabilidad cardiovascular de la persona. Así, el tratamiento se ha dirigido a modificar:

- a) Hábitos y estilos de vida (dieta, obesidad, sedentarismo, consumo de tabaco).
- b) Factores psicosociales (patrón de conducta tipo A, depresión o emocionales negativas como la ira, ansiedad y hostilidad).
- c) Mejorar la adherencia a las medidas de prevención o rehabilitación.

En el segundo caso, la intervención incide en el tratamiento y rehabilitación de las funciones físicas, psicológicas así como sociales afectadas por el trastorno cardiovascular.

3.2.1. Objetivos de la intervención Psicológica en Cardiología:

- Manejo de los efectos psicológicos y emocionales de la enfermedad cardiaca.
- Modificar factores de riesgo por hábitos de vida cardiosaludables.



- Integración normalizada en todas las esferas de la vida anterior al evento cardíaco (Laham, 2001).

En la atención psicológica al enfermo con cardiopatía, hay que tener en cuenta tanto los factores derivados del sentimiento de enfermar como los que han podido ser la causa o desencadenante de la enfermedad (De Llano, Sosa y Lozano, 2006), es decir, el antes y el después. García Huete (1991) afirma que el análisis funcional de la conducta debe implicar la observación y evaluación de los tres niveles de respuesta (motor, fisiológico y cognitivo) de cada una de las respuestas comprometidas en los factores de riesgo. Además se debe realizar un análisis más amplio, en tanto en cuanto los hábitos culturales explican en gran medida los comportamientos individuales. Si se quiere realizar una eficaz labor preventiva de estas alteraciones cardiovasculares habrá que actuar sobre la población transmitiendo conocimientos adecuados, modificando actitudes y, evidentemente, sus hábitos de salud.

Las intervenciones que se deben realizar en el ámbito de la atención al enfermo cardíaco deben incluir intervenciones en cuanto a control cognitivo, control de estrés o de respuestas fisiológicas y cambio de hábitos.

Desarrollaré los procesos psicológicos que principalmente ocurren tras un evento cardíaco, como señala De Llano y cols. (2006) en un documento de la sociedad española de cardiología (SEC). Después de un infarto de miocardio, el paciente sufre en la mayoría de los casos un fuerte impacto emocional, un temor ante la incertidumbre que supone el sentirse enfermo, muchas veces de forma súbita, y el no saber cómo evolucionará su enfermedad y qué consecuencias conllevará, el temor sobre todo a perder lo más valioso



que tiene el ser humano, su vida. La ansiedad estimula el sistema nervioso autónomo y ello conduce a una sobrecarga del sistema cardiovascular, y de ahí la importancia de su control en un programa de rehabilitación.

Otro factor psicológico que padece el paciente cardiaco es la depresión. En un alto porcentaje de ellos, la tríada cognitiva de Beck y Del Viso (1996) (visión pesimista del futuro, de sí mismo y del entorno), está presente. Bertomeu (1996) señala además de la sintomatología psicológica citada anteriormente, la negación de la enfermedad como reacción ante ella y la hipocondría ante el temor de padecer síntomas que en realidad no existen. En la fase aguda de la enfermedad (primeras dos semanas) los mecanismos de negación permiten una tranquilidad deseable para la estabilización cardiaca, existe una mejor evolución de los pacientes que tienen estas defensas de negación que los que no las presentan (Levenson y cols. 1984). La negación es una respuesta muy común en las primeras fases de una enfermedad sobre todo en aquellas que son consideradas como graves (Lazarus, 1979; Moos, 1977).

Por otro lado, algunos pacientes mantienen actitudes de trivialización de la enfermedad. Esta actitud puede acarrear un descontrol de los factores de riesgo, ya que si la enfermedad no tiene importancia para el paciente, difícilmente va a creer necesario seguir los tratamientos y los consejos médicos.

Transcurrida la fase aguda de la enfermedad y durante el periodo de rehabilitación el paciente puede desarrollar cierta ideación pesimista, caracterizada por un sentimiento de pérdida que acarrea la nueva situación, los riesgos de la enfermedad, el peligro de muerte o



de recaídas, las limitaciones socio- laborales, las minusvalías físicas, las limitaciones que producirán el control de los factores de riesgo, etc. Todo ello, sume al paciente en la tristeza, la angustia, la desesperanza y la apatía por las actividades habituales. Esta sintomatología es una reacción de adaptación, que puede incluso ser normal y lógica. Con el paso del tiempo y la mejoría el paciente la supera espontáneamente. Lozano, Soto y Padín en 1999 señalan que si esta situación no se resuelve con la adaptación a la enfermedad, el paciente puede caer en una grave y profunda depresión.

También según apunta Velasco (1988) existe una sintomatología cardíaca subjetiva, caracterizada por sensación de incapacidad, ansiedad y depresión como determinantes en la vuelta al trabajo de los pacientes con cardiopatía isquémica.

3.2.2. Técnicas de relajación:

Una de las intervenciones más eficaces es la del entrenamiento en relajación. En una muestra de pacientes bajo entrenamiento en relajación, se demostró que en estos pacientes habían descendido los niveles de ansiedad y depresión y había una menor somatización de los síntomas (Bohadick, 1984). Asimismo López Pérez (1984) concluye que la disminución de la frecuencia cardíaca obtenida por un programa de relajación es significativa y similar a la obtenida por un ansiolítico y un betabloqueante suave



Roskie (1987) expone un enfoque terapéutico para el entrenamiento del estrés en sujetos tipo A, e indica que el entrenamiento en relajación es una condición necesaria pero no suficiente para el abordaje terapéutico de estos sujetos. Este autor propone.

1. La reestructuración del ambiente para reducir las amenazas de la pérdida de control.(fuera del control en la intervención)
2. Cambiar el significado que la persona atribuye a las situaciones que puedan producir estrés.
3. Reducir la intensidad de la reacción física y emocional cuando siente estrés.

Tanto para cambiar el significado de la situación como para reducir la reacción física al estrés se puede utilizar terapia cognitiva, entrenamiento en habilidades de comunicación, relajación, e incluso, técnicas de inoculación de estrés.

Los métodos de relajación (relajación progresiva, entrenamiento autógeno, control de respiración, meditación trascendental) se han utilizado como técnicas indirectas de control de la presión arterial.

Moser, (1992), demostró en un grupo de pacientes con insuficiencia cardiaca avanzada que, a través de técnicas de relajación, éstos fueron capaces de ejercer un control voluntario sobre el tono vascular regional, registrando una mejoría objetiva del gasto cardiaco. Cuando el organismo se halla en estado de relajación, es el sistema **parasimpático** el que toma el control. Entonces la tasa cardiaca se reduce, la respiración se vuelve más lenta, la tensión muscular disminuye y se nota una sensación de relajación, o



incluso de pesadez muscular. La activación del sistema nervioso simpático es **incompatible** con la activación del parasimpático, y viceversa. La relajación produce una serie de cambios en nuestro cuerpo:

- Disminución de la tensión muscular.
- Disminución de la frecuencia e intensidad del ritmo cardiaco.
- Incremento del riego sanguíneo periférico
- Regula el ritmo respiratorio.
- Aumento de la capacidad para conciliar/mantener el sueño
- Cambios a nivel de pensamiento: sensación de tranquilidad.

La relajación muscular progresiva, la inoculación de estrés, la desensibilización ante agentes estresantes, y las dinámicas de grupo, son los procedimientos más usados (Gallar, 1998). En cuanto a la relajación progresiva un estudio de González y Amigo del año 2000 demostró que esta técnica provoca, de forma inmediata, descensos tanto de la Presión Arterial como de la Frecuencia Cardiaca hasta niveles situados en el rango de la normotensión, y que la duración mínima del entrenamiento necesario para conseguir y mantener tales beneficios cardiovasculares se sitúa a partir de la quinta sesión de intervención, dándose éstas una vez por semana. Este descenso en los niveles de presión arterial y ritmo cardiaco a través de técnicas de relajación también lo observan otros autores como Alexander, Schneider y Staggers, (1996), Amigo, Fernández y González, (2001), Amigo, Fernández, González y Herrera, (2002), Boota, Varma y Singh, (1995), Davison, Williams, Nezami, Bice y Dequattro, (1991), González y Amigo, (2000), Johnston, (1991).



3.2.3. Técnicas de intervención conductual:

Estas técnicas están dirigidas por un lado a proporcionar control directo sobre una o varias funciones cardiovasculares y por otro instruir al paciente en habilidades de afrontamiento del estrés. En cuanto al primer caso, las técnicas de biofeedback (presión sanguínea, velocidad de la onda del curso, tasa cardíaca, temperatura, electromiograma, actividad electrodermal...) han demostrado la efectividad en la reducción a corto plazo de los niveles de presión elevados (Chesney y cols., 1987; Goldstein, 1982; McCann, 1987; Shapiro y Jacobs, 1983).

3.2.4. Técnicas cognitivo conductuales para el manejo del estrés.

Entre estas técnicas se encuentran la práctica de la relajación ante situaciones de estrés, la desensibilización sistemática, el aprendizaje discriminativo de las zonas de tensión física, entrenamiento en habilidades sociales, asertividad y solución de problemas, además de diferentes técnicas de reestructuración cognitiva (Bennett y Carroll, 1994; Blumenthal y Wei, 1993; Johnson y cols., 1993).

La terapia cognitiva se utiliza para la modulación de los accesos emocionales irracionales, y las habilidades de comunicación para reducir los conflictos interpersonales (De llano y cols. 2006).

Según afirma Fernández-Abascal (2003), estas técnicas han demostrado una alta eficacia específica en el tratamiento y rehabilitación de personas con riesgo de enfermedad cardiovascular y en pacientes coronarios.



Gallar en 1998 diseña los puntos de una intervención psicológica en enfermedad cardíaca en la que se deben recoger los siguientes aspectos.

1. Informar al paciente y allegados sobre las características y riesgos de su estilo de vida y su enfermedad.
2. Indicar la importancia de seguir el tratamiento médico de forma exhaustiva.
3. Hacer conscientes a los sujetos con patrón de conducta tipo A de los riesgos que éste implica.
4. Implicar a la familia en los cuidados prescritos.
5. Identificar los factores estresantes.
6. Aplicar técnicas de relajación.
7. Proponer hábitos laborales y sociales saludables
8. Prestar apoyo emocional al paciente y a sus familiares.
9. Promover hábitos higiénico-Dietéticos saludables.
 - Tabaco y alcohol.
 - Ejercicio físico.
 - Control del peso
 - Control de grasas
 - Control presión arterial

De cara al estudio e intervención integral y teniendo en cuenta la multidimensionalidad de los factores que predisponen, desencadenan o influyen en la recuperación de la enfermedad cardíaca, hemos planteado hasta el momento una



orientación eminentemente clínica e individual, pero no hay que olvidar otras disciplinas como en nuestro caso, la Psicología Social de la Salud, que nos puede proporcionar una visión global del problema teniendo en cuenta la intermediación de variables psicosociales.

3.3. Aplicaciones de la Psicología Social de la Salud dentro de las cardiopatías.

La psicología social de la salud intenta estudiar la conducta de salud/enfermedad en interacción como otras variables de carácter social, promoción y mantenimiento de la salud, prevención y atención a la enfermedad, mejora del sistema sanitario y participación en las políticas sanitarias. Ya que la conducta del hombre sano y la conducta del hombre enfermo no puede comprenderse si se la separa de su contexto social (León y Medina, 2002; Rodríguez-Marín, 2001).

Huici (1985) aporta indicios sobre la influencia del contexto social sobre el proceso de salud enfermedad a través de interpretaciones de la enfermedad, expresión del síntoma, conductas orientadas a la salud, relaciones entre profesionales de la salud y enfermo y hábitos saludables. La Psicología Social de la Salud aúna esfuerzos de cara a la:



- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Identificación de factores de riesgo de tipo psicosocial.
- Diagnóstico o evaluación.
- Tratamiento y cuidado del paciente.
- Rehabilitación y adaptación del paciente a la enfermedad.
- Evaluación, organización y gestión de la atención sanitaria.

En cuanto al estudio centrado en las cardiopatías, la Psicología Social de la Salud nos permite aproximarnos al conocimiento de aquellos factores por los que los individuos se mantienen saludables o que favorecen las conductas sanas, y los factores por los que se adoptan conductas y hábitos de riesgo o perjudiciales. Asimismo, nos permite estudiar qué aspectos psicosociales hay que tomar en cuenta en los distintos programas de promoción (incremento de hábitos saludables), prevención (reducción de conductas de riesgo), además de los factores que determinan la participación en el desarrollo de dichos programas de intervención. En cuanto al estudio de variables psicosociales, se caracteriza por el análisis de las causas de enfermedades asociadas a un estado de “arousal” crónico y elevado del sistema nervioso y neuroendocrino, identificando los posibles estresores psicológicos y sociales que lo provocan.

Sabemos que en la enfermedad cardíaca existen factores de riesgo coronario que predisponen o contribuyen al surgimiento de esta enfermedad (Raheja, Bhoraskar y Narang, 1996). La lucha contra la cardiopatía isquémica comienza por evitar los factores asociados a ésta, por lo que se establecen programas de atención



primaria con medidas generales para toda la población y específicas para la población de riesgo. Este concepto junto a otros se desarrollará ampliamente en capítulos posteriores.

Capítulo 4

Factores de riesgo en la enfermedad cardiaca

*“...Que la comida sea tu alimento y el
alimento tu medicina...”*

Hipócrates



4. FACTORES DE RIESGO EN LA ENFERMEDAD CARDIACA

En etapas anteriores de la evolución humana, el individuo enfermaba en la mayoría de los casos por agentes patógenos a los que estaba expuesto, independientemente de la conducta. Sin embargo, a partir de la década de los cincuenta, esta situación ha dado un giro, las enfermedades infecciosas ocupan hoy uno de los últimos lugares entre las causas de mortalidad (De llano y cols. 2006). La conducta humana cobra, por tanto, una gran importancia de cara a la etiología y prevención de la enfermedad y en especial de la cardiopatía, ya que en esta enfermedad tienen una especial importancia los estilos de vida.

4.1. Qué son los factores de riesgo.

Un factor de riesgo es la probabilidad estadística que tiene una persona en cuanto a la prevalencia o recurrencia de una enfermedad ante determinadas combinaciones fisiopatológicas. Esta relación no excluye la existencia de la enfermedad en ausencia de esos factores, ni tampoco la falta de la misma en presencia de ellos (Velasco y otros, 2000).



En relación a la enfermedad cardiaca el Texas Heart Institute (2007) define que los factores de riesgo cardiovascular son aquellos que contribuyen a aumentar la probabilidad de que suceda un evento cardiaco adverso. Los factores de riesgo se dividen en dos categorías: modificables y no modificables. La corrección de los factores de riesgo modificables es primordial para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. No es fácil, ya que se trata de cambiar hábitos de vida (costumbres alimentarias, hábitos tóxicos) que están muy arraigados en los estilos de vida (Gallar, 1998).

Principales factores de riesgo cardiovascular

MODIFICABLES

Hipertensión arterial
Colesterol alto
Tabaquismo
Diabetes
Obesidad
Sedentarismo
Estrés
Patrón de conducta tipo A

NO MODIFICABLES

Edad
Sexo
Herencia

En un amplio estudio prospectivo europeo, el PROCAM (Prospective Cardiovascular Münster Study, 1987) con una muestra de 30.000 sujetos, se identificaron los principales factores de riesgo modificables: entre ellos el tabaquismo, hipertrigliceridemia, hipertensión, aumento de Lipoproteínas de baja densidad (LDL) y la dieta. Un ejemplo de estas modificaciones, es decir que bajo el control de los factores de riesgo modificables se consigue reducir la incidencia de la enfermedad cardiovascular, es un amplio programa de intervención (The Stanford Five City Project) desarrollado en cinco



ciudades de los Estados Unidos, durante el período de 1978 a 1986, y con un seguimiento en cuanto a los factores de riesgo de 10 años. Los resultados alcanzados fueron que se logró reducir en un 15% el riesgo de de sufrir una enfermedad cardíaca controlando los factores de riesgo (Farquhar y cols, 1985).

Asimismo, no hay que pasar por alto que la suma de varios factores de riesgo en una misma persona la hacen más vulnerable ante la enfermedad, ya que los factores de riesgo cardiovascular tienen un efecto acumulativo, aditivo y progresivo respecto al riesgo de padecer enfermedad cardiovascular (Wilson, Kannel, Sibershatz y D'Agostino, 1999; Yusuf, Giles, Croft, Anda y Casper, 1998).

Es preciso, por tanto, abordar una estrategia global de prevención a través de la prevención, control y tratamiento de los factores de riesgo, con el objetivo de modificar uno o alguno de los hábitos de vida para reducir la incidencia de enfermedad cardiovascular (Kuulasmaa y cols, 2000; Yusuf y cols, 1998).

Como veremos más adelante, una intervención a nivel de salud pública en cuanto a promover estilos de vida o hábitos cardiosaludables es fundamental para reducir su incidencia y prevalencia dentro de la población.



4.2. Factores de riesgo físicos en enfermedad cardiaca

Teniendo en cuenta los factores de riesgo tradicionales (consumo de tabaco, obesidad, diabetes, sedentarismo, herencia, colesterol...) en los países industrializados el riesgo de enfermedad cardiaca aumenta con la edad, y es más frecuente en hombres que en mujeres.

TABLA 1. Factores de riesgo para cardiopatía isquémica

Marcadores de riesgo	Factores de riesgo	Hábitos de vida
Edad	Colesterol elevado	Dieta rica en grasas
Sexo masculino	Colesterol HDL reducido	saturadas y colesterol
(Varones	Colesterol LDL elevado	Dieta hipercalórica
< 55 años	Tabaquismo	Sedentarismo
y mujeres	Hipertensión arterial	Conducta tipo A
< 65 años)	Diabetes e hiperglucemia	Determinantes
	Triglicéridos elevados	sociolaborales
	Obesidad central	Estrés
	Síndrome polimetabólico	

En este sentido vamos a realizar una descripción de los principales factores de riesgo físicos relacionados con la aparición de un evento cardiaco.

4.2.1. Presión arterial alta (hipertensión arterial)

La hipertensión arterial aumenta el riesgo de sufrir una enfermedad del corazón, un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular. Aunque otros factores de riesgo pueden ocasionar hipertensión, es posible padecerla sin tener otros factores de riesgo. Las personas



hipertensivas que además son obesas, fuman o tienen niveles elevados de colesterol en sangre, tienen un riesgo mucho mayor de sufrir una enfermedad del corazón o un accidente cerebrovascular. La presión arterial varía según la actividad y la edad, pero un adulto sano en reposo generalmente tiene una presión sistólica de menos 120 y una presión diastólica de menos 80.

4.2.2. Colesterol elevado

Uno de los principales factores de riesgo cardiovascular es el colesterol elevado. El colesterol es una sustancia grasa (un lípido) transportada en la sangre, se encuentra en todas las células del organismo. El hígado produce todo el colesterol que el organismo necesita para formar las membranas celulares y producir ciertas hormonas. El organismo obtiene colesterol adicional de alimentos de origen animal (carne, huevos y productos lácteos). Aunque a menudo atribuimos la elevación del colesterol en sangre al colesterol que contienen los alimentos que comemos, la causante principal de ese aumento es la grasa saturada de los alimentos. La materia grasa de los productos lácteos, la grasa de la carne roja y los aceites tropicales tales como el aceite de coco son algunos de los alimentos ricos en grasa saturada. Cuando la sangre contiene demasiadas lipoproteínas de baja densidad (LDL o «colesterol malo»), éstas comienzan a acumularse sobre las paredes de las arterias formando una placa e iniciando así el proceso de la enfermedad denominada «aterosclerosis». Cuando se acumula placa en las arterias coronarias que riegan el corazón, existe un mayor riesgo de sufrir un ataque al corazón.



4.2.3. Diabetes

Los problemas del corazón son la principal causa de muerte entre diabéticos, especialmente aquellos que sufren de diabetes del adulto o tipo II («diabetes no insulino dependiente»). Ciertos grupos raciales y étnicos (negros, hispanos, asiáticos, polinesios, micronesios, melanesios y amerindios) tienen un mayor riesgo de padecer diabetes. La Asociación Americana del Corazón (A.H.A, 2007) calcula que el 65 % de los pacientes diabéticos mueren de algún tipo de enfermedad cardiovascular.

4.2.4. Obesidad y sobrepeso

Se ha observado una asociación del Índice de Masa Corporal (IMC) y la obesidad con la hipertensión arterial, la dislipemia, la hiperglucemia y el sedentarismo (World Health Organization, 2000). Igualmente se han obtenido evidencias de que la asociación de la obesidad, medida por el IMC, con los factores de riesgo cardiovascular clásicos ha perdido fuerza en los últimos años (Flegal, Graubard, Williamson y Gail, 2005). Otro factor relacionado es la adiposidad abdominal, manifestado en el perímetro abdominal, donde el riesgo se incrementa si es mayor de 88 cm en los hombres y 102 cm en las mujeres. Mantener el peso ideal y la actividad física disminuyen el riesgo en un 50% (Willet, Manson, y Stamper, 1995).

Asimismo la obesidad aumenta las probabilidades de adquirir otros factores de riesgo cardiovascular, especialmente hipertensión, niveles elevados de colesterol en sangre y diabetes. El estudio Framingham estimó que si toda la población estuviera dentro del



peso ideal, se reduciría un 25% la cardiopatía isquémica y un 25% la insuficiencia cardíaca congestiva y el infarto cerebral. (Hubert, Feinleib, McNamara y Castelli, 1983).

4.2.5. Herencia

Las enfermedades del corazón suelen ser hereditarias. Por ejemplo, si los padres o hermanos padecieron de un problema cardíaco o circulatorio antes de los 55 años de edad, la persona tiene un mayor riesgo cardiovascular que alguien que no tiene esos antecedentes familiares. Los factores de riesgo tales como la hipertensión, la diabetes y la obesidad también pueden transmitirse de una generación a la siguiente. Además, los investigadores han determinado que algunos tipos de enfermedades cardiovasculares son más comunes entre ciertos grupos raciales y étnicos. Por ejemplo, los estudios demuestran que los negros sufren de hipertensión más grave y tienen un mayor riesgo cardiovascular que los blancos. La mayor parte de los estudios cardiovasculares sobre minorías se han concentrado principalmente en negros e hispanos, utilizando a la población blanca como punto de comparación. Los factores de riesgo cardiovascular en otros grupos minoritarios aún están siendo estudiados.

4.3. Hábitos de vida cardiosaludables.

Los cambios en cuanto a los hábitos de vida son fundamentales ya que la propia persona puede desarrollar conductas preventivas de la enfermedad. Las modificaciones en el estilo de vida, como pueden ser el dejar de fumar o los cambios en el tipo de



personalidad, llegan a provocar reducciones importantes en la incidencia de enfermedades cardiovasculares (Johnston, 1989). Tras un evento cardiaco los cambios en el estilo de vida producen una reincorporación más rápida al puesto de trabajo y un aumento en la calidad de vida (Klonoff, Clark, Kavanagh, Mizgala y Munro, (1989).

Ornish, Brown, Scherwitz, Billings, Armstrong y Ports (1990) llevan a cabo un estudio donde demuestran precisamente que las modificaciones en el estilo de vida pueden producir una regresión de la arteriosclerosis coronaria. Los pacientes del grupo experimental tienen una dieta vegetariana, poseen un gran manejo psicológico del estrés, realizan ejercicio de forma moderada y no fuman. Los resultados ponen de relieve cómo, efectivamente, este cambio en el estilo de vida llega a ser capaz de reducir el grado de arteriosclerosis coronaria (cit. Alonso y Navarro, 1995).

4.3.1. Actividad física vs sedentarismo

Los estudios epidemiológicos indican que un estilo de vida inactivo está relacionado con un incremento del riesgo de trastornos coronarios (Berlin y Colditz, 1990). Los individuos sedentarios tienen el doble de riesgo de morir de enfermedad coronaria comparados con individuos que realizan alguna actividad física (Powell y Blair, 1994). Un ejercicio físico energético protege contra la mortalidad por CI, sobre todo en muerte súbita (Paffenbarger y Hale, 1975). Las personas inactivas tienen un mayor riesgo de sufrir un ataque al corazón que las personas que hacen ejercicio regular. El ejercicio quema calorías, ayuda a controlar los niveles de colesterol y la diabetes, y posiblemente disminuya la presión arterial. El ejercicio también fortalece el músculo cardíaco y hace más flexibles las



arterias. Las personas que queman activamente entre 500 y 3.500 calorías por semana, ya sea en el trabajo o haciendo ejercicio, tienen una expectativa de vida superior a la de las personas sedentarias. Incluso el ejercicio de intensidad moderada es beneficioso si se hace con regularidad (Recomendaciones del Texas Heart Institute, 2007). No todos los pacientes se hallan en condiciones de aumentar su actividad física al mismo nivel. Por eso es importante ajustarse siempre a la prueba de esfuerzo que conlleva el dictamen de las capacidades físicas de la persona. Por esta razón, se diseñan programas de ejercicio individual adaptados a las características hemodinámicas de cada caso. Los efectos beneficiosos sólo se mantienen con un entrenamiento continuado, revirtiéndose tras unas pocas semanas de inactividad (Scheuer y Tipton, 1977).

No hay que olvidar que el ejercicio físico provoca a nivel psicológico una reducción en los sentimientos de depresión y ansiedad, aumentando la autoestima y mejorando la calidad de vida al mejorar el funcionamiento mental (Kugler, Seelbach y Krueskemper, 1994).

4.3.2. Tabaquismo

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de la CI junto al estrés, hipertensión, colesterol. Salazar, Sánchez, López, Estrada, Lazcano y Hernández en 2002 señalan que al 85% de los sujetos fumadores se le atribuye la ocurrencia de enfermedad cardiaca. Las investigaciones demuestran que fumar acelera el pulso, contrae las principales arterias y puede provocar irregularidades en la frecuencia de los latidos del corazón, todo lo cual aumenta la demanda de oxígeno, con lo cual aumenta el esfuerzo que



tiene que realizar el corazón. Fumar también aumenta la presión arterial, lo cual a su vez aumenta el riesgo de un ataque cerebral en personas que sufren de hipertensión. Aunque la nicotina es el agente activo principal del humo del tabaco, otros compuestos y sustancias químicas, tales como el alquitrán y el monóxido de carbono, también son perjudiciales para el corazón. Estas sustancias químicas contribuyen a la acumulación de placa de grasa en las arterias, posiblemente por lesionar las paredes de los vasos sanguíneos. También afectan al colesterol y a los niveles de fibrinógeno (un coagulante sanguíneo), aumentando así el riesgo de que se forme un coágulo sanguíneo que pueda provocar un ataque al corazón. El tabaquismo se ha asociado a mayor incidencia de muerte súbita (Prescott, Hippe y Schnohr, 1998).

La conducta de fumar es un factor de riesgo que se puede prevenir y con ella se reduciría tanto la mortalidad como la recidiva de la CI. (De aquí en adelante usaré esta abreviatura para referirme a Cardiopatía Isquémica). En un amplio estudio europeo, se muestra que el 50% de los fumadores seguían fumando tres meses después del infarto (Van Berkel, 1999). También se observó una reducción de la mortalidad y de episodios fatales del 38% al 43% entre aquellos pacientes que habían dejado el consumo de tabaco. Las personas que por predisposición biológica tengan una mayor necesidad estimular serán más propensas a la búsqueda de sensaciones y del riesgo. Fumar lleva asociado una gran cantidad de estímulos, por un lado los efectos activadores de la nicotina y por otro la aceptabilidad social de la conducta de fumar. Así los sujetos que buscan sensaciones fuman más (Zuckerman, 1984).



La intervención en cuanto al hábito de consumo de tabaco deberá centrarse en datos sobre el consumo, consejo sobre el abandono, ayuda a los que deseen dejar de fumar y seguimiento en cuanto a las posibles recaídas. Las estrategias más usadas en la intervención son: Consejo sobre el abandono, ayuda psicológica y tratamiento farmacológico (Ramón, 2003).

4.4. Factores de riesgo psicológico en enfermedad cardiaca

Los factores de riesgo tradicionales sólo explican el 50% de la varianza en cuanto a sufrir enfermedad cardiaca. El resto se explica por otros factores que interactúan con el individuo. Ya que es de sobra conocida la influencia que tiene el medio social sobre la persona, aquí nos centraremos en aquellas variables que se ha demostrado que tienen importancia de cara a desarrollar CI. Especialmente nos centraremos en aquellas variables de las que se sabe que tienen una influencia demostrada, a través de los diferentes estudios sobre la etiopatogenia, desarrollo y mantenimiento de la enfermedad. En concreto podemos referenciar las siguientes:

4.4.1. El Patrón de Conducta Tipo A / PCTA

Friedman y Rosenman (1974) después de numerosos estudios con pacientes cardiacos llegan a la conclusión de que el patrón de conducta tipo A es un factor de riesgo por sí mismo. Este patrón de conducta se considera específico de riesgo coronario,



independientemente de otros factores de riesgo tradicionales (De la Fuente Arias, 1997; Nacional Institute for Heart, Lung and Blood, 1981). Esta conducta se manifiesta por una excesiva orientación hacia la consecución de objetivos, competitividad, búsqueda de reconocimiento y prestigio (Revuelta Bravo, 2002). Son sujetos con tendencia a sobrecargarse de actividades, con una excesiva urgencia temporal, que reaccionan con hostilidad y agresividad en el caso de no conseguir sus metas. Es frecuente encontrar altos índices de estrés, debido a ese afán de no poder posponer las cosas o delegarlas en otros.

Valdés y De Flores (1985) afirman que estos sujetos viven percibiendo amenazas continuas a la autoestima, tienen una marcada preferencia por la acción, la dominación y la competición así como una tendencia a la agresión, gesticulan con mucha frecuencia y tienen una entonación de voz alta. Estas características no forman parte del rasgo de personalidad, ni es una reacción del organismo ante una amenaza puntual o sobredemanda, sino que más bien se produce una reacción de una persona que está predispuesta de forma general a percibir una situación como desafiante. Se ha demostrado que estas personas tienden a presentar una mayor respuesta ante la estimulación tanto social como psicológica. En cuanto a las reacciones fisiológicas que presentan las personas con **Patrón de Conducta Tipo A** cabría destacar:

- Una mayor estimulación simpática (tanto en frecuencia como en duración)



- Una “reacción de defensa” que se asocia con cambios cardiovasculares y bioquímicos que son dañinos para el corazón y circulación sanguínea.
- Y una mayor secreción de catecolaminas como reacción ante el estrés (hiper-respuesta fisiológica). Las catecolaminas tienen efecto directo sobre las arterias y el miocardio y de forma indirecta a través del aumento de la agregabilidad plaquetaria que facilita la creación de placas de ateroma y trombos.

Existe numerosa evidencia que muestra la relación directa entre PCTA y CI. (Dembroski, Weiss, Shields, Haynes y Feinleib, 1978; Scherwitz, Berton y Levental, 1977). Incluso se llega a denominar como un patrón de conducta que predispone a la cardiopatía isquémica (coronary-prone behavior pattern). De éste modo Blumenthal, Williams, Kong, Thompson, Jenkins y Rosenman (1975) y Friedman, Rosenman, Straus, Wurn y Kositchek (1969), muestran la relación entre PCTA y mayor nivel de aterosclerosis, así como con mayor nivel de colesterol y lípidos plasmáticos en sangre (Friedman, Sanford, Rosenman y Elevitch, 1970). Y por último con un mayor nivel en la secreción de catecolaminas (Friedman, St. George, Byers, y Rosenman, 1960). El mecanismo es que el PCTA favorece la respuesta vegetativa, neuroendocrina y hemodinámica, que favorece la aparición de las placas de ateroma y con el tiempo, la CI (Herd, 1978).

Autores como Pittner y Houston (1980) señalan que los sujetos que manifiestan un PCTA tienen un mayor riesgo, en comparación con individuos de conducta tipo B,



de desarrollar trastornos cardiacos, sufrir otras recaídas y padecer arterioesclerosis. Se estima que el PCTA aumenta en un 15% la probabilidad en cuanto a sufrir un evento coronario (Friedman Rosenman, 1975).

En muchas investigaciones actuales está despuntando otro tipo de personalidad relacionada con la enfermedad coronaria y específicamente con la función ventricular izquierda. La personalidad de tipo D (personalidad de distrés) que se caracteriza por una afectividad negativa y una inhibición social (Denollet, Sys, Stroobant, Rombouts, Gillebert, y Brutsaert, 1996).

4.4.2. Ira y hostilidad

Matthews (1988) indica que el tipo de conducta A no es un factor relevante para predecir la enfermedad coronaria, aunque sí lo son ciertas emociones negativas como la ansiedad y la hostilidad-ira. Existen muchos trabajos que insisten en que la ira o la hostilidad son factores de riesgo en la enfermedad cardiaca y en los trastornos cardiovasculares, independientemente de otros factores (Barefoof, Dahlstrom y Williams, 1983; Everson y cols, 1997; Haynes, Levine, Scoth, Feinleib y Kannel, 1978; Matthews, Glass, Rosenman, y Bortner, 1977; Miller, Smith, Turner, Guijarro y Hallet, 1996; Siegman, Dembroski y Ringel, 1987). De entre ambos parece ser que la hostilidad presenta una mayor asociación con la enfermedad cardiaca (Matthews, 1988). Según Smith (1992), la hostilidad estaría asociada a una mayor reactividad cardiovascular lo cual contribuiría al desarrollo de la enfermedad coronaria.



El psiquiatra Maximino Lozano (1999) apunta que cuando se estudia a estos pacientes en un contexto terapéutico, estos pacientes presentan lo que en la psiquiatría americana se llama personalidad Alexitímica, caracterizada por la incapacidad para manifestar sentimientos, representar mentalmente el mundo de sus relaciones y sus deseos, lo que provoca que los conflictos emocionales se canalicen a nivel somático. Con lo cual, la persona necesariamente se adecúa a esta forma de proceder y se vincula a ella de forma rígida.

La ansiedad y la depresión están asociadas a la enfermedad arteriocoronaria (Booth- Kewley y Friedman, (1987).

4.4.3. Ansiedad

El efecto del estrés mental sobre la enfermedad cardiaca ha sido ampliamente demostrada (Frasure-Smith, Lesperance y Talajic; 1989, 1991, 1992, 1997). El estrés (agudo, subagudo o crónico) provoca isquemia miocárdica en pacientes con enfermedad arterial coronaria (Dakak, Quyyumi, Eisenhofer, Goldstein y Cannon, 1995; Krantz, Helmers, Bairey, Nebel, Hedges y Rozanski, 1991; Manuck, Olsson, Hjemdahl y Rehnqvist, 1992; Yeung y cols. 1991).

La ansiedad temprana después de un infarto está asociada con el aumento del riesgo de sufrir isquemias y arritmias (Moser y Dracup, 1996). Según apunta el Dr. Lozano (1999) los cuadros de ansiedad arrastran al paciente a intentar mitigar su angustia fumando



o comiendo alimentos que tiene prohibido, con lo cual se deberá reducir los niveles de la misma como medida de prevención.

El estrés mental diario, incluyendo los sentimientos de tensión y tristeza, aumenta significativamente el riesgo de isquemia miocárdica en el año siguiente a situación de estrés (Gullette y cols, 1997). También existen datos acerca de que la ansiedad durante la hospitalización aumenta el riesgo de eventos cardíacos recurrentes, independientemente de la depresión (Frasure-Smith, 1995). En relación a esos datos Moser y Dracup (1996) comprobaron que los pacientes intrahospitalarios con una elevada ansiedad tenían casi cinco veces más riesgo de padecer una isquemia recurrente, reinfarto o muerte en comparación con aquellos que no tenían unos índices de ansiedad elevados.

Los pacientes con ansiedad y enfermedad arterial coronaria a menudo muestran sistemáticamente una respuesta exagerada al estrés, caracterizada por un aumento anormal en la producción de catecolaminas, lo que puede resultar en un aumento de la demanda miocárdica de oxígeno debido a elevaciones en la tasa cardíaca, presión arterial, y la tasa de contracción ventricular (Krantz, Helmers, Bairey, Nebel, Hedges y Rozanski, 1991; Manuck y cols. 1992).

4.4.4. Depresión

Tras un infarto de miocardio es frecuente que aparezca una reducción de las expectativas vitales, sentimientos de incapacidad, menor autoestima, una reincorporación laboral en condiciones diferentes (otro ritmo, otro puesto...), culpabilización por las



conductas de riesgo pre-infarto, crisis de valores, etc. La depresión es un factor de riesgo tanto para el infarto de miocardio como para la mortalidad por enfermedad cardiaca. (Barefoot; Helms, Mark y Blumenthal, 1996; Barefoot y Schroll, 1996; Pratt, Ford, Crum, Armenian, Gallo y Eaton, 1996). Más de un 25% de los pacientes post- infarto padecen una severa y a menudo recurrente depresión mayor (Barefoot y cols. 1996. Barefoot y Schroll, 1996; Blazer, 1982) y un 65% manifiestan síntomas diagnosticables de depresión mayor o menor (Carney, Freedland, Sheline y Weiss, 1997).

La depresión puede tener consecuencias sobre el curso de la patología en cuanto al cumplimiento de las medidas preventivas o terapéuticas, e incluso, en su participación en arritmias y la muerte súbita (Tomás, 1988). La conducta de personas deprimidas puede influir negativamente en su pronóstico a largo plazo, existiendo una baja adherencia a la medicación prescrita y a las terapias cardioprotectoras (Carney, Freedland, Sheline y Weiss, 1995), así como una baja probabilidad de llevar a cabo modificaciones en los factores de riesgo (Glassman, 1990). La unión entre la enfermedad arteriocoronaria avanzada y la depresión causa casi el doble de deterioro social que el que pueda ser causado por otras condiciones aisladamente (Wells 1992).

Frasure-Smith, Lesperance y Talajic, (1993) en sus estudios descubrieron que la depresión estaba asociada a un aumento del riesgo de mortalidad cuatro veces superior durante los primeros seis meses siguientes a un infarto. Y los síntomas depresivos estaban asociados con un aumento de la mortalidad cardiaca ocho veces superior en un periodo de 18 meses de seguimiento (Frasure-Smith, Lesperance y Talajic, 1995a, 1995b y 1995c).



El mecanismo por el cual la depresión aumenta la morbilidad y la mortalidad en estos pacientes no está claro. Los pacientes con depresión presentan una elevada línea base de catecolaminas circulantes y muestran una respuesta exagerada al estrés exógeno con una anormalmente activa producción de catecolaminas (Calvo, Díaz, Alonso, Alemán y Ojeda, 2002).

4.5. Factores de riesgo psicosocial en enfermedad cardiaca

4.5.1. Estrés

Las situaciones estresantes aumentan la frecuencia cardíaca y la presión arterial, aumentando la necesidad de oxígeno del corazón. Esta necesidad de oxígeno puede ocasionar una angina de pecho, o dolor en el pecho en enfermos del corazón. En momentos de estrés, el sistema nervioso libera más hormonas (principalmente adrenalina). Estas hormonas aumentan la presión arterial, lo cual puede dañar la capa interior de las arterias. Al cicatrizarse las paredes de las arterias, éstas pueden endurecerse o aumentar en grosor, facilitándose así la acumulación de placa.

El estrés también aumenta la concentración de factores de coagulación en sangre, aumentando así el riesgo de que se forme un coágulo. Los coágulos pueden obstruir totalmente una arteria ya parcialmente obstruida por placa y ocasionar un ataque al corazón.



4.5.2. Choque cultural “Síndrome de Ulises”

Estos estudios se iniciaron con Marmot y Symet (1976). Estos autores estudiaron a un grupo de japoneses que había inmigrado a EEUU, viendo que aquellos japoneses que mostraban un mayor ajuste cultural a la población americana presentaban una incidencia de CI marcadamente superior que el otro grupo de japoneses que aún conservaban las costumbres de su grupo étnico de procedencia. Los valores de la cultura japonesa podrían explicar esta variabilidad, dada su menor competitividad, mayor estabilidad, mayores lazos de la familia extensa y valoración positiva de la ancianidad.

En el trabajo “Long life community, social capital as public health”, publicado en The Journal of Public Health, Kawachi, Kennedy y Lochner, 1997, afirman que en ciudad de Roseto, (Pennsylvania, EE.UU), tiene la mayor esperanza de vida del país, una tasa de ataques cardíacos 40% menor que el promedio general de todo EE.UU. y la menor tasa de mortalidad general. Según los autores, los habitantes de esta ciudad, en su mayoría descendientes de inmigrantes italianos, apoyan su sociedad en los siguientes pilares:

- a) Relaciones sociales intensas.
- b) Buen clima de confianza mutua.
- c) Alta protección intergeneracional.
- d) Distancias sociales reducidas.

También en un estudio clásico de Scotch’s (1963) examinando diferentes factores sociales en una muestra Sudafricana, se comprobó que la estructura familiar clásica de amplia extensión está relacionada con un mayor nivel de hipertensión dentro de las



poblaciones urbanas, aunque no se confirmaba esta relación dentro de la población rural. Dentro de la población urbana los individuos con mayor probabilidad de desarrollar hipertensión eran los que aún mantenían su cultura de origen y quienes no estaban adaptados satisfactoriamente a las demandas de la vida en la ciudad.

4.5.3. Apoyo social

Ya es conocida la vinculación que existe entre apoyo social y salud. El aislamiento o la falta de apoyo social es un factor de riesgo para la mortalidad cardiovascular y en general para la mortalidad prematura (Kamarck, Manuck y Jennings, 1990).

El apoyo social está demostrado que mitiga el efecto de los factores de riesgo psicosociales en la enfermedad cardiaca (Niaura y Goldstein, 1992) y ejerce un efecto protector con respecto a la morbi-mortalidad por enfermedad cardiaca (Berkman y Syme, 1979; Blazer, 1982; House, Robbins y Metzner, 1982). No obstante aún se desconoce el mecanismo a través del que opera el apoyo social sobre la salud, pero se ha sugerido que puede influir a nivel psicofisiológico moderando los efectos del estrés sobre la reactividad cardiovascular (Kamarck y cols., 1990).

En cuanto al apoyo social, ahondaremos con más detalle en otro capítulo posterior de este trabajo



4.6. Factores de riesgo sociodemográfico en enfermedad cardiaca

Según autores como Pearlin (1989) y Turner, Wheaton y Lloyd (1995), las experiencias estresantes no ocurren en un vacío sino que se relacionan con la estructura social y con los sistemas de estratificación, tales como la clase social y económica, la raza, el sexo, la edad. Estos sistemas producen una distribución desigual de los recursos, de las oportunidades y por ello un bajo estatus en cualquiera de ellos puede ser en sí mismo origen de condiciones vitales estresantes.

Marmot (2004) en el libro “The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity”, observa que aquellas personas que tenían categorías profesionales más bajas tenían tres veces más riesgo de morir a cualquier edad que los que estaban en los puestos más altos. Una explicación podría ser que las personas de las categorías más bajas tienen peores hábitos de vida -como tabaquismo, sedentarismo, mala alimentación-. Pero los investigadores que analizaron más en detalle los datos relacionados con las cardiopatías concluyeron que ese factor de riesgo sólo determinaba un tercio de las diferencias entre aquellos que estaban al principio o al final de la jerarquía. "Un fumador empleado en las categorías más bajas tiene más riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca que el que está en los escalafones más altos -escribe Marmot-, es decir, un no fumador de bajo escalafón tiene más riesgo que un no fumador de alto rango."



4.6.1. Edad

Las personas mayores tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades del corazón. Aproximadamente 4 de cada 5 muertes debidas a una enfermedad cardíaca se producen en personas mayores de 65 años de edad. Con la edad, la actividad del corazón tiende a deteriorarse. Puede aumentar el grosor de las paredes del corazón, las arterias pueden endurecerse y perder su flexibilidad y, cuando esto sucede, el corazón no puede bombear la sangre tan eficientemente como antes a los músculos del cuerpo. Debido a estos cambios, el riesgo cardiovascular aumenta con la edad. Gracias a sus hormonas sexuales, las mujeres generalmente están protegidas de las enfermedades del corazón hasta la menopausia, que es cuando su riesgo comienza a aumentar. Las mujeres mayores de 65 años de edad tienen aproximadamente el mismo riesgo cardiovascular que los hombres de la misma edad.

4.6.2. Nivel económico

En general la relación entre nivel socioeconómico y salud es positiva para población de edad media y avanzada y en países desarrollados (Kittay, 1999).

4.6.3. Estado civil

En cuanto al estado civil, los datos indican que existe una menor prevalencia e incidencia de CI en hombres casados (Weiss, 1973). También se ha observado que los hombres casados tras un infarto agudo de miocardio tienen mayor probabilidad de supervivencia durante el periodo de hospitalización y después del alta que los solteros (Chandra, Szklo, Goldberg y Tonascia, 1983). Sin duda alguna, hay que tener en cuenta la



calidad y satisfacción de la relación marital, ya que una relación conyugal conflictiva añade estrés al proceso de recuperación del paciente.

Una de las posibles explicaciones aportadas por Lynch (1977) es que “las personas que viven solas son más vulnerables al estrés y la ansiedad.” Ya que les falta el apoyo social de los otros para enfrentarse a los acontecimientos estresantes de la vida.

4.6.4. Género

La esperanza de vida de las mujeres es mayor en los países desarrollados. En estos países la principal causa de muerte es la CI en hombres. Wingard en 1983 concluyó que la mortalidad debida a CI es el doble en hombres que en mujeres, aunque en el caso de ocurrencia tiene peor pronóstico cuando se da en el sexo femenino. La diferencia es menor cuando las mujeres comienzan la menopausia, porque las investigaciones demuestran que el estrógeno, una de las hormonas femeninas, ayuda a proteger a las mujeres de las enfermedades del corazón.

En España mueren más mujeres que varones por enfermedades del sistema circulatorio: de las 123.867 muertes cardiovasculares que se produjeron en 2004, el 55% (67.508 defunciones) se dieron en mujeres y el 45% (56.359 defunciones) en varones. En cuanto a la mortalidad proporcional por todas las causas, las enfermedades del sistema circulatorio ocasionan más defunciones en las mujeres (38%) que en los varones (29%) (Figura 1.2). Igualmente, la tasa bruta (para todas las edades) de mortalidad cardiovascular es mayor en las mujeres (311 por 100.000) que en los varones (269 por 100.000). Sin embargo, las tasas específicas por grupo de edad son mayores en los varones que en las



mujeres para todas las edades, excepto a partir de los 84 años de edad. La tasa de mortalidad ajustada por edad de las enfermedades del sistema circulatorio es aproximadamente un 40% mayor en los varones que en las mujeres. En el caso de la mortalidad por cardiopatía isquémica, esta diferencia es mucho mayor, siendo la tasa ajustada el doble en varones que en mujeres.

Esta aparente paradoja que se acaba de describir, en la que las tasas de mortalidad específicas de edad son mayores en los varones pero la mortalidad proporcional, las tasas brutas de mortalidad y el número absoluto de muertes son superiores en las mujeres es el resultado de dos hechos bien conocidos. Primero, el mayor riesgo cardiovascular de los varones, reflejado en las tasas específicas de edad. De hecho, el riesgo coronario de los varones es similar al de las mujeres que son 10 años mayores que aquellos. Segundo, la enfermedad cardiovascular es mucho más frecuente en las edades avanzadas de la vida, donde el número de mujeres es muy superior al de varones. Ello explica que las mujeres, a pesar de tener menos riesgo cardiovascular que los varones, tienen mayor mortalidad proporcional, bruta, y número de muertes por esta causa (Rodríguez-Artalejo, Banegas y Guallar-Castillón, 2001).

La mayoría de los estudios coinciden en señalar que el infarto de miocardio se da en mayor medida en hombres entre los 55 y 65 años (Betriu y Serra, 1989). Pero después de los 65 años de edad, el riesgo cardiovascular es aproximadamente igual en hombres y mujeres cuando los otros factores de riesgo son similares.



Capítulo 4: Factores de riesgo en la enfermedad cardiaca

En los próximos capítulos centraremos nuestra atención en describir el impacto de factores psicosociales como el estrés, el apoyo social y el afrontamiento, dado que, como veremos posteriormente, son los que parecen tener un mayor impacto en la enfermedad cardiaca. Estas variables se han relacionado con la aparición, desarrollo, mantenimiento o ajuste de diferentes procesos patológicos. Por lo tanto, en los próximos capítulos revisaremos los estudios que vinculan estos factores con la enfermedad cardiaca.

Capítulo 5

Estrés

“Stringere”

**“...El estrés es una función
de nuestra percepción de lo que
está aconteciendo y no de lo que
acontece...” Rob McBride**



5. ESTRÉS

Lo que más interesa a los profesionales de la salud es poder describir qué procesos influyen tanto en la etiología como en la recuperación o adaptación a la enfermedad. El estrés produce cambios en el organismo ante una sobreexigencia real del entorno (cit. Amigo Vázquez, Fernández Rodríguez y Pérez Álvarez, 2003). El apoyo social media en las situaciones de estrés, reduciendo su impacto y por tanto, favoreciendo las conductas de afrontamiento. El afrontamiento (sobre todo de carácter activo) supone el motor de arranque por el cual se produce un mejor ajuste ante situaciones difíciles. La enfermedad cardiovascular suele cursar con una rápida recuperación a nivel físico. No obstante, debido a que es un proceso “silencioso” en cuanto a síntomas, sitúa al paciente en una constante incertidumbre sobre en qué momento puede reproducirse un evento cardiaco. Por ello es necesario que el paciente desarrolle un afrontamiento adecuado para conseguir normalizar su vida al margen de miedos y preocupaciones con respecto a la enfermedad.

5.1. ¿Qué es el estrés?

La Real Academia de la Lengua Española (2003) define el ESTRÉS como *“Situación de un individuo, o de alguno de sus órganos o aparatos, que, por exigir de ellos un rendimiento superior al normal, los pone en riesgo próximo de enfermar”*. Lo que



implica la existencia de una amenaza ante la cual el organismo requiere de ajustes adaptativos que le permitan mantener la homeostasis y asegurar la supervivencia con base en su experiencia, su predisposición biológica y el estado en el que se encuentre el organismo (Day, 2005; Johnson, Kamilaris, Chrousos y Gold, 1992; McEwen, 2005; Molina-Jiménez, Gutiérrez-García, Hernandez-Dominguez y Contreras, 2008).

5.2. Tipos de estrés

5.2.1.- Estrés Fisiológico-biológico: desajustes que se producen en los tejidos. A nivel biológico el estrés es un estado de activación autonómica y neuroendocrina, con inhibición inmunológica y conductual que implica un estado emocional displacentero (Valdés, 1989).

5.2.2.- Estrés Psicológico: factores cognitivos que llevan a la valoración de una amenaza. La valoración subjetiva que la persona hace de una situación estresante, y el resultado final de esta percepción personal, hace que el concepto de ESTRÉS tome dos posibles significados en función de sus consecuencias sobre la salud.

5.2.2.1. Eutres

Tiene connotaciones positivas para el mantenimiento de la salud, está directamente relacionado con la motivación y el sentimiento de logro, produce una activación óptima, alegría, felicidad, potencia la autoestima,



fortalece el sistema inmunitario, produce un autocontrol de la activación cardiovascular, aumenta la percepción de apoyo social disponible y con ello, liberación y desconexión de las sobrecargas emocionales.

5.2.2.2. *Distrés*

Este tipo de estrés tiene una relación negativa para la salud (Broom, 1996; Terlouw, Schouten y Ladewig, 1997), produce disfunciones psicofisiológicas, etiopatogenia de la enfermedad y su mantenimiento a largo plazo. Produce ansiedad, depresión, miedo, irritabilidad. A nivel fisiológico aumenta la actividad cardiovascular y sitúa al organismo en una situación inmunológicamente deficitaria. Existe además un aumento de conductas desadaptativas o patológicas, con una dificultad manifiesta para mantener relaciones interpersonales, descenso de la percepción de apoyo social disponible y, consecuentemente, aislamiento social.

5.2.3.- *Estrés Social:* desorganización del sistema social. Las situaciones sociales pueden provocar altos niveles de estrés que, a su vez, afectan a la salud, a la calidad de vida y la longevidad (Cockerham, 2001).

En función de la duración del estrés también se pueden realizar varias categorizaciones de cara a su implicación sobre la salud:

5.2.4. *Estrés Crónico:* Según Pearlin (1989) los estresores sociales crónicos consisten en problemas, amenazas y conflictos relativamente duraderos que la mayor



parte de la gente se encuentra en sus vidas diarias. Muchos de estos estresores crónicos se relacionan con los principales roles sociales, y consisten, por ejemplo, en dificultades en el trabajo, problemas de pareja o complicaciones en las relaciones entre padres e hijos. Para nuestro interés Wheaton (1996) resalta dos formas más de estrés crónico. Uno sería el estrés por falta de ocupación de rol, tal como esperar un hijo cuando no se ha podido tener. Y por otra parte, los estresores que definen un nuevo rol, como una enfermedad crónica de larga duración.

5.2.5. Estrés Diario: El estrés diario es mejor predictor de la perturbación de la salud, particularmente de los trastornos crónicos, que los sucesos mayores (Kanner et al., 1981; Zautra, Guarnaccia, Reich y Dohrenwend, 1988). El estrés diario es superior al estrés por sucesos vitales para predecir los cambios en el nivel de salud (Camberlain y Zika, 1990). Los sucesos mayores podrían perturbar la salud, tanto de forma directa como indirecta, potenciando y/o generando la ocurrencia de sucesos menores.

Es importante recalcar que el estrés es necesario para afrontar cualquier situación que ponga en riesgo la vida de un individuo, pero que puede llegar a tener un efecto perjudicial si se mantiene en el tiempo, tal como sugieren diferentes autores (Ladewig, 2000; McEwen, 2005; McEwen y Stellar, 1993; Schulkin, McEwen y Gold, 1994; Sterling y Eyer, 1988).



5.3. Modelos de estrés

Hoy en día no existe una conceptualización que reúna de forma adecuada las diferentes dimensiones del estrés. Cohen y cols. 1982 , Elliot y Eisdorfer, 1982 proponen tres grandes clasificaciones en torno al estudio del concepto estrés.

- El estrés como estímulo ambiental.
- El estrés como respuesta fisiológica.
- El estrés como interacción (ambiente – organismo).

5.3.1. Estrés como estímulo ambiental

El estudio del estrés tiene sus primeras raíces en las teorías de la emoción de Cannon (Appley y Trumbull, 1986; Dohrenwend y Dohrenwend, 1974; Pearlin, Lieberman, Menagham y Mullan, 1981; Thoits, 1983). Desde esta perspectiva el estrés es cualquier suceso que causa una alteración en los procesos homeostáticos (Burchfield, 1979). El organismo tiende a un equilibrio homeostático, los cambios en el organismo se deben a la existencia de un desequilibrio en alguno de sus componentes, el cual trae como consecuencia un período de reajuste durante cual el sistema lucha por restablecer el equilibrio u homeostasis. Si el organismo permanece en una tensión prolongada este puede llegar a derrumbarse, produciéndose una mayor vulnerabilidad ante la enfermedad.



Los sucesos vitales estresantes « Stressfull Life Events ». Desde esta perspectiva se propone un modelo de estrés que conduce a la enfermedad; es decir, el estrés desencadena la respuesta psico-patológica. Barrón, en 1988, afirma que los acontecimientos vitales estresantes son aquellos eventos que requieren un reajuste en las actividades cotidianas de los individuos y que son percibidos por éstos como indeseables.

Un acontecimiento potencialmente estresante en la vida puede producir desajustes a nivel fisiológico y psicológico. Holmes y Rahe (1967) intentaron especificar cuáles de esas circunstancias vitales tenían la capacidad de producir tal estrés en la persona que incluso pudiera llegar a enfermar. Los sucesos vitales estresantes son hechos externos al organismo de carácter interpersonal, ambiental o social, es decir son estímulos que provocan una determinada respuesta de estrés .Estos autores desarrollan una Escala de Ajuste Social (Social Readjustment Rating Scale- SRRS) donde listan 43 sucesos vitales. De estos sucesos, los seis que consideraron que eran más estresantes son muerte del cónyuge, divorcio, separación matrimonial, encarcelamiento, muerte de un familiar próximo, y padecer UNA ENFERMEDAD. Para Rahe (1967) un acontecimiento no adquiere significado para un sujeto hasta que no es filtrado por la experiencia pasada, las defensas psicosociales, las repercusiones fisiológicas y las estrategias de afrontamiento. Estos factores determinan su poder patógeno



5.3.1.1. Tipología de sucesos vitales estresantes

5.3.1.1.1. Sucesos vitales al tamente traumáticos como grandes catástrofes naturales, acciones bélicas, etc., suelen producir a nivel psicológico el llamado síndrome de estrés postraumático. Esto es debido a que los fenómenos que son incontrolables son más estresantes que aquellos otros que se pueden controlar o prever.

5.3.1.1.2. Sucesos vitales mayores o estrés crónico son sucesos que tienen una mayor probabilidad de ocurrencia. Forman parte de la “normalidad” dentro del ciclo vital de los individuos (matrimonio, cambio de residencia o trabajo, muerte de un familiar, nacimiento de un hijo, enfermedad, etc.). Algunos autores como Pearlin lo han llamado **ESTRÉS DE ROL** por su implicación en la adaptación a un nuevo rol. El comienzo de un estresor crónico es gradual, tiene un curso de larga continuidad en el tiempo y con un final problemático y frecuentemente impredecible (Sandín, 1999).

5.3.1.1.3. Sucesos vitales menores / estrés diario. Para diversos autores (Sandín, 1999; Santed, Sandín, Chorot y Olmedo, 2001) son contratiempos que pueden suceder de forma diaria (un examen, llegar tarde a una cita, una prueba médica, aparcar el coche, etc.). El estrés diario, al igual que el estrés por sucesos mayores, implica la existencia de sucesos concretos, con un comienzo y un final delimitados claramente con una duración relativamente breve.



La investigación de los sucesos vitales no se centra en un hecho concreto, sino en la acumulación de varios sucesos ocurridos durante los últimos dos años (Estrés reciente). En relación al inicio de un trastorno, los sucesos vitales pueden ser entendidos como factores predisponentes o precipitantes. Los predisponentes están constituidos por sucesos ocurridos durante la infancia (maltrato, pérdida de algún progenitor...) y son capaces de propiciar una vulnerabilidad particular hacia el desarrollo de patologías diversas (Maercker, 2004). Los factores precipitantes son cambios recientes (dos últimos años). Los sucesos predisponentes pueden incrementar la vulnerabilidad individual de los precipitantes (Sandin, 2003).

Existe una marcada evidencia de la relación entre los acontecimientos vitales de carácter estresante y los cambios tanto en la salud física como mental (Andrews, Tennant, Hewson y Schonwll, 1978; Dohrenwend y cols. 1982), así como los acontecimientos que ocurren durante el curso de la vida y el inicio de la enfermedad (O'Doherty y Davies 1987).

Los sucesos mayores podrían perturbar la salud, no sólo a través de mecanismos directos, sino particularmente de forma indirecta potenciando la ocurrencia de sucesos menores (Sandin, 2003).

Las investigaciones sobre el estrés muestran que las variables psicológicas son capaces de influir en el sistema inmunitario fortaleciéndolo o debilitando hasta el punto de enfermar (cit Martín, 2006). En otras palabras, el sistema inmune está mediado por factores



psicológicos (Bayes, 1988). Según Martín (2006) el estrés anula la resistencia inmunológica.

Pearlin (1989) plantea la interrelación existente entre los sucesos vitales y los estresores crónicos a través de tres vías. La primera sería que los sucesos vitales, aparte de producir estrés por sí mismos, también pueden actuar indirectamente sobre el estrés a través de la producción de estresores crónicos. Por otro lado, de forma contraria, los sucesos vitales pueden ser producidos por problemas crónicos preexistentes. (ej., una separación por malos tratos).

Por último, la tercera vía sería en la que los sucesos vitales y los problemas crónicos convergen en las experiencias estresantes, constituyendo cada uno un contexto de significación para el otro, como por ejemplo, un suceso vital como el divorcio puede ser diferencialmente estresante en función de la experiencia crónica previa; no es lo mismo que ésta sólo se caracterizara por frustraciones y conflictos, o que tuviese también buenos momentos y satisfacciones. Dependiendo de las circunstancias crónicas previas junto con variables personales, un suceso vital puede ser experimentado como una liberación o como una pérdida, (ej. la jubilación).

Más aún, a veces se habla de estresores primarios y secundarios para reflejar el hecho de que los estresores raramente ocurren de forma aislada (Pearlin, 1989; Sandín, 1999; Wheaton, 1996). Si una persona es expuesta a un estresor grave, es muy probable que también experimente otros estresores (sucesos vitales, sucesos menores o estresores



crónicos). Los estresores primarios son aquéllos que ocurren en primer lugar y, en consecuencia, preceden a los secundarios (éstos se producen a consecuencia de los estresores primarios).

5.3.2. Estrés como respuesta fisiológica

Selye (1936) en su libro «The Stress of Life» plantea el estrés como un conjunto de reacciones adaptativas que tienen lugar en el organismo como respuesta fisiológica automática a cualquier cambio, externo o interno. Se trata de cambios inespecíficos. De una reacción general o universal producto de cualquier agente estresor. A esta reacción adaptativa Selye la denominó Síndrome General de Adaptación. El S.G.A. consta de tres estadios, un primero de alarma, con los correspondientes cambios somáticos, un segundo de resistencia al estrés y un tercero de agotamiento de los recursos de resistencia.

5.3.2.1. Reacción de alarma, que corresponde a la respuesta del organismo cuando es expuesto repentinamente a diversos estímulos a los que no está previamente adaptado. Se la considera la respuesta inicial del organismo y se manifiesta en dos fases: choque y contra- choque. En la primera, los síntomas se corresponden con la reacción inmediata: taquicardia, descenso de la temperatura corporal y de la tensión arterial, etc. En la segunda se trata de una reacción de rebote con incremento de la actividad



suprarrenal, aumento de la tensión arterial, hiperglucemia, diuresis, hipertermia, etc.

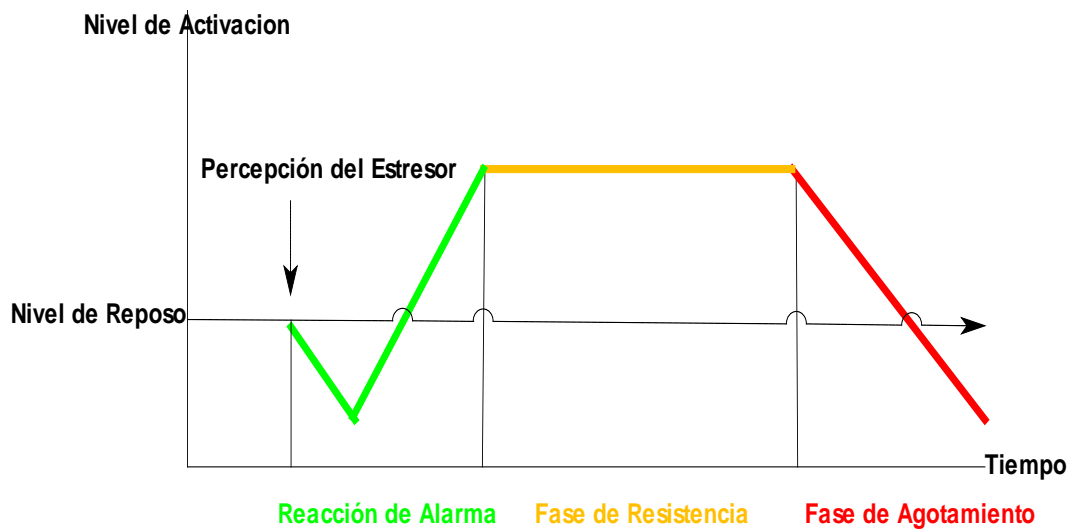
5.3.2.2. Fase de resistencia, con la adaptación del organismo al estresor y la consiguiente mejoría, atenuación o desaparición de los síntomas correspondientes a la etapa de alarma. La adaptación orgánica al estresor responsable atenúa la resistencia frente a otros estímulos.

5.3.2.3. Fase de agotamiento. Cuando la acción nociva del estresor se prolonga, el organismo puede perder la adaptación adquirida en la fase anterior, con regresión y agravamiento del cuadro sintomático e, incluso, con riesgo de la supervivencia (McEwen, 2005; Von Borell, 2001).

Se trata, por tanto, de una respuesta estereotipada que implica una activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales (con activación de corticoides) y del sistema nervioso autónomo como consecuencia de la acción de un estresor.



FASES DEL SÍNDROME GENERAL DE ADAPTACIÓN (Selye, 1936)



5.3.3. Estrés como interacción

5.3.3.1. Modelo transaccional de afrontamiento del estrés de Lazarus y Folkman.

A partir de los años 60 comenzó a observarse que no todos los sucesos que se pensaban estresantes lo eran para todos los individuos y, lo que es más importante, se comenzó a constatar que las diferentes situaciones de estrés tenían efectos muy diferentes sobre las personas (Sánchez Moreno, 2002). El estrés no puede considerarse un estado del organismo como planteaba Selye, o una característica objetiva del ambiente como hemos



visto con Holmes y Rahe (1967) sino como una relación que se establece entre el individuo y el ambiente (Lazarus, 1966). Según Lazarus y Folkman (1986) el estrés está mediado por una valoración subjetiva de carácter primario por lo que no todas las personas expuestas a una sobreexigencia del ambiente tienen la misma respuesta fisio-cognitivo-conductual.

Desde el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986) el estrés se define como una relación particular entre el individuo y el entorno, en cual es evaluado como amenazante por el sujeto, si las demandas exceden sus recursos de adaptación, poniendo en peligro su bienestar. Existen dos procesos en esta relación:

Evaluación cognitiva.

Donde se produce una **evaluación primaria** sobre la demanda ambiental, donde se decide si este estímulo es irrelevante, benigno o estresante. Un hecho estresante supone un daño, una pérdida, o una amenaza para la persona. Seguidamente se produce una **evaluación secundaria** donde la persona evalúa las posibles alternativas para solucionar un problema, analizando los propios recursos para saber si son suficientes para hacer frente en a la demanda.



Afrontamiento del estrés.

Donde la persona maneja las demandas de la relación individuo-ambiente evaluado como estresante (a través de estrategias de afrontamiento dirigidas al problema a nivel conductual o estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción a nivel cognitivo)

Tenemos dos formas de acercarnos al tema del estrés en relación a su influencia sobre la enfermedad. El estrés como causa de enfermedad, después de una fase de agotamiento. Y la enfermedad como causa de estrés (Rodríguez Marín, 2001). En este capítulo hablaremos sobre el primer enfoque. En cuanto a la enfermedad como causa de estrés está desarrollada en el capítulo de psicocardiología donde además, se describen diferentes técnicas de intervención.



5.4. El estrés como causa de enfermedad

Como afirmaban Lazarus y Folkman (1986), cuando las demandas de una situación exceden las capacidades personales y el sujeto vivencia este suceso como amenazante, se produce así un desequilibrio y una necesidad del organismo de responder para volver a su estado de homeostasis. Según Sandín (2003) el proceso de homeostasis se refiere al mantenimiento de una condición relativamente constante en el organismo. Por ejemplo, cuando se enfría el cuerpo éste produce calor, cuando se siente amenazado por bacterias produce anticuerpos.

Fisiológicamente el estrés es un estado de activación autonómica y neuroendocrina, acompañado de inhibición inmunológica y estado emocional desagradable (Lazarus y Folkman, (1986); Valdés, De Flores y García, (1988) cit, Revuelta Bravo, 2004.

El organismo se prepara para la acción, es decir, provoca respuestas fisiológicas de cara a la activación del sistema simpático y la inhibición del parasimpático. El sistema nervioso a través del input que recibe de los diferentes órganos sensoriales, y tras el procesamiento de la información recibida producirá diferentes acciones (outputs). Cuando el organismo tiene que dar una respuesta ante la sobredemanda de la situación, se produce una activación general del sistema, entran en funcionamiento las glándulas adrenales liberando grandes cantidades de cortisol; el cortisol es de vital importancia en las reacciones de estrés o ante situaciones que se valoran como amenazantes. Tiene varios efectos sobre



el metabolismo de los carbohidratos, incrementando el acceso del cuerpo a los depósitos de energías almacenadas.

Procedente de esa activación del sistema simpático, también se secretan catecolaminas (adrenalina y noradrenalina). La adrenalina aumenta la fuerza de contracción de cada latido del corazón lo cual provoca un incremento de la presión sistólica, influyendo en el cambio de la presión sanguínea (Rick Turner, 1994). Según Picó Aracil (1993) *“El estrés psicológico disminuye el umbral para la fibrilación ventricular y muerte súbita, tanto en el animal como en el hombre”* (p. 204). La incapacidad de responder de forma abierta del organismo, deja al cuerpo fisiológicamente preparado para una acción que nunca llega, un estado de activación que al mantenerse en el tiempo, puede dañar seriamente al organismo (Sandín, 2003).

El estrés como causa de enfermedad también está asociado a esta de forma indirecta, a través de los hábitos de salud, contribuyendo a la propagación de estilos de vida poco saludables o perjudiciales para la salud: sedentarismo, ingesta de grasas, consumo de tabaco, alcohol... Asimismo puede agravar ciertas enfermedades, precipitando crisis, manteniendo síntomas o retrasando la recuperación. El estrés puede distorsionar la conducta de los enfermos (retrasar la atención médica, adhesión a tratamientos o terapias...).



5.5. Estrés y enfermedad cardiaca

Como es sabido los factores psicosociales tienen una importante influencia sobre la aparición de la enfermedad cardiovascular, los cuales pueden jugar un papel decisivo tanto a nivel etiopatogénico como a nivel de pronóstico (Armario, Hernández del Rey y Martín-Baranera, 2002; Hemingway y Marmot, 1999).

El estrés psicológico es un factor de riesgo de cara a desarrollar la enfermedad cardiaca (Stansfeld, Fuhrer, Shipley y Marmot, 2002). Un estrés crónico (mantenido en el tiempo) se relaciona con el aumento de la activación fisiológica que provocaría mayores niveles de arteriosclerosis coronaria y la disfunción y necrosis del endotelio, mientras que el estrés agudo podría provocar una mayor activación de la función plaquetaria y mayores niveles de hematocrito y hemoglobina. Estos serían factores de riesgo para la alteración cardiovascular (Revuelta Bravo, 2002). Asimismo existe evidencia de una relación entre una acumulación de acontecimientos vitales indeseables e incontrolables experimentados en el año inmediatamente anterior a la aparición del trastorno e infarto agudo de miocardio (Miller, 1989).

Las investigaciones resaltan el papel del estrés sobre el proceso salud-enfermedad. El estrés constituye un riesgo para la salud en la medida en que induce marcados cambios fisiológicos en los ejes hipofisario-adrenal y neurovegetativo que a su vez afecta al sistema inmunológico. Esto contribuye a la vulnerabilidad del organismo ante cualquier agente patógeno.



Activación del S.N.C. y sus efectos en el organismo (Everly, 1989)

• **Activación del S.N.C.**

Aumento de la frecuencia cardíaca
Aumento de la presión arterial
Aumento del gasto cardíaco
Aumento del oxígeno al cerebro
Aumento del oxígeno a la musculatura
Aumento en plasma de:
 Acidos grasos
 Triglicéridos
 Colesterol
Aumento de opiáceos endógenos
Aumento de la función renal
Aumento de la función gástrica
Disminución de la dermoconducción
Aumento del riesgo de:
 Hipertensión
 Cuábulos / Trombos
 Arritmias
 Angina de pecho
 Infarto de miocardio
 Muerte súbita



5.6. Recursos psicosociales para afrontar el estrés

Es indudable que existen diferentes variables que median en la relación estrés-salud; sin duda alguna, la variabilidad individual en cuanto a la forma de percepción del estresor, la capacidad del sujeto para controlar la situación estresante, el afrontamiento, y la conducta más adaptada, van a influir en esta relación.

El afrontamiento y el apoyo social se consideran mediadores de la respuesta del estrés, en el sentido de que median los efectos de los estresores sobre la respuesta (Pearlin, 1989). Por ello, tanto el apoyo social como el afrontamiento son instrumentos, recursos para encarar (eliminar o reducir) los efectos del estrés, así como sus repercusiones físicas, psicológicas y sociales.

Las investigaciones al respecto muestran que la percepción de apoyo influye en la salud personal, al igual que el tipo de afrontamiento ante situaciones estresantes. Estrategias inadecuadas pueden producir diferentes patologías (trastornos cardiovasculares, úlceras pépticas, etc.) (Ojeda Pérez, Ramal López, Calvo Francés, Vallespín Montero, 2001).

En los próximos capítulos iremos revisando diferentes investigaciones que muestran la repercusión que tienen de forma individual y conjunta estas variables dentro de un proceso altamente estresante, LA ENFERMEDAD.

Capítulo 6

Apoyo Social

**“... Social support begins in
utero ...” Cobb. 1976**



6. APOYO SOCIAL

Numerosos manuales sobre la materia muestran la dificultad que existe en la definición del Apoyo Social. Al ser un constructo dinámico y multidimensional hace más tortuoso encuadrarlo de forma unívoca. House, Umberson y Landis (1988) afirman que uno de los principales problemas de la investigación con respecto a la influencia del apoyo social sobre la salud es la dificultad para operativizar y medir este concepto. Dentro de un punto de partida básico y sencillo Felton y Shinn en 1992 afirman que el apoyo social es un concepto interactivo, que supone transacciones entre personas. Pero el apoyo social es algo más complejo y se puede ir complicando a la vez que se profundiza en su estudio.

A menudo se confunde el apoyo social con red social e integración social, pero claramente se pueden distinguir: la red social representa la base para la integración y el apoyo social ya que la red social es el número de personas o posibles proveedores de apoyo dentro del entorno del individuo. Tanto la integración social como el apoyo social son constructos teóricos que se refieren al grado en que los individuos están inmersos en la sociedad y tienen un sentido de pertenencia, obligaciones e intimidad. La integración social se refiere a la estructura y cantidad de las relaciones sociales, tales como tamaño y densidad de la red, y la frecuencia de las interacciones, así como a la percepción subjetiva de pertenencia a un grupo. El apoyo social hace referencia a la función y calidad de las relaciones sociales, tales como percepción de disponibilidad en caso de necesidad o el



apoyo real recibido (Schwarzer y Leppin, 1991). Pero vamos a desarrollar una aproximación más cercana al estudio del apoyo social y su conceptualización por diferentes autores, básicos en este tema.

6.1. Cómo se estudia el apoyo social

En un primer acercamiento al estudio del apoyo social debemos centrarnos en la existencia de diferentes niveles de análisis (comunitario, redes sociales y relaciones íntimas), diferentes perspectivas (estructural, funcional y contextual) y diferentes aspectos tanto objetivos como subjetivos de las transacciones (Barrón 1990; Lin, Dean, y Ensel, 1986). En cada nivel se puede observar que el estudio del apoyo social nos proporciona diferentes conceptualizaciones del mismo.

6.1.1. Niveles de análisis

Para Lin, Dean y Ensel, (1981) Apoyo Social es *la* ayuda accesible a un sujeto a través de los lazos sociales de otros sujetos, grupos y comunidad global. Existen diferentes niveles de análisis en el estudio del apoyo social donde se dan transacciones concretas de apoyo.



6.1.1.1. Nivel comunitario

El Apoyo Social proporciona una Sensación de pertenencia e integración social. En su libro “el suicidio” Durkheim (1897) observó que entre las personas con menos vinculación social se producían más suicidios. Además planteó el efecto positivo del matrimonio y la religión en la adquisición de comportamientos adaptativos y la disminución de las muertes provocadas. Durkheim muestra a la persona dentro de la estructura de la sociedad evitando el desarraigo y en cierta medida la enfermedad, “la anomia” (su evaluación es a través de la integración social o de la implicación de la persona en roles y contextos sociales).

6.1.1.2. Nivel de las redes sociales

A este nivel pertenecen todos aquellos lazos de unión con los demás, los contactos sociales de la persona así como sus propiedades. Se mide a través de densidad, tamaño, homogeneidad... de la red.

6.1.1.3. Nivel de las relaciones íntimas

En este nivel es donde se evidencia una relación más directa con el bienestar y la salud, ya que en éstas relaciones se producen



intercambios recíprocos y mutuos entre las personas y la responsabilidad por el bienestar es compartida.

Los 3 niveles están interconectados entre sí (no son independientes). De cada nivel superior emergen las relaciones del inferior, en forma piramidal.

6.2. Perspectivas de estudio

Básicamente se han dibujado tres perspectivas o enfoques en cuanto al estudio del apoyo social. **Enfoque estructural** (existencia, cantidad y propiedades de las relaciones sociales que mantienen las personas), **enfoque funcional** (tipos de recursos aportados por los lazos sociales y las funciones que cumplen) y **enfoque contextual** (quién presta apoyo, cuánto apoyo se ofrece, momento, duración, etc.) (Barrón, 1996).

6.2.1. Enfoque estructural: En este nivel se estudian los rasgos estructurales de las redes sociales, y en la forma en que éstas podrían modificarse para fomentar la salud. Se estudia mediante un análisis de redes y se examinan todos los contactos de la persona. Por tanto, se da mayor importancia a los aspectos ESTRUCTURALES de la red. Se asume que tener relaciones sociales equivale a tener apoyo. Esto es cuestionable ya que obvia los conflictos asociados a las redes o “estrés asociado a la red”



Desde esta perspectiva el apoyo social se define en función del número de relaciones sociales de la persona (amigos, familiares...). En esta línea, se ha estudiado qué tipos de redes y contactos son más beneficiosos y contribuyen a la salud. Por ello se han estudiado diferentes dimensiones.

6.2.1.1. Tamaño de la red: Número de personas que la componen o número de sujetos con quienes mantiene contacto personal el sujeto central. Se relaciona con la salud de la siguiente forma: las redes grandes tienen efectos más beneficiosos para la salud y el bienestar. La red es un recurso de apoyo.

6.2.1.2. Densidad de la red: Es la interconexión entre las personas que forman parte de la red, independientemente del sujeto central. Las redes menos densas parece que fomentan el bienestar en mayor medida que las densas.

Wilcox (1981) hace un estudio sobre la relación entre estructura de la red y ajuste psicosocial en mujeres separadas. Concluye que las mujeres con una red amplia y menos densa presentan un mayor ajuste. El autor afirma que las redes menos densas se caracterizan por tener normas más flexibles por permitir un mayor acceso a una más amplia variedad de roles. Es más adaptativa porque el acceso a un número mayor de roles diferentes mejora los recursos de afrontamiento. Las relaciones diádicas se manejan mejor que las grupales. Además según varían las necesidades de una persona a lo largo del



tiempo, en redes menos densas hay mayor probabilidad de encontrar a alguien congruente con esos cambios.

6.2.1.3. Reciprocidad: Es el grado en que los recursos de la red son intercambiados equitativamente entre las partes. Las relaciones reciprocas promueven mas la salud. Las personas que padecen algún tipo de trastorno poseen relaciones menos simétricas.

6.2.1.4. Homogeneidad: Es la semejanza entre los miembros de la red en una determinada dimensión: actitudes, experiencias, etc. Las personas que forman parte de redes homogéneas tienen interacciones más reforzantes.

La mayoría de los estudios con población clínica muestran que los pacientes tienen sistemas de apoyo más pequeños, que buscan el apoyo en relaciones no familiares y que se dan relaciones más asimétricas que en la población normal (Henderson, Byrne, Duncan-Jones, Adcock, Scott y Steele, 1978; Miller, Ingham y Davidson, 1976).

6.2.2. Enfoque funcional: Se define el apoyo social según las funciones que cumplen las relaciones sociales. Desde esta perspectiva se da mayor importancia a los aspectos CUALITATIVOS de las relaciones y de los sistemas informales de apoyo. Hay que distinguir:



1. Los **Recursos** que se intercambian en esas transacciones (que pueden ser *recursos materiales*: dinero, objetos, pequeños servicios... y *recursos simbólicos*: cariño, aceptación, estima...).
2. Y por otro lado **las funciones** que cumple el apoyo. Existen numerosas tipologías (Barrera y Ainlay, 1983; Hirsch, 1980; Wellman, 1985), pero en todas ellas se incluye de forma general los siguientes tipos de apoyo.

6.2.2.1. Apoyo emocional: Supone disponer de alguien con quien hablar, y son todas aquellas conductas que fomentan sentimientos de bienestar afectivo, sentirse amado, respetado y querido. Este apoyo proporciona cariño y seguridad a la persona. Su relación con la salud no está clara pero se supone que la experiencia de sentirse aceptado y valorado por otros aumenta la autoestima. Por otro lado, las conversaciones con otras personas que son fuente de apoyo muestran que los problemas de uno son compartidos por los demás, con lo cual estos pueden ser frecuentes o “normales”. Según la Teoría de la Atribución este proceso disminuye la percepción de gravedad y la amenaza de los eventos negativos. Es así que el apoyo emocional proporciona protección ante un amplio rango de eventos estresantes, mientras que otros tipos de apoyo parecen responder más específicamente a necesidades concretas suscitadas por el evento estresante (Cohen y Wills, 1985).

6.2.2.2. Apoyo informacional: Se refiere a cuando las personas reciben información, consejos o guías importantes que les ayuden a comprender una realidad



concreta o ajustarse a ella. Se trata de intercambios de opiniones o acciones relevantes para resolver un problema.

6.2.2.3. Apoyo instrumental o material: Se trata en este caso de acciones proporcionadas por otras personas que sirven para resolver problemas prácticos, o facilitan la realización de tareas cotidianas. (Por ejemplo realizar las tareas domesticas, prestar dinero, llevar a alguien a casa en coche...). Es especialmente relevante en personas con bajos ingresos. Con relación a la salud: disminuye la sobrecarga de las tareas y deja tiempo para las actividades de ocio. La gente es reacia a pedir este tipo de apoyo a no ser que se forme parte de una red de intercambios mutuos. Es efectivo sólo cuando el receptor percibe la ayuda como apropiada, si no puede aumentar el estrés y el malestar provocando sentimientos de deuda.

El apoyo emocional e informacional suelen darse a la vez. Y por otro lado el informacional y material son parte del apoyo emocional siempre y cuando no se den por obligación. Sin duda alguna, de las clasificaciones anteriores la función más importante de cara a la salud y el bienestar de la persona, es el apoyo emocional (Dunkel-Schetter, 1984; Pearlin, 1985; Schaefer, Coyne y Lazarus, 1981; Wortman y Conway, 1985).

Desde esta perspectiva de la función del apoyo social Caplan (1974) propone la siguiente definición: El apoyo social es una guía y feedback proporcionado por otras personas que permite al sujeto manejar emocionalmente un evento estresante. Las personas que dan apoyo a otros proporcionan información y guía cognitiva, recursos tangibles y



apoyo emocional en tiempos de necesidad. Otra definición funcional sería la de Thoits (1982) en la que el apoyo social es el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros.

Por último, una definición integradora de las anteriores desde el punto de vista funcional del Apoyo Social, es la que proporciona House (1981) quien afirma que el apoyo social son transacciones interpersonales de uno o más de los siguientes tipos: emocional (amor, empatía, cariño, confianza), instrumental (bienes y servicios) e informacional (información relevante para resolver un problema). Evaluativo (información para evaluar la actuación personal). Como vemos House añade un componente evaluativo a las transacciones.

Pero el apoyo también depende de otras muchas variables, no todo el apoyo que damos o nos dan es útil, depende del momento, la situación e incluso de la persona que proporciona dicho apoyo. Es lo que se ha denominado “Especificidad del apoyo” de Cohen y Mckay (1984) o “Congruencia ecológica” de Hobfoll (1985). Esta especificidad supone que el apoyo social sería efectivo sólo cuando se ajuste a la tarea que se pretende solucionar. Es decir, ajuste en cuanto a cantidad, momento y origen del apoyo (Shinn, Lechmann y Wong, 1984).

Para Cutrona y Russell (1990) cada evento tiene distintas dimensiones y requerirá más de un tipo de apoyo. Es importante considerar, por tanto, el contexto en el que se desarrolla el apoyo social.



6.2.3. *Enfoque contextual:* Desde este enfoque se consideran los contextos ambientales y sociales en los que el apoyo es percibido, movilizado, aportado o recibido. Incluye entre otros elementos (Cohen y Syme, 1985):

6.2.3.1. *Características de los participantes.* En función de la procedencia de una fuente u otra el mismo tipo de apoyo puede ser efectivo o no, por ejemplo, el apoyo de los amigos es más útil para manejar conflictos no relacionados con la familia, mientras que en problemas de salud es más efectivo el apoyo familiar que el de amigos (problemas laborales, compañeros de trabajo).

6.2.3.2. *Momento en que se da el apoyo.* Ya que las necesidades de ayuda cambian según se afronta la situación, el proceso de afrontamiento puede implicar la necesidad de distintos tipos de apoyo y en momentos diferentes.

6.2.3.3. *Duración.* Mantener o cambiar el apoyo durante el tiempo, es de vital importancia en procesos largos por ejemplo enfermedades crónicas donde a medida que pasa el tiempo no se mantiene el apoyo o éste cambia de intensidad.



6.3. Diferentes aspectos

En el apoyo social hay que tener en cuenta tanto aspectos objetivos como subjetivos. Cabe preguntarse, de cara a examinar los efectos del apoyo social en la salud y el bienestar de las personas, si debemos centrarnos en el apoyo recibido o real, en los recursos intercambiados y sus funciones, o si es necesario tener en consideración la percepción que tiene el receptor del mismo, es decir, el apoyo social percibido (Barrón, 1996).

6.3.1. Aspecto subjetivo: Se define el apoyo social en términos de procesos cognitivos / percepción de que uno es querido, valorado, que tiene personas a las que recurrir en caso de necesidad y que le van a proporcionar la ayuda necesaria. En esta línea Cobb (1976) define este apoyo como:

- Información que lleva al sujeto a creer que cuidan de él y que es amado.
- Información que le lleva a creer que es estimado y valorado.
- Información que le lleva a creer que pertenece a una red de comunicaciones y obligaciones mutuas.

Para Sarason, Sarason y Pierce, (1990) el apoyo social percibido es una variable de personalidad de carácter estable y que estaría relacionada con las experiencias de apego de la infancia: quienes establecieron un apego seguro serán más altos en apoyo social percibido y creerán que las personas de su red estarán disponibles cuando lo necesiten. Esta idea parte de la Teoría de apego de Bowlby (1969), el apego emocional en etapas



tempranas de la vida proporcionan sentimientos de seguridad y autoestima las cuales sirven de base para el establecimiento de relaciones sociales positivas en la edad adulta.

6.3.2. Aspecto objetivo: Es el apoyo social real o recibido y, por tanto, no es un proceso de carácter cognitivo. Se evalúa de forma retrospectiva, es decir, se pregunta a los sujetos qué apoyo concreto recibió en un momento determinado.

Ambos tipos de apoyo, tanto el subjetivo como el objetivo son importantes: Pero los investigadores apuntan a que debido al aspecto cognitivo del apoyo percibido, la mera percepción de que uno es estimado y amado promueve la salud (Cassel, 1976; Cobb, 1976), alivia el impacto de las enfermedades crónicas y afecta de manera positiva a la salud integral del paciente (Gómez, Pérez y Vila, 2001).

Hay otro aspecto a tener en cuenta y es que a veces el apoyo social, tanto percibido como recibido, son inconsistentes para la persona. Algunas personas reciben apoyo y no lo perciben y otras perciben apoyo aun sin recibirlo. Dunkel-Schetter y Bennett, (1990) explican que esto podría deberse a:

- Infravaloración o sobrevaloración del apoyo recibido debido a percepciones defectuosas o memoria inadecuada.
- Apego optimista, uno espera más apoyo del que más tarde recibe.
- Cuando el apoyo percibido es menor que el recibido. Ocurre cuando los donantes tienen experiencia previa con la situación que vive el sujeto que lo recibe, o cuando es fácil proporcionar apoyo, o



también cuando los eventos son deseables (tener hijos, casarse, etc.).

- Cuando el apoyo social recibido y percibido coinciden, con el paso del tiempo el apoyo social recibido disminuye. Se da ante estresores crónicos como las enfermedades.

Hay evidencia acerca de que el apoyo social percibido es más importante y tiene mayor impacto sobre la salud y bienestar que el apoyo social recibido (Vinaccia y cols., 2005). El apoyo social percibido influye de manera favorable en la adaptación emocional de los pacientes, ya que guarda relación con menores niveles de depresión, ansiedad y puede influir de manera positiva en la percepción del dolor (Barez, Blasco y Fernández-Castro, 2003).

Por ejemplo, en pacientes con cáncer, un alto nivel de apoyo social percibido constituye un factor significativo en la adaptación y manejo de la enfermedad, en la reducción de los niveles de estrés y en el ajuste psicosocial (Bloom, 1982; Dunkell-Schetter, Feinstein, Taylor y Falke, 1992).

6.4. Definiciones integradoras del apoyo social

Existen diferentes definiciones que intentan integrar los aspectos estudiados de modo que, aúnen de forma global todos los componentes del apoyo. Lin y cols. (1986) señalan que el apoyo social son provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos. Para Barrón,



(2003) el apoyo social incluye todas las transacciones de ayuda, tanto de tipo emocional como informacional y material, que recibimos bien de nuestras redes informales, íntimas, como de otros grupos y comunidad global, incluyendo tanto las transacciones reales como la percepción de las mismas y la satisfacción con la ayuda recibida.

Mi planteamiento a lo largo de este estudio, va a ser centrar la atención en los aspectos funcionales del apoyo social, así como su percepción. Como afirmaba Vaux, (1988) percibir que existe apoyo social disponible, aunque sea falso, aumenta el bienestar psicológico.

6.5. Modelos de apoyo social

El apoyo social se relaciona con distintas enfermedades, ya sea a través de su efecto en conductas que incrementan o reducen los factores de riesgo de las enfermedades (dieta, tabaco, alcohol, ejercicio...) o por la influencia en las respuestas biológicas que puede llegar a provocar los trastornos. El apoyo social puede mediar la respuesta neuroendocrina, inmunológica y hemodinámica (Barrón, 1996).

Todos los estudios coinciden en el beneficio del apoyo social, aunque no se conocen los mecanismos exactos mediante los cuales el apoyo social interviene en la salud. Dentro de la literatura del apoyo social existen varios modelos que dan explicación a esta mediación (modelos genéricos, modelos centrados en el estrés y modelos de proceso



psicosocial). En todos estos modelos se han propuesto dos tipos fundamentales de efectos que explican de forma diferente la influencia del apoyo social sobre la salud.

6.5.1. Efecto directo del apoyo social

Desde esta postura se afirma que a mayor nivel de apoyo social existirá un menor malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social una mayor incidencia de los trastornos, al margen del nivel de estrés. Es decir, que independientemente de que una persona tenga o no estrés, el apoyo social por sí mismo influirá en el bienestar emocional y físico de la persona, así como su falta, que reducirá dicho bienestar Gottlieb (1983). El apoyo social ejerce una influencia aparte, independiente de los estresores que estén afectando a la persona. Esta teoría parte de estudios sobre las relaciones sociales y su influencia sobre la morbi-mortalidad de las personas.

El efecto directo del apoyo social ha sido confirmado en numerosos estudios (Andrews y cols. 1978; Aneshensel y Frerichs, 1982; Bell, Leroy y Stephenson, 1982; Berkman y Syme, 1979; Dean y Ensel, 1982; Hirsch, 1980; Holahan y Moos, 1981; Kaplan, Manuck, Clarkson, Lusso, Taub y Miller, 1983; Lin, Simeone, Ensel y Kuo, 1979; Miller y Lefcourt, 1983; Myers, Lindethal y Pepper, 1975; Schaefer, Coyne y Lazarus, 1991; Vaughn y Leff, 1976; Williams, Ware y Donald, 1981).

De estos estudios se desprende que la mortalidad general está relacionada con bajos niveles de apoyo social. Como afirman varios autores como Berkman y Syme (1979);



Blazer (1982); House, Robbins y Metzner (1982), “la falta de relaciones sociales conduce a estados psicológicos negativos, como la ansiedad y la depresión. Estos estados pueden llegar a tener influencia sobre la salud, bien a través de un efecto directo sobre los procesos fisiológicos que influyen en la susceptibilidad para la enfermedad, o mediante patrones de conducta que incrementan el riesgo para la enfermedad”.

También se ha estudiado el efecto directo del apoyo social con distintas enfermedades, entre ellas los trastornos cardiovasculares (Gorkin, Follick, Wilkin y Niaura, 1994; Kaplan y Toshima, 1990). Los mecanismos propuestos apuntan a que el apoyo social puede tener efectos en algunos procesos físi-psicológicos, lo que mejora la salud, o por otro lado que el apoyo social favorece el cambio de conductas del individuo (factores de riesgo conductuales), lo cual a su vez tiene consecuencias positivas para la salud.

En este sentido, Thoits (1985) desde el Interaccionismo Simbólico, establece tres grandes mecanismos de actuación respecto a los efectos directos:

- Un incremento en la percepción de identidad por parte del sujeto, desarrollada a partir de las interacciones que lleva a cabo con otras personas al desempeñar sus diferentes roles sociales
- Un incremento en la percepción de su propia autoestima a través de la valoración que los demás hacen de su comportamiento.



- Un aumento de la percepción de control, autoeficacia y dominio sobre el ambiente, que incrementa su bienestar.

Otros autores (House, 1981) afirman que habría un umbral mínimo de apoyo social que se requiere para mantener la salud, sugiriendo que puede ser el aislamiento social el que actúa como estresor propiciando la enfermedad, más que ser el apoyo social lo que fomenta la salud (Berkman, 1985; Dean y Lin, 1977).

6.5.1.1. Efecto directo del apoyo social sobre la cardiopatía isquémica

Chambers y Reiser en 1953 describen la asociación que existe entre eventos significativos emocionalmente y el inicio de episodios cardiacos. Egber, Battit, Welch y Bartlett, (1964) escogieron dos grupos comparables de pacientes quirúrgicos. A un grupo le fue administrado especial apoyo y cuidado por parte de los cirujanos y el otro, sirvió de grupo control. Los pacientes que recibieron apoyo directo de los médicos que les intervinieron necesitaron sustancialmente menos medicación para el dolor y fueron dados de alta una media de 2,7 días antes que los pacientes del grupo control. El apoyo social tiene una influencia sobre el arousal neurohumoral del organismo. Las relaciones sociales positivas aumentan la autoestima, reducen la ansiedad, aumentan la percepción de control sobre el ambiente, incrementan el significado del ambiente social y físico, satisfacen las necesidades de apego y, como consecuencia, se produce un aumento del bienestar (Cohen, 1988). Se hipotetiza que las relaciones sociales inhiben la respuesta neurofisiológica, por lo



que se reducirían los niveles de catecolaminas y cortisol. Sluzki en 1996 describe los procesos por los que cuales la existencia o no de una red social afecta positiva o negativamente a la salud. En este sentido el aislamiento social incrementaría la ansiedad y la depresión, lo que produciría un aumento del arousal fisiológico y el desajuste del metabolismo secundario. A su vez, este desajuste incrementa la probabilidad de aterogénesis, creación de trombos y el incremento de arritmia

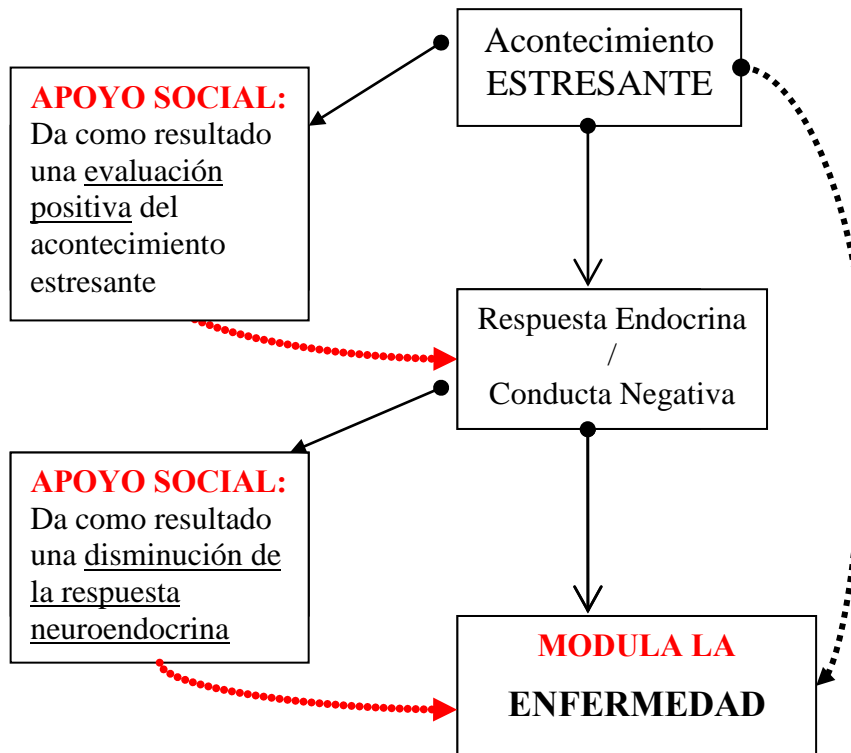
6.5.2. Efecto indirecto (amortiguador/protector o buffering) del apoyo social

En cuanto al efecto indirecto también existe una marcada evidencia de investigaciones que confirman la influencia del efecto protector del apoyo social en relación al estrés y la salud (Boyce, 1981; Brown y Andrews, 1986; Brown y Bifulco, 1985; Brown y Harris, 1978; Cutrona, 1986; Cleary y Mechanic, 1983; Eaton, 1978; Hosaini, Neff, Newbrough y Moore, 1982; House, 1981; Nuckolls, Cassel y Kaplan, 1972; Parker y Barnett, 1987; Sarason, Levine, Basham y Sarason, 1983; Schill, Toves y Ramanaiah, 1981; Thoits, 1982; Wethington y Kessler, 1986; Wilcox, 1981).

Los primeros autores en postular este efecto fueron John Cassel y Sydney Cobb en 1976, quienes proponen que el apoyo social amortiguaría el impacto de los eventos estresantes sobre la salud de las personas, modularía así la relación estrés-salud aminorando sus efectos. Esta postura mantiene que cuando una persona está expuesta a un estresor social, éste tendrá efectos negativos sólo entre los sujetos con un nivel de apoyo



social bajo. En resumen, el apoyo social amortigua el impacto de los eventos vitales estresantes (Cohen y Ashby, 1985; Core, 1988; Dracup, 1994). En ausencia de estresores el apoyo social no tiene influencia sobre el bienestar, sólo funcionará como amortiguador de los efectos patogénicos del estrés. Cuando el estrés es elevado, el mecanismo de actuación sería que el apoyo social permitiría a los individuos redefinir la situación estresante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o bien inhibiría los procesos psicopatológicos que podrían desencadenarse en la ausencia de apoyo social. Por otro lado, el apoyo social amortigua los efectos del estrés evitando que los individuos definan una situación como estresante. Es decir, el apoyo social modifica la valoración que el sujeto hace de los estresores ambientales. Esta no-definición evita que se genere la respuesta psico-fisiológica que a su vez repercute en la salud (Castro, Campero y Hernández, 1997). Todo ello protege a la persona frente a los efectos perjudiciales de los posibles acontecimientos vitales estresantes (Barrón, 1996). A su vez, este aumento en la seguridad autopercibida tiene un reflejo en el estado anímico del sujeto, que, de esta manera, se ve incrementado (Lazarus y Folkman, 1986).



No obstante, como sugiere Hobfoll (1985) bajo el término congruencia ecológica o Cohen y Mckay (1984) como hipótesis de la especificidad del apoyo, este será efectivo cuando se ajuste a la tarea que sea preciso solucionar. No todo el apoyo que uno ofrece es útil, dependerá del tipo de problema o de las demandas que exija el mismo, en cuanto a apoyo. Este modelo sobre la especificidad del apoyo social es defendido por numerosos autores (Jacobson, 1986, Maton 1989; Rook, 1985; Shumaker y Brownell, 1984; Wilcox y Vernberg, 1985).



Shinn y cols. (1984) afirman que debe existir ajuste lo largo de las siguientes dimensiones:

- Cantidad de apoyo: un exceso de apoyo puede crear dependencia.
- Momento: las necesidades cambian a lo largo del tiempo y del ciclo vital.
- Origen del apoyo: en función de las circunstancias será más útil el apoyo procedente de una fuente o de otra.

Además son de vital importancia los procesos evaluativos. Para que la ayuda sea adecuada el donante del apoyo debe ser capaz de comprender cómo evalúa subjetivamente el estresor el sujeto, de forma que pueda ajustar el tipo de apoyo que ofrece a las necesidades suscitadas por el problema, pero tal como lo percibe el individuo (Vaux 1988).

(Cohen y Wills, (1985) y Heller, (1988) afirman que el apoyo social percibido tiene efectos directos, mientras que el apoyo social recibido tiene efectos de protección, mostrándose así que ambos efectos pueden coexistir y darse a la vez. Estos autores, Cohen y Wills, en el año 1985 realizan una importante revisión bibliográfica y concluyen que en aquellos estudios en que el apoyo social se ha medido estructuralmente se tiende a confirmar la hipótesis del efecto directo. Las medidas que captan los componentes funcionales del apoyo social tienden a confirmar la hipótesis del efecto amortiguador.



6.5.2.1. Efecto indirecto del apoyo social sobre la cardiopatía isquémica.

Asimismo también se apunta que el apoyo social influiría en la reducción del estrés por su influencia en el modo de evaluación tanto primaria como secundaria, y en los procesos de afrontamiento (Cohen y Wills, 1985). El apoyo social reduce los sentimientos de amenaza del acontecimiento estresante a través de un proceso de re-evaluación, lo cual servirá para reducir la ansiedad y se producirá un acercamiento de cara a afrontar el estresor. Tanto el apoyo material como el emocional ayudan a reducir el malestar psicológico, reduciendo tanto la ansiedad como la depresión que puede provocar la aparición del estresor (Stansfeld y Fuhrer 2002).

Se ha demostrado que pacientes que han sobrevivido a un infarto de miocardio con un elevado estrés en su vida cotidiana y un mayor aislamiento social tienen tasas de mortalidad cuatro veces mayores que pacientes con niveles más bajos en dichos parámetros (Ruberman, 1984).

Sin embargo, no siempre el apoyo social tiene efectos positivos ya que una excesiva atención sobre los problemas del enfermo podría conducir a conductas de sobreprotección por parte de la red (sobre todo por parte de la pareja). Garrity (1973) observó con pacientes infartados que, tras el infarto, aquellos que eran sobreexposados a conductas de sobreprotección por parte de la familia reducían su jornada laboral, independientemente de la gravedad del infarto.



6.6. Cuando el apoyo social no es apropiado

A veces el apoyo que se ofrece no es útil por varias razones (Wortman y Lehman, 1985).

- Los sentimientos provocados por las víctimas de ciertos eventos vitales. Estas personas a veces suscitan sentimientos negativos, de amenaza o vulnerabilidad; nos recuerdan que lo mismo puede ocurrirnos a nosotros. Para evitar dichos sentimientos de vulnerabilidad en ocasiones hacemos atribuciones disposicionales del problema.
- La incertidumbre sobre la conducta adecuada. Las personas que son fuentes potenciales de apoyo pueden experimentar intensa ansiedad al tener que interactuar con esos sujetos. Al no saber cuál es la conducta correcta en dicha situación su malestar puede incrementarse.
- Las falsas concepciones sobre el proceso de afrontamiento. Se supone que una vez finalizado el evento termina el problema. No se tienen en cuenta las secuelas, que a veces pueden durar años.

6.7. Apoyo social relacionado con la salud

Como hemos visto anteriormente, son numerosos los estudios que han demostrado que el apoyo social promueve la salud, facilita una mejor y rápida recuperación de la enfermedad, o influye en el proceso de adaptación a la misma (Berkman, 1985; Broadhead y cols. 1985;



Cohen y Syme, 1985; House, Landis y Umberson, 1988; Workman y Conway, 1985). Concretamente, se ha encontrado evidencia de una relación negativa entre apoyo social y salud mental (Barnet y Gotlib, 1988; Cohen y Wills, 1985; Holahan y Moos, 1981; Paykey, 1994; Peirce, Frone, Russell, Cooper y Mudar, 2000; Stansfeld, Fuhrer y Shipley, 1998); enfermedad física (Dolbier y Steinhardt, 2000; Kennedy, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1990); recuperación de pacientes con diferentes trastornos físicos y psicológicos (Asher, 1984; Billings y Moos, 1982; Dakof y Taylor, 1990; Haller y cols., 2003; Kaplan, Robins y Martin, 1983; Lara, Leader y Klein, 1997; Leff, Kuipersm, Berkowitz, Eberleinfries y Sturgeon, 1982; Lin, Simeone, Ensel y Kuo, 1979; Razin, 1982). Y de forma genérica también se ha demostrado la relación entre apoyo social y bienestar (Barnet y Gotlib, 1988; Cohen, Gottlieb y Underwood, 2000; Cohen y Syme, 1985; Davis, y Morris, 1998; Gracia, 1997; Pozo, Alonso y Hernández, 2007; Pozo y cols., 2005^a; Winefield, Winefield y Tiggemann, 1992).

Barrón, 1990; Cohen y Hill, 1985; Flecher, 1991 afirman que un mayor apoyo social percibido se relaciona con mayores niveles de salud, ya que el apoyo el Apoyo Social reduce el riesgo de morbilidad y mortalidad (cit Sarason, 1999). En el estudio llevado a cabo por Berkman y Syme en el año 1979 con una muestra de 6928 adultos del condado de Alameda (California) a los que se les hizo un seguimiento durante nueve años, los hallazgos mostraron que el riesgo de mortalidad para las personas con poca integración social es 20 veces más elevada que los que están adecuadamente integrados. Otros estudios más recientes, también muestran esta asociación entre participación social y supervivencia (Bygren, Konlaan, y Johansson, 1996; Dalgard y Haheim, 1998; Glass, de Leon, Marottoli,



y Berkman, 1999; Hyypa, Maki, Impivaara y Aromaa, 2006). Pero también existen investigaciones que informan de datos contrarios (Ellaway y Macintyre, 2000; Greiner, Li, Kawachi, Hunt y Ahluwalia, 2004; Veenstra, 2000; Ziersh y Baum, 2004).

Los efectos positivos que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar podrían explicarse a través de (Lemos y Fernández, 1990):

- Afectar a la exposición del sujeto a agentes patógenos.
- Influir en la relación de susceptibilidad frente al foco infeccioso.
- Afectar a los autocuidados o a la búsqueda de ayuda médica (una vez diagnosticada la enfermedad).
- Modificar el curso o gravedad de la enfermedad.

A partir de este ahora vamos a centrados en la exposición de diferentes estudios que tratan la relación entre apoyo social y enfermedad cardiovascular. En ellos se muestra una relación clara y evidente entre elevados niveles de apoyo social y un menor riesgo de padecer trastornos cardiovasculares (Kawachi y cols. 1996; Olsen, 1993; Orth-Gomer, Rosengren y Wilhelmsen, 1993).

6.8. Redes de apoyo y salud

Al margen de la enfermedad cardiovascular, tanto el apoyo social como las redes sociales presentan un efecto beneficioso en todos los procesos patológicos. Podemos hablar



de diferentes investigaciones realizados sobre apoyo social y esquizofrenia (Pattison, De Francisco, Wood, Frazier y Crowder, 1975), apoyo social y pacientes psiquiátricos (Henderson y cols., 1978), apoyo social, depresión y acontecimientos vitales estresantes (Paykel, Emms, Fletcher y Rassaby, 1980), apoyo social y depresión (Andrews y Brown, 1988; Herrero y Musitu, 1998), apoyo social y enfermedades vasculares (Kamarck, Manuck y Jennings, 1990), apoyo social y cáncer (Dakof y Taylor, 1990), apoyo social y estrés (Barrón y Chacón, 1990), apoyo social y enfermedades coronarias (Orth-Gomer, Rosengren y Wilhelmsen, 1993; Revenson, 1994; Seeman y Syme, 1987; Schwarzer, Knoll, y Rieckmann, 2004; Wills y Filer Fegan, 2001), apoyo social y enfermedad reumática (Pastor y cols., 1991), apoyo social y trastornos de la conducta alimentaria (McClintock y Evans, 2001; Tiller y cols., 1997), apoyo social y enfermedad inflamatoria intestinal (Haller y cols., 2003; Sewitch y cols., 2001), apoyo social e hipertensión arterial (Menéndez Villalba y cols., 2003), apoyo social y calidad de vida (López-García y cols., 2005).

El acceso a relaciones íntimas o redes sociales positivas se ha asociado con el bienestar psicológico y la ausencia de depresión (Gracia, 1997).

Los enfermos crónicos se encuentran en un proceso continuo en el que las demandas de adaptación varían a lo largo de las distintas fases de la enfermedad y del ciclo vital (Rolland, 1987). Las estrategias de afrontamiento y el apoyo social son las variables predictoras de la adaptación psicosocial a las enfermedades crónicas (Gallant, 2003; White, Richter y Fry 1992).



Las redes sociales pueden ayudar al enfermo a través de cuatro vías: (Berkman, 1984) cit. Gómez Bobassi, 1998).

- En la provisión de consejo, servicios y acceso a nuevos contactos sociales.
- En la facilitación de ayuda de dicha red.
- En los mecanismos de regulación asociados a la integración social que se relacionan con el control social y la presión de los iguales.
- En el apoyo social que proporcionaría intimidad, sentido de pertenencia, afirmación de la dignidad...

En cuanto a la intervención, el apoyo social promueve estrategias de prevención primaria y es de vital importancia en la prevención secundaria o en los procesos de rehabilitación del paciente. Cornes (1994) propone las siguientes estrategias para el diseño de programas.

- Enfatizar el entrenamiento de habilidades sociales para reducir el aislamiento, el sentimiento de soledad y de indefensión.
- Desarrollar el sentimiento psicológico de comunidad favoreciendo la integración social de los sujetos.
- Identificar y reducir a mínimos los acontecimientos vitales estresantes.
- Fomentar la asociación de individuos a cualquier nivel como forma de estrategia de afrontamiento.



6.9. Apoyo social y enfermedad cardiaca

Los estudios llevados a cabo con animales han permitido establecer una relación directa entre determinados factores psicosociales (estrés, aislamiento social, carácter dominante, etc.) y el origen de la enfermedad arterial (Kaplan, Manuck, Adams, Weingand y Clarkson, 1987; Kaplan, Manuck, Clarkson, Lusso, Taub y Miller, 1983).

El apoyo social es importante de cara a moderar el impacto de los eventos vitales estresantes sobre la salud en general y sobre las enfermedades cardiovasculares en particular (Fernández-Abascal, (1994). Por consiguiente el apoyo social actúa de amortiguador del impacto del estrés sobre la reactividad cardiovascular (Collins, 1999; Orth-Gomer, 2000; Steptoe 2000; Uchino, Uno y Holt-Lunstad, 1999; Wlodarczyk, 1999).

En un estudio comparativo llevado a cabo por Cobb (1976) entre personas con un nivel de apoyo social elevado y personas con bajo apoyo social ante los mismos acontecimientos estresantes, se comprobó que las personas con un alto apoyo social eran menos propensas a padecer un trastorno cardíaco, mientras que los que presentaban niveles bajos de apoyo tenían más riesgo de padecer dicho trastorno. También existe evidencia de que el apoyo social proporcionado por la pareja o por otros significativos puede servir para amortiguar el impacto del estrés psicológico, aminorando el estrés y mejorando la recuperación física (Croog y Levine, 1977).



Seeman y Syme (1987) en un estudio con pacientes de ambos sexos después de una angiografía coronaria, constataron que la red que proporciona apoyo instrumental y sentimiento de ser amado (apoyo emocional) es más importante en la predicción de arteriosclerosis coronaria que el tamaño de la red, independientemente de la ocurrencia de otros factores de riesgo. Igualmente Blumenthal, Barefoot, Haney y Zimet, (1987) mostraron que los sujetos con un patrón de conducta tipo A y con apoyo social alto, sufrían en menor grado de arteriosclerosis que los que tenían un nivel menor de apoyo. Otro estudio con pacientes cardíacos con tipología A, en un periodo de 10 años, mostró que la mortalidad de los que estaban socialmente integrados era del 17% frente a un 69% que correspondía a aquellos que se encontraban en situación de aislamiento social (Orth-Gomer y Undén, 1990). El aislamiento incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular, a través del estado de ánimo depresivo y las conductas no saludables (Chesney y Darbes, (1998).

Stansfeld y Fuhrer (2002) afirman que existe una considerable evidencia de que altos niveles de apoyo social protegen de la enfermedad cardíaca, mientras que el aislamiento social está relacionado con un incremento del riesgo de muerte. No se conocen los mecanismos a través de los que opera el apoyo social, si es sobre la etiología de la enfermedad, o en personas con la enfermedad diagnosticada, sobre su pronóstico.

En relación a la etiología parece ser que el aislamiento social (o la falta de apoyo) está implicada en el inicio de la enfermedad cardíaca (Tsouna-Hadjis, Vemmos, Zakapoulos y Stamatelopoulos, 2000) y, como se ha apuntado anteriormente, a un



incremento en el riesgo de muerte (depresión, pensamientos de abandono, hábitos desajustados, etc.). En cuanto a su influencia después de diagnosticada la enfermedad, personas con un buen apoyo social aumentan su esperanza de vida y se reducen las posibles complicaciones como el desarrollo de arritmias cardíacas. No hay que olvidar que el apoyo social es una relación interpersonal que se establece entre dos partes. En el caso de una situación de enfermedad de curso largo existen muchos factores que pueden afectar a la relación de apoyo. Kors (2000) destaca que el apoyo social servirá de amortiguador del estrés siempre y cuando la persona tenga una alta predisposición a la búsqueda de este apoyo en situaciones de estrés.

Por supuesto, también existen estudios en los que no se encontraron diferencias significativas en la reactividad cardiovascular entre aquellas personas que recibían apoyo y las que no (Anthony y O'Brien (1999). Asimismo, Tennant (1999) afirma que el bajo apoyo social no aparece como moderador de la relación entre los eventos estresantes de la vida y la enfermedad cardiovascular.

La red social informal reduce los efectos del estrés. La recuperación de pacientes con infarto de miocardio en los hospitales que permiten la presencia de personas del entorno del enfermo ha sido más completa y ha ocurrido en menor tiempo que en aquellos hospitales donde los pacientes se encontraban aislados de su red informal, ya que la red social informal permite la retroalimentación que favorece conductas sanas. Funciona como un controlador de la salud y estimula la corrección de hábitos nocivos y la consulta a



profesionales de la salud. Y además el soporte de la red informal da sentido a la propia vida de sus miembros y a las prácticas de autocuidado.

El deterioro de las relaciones interpersonales (efectos negativos) como consecuencia de la enfermedad se debe a que se produce en los otros conductas evitativas y porque también se reduce la reciprocidad en el sujeto enfermo.

El cuidado del enfermo (sobre todo, enfermos crónicos) es percibido por el entorno como poco gratificante. Las relaciones de pareja u otras relaciones interpersonales pueden verse afectadas negativamente como consecuencia de la enfermedad, y el propio retraimiento social de la persona también puede contribuir al deterioro de su red de apoyo (Wortman y Dunkel-Schetter, 1979; Muzzin, Anderson, Figueredo y Gudelis, 1994). Por esta razón los sistemas de apoyo formales, profesionales, instituciones y servicios comunitarios adquieren una mayor relevancia de cara al cuidado y asistencia de la persona enferma.

Al margen del apoyo social, también vamos a profundizar en el tema del afrontamiento, que es considerado de gran importancia dentro del campo de la salud. Con él están relacionadas múltiples categorías y procesos asociados a la adaptación tanto física como psicológica.

El afrontamiento es la expresión del papel activo del ser humano ante los desafíos de la vida y se ha constatado que puede mediar los efectos adversos del estrés sobre la



salud (Roca Perara y Pérez Lazo de la Vega, 1999), e incluso también sobre la competencia inmunológica del individuo (Viñas Poch y Caparrós Caparrós, 2000). Dada su importancia en el próximo capítulo haremos una revisión de los principales hallazgos en relación con esta variable.

Capítulo 7

Afrontamiento

**“...El organismo se adapta a través de
cuatro ejes: Psicofisiológico,
Psiconeuroendocrino, Psicoinmunológico
y Conductual...”.**

(Dra. Mirta Laham, 2001)



7. AFRONTAMIENTO

El inicio de las investigaciones sobre afrontamiento se sitúa en la década 1970-1980 con los trabajos de Moos (1976); Pearlin y Schooler (1978) y Lazarus y Folkman (1980) dentro de una gran revolución de la Psicología Cognitiva. A partir de aquí arranca una fructífera línea de investigación basada en los modelos de estrés y afrontamiento para explicar la adaptación a la enfermedad crónica (Chico, 2002; González, Montoya, Casullo y Bernabeu, 2002; Martín-Aragón, Pastor, Lledó, López-Roig, Terol y Rodríguez-Marín, 2001; Muelay cols., 2002; Pelechano, Matud y de Miguel, 1993; Rodríguez y cols. 1993).

En primer lugar habría que hacer una distinción entre lo que significa adaptación y afrontamiento. La adaptación es un amplio concepto que incluye la rutina, automatismos, modos de seguir adelante, mientras que el afrontamiento incluye algún tipo de estrés (Lazarus y Folkman, 1984).



7.1. ¿Qué es el afrontamiento?

Para Pearlin (1989), el afrontamiento, con independencia de cuál sea la naturaleza del estresor, sirve bien para cambiar la situación de la que emergen los estresores, bien para modificar el significado de la situación para reducir su grado de amenaza, o bien para reducir los síntomas del estrés.

Lazarus y Folkman (1986) autores clásicos en el estudio del afrontamiento, definen éste como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes encaminados a manejar las demandas externas e internas que han sido evaluadas como que agotan o sobrepasan los recursos personales. Según Rodríguez Marín, Pastor y Lopez-Roig, (1993), en esta definición se diferencia claramente la conducta de afrontamiento de lo que es una conducta “adaptativa automatizada”, pues mientras ésta no desbordaría al sujeto ni requeriría esfuerzos para el “manejo”, el afrontamiento requiere de los esfuerzos del sujeto para manejar la situación.

Lazarus y Folkman (1984) se centran básicamente en los procesos cognitivos que se desarrollan en torno a una situación estresante. Para los autores la experiencia estresante resulta de las transacciones entre la persona y el entorno. Estas transacciones dependen del impacto del estresor ambiental, impacto mediado en primer lugar por las evaluaciones que hace la persona del estresor y en segundo lugar, por los recursos personales, sociales o culturales disponibles para hacer frente a la situación de estrés.



Así, cuando alguien se enfrenta a una situación potencialmente **amenazante**, en primer lugar realiza una **evaluación primaria**, es decir, un juicio acerca del significado de la situación siempre para calificarla de estresante, positiva, controlable, cambiante o simplemente irrelevante. Gallar (1998) afirma que ante un proceso de enfermedad el sujeto valora si ésta supone una alteración de su bienestar. Puede considerar la enfermedad como un reto, lo que supondrán conductas de afrontamiento activo, y por otro lado, considerarla como una amenaza. Ante esta postura el sujeto adoptará conductas de evitación. Pero tarde o temprano, el individuo será consciente de que debe afrontar la enfermedad, aún sin considerarla un reto.

Por otro lado, en la **evaluación secundaria** cuando se ha valorado un suceso como ESTRESANTE se determinará los posibles recursos y opciones de que dispone la persona para hacer frente a la situación. Es una evaluación orientada a "qué se puede hacer en este caso". Ante la enfermedad tiene la función de eliminar o paliar sus consecuencias negativas, y eliminar o disminuir la ansiedad que provoca (Gallar (1998)). Los resultados de esta evaluación pueden modificar la evaluación inicial y predisponen al desarrollo de estrategias de afrontamiento. Si estos resultados son positivos favorecerán el control de la enfermedad y reducirán la ansiedad, si son negativos la aumentarán ya que la persona se verá desbordada. Lazarus y Folkman indican que las estrategias de afrontamiento se orientan en dos direcciones:

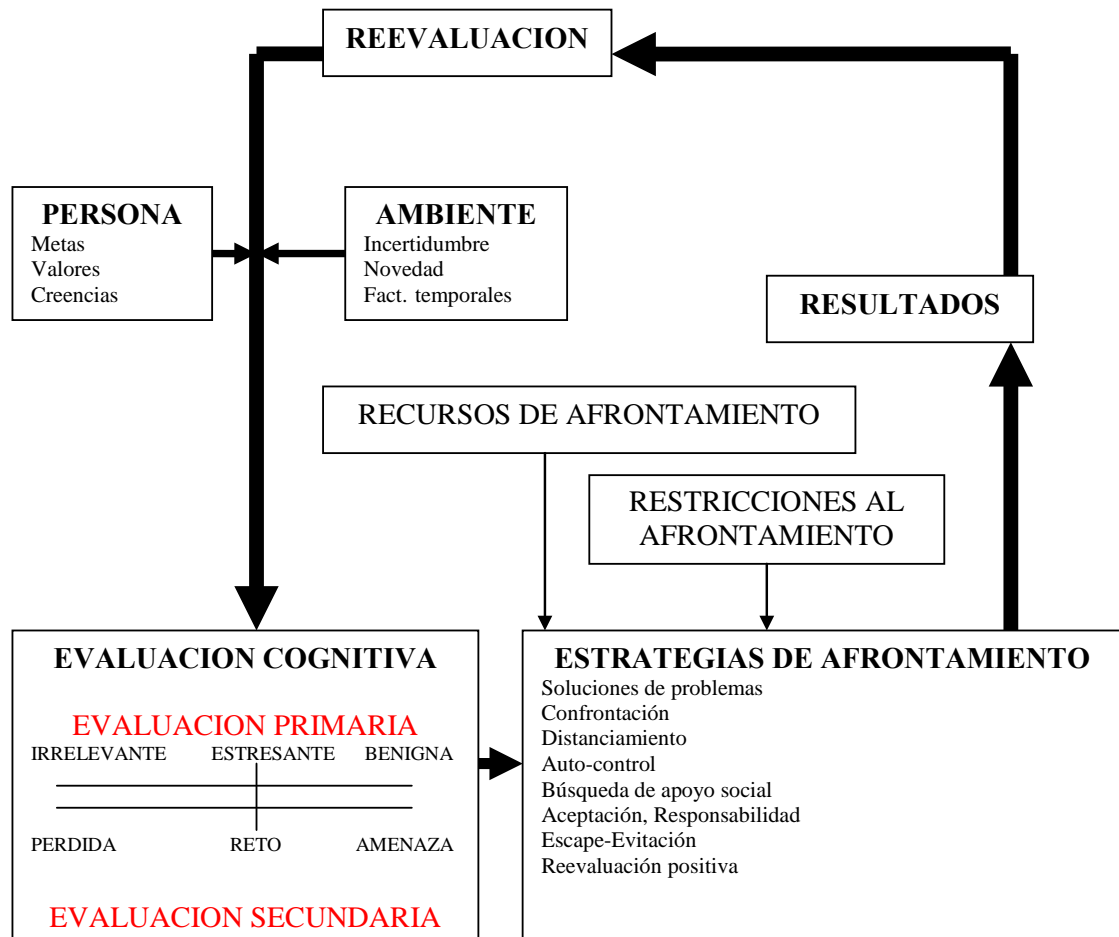
- Por un lado se dirigen a manejar o cambiar el **problema**-
"enfermedad" (afrontamiento centrado en el problema).



- Por otro, se dirigen a regular las **emociones** provocadas por el problema- “enfermedad” (afrentamiento centrado en la emoción).

El afrontamiento dirigido al problema hace referencia a estrategias semejantes a las usadas en la solución de problemas; definición del problema, búsqueda de soluciones alternativas, valoración en términos de costo y beneficio y puesta en práctica de las oportunas acciones. Estas estrategias pueden dirigirse al entorno (modificar las presiones ambientales, los obstáculos, por procedimiento, etc.) y pueden orientarse hacia el propio sujeto (cambios en el nivel de aspiraciones, adquirir destrezas, búsqueda de otras vías de gratificación, etc.).

El afrontamiento dirigido a la emoción consiste fundamentalmente en procesos cognitivos encaminados a disminuir el malestar emocional e incluye estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, ver la parte positiva de la situación, etc.



Esquema conceptual de Lazarus y Folkman (1984)

Las estrategias centradas en el problema son más eficaces cuando la situación es modificable o exige control activo para su manejo, sin embargo, ante situaciones irreversibles parece que la mejor estrategia, es aquella que se centra en la dimensión emocional (Sandín, 2003).



7.1.1. Estrategias de afrontamiento en enfermedad (Gallar, 1998)

<u>Dirigidas al problema</u>	<u>Dirigidas a la emoción</u>
<ol style="list-style-type: none">1. Definir el problema: se trata de analizar la gravedad actual y previsible de la enfermedad, de valorar con realismo sus posibles consecuencias negativas.2. Buscar información y asesoramiento3. Valorar alternativas de tratamiento.4. Adoptar hábitos de vida saludable.	<ol style="list-style-type: none">1. Controlar el estrés.2. Planificar actividades.3. Negar la enfermedad.4. Trivializar la enfermedad.5. Evitar aquello que suponga admitir su evidencia.6. Dirigir toda la atención a la enfermedad.7. Realizar comparaciones positivas8. Regresión.

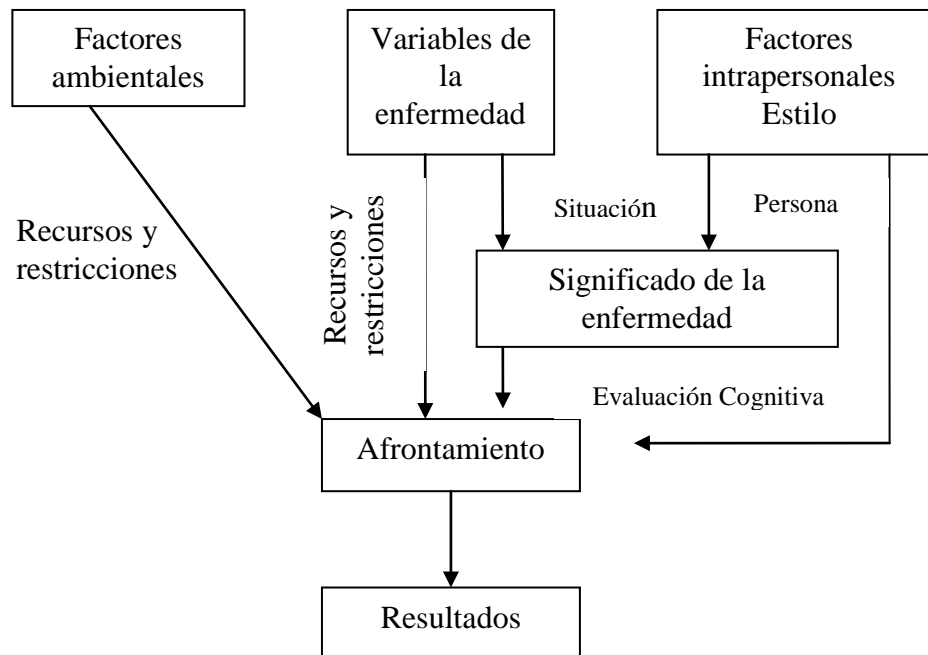
Una característica fundamental dentro del proceso de afrontamiento es que cada individuo puede utilizar diferentes estrategias en diferentes situaciones, es decir, que existe una especificidad en cuanto a la utilización de una determinada estrategia en función de la situación o problema a la que uno se enfrente.

El afrontamiento surge en los diferentes encuentros que realiza el individuo con el ambiente, y puede transformar tanto la relación original entre persona y ambiente como las emociones resultantes de esta relación (Lazarus y Folkman, 1991). Cualquier forma de afrontamiento puede ser positiva o negativa en función de diversos determinantes situacionales y personales.



Lipowski (1970) elabora uno de los primeros modelos de afrontamiento referido específicamente a sujetos en situaciones de enfermedad física. Partiendo de este contexto, define el afrontamiento como toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones deterioradas de un modo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible. Este autor también considera importantes los factores ambientales, tanto de tipo social como físico, subrayando la importancia de la calidad de las relaciones sociales que mantenga el sujeto (apoyo social). Por último, el tipo de afrontamiento de la enfermedad estará también en función de factores intrapersonales, tales como la edad, la personalidad, las creencias, los valores, las habilidades personales y la inteligencia más específicamente (cit. Ferrero Berlanga, 1993).

El modo en que un sujeto particular afronte la enfermedad estará en función de variables de diferentes tipos. Por un lado, habrá que tener un cuenta factores derivados de la enfermedad que sufre, tales como el tipo, la localización, el grado de reversibilidad, tasa de progresión, etc., siendo de especial importancia la medida en que el órgano o facultad deteriorada implique valores, conflictos o fuentes de gratificación del sujeto.



Propuesta de Lipowski (1970).
Texto fuera de las cajas: Términos de Lazarus y Folkman.

Por lo tanto, el afrontamiento es un proceso, una operación continuada con cambios sucesivos hacia un fin particular, abierto a detectar estímulos y que responde a una situación motivadora: la enfermedad. El propósito del afrontamiento es la reducción de los estresores fisiológicos y psicológicos a grados tolerables para adaptarse a la situación de estrés (Zabalegui Yarnoz, 2002).

Para Törestad, Magnusson y Oláh (1990) existen dos tipos de afrontamiento. Estos autores distinguen por un lado las estrategias de **afrontamiento activo o constructivo**, las cuales están focalizadas en el problema o situación, donde el sujeto realiza acciones



directas para tratar el evento estresor. Y por otro lado, el **afrontamiento pasivo** que estaría centrado en la emoción, donde el sujeto no hace nada para solucionar el evento estresante. Esta estrategia pasiva se relaciona con la conducta de evitación/escape, que supondría entre otras actitudes una negación del problema, y parece relacionarse con determinadas patologías (cit.en Ojeda Pérez, Ramal López y Calvo, 2001).

En concreto Cooper y Watson, (1991) apuntan a que los aspectos activos del afrontamiento parecen estar relacionados con los trastornos cardiovasculares y los pasivos con las úlceras pépticas. El afrontamiento activo parece estar relacionado con la salud en mayor medida que el afrontamiento pasivo, y por esta razón es necesario aumentar este aspecto del afrontamiento en las intervenciones que se hagan con pacientes.

Moss (1988) y Moss y Schaefer (1984,1993) proponen un modelo sobre la evaluación y el afrontamiento en situaciones de enfermedad física grave. Desde la consideración de que *la enfermedad física supone una "crisis vital" para el sujeto*, entienden que el proceso de afrontamiento se inicia con una evaluación cognitiva que da significado a la enfermedad y que determina las tareas de adaptación, o habilidades de afrontamiento. Estos autores también hacen la distinción entre habilidades de afrontamiento dirigidas al problema (búsqueda de información y apoyo, y acciones para solucionar la situación, identificación de recompensas alternativas) y habilidades de afrontamiento dirigidas a la emoción (regulación afectiva, descarga emocional, aceptación...).



De las numerosas clasificaciones que existen sobre el afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1966; Feuerstein, Labbé y Kuczmierczyk, 1986; Roger, Javis y Najarian, 1993) vamos a exponer la de Perrin y Reicherts (1992), que proponen a modo de compendio de todas ellas, la siguiente taxonomía:

Según el foco	Según el momento
<ul style="list-style-type: none">- Orientadas a la emoción- Orientadas al problema.- Orientadas a la situación.- Orientadas a la representación.- Orientadas a la evaluación	<ul style="list-style-type: none">- Anticipatorias- Restaurativas
Según el método	Según su amplitud
<ul style="list-style-type: none">- Activas.- Pasivas.- Evitación.	<ul style="list-style-type: none">- Generales- Específicas
Según el tipo de proceso	
<ul style="list-style-type: none">- Cognitivas.- Conductuales	

Cuando la persona se enfrenta a una dificultad o problema la primera respuesta básica es la de aproximación / evitación (activa, pasiva), primeras pautas de respuestas del repertorio innato de la conducta humana (condicionamiento clásico). El afrontamiento aproximativo (activo) incluye todas aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que aproximan al problema que está generando el estrés o a sus emociones negativas. El afrontamiento evitativo (pasivo), del mismo modo, supone utilizar estrategias que permiten



escapar de, o evitar la consideración del problema o sus emociones negativas (Rodríguez Marín, 1993). En su fase inicial, las personas suelen usar un estilo de respuesta evitativo ya que reduce el estrés y la ansiedad. Este hecho les permite acercarse de una forma progresiva al problema y a su asimilación, y gracias a esta distancia emocional, se irán sucediendo aproximaciones y formas activas de afrontamiento.

Afrontar la enfermedad es adaptarse a ella, significa restablecer unos parámetros básicos en la vida de la persona. La enfermedad, en muchos casos, es una interferencia en el ciclo vital, y de esta interrupción es posible, a través de, diferentes habilidades personales y del entorno, regresar a un adecuado equilibrio biológico, psicológico y social.

7.1.2. Estilos de afrontamiento versus estrategias

Es preciso hacer una diferenciación entre estilos y estrategias de afrontamiento; los estilos de afrontamiento son predisposiciones de carácter personal para hacer frente a determinadas situaciones, son en sí preferencias individuales en el uso de unos tipos de estrategias, así como de su estabilidad temporal y situacional. Las estrategias de afrontamiento son procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (Fernández-Abascal, 1997).



7.1.3. Recursos personales que influyen en la respuesta de afrontamiento.

La enfermedad cardíaca es un proceso asintomático que puede conducir a la muerte. Por ello es normal que tenga un importante significado tanto para el individuo como para su entorno. Los recursos o capacidades de los que dispone el paciente (internos, externos) para afrontar este evento son diversos:

- Salud biológica del organismo y el ambiente físico donde se desenvuelve.
- Recursos psicológicos y psicosociales (autoestima, capacidad para solucionar problemas, esperanza...). Se acepta de forma general que los factores de personalidad están íntimamente relacionados con los procesos de afrontamiento (Ben-Porath y Tellegen, 1990; Lazarus y Folkman, 1984; Moos y Schaeffer, 1993).
- Recursos culturales (valores, creencias, normas, simbología cultural).
- Recursos sociales (red social y sistema de apoyo social, este último, se ha demostrado importante para el afrontamiento del estrés) (Rodríguez Marín, 2001).

El paciente dispone de estas fuentes para encarar un proceso adaptativo ante el estrés que supone su propia enfermedad, y de ellos saldrá una determinada respuesta de afrontamiento.



Pearlin y Schooler en 1978 plantean que los recursos de afrontamiento son características personales y sociales en los que se basan las personas cuando tienen que hacer frente a los estresores . Los recursos reflejan una dimensión latente del afrontamiento, ya que son algo potencial para la acción, pero no la acción en sí misma. Aquí se manifiesta el proceso de voluntariedad e intencionalidad que debe aportar la persona para la puesta en marcha de estos recursos.

El apoyo social constituye un recurso de afrontamiento ya que la participación activa de otros en los esfuerzos del sujeto le ayudaría a reaccionar ante situaciones de estrés. Pero al margen del apoyo social se han señalado en la literatura científica diferentes formas de recursos individuales de afrontamiento, tales como locus de control, percepción de control, autoeficacia, autoestima, optimismo ... (Lazarus y Folkman, 1984) (cit. Sandin, 2003).



7.2. Afrontamiento de la enfermedad cardiaca

El afrontamiento depende en gran medida del tipo de estrategias que la persona desarrolle para hacer frente a la enfermedad. Se parte de la idea de que la enfermedad es un estresor que provoca en la persona diferentes desajustes y reacciones. El modo en que el individuo perciba la enfermedad, los síntomas, su experiencia pasada, su personalidad, el apoyo del que disponga, etc., van a influir en el tipo de afrontamiento que desarrolle. Por lo tanto el afrontamiento es un proceso dinámico que se reajusta en función de cada momento.

Si la enfermedad es considerada una fuente de estrés, las respuestas psicológicas de la persona pueden ser de carácter emocional negativo, ansiedad, depresión, culpa, desamparo, desesperación, vergüenza, disgusto, ira. Lipowski (1967) señala 3 estadios en cuanto a reacciones que puede provocar la enfermedad:

1. Reacción ante la amenaza de la enfermedad, son dominantes la ansiedad y la depresión.
2. Toma de conciencia de la enfermedad como pérdida real o simbólica y sentimiento de aflicción que puede llegar a ser síndrome depresivo. No tiene por qué ser desadaptativo, puede ser necesario para la aceptación y el ajuste a la enfermedad.
3. Beneficios obtenidos después del ajuste.



En todo este proceso de afrontamiento a la enfermedad, la pareja tiene una gran importancia como fuente de apoyo. Además las parejas suelen involucrarse con gran intensidad en la experiencia del paciente con lo cual, la forma en que ambos gestionen la enfermedad va a influir en el ajuste final a la misma por parte del paciente.

Capítulo 8

Afrontamiento en pareja y enfermedad cardiaca

**“...Y morirme contigo si te matas
y matarme contigo si te mueres**

**Porque el amor cuando no muere mata porque
amores que matan nunca mueren...”**

(Joaquín Sabina)



8. AFRONTAMIENTO EN PAREJA Y ENFERMEDAD CARDIACA.

La familia es una unidad funcional, biológica, psicológica y social (Gallar, 1998). La principal fuente de apoyo natural es la pareja. Otros significativos son por ejemplo amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc. Ante una enfermedad quien experimenta un esfuerzo semejante al del paciente no es cualquier miembro de la familia, sino que es uno sólo: el cónyuge y más especialmente si es mujer, ya que en la cultura occidental, la mujer lidera el papel de cuidadora de la salud, quien se preocupa del bienestar de los miembros de la familia, y, por lo mismo, la autoridad familiar en este tema (Garrido Martín, 1993).

8.1. Estado civil y salud

A pesar de que el estado civil se ha utilizado como medida de apoyo social estructural, hay que tener en cuenta que tener una relación no es equivalente a obtener apoyo de la misma (Matud y cols., 2002).



En general los datos indican que los solteros y los divorciados, sin distinción de género, presentan una mayor probabilidad de enfermar que los que están casados o conviven en pareja, es decir, el estado civil de la persona se convierte en un factor de riesgo, de cara a precipitar o mantener la enfermedad, o, como indica Eaton (1978), estas personas muestran más sintomatología psiquiátrica en respuesta al estrés.

Para Rogers (1980), el matrimonio es un proceso en el cual la pareja continuamente se modifica debido a la realización de cada uno de sus miembros. En él se proporciona apoyo emocional, protección, seguridad y apoyo a sus miembros.

El matrimonio según Flecher (1991) parece aportar una estructura protectora contra la enfermedad. En 1976 se realizó un estudio con 10.000 hombres que demostró que el apoyo de la esposa era un importante factor de cara a reducir el riesgo o el desarrollo de una angina de pecho (Medalie y Goldbourt, 1976). En un estudio de Latour y Gutiérrez, (1995) con pacientes ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por infarto de miocardio, se observó que no estar casado y tener un bajo grado de confianza en el entorno se asociaban a una mayor mortalidad.

En varios estudios se confirma esta relación entre estado civil y menor mortalidad en enfermedad cardíaca (Case, Moss, Case, McDermott y Eberly, 1992; Williams y cols. 1992). Los pacientes no casados sin una persona de confianza tienen más del triple riesgo de morir en cinco años comparados con aquellos que están casados o viven en pareja. Gin y Goldman en un seguimiento con 257 pacientes hospitalizados con infarto de miocardio



encontraron que los pacientes solteros tenían 2,1 veces más riesgo de sufrir un reingreso hospitalario o incluso muerte dentro de los 60 días siguientes al infarto en comparación con los que estaban casados. También se ha comprobado que el hecho de estar casado o en una convivencia estable con una pareja influye en la recuperación tras una intervención quirúrgica y posterior reincorporación a la vida normal, lo cual podía predecirse en parte por el apoyo social percibido por sus cónyuges (Schröder, Schwarzer y Endler, 1997).

8.2. Estrés matrimonial y salud

En el año 2005 se registran en España 209.415 matrimonios (INE, 2005). Lo cual significa que la vida en pareja es la opción más elegida en cuanto a forma de relación. Dada la centralidad del matrimonio para la mayoría de las personas, es probable que el estrés conyugal tenga consecuencias de cara a la salud física (Robles y Kiecolt-Glaser, 2003), ya que como apuntan Coyne y DeLongis en 1986, el matrimonio por sí mismo es fuente de estrés y el conflicto marital es el principal motivo de estrés dentro del matrimonio (Fincham y Beach, 1999). En este sentido existe evidencia de la relación existente entre tensión conyugal y morbi-mortalidad en enfermedad cardiaca. En un estudio de Coyne, Rohrbaugh, Shoham, Sonnega, Nickolas y Cranford del año 2001 se observa que la calidad de las relaciones maritales en 189 pacientes con insuficiencia cardiaca predice en cuatro años los niveles de supervivencia. Estos autores también encuentran que el riesgo de una recaída es 20 veces más alta en situación de estrés matrimonial comparada con situaciones de estrés laboral. En un seguimiento de 292



pacientes mujeres diagnosticadas de enfermedad cardiaca, el estado civil no estaba asociado con un incremento en el riesgo de sufrir una recaída en cuanto a evento cardiaco (Orth-Gomer, Wamala, Horsten, Schenck-Gustafsson, Schneiderman y Mittleman, 2000). Sin embargo las mujeres con una moderada o severa tensión marital tenían al menos tres veces más probabilidad de experimentar un evento coronario recurrente.

La tensión matrimonial unida al aislamiento social supone un factor de riesgo psicosocial comparable a los factores de riesgo tradicionales: sedentarismo, tabaquismo, etc. (Smith y Ruiz, 2002). Por tanto, la calidad, en el sentido de bienestar matrimonial, influye en la recuperación o fomento de la salud. En este sentido también encontramos diferentes estudios que apoyan la idea de que el matrimonio es positivo de cara a la salud. El matrimonio proporciona un tipo de apoyo que sirve para amortiguar los efectos del estrés y reducir el impacto de algunas enfermedades (Sandín, 2003). Las relaciones maritales felices y estables mejoran el funcionamiento inmunológico, lo cual, puede influir tanto mejorando una posible enfermedad en curso como previniendo enfermedades futuras (Kiecolt-Glasser y Glasser, 1988).

Los individuos casados informan tener mayor satisfacción vital y mayor felicidad (Mastekaasa, 1994), así como un menor riesgo de depresión (Robins y Regier, 1991).

Muchos estudios aportan datos significativos sobre el impacto que tiene el matrimonio sobre la reducción de la mortalidad (Johnson, Backlund, Sorlie y Loveless, 2000; Litwak y Messeri, 1989; Ross, Mirowsky y Goldsteen, 1990). Curiosamente se ha hallado que el matrimonio ofrece un mayor grado de protección para los hombres que para



las mujeres (Case y cols., 1992; Johnson y cols., 2000; Kiecolt-Glaser y Newton, 2001; Williams y cols., 1992).

Asimismo también existen estudios que demuestran que el grado de satisfacción matrimonial se ha encontrado alterado en pacientes con enfermedades neurológicas, renales y cardiovasculares (Williams, 1993; Yates y Booton-Hiser, 1992). Es decir que la propia enfermedad puede alterar la calidad de estas relaciones. Y en un sentido contrario se ha evidenciado que la satisfacción marital está relacionada con el bienestar y apoyo recibido en pacientes con cáncer (Hagedoorn y cols., 2000; Kuijer y cols., 2000).

Wills, Weiss y Patterson (1974) y posteriormente Kiecolt-Glaser y cols., en 2003 demuestran que las parejas que están sometidas a niveles elevados de estrés, son menos propensas a participar en actividades de carácter positivo. Asimismo la experiencia de estrés externo a la relación se ha vinculado con una evaluación negativa del matrimonio (Bolger, DeLongis, Kessler y Wethington, 1989b; Tesser y Beach, 1998) cit. Karney, Story y Bradbury (2005).

El afrontamiento activo se ha asociado con altos niveles de satisfacción marital, mientras que otras estrategias de carácter pasivo se han relacionado con una pobre satisfacción marital (Harina y Hewitt, 2003).



8.2.1. Vías a través de las cuales el matrimonio promueve la salud

La estructura teórica que explica los efectos beneficiosos del matrimonio sobre la salud es la hipótesis de que el apoyo social dentro de la pareja actúa de modulador de los efectos negativos del estrés y por tanto, sobre el estado de salud. Existen varias rutas de influencia: influencia sobre la propia relación marital, sobre las cogniciones individuales de cada miembro, sobre las emociones, sobre las conductas relacionadas con la salud, con las conductas de afrontamiento y con la propia fisiología (Burman y Margolin, 1992; Kiecolt-Glaser y Newton, 2001). Ross y cols. (1990) apuntan que la convivencia, el bienestar económico, y el apoyo social explican esta influencia. Las personas que viven solas informan tener una peor salud que aquellos que conviven en pareja (Ren, 1997). Asimismo informan tener mayor distrés emocional que los que están casados o viven en pareja (Hughes y Gove, 1981).

Por tanto las relaciones íntimas influyen sobre la enfermedad indirectamente sobre la recuperación de la misma, o bien a través de su influencia sobre el estado de ánimo y los hábitos saludables. En cuanto a su influencia sobre la función cardiovascular, las relaciones maritales no satisfactorias están asociadas a un incremento en la mortalidad y la morbilidad. Muchas investigaciones apuntan a la hipótesis de la reactividad, la cual indica que una elevada reactividad cardiovascular hacia el estrés es un factor de riesgo en el



desarrollo de la hipertensión y de la enfermedad cardiovascular, particularmente si la respuesta sucede con mucha frecuencia e intensidad (Smith y Ruiz; 2002).

A este respecto existe un gran número de estudios que se centran en investigar cómo el estrés y el afrontamiento diádico influyen en las enfermedades físicas, tales como en el caso del *cáncer* (Baider, Perry, Holland, Sison y Kaplan DeNour, 1995; Barbarin y cols., 1985; Hannum, Giese-Davis, Harding y Hatfield, 1991; Kayser y Barbarin, 1992; Manne, 1999; Manne, Alfieri, Taylor y Dougherty, 1999), *infarto de miocardio* (Coyne y Smith, 1991; Coyne y Fiske, 1992; Fiske, Coyne y Smith, 1991; Schmitz, 1995; Suls, Green, Rose, Lounsbury y Gordon, 1997), *esclerosis múltiple* (Pakenham, 1998), *enfermedad de Alzheimer* (DeLongis y O'Brien, 1990), *artritis reumatoide* (Manne y Zautra, 1990; Revenson y Majerowitz, 1991) o *discapacidad física en personas mayores* (Wright y Aquilino, 1998).

Las investigaciones que se centran en el concepto de congruencia dentro del afrontamiento diádico muestran que cada miembro de la pareja que presenta puntuaciones medias más altas en similaridad (las mismas habilidades de adaptación en ambas partes) se asocian de forma positiva con ajuste matrimonial, menor sobrecarga para el cónyuge y mejor funcionamiento general (Pakenham, 1998; Revenson, 1994).

Barbarin y cols., (1985) encontraron que la congruencia entre la esposa y el marido era más evidente respecto al afrontamiento centrado en la emoción. Sin embargo el afrontamiento centrado en el problema correlacionó con un mejor funcionamiento



matrimonial. Kayser y Barbarin (1992), por el contrario, presentaron datos de una mayor satisfacción y cohesión diádica cuando ambas partes eran congruentes en el uso de un afrontamiento centrado en el problema, encontrándose índices más bajos de satisfacción en las esposas cuando sus maridos utilizaban en mayor medida estrategias de afrontamiento centradas en las emociones (independientemente del uso de la esposa de un tipo de afrontamiento u otro).

Baider y cols., (1995) examinaron el afrontamiento en pareja ante melanoma maligno sugiriendo que el afrontamiento diádico (apoyo por parte de la pareja) tiene un significado diferente dependiendo si éste se proporciona al esposo o a la esposa. Los esposos tienden a depender exclusivamente del apoyo de sus cónyuges, mientras que las esposas tienen redes más grandes y reciben apoyos de diversas fuentes (Antonucci y Akiyama, 1987; Glynn, Christenfeld, y Gerin, 1999; Greenglass, 1982; Hobfoll, 1986, 1998; Klauer y Winkeler, 2002; Knoll y Schwarzer, 2002; Stokes y Wilson, 1984; Vaux, 1985).

Igualmente, parece ser que los hombres se benefician más del apoyo informativo que del apoyo emocional, siendo el último más positivo para las mujeres (Falke y Taylor, 1983; Jacobs, Ross, Walker y Stockdale, 1983). Asimismo se ha identificado que la expresión de las emociones de los esposos tiene una fuerte relación con la interacción marital (Jonson y Cohan, 2005).

En suma, existe evidencia empírica del importante rol que ejerce el afrontamiento diádico en la estructura de la enfermedad física. Existen aportaciones como las de Schmitz



(1995) que indican que el apoyo de la pareja es más importante incluso que las características personales del paciente.

8.3. Apoyo social y afrontamiento

La integración de la literatura sobre afrontamiento y apoyo social ofrece una oportunidad para contextualizar las conductas de afrontamiento como un fenómeno interpersonal multidimensional (Fondacaro y Moss, 1987). De ahí que el apoyo social puede ser considerado como un recurso social del afrontamiento del estrés (Thoits, 1995). Así como la elección de las estrategias de afrontamiento puede considerarse como un proceso social (Aldwin, 1994).

En un estudio de Schröder, Schwarzer y Endler del año 1997 muestran que tanto la recuperación quirúrgica tras un bypass como el ajuste a la vida normalizada podrían predecirse por el apoyo social de las esposas. Asimismo observaron que tener pareja estaba asociado a la realización de un mayor número de actividades tras la cirugía (leer, asearse uno mismo, caminar, hacer ejercicio), es decir, los pacientes presentaban mayor número de conductas de afrontamiento.



8.3.1. Apoyo social y afrontamiento: diferencias de género

Stöber en el año 2004 identificó diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento en relación al sexo. Según Barbara Sarason (1999) el apoyo de los miembros de la familia y otros íntimos parece venir desproporcionadamente de mujeres, no importa si el receptor es una mujer o un hombre (Shumaker y Hill, 1991).

Los estudios epidemiológicos de salud plantean diferencias en cuanto a roles sociales e instrumentales sobre la cantidad y calidad del apoyo que mujeres y hombres perciben en la relación de pareja. Sugieren que el género del paciente y de la pareja sana influye en la manera mediante la cual las parejas se adaptan a los diversos conflictos que la enfermedad y la salud presentan ante ellos (Matthews, Manor y Power, 1999). Esto es en parte debido a las expectativas en muchas culturas de que los miembros femeninos son fuentes primarias tanto de apoyo psicológico como de ayuda física para otros miembros de la familia. En las culturas occidentales, se espera que las madres, hijas y nueras sean los proveedores primarios de apoyo, mientras los miembros de la familia varones a menudo no consideran dar tal apoyo como parte de su responsabilidad. Un resultado de esta expectativa es que las mujeres que tienen redes de apoyo más amplias pueden beneficiarse menos del apoyo que éstas proporcionan porque también experimentan mayores niveles de estrés debido a que se espera que ayuden a aminorar el de otros miembros de la familia. Los hombres, en los mismos tipos de redes sociales, pueden beneficiarse más del apoyo incrementado sin que se espere ningún tipo de reciprocidad.



Existen ciertas diferencias de género en cuanto a la necesidad de apoyo social así como su contenido y función. Las mujeres tienen necesidad de buscar una persona confidente y en quien confiar, mientras que en los hombres prima la función de seguridad en la valía personal, confianza en la amistad, y la ejecución de actividades instrumentales en compañía son las que les generan sentimientos de apoyo (Caldwell y Peplau, 1982; Wills, Weiss y Patterson, 1974).

También las mujeres se benefician en menor medida que los hombres de la integración social. La explicación puede hallarse en la diferencia de los estresores experimentados por ambos sexos, en la diferencia existente en los estilos de socialización aprendidos, o en diferencias en cuanto a las habilidades de manejo del estrés (Berkman y Syme, 1979; House, Robbins y Metzner, 1982).

La pareja desarrolla de forma habitual objetivos comunes, laborales, emocionales, sociales, etc., y este esfuerzo requiere comunicación, cooperación y compromiso. Cuando estos objetivos no son adecuadamente consensuados, los procesos de afrontamiento pueden verse interferidos por el otro. Los hombres adoptan posturas individualistas, estrategias de afrontamiento centradas en el problema y el aislamiento (Hobfoll, 1991). Las mujeres están orientadas hacia la sociabilidad y tienen la responsabilidad de velar por el bienestar emocional de su familia (Barnett, 1993).

Por lo tanto, un análisis de las diferencias de género en cuanto a modos de afrontamiento nos ayudará a conocer cómo se resuelven los conflictos dentro de la pareja.



Tanto hombres como mujeres afrontan los problemas no de forma aislada sino dentro del contexto de su propia relación. Así el afrontamiento tiene efectos tanto interpersonales como individuales (Steven y cols. 1996).

En relación a nuestra investigación Ojeda, Ramal, Alemán, Calvo, Vallespín y Sánchez, (2000) en un estudio con pacientes post-infarto, descubren que éstos manifestaban una mayor percepción de ayuda en comparación con el grupo de personas sanas (tanto de familiares como de amigos), y que empleaban más la búsqueda de apoyo social (emocional, situacional, etc.) como estrategia de afrontamiento.

8.4. Modelo de afrontamiento en pareja

En un sentido estricto, el afrontamiento diádico incluye a ambos miembros de la pareja y es la interacción entre las señales de estrés de un miembro de la pareja y la reacción de afrontamiento del otro miembro o el acto de afrontamiento mutuo.

Dentro de la pareja se desarrolla un tipo concreto de apoyo, cada miembro proporciona al otro ayuda mutua en diferentes aspectos de la vida o de la cotidianidad. Clarificar en qué medida y en qué modo operan estos apoyos, su dinámica interna, arrojará luz sobre la forma más eficaz de intervención. Situaciones críticas como la enfermedad, pueden afectar de igual modo a los dos miembros de la pareja.



El inicio del estudio del afrontamiento en pareja viene de la mano de Guy Bodenmann y Karen Kayser, que sobre la década de los 90 inician sus investigaciones en torno al estrés y los procesos de afrontamiento que se desarrollan dentro de la pareja de cara a solucionar un determinado problema. Estos autores iniciaron sus estudios relativos al estrés dentro del matrimonio (insatisfacción marital) y como éste puede llevar a la pareja a la ruptura de su relación. Existen pocos estudios sobre afrontamiento que hagan referencia a cómo las personas dentro de una relación íntima afrontan el estrés, de cómo la pareja o cómo los esfuerzos de afrontamiento de los dos miembros tienen una influencia mutua de cara a solucionar un problema concreto. Aunque en las investigaciones se asume que el afrontamiento presentado en uno de los integrantes de la relación está relacionado al afrontamiento de su pareja, aún se considera como un fenómeno individual y de esta manera es evaluado como una variable separada de cada integrante de la relación (Bodenmann y cols., 2006).

Por otra parte, Bodenmann y Shantinath (2004) fortalecen la idea de una asociación entre calidad de la relación matrimonial y afrontamiento diádico o apoyo social brindado por la pareja y que estos influyen en la salud de la pareja y en el estrés relacionado a condiciones médicas.

Lo que parece claro es que un paciente que viva serios problemas con su familia (o pareja) va a responder peor a su proceso de enfermedad, lo cual confirma, una vez más, la necesidad de preservar una buena salud familiar, imprescindible para afrontar situaciones críticas (Gallar, 1998). Una de las ventajas de estas redes familiares es que la ayuda que



prestan es inmediata y, dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivos para el paciente (Gallar, 1998).

De ahí que, como vemos, las demandas externas que nos impone el medio social son importantes, nuestros recursos personales son limitados. Y la relación de pareja sufre de igual modo tanto las amenazas del medio externo como las de la propia relación. El modo en que se resuelvan éstas dentro del sistema de la relación diádica, supondrá por un lado la resolución del problema y el afianzamiento de la pareja, o por otro lado, el fracaso ante el evento estresante y quien sabe si el final de la relación íntima.

Investigaciones clínicas y teóricas han mostrado que las emociones de una persona, sus pensamientos o comportamientos pueden afectar a las funciones de la pareja y que cada uno de los integrantes de la relación es propenso a las influencias del otro (Bouchard y cols., 1999).

En resumen como hemos visto, el apoyo de la pareja es de vital importancia de cara al afrontamiento de la enfermedad de uno de los miembros. Un evento estresante como es la enfermedad si se afronta de forma diádica se produce un mejor ajuste y adaptación ya que se dan esfuerzos conjuntos de cara a su manejo. Este es en nuestro caso, la idea de partida sobre la que se ha fundamentado el discurso teórico de dicha investigación y cuyos resultados desarrollaremos ampliamente en el capítulo dedicado al desarrollo empírico de la investigación.

Capítulo 9

Programas de intervención en enfermedad cardiaca

**“... Que pequeñas son mis manos en relación con
todo lo que la vida ha querido darme...”**

Ramón J. Sender



9. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN ENFERMEDAD CARDIACA.

En cuanto a los aspectos relacionados con la intervención en enfermedad cardiaca, hemos desarrollado ampliamente en el capítulo de Psicocardiología las intervenciones de carácter individual (técnicas de relajación, técnicas cognitivo-conductuales...) orientadas al manejo de síntomas de carácter psicológico. Pero como ya hemos señalado, las enfermedades cardiovasculares son una de las principales enfermedades no transmisibles que están relacionadas con los factores de riesgo y con estilos de vida poco saludables. Es decir, que dentro de la enfermedad cardiovascular tienen una gran importancia los factores psicosociales ya no sólo en el inicio de la patología sino también en la recuperación y en el ajuste a la misma. Por ello, las intervenciones deben enfocarse de forma global, más allá del paciente como individuo, ya que la existencia de factores psicosociales que influyen en la enfermedad exige la creación de intervenciones integrales que actúen sobre el entorno próximo (pareja, familia, trabajo) y que tengan en cuenta actuaciones de prevención-información a nivel comunitario. Y más teniendo en cuenta que el ambiente no tiene sólo efectos perjudiciales sobre la salud y el bienestar, sino que existen también elementos en el mismo con un impacto beneficioso sobre la salud de los individuos.



En este capítulo desarrollaremos las actuaciones globales que se realizan en enfermedad cardiaca no olvidando la importancia que tiene en este planteamiento la Psicología Social de la Salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (2000) “la intervención a nivel de la familia y la comunidad es esencial para la prevención porque los factores causales de riesgo están profundamente enraizados en el entorno social y cultural”.

La OMS en su informe: “Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles” propone diferentes métodos para la intervención, teniendo en cuenta la influencia del ambiente, cultura, economía y hábitos psicosociales de la población.

9.1. Estrategias de la O.M.S. para la lucha contra los factores de riesgo.

1. Prevención de los factores de riesgo (tabaco, dieta, alcohol, ejercicio físico...).
2. Intervenciones prioritarias en población de alto riesgo.
3. Intensidad y duración temporal adecuada para el mantenimiento de los resultados.
4. Apoyo de la estructura político-social para facilitar la asistencia a las personas afectadas.
5. Programas de prevención pública dirigida a diferentes sectores, copartícipes.



6. Reformas generales de los sistemas de salud, para la atención integral del enfermo.

La prevención de la salud se refiere a las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998).

La prevención implica promover la salud, así como diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, también rehabilitarlo y evitar complicaciones o secuelas de su padecimiento, mediante sus diferentes niveles de intervención (Prevención primaria, secundaria y terciaria).

9.1.1. Prevención Primaria

La prevención primaria es principalmente una estrategia poblacional. Esta dirigida a población general (sujetos aparentemente sanos) con el objetivo de disminuir la incidencia de las enfermedades cardiovasculares. Se pretende actuar sobre los estilos de vida, los cuales actuarán sobre los factores de riesgo (consumo de tabaco, hábitos alimenticios, actividad física, estrés, etc.).

Los Centros de Salud han venido desarrollando en los últimos años proyectos de Educación para la Salud, actividades grupales, dirigidas a trabajar sobre los factores de riesgo que nos ocupan. En la misma línea, el Departamento de Salud subvenciona a



Ayuntamientos y ONG'S la realización de proyectos locales dirigidos a actuar sobre estilos de vida. Las diferentes Comunidades Autónomas también gestionan planes de actuación directa sobre enfermedades cardiovasculares (Ejemplo: Plan de salud cardiovascular de Madrid, 2007; Plan de salud de Navarra 2006-2012).

9.1.2. Prevención Secundaria

La prevención secundaria consiste en la detección precoz de sujetos de alto riesgo. El síntoma aún permanece latente. Un ejemplo de este tipo de prevención, es el desarrollado por el Ayuntamiento de Madrid que, desde 1997, realiza dentro del ámbito de la Atención Primaria, un protocolo sobre la "Valoración del riesgo global cardiovascular". A través del Instituto de Salud Pública de Madrid Salud se ofrece a los ciudadanos un Estudio Básico de Salud. Con él se pretende conocer los hábitos de salud y los factores de riesgo de forma individualizada, detectar de forma precoz algunos problemas de salud mediante distintas exploraciones, proporcionar a la persona un diagnóstico personalizado de su situación sanitaria y ofrecer consejos y/o actividades que le puedan ayudar a elevar su nivel de salud (Instituto de Salud Pública de Madrid Salud, 2007).

Los objetivos generales del programa de detección y prevención del riesgo cardiovascular son disminuir la morbimortalidad cardiovascular, mediante el control de sus factores de riesgo a través de:

- Valorar el riesgo cardiovascular global.



- Cuantificar el riesgo de padecer a medio/largo plazo un episodio cardiovascular e informar al interesado del mismo.
- Desarrollar actividades de información y educación para la salud encaminadas a promover hábitos y conductas saludables en torno a la alimentación, ejercicio físico y hábitos tóxicos.
- Colaborar con el médico de atención primaria para el mejor control de la salud del paciente.

La población Diana se centra en personas mayores de 35 años que presenten algún factor de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, hiperlipidemia, tabaquismo, diabetes, obesidad o antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular temprana (Instituto de Salud Pública de Madrid Salud, 2007).

9.1.3. Prevención Terciaria

Es aquí cuando la persona tiene manifestaciones clínicas de la patología cardiaca, y en este sentido se le trata ya como enfermo. La asistencia de las enfermedades cardiacas se produce principalmente en el área de atención especializada.



9.2. Rehabilitación Cardíaca

A partir de aquí, centraremos nuestro interés en los programas de rehabilitación cardiaca en los que se desarrollan intervenciones a nivel secundario, donde la enfermedad ya está diagnosticada y se pretende prevenir recaídas futuras a través del componente educativo. Entre los objetivos cabe destacar el control de factores de riesgo y el cambio a estilos de vida más cardiosaludables.

La creación de unidades de rehabilitación cardiaca fue propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los años sesenta (Ginebra, 1964 y Freiburg, 1968), con el objetivo mejorar la calidad de vida y el pronóstico de los enfermos cardiopatas (disminución de recaídas y de mortalidad) (Grupo de Trabajo de Rehabilitación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología, 1995).

9.2.1. Definición de Rehabilitación Cardíaca

Centrándonos en esto último, según la (American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation), sería “el proceso por el cual las personas con enfermedad cardiovascular recuperan y mantienen su óptimo status fisiológico, psicológico, laboral y emocional”.



La OMS define la rehabilitación cardíaca como:

El conjunto de actividades necesarias para que el enfermo coronario, llegue a un nivel funcional óptimo desde el punto de vista físico, mental y social, por medio del cual puede integrarse por sus propios medios a la sociedad (*World Working Group de la OMS, 1968*).

Queda manifiesta la influencia de factores externos (sociales) e internos (psicológicos) en el condicionamiento de la enfermedad cardíaca (Halhuber y Siegrist, 1985; Haynes, Levine, Scoth, Feinleib y Kannel, 1978; Jenkins, 1971), así como en la adaptación a la enfermedad tras sufrir un infarto de miocardio (Sanne, Wilkund, Vedin y Wilhelmsson, 1985). Zohman y Katus en 1981 plantean que la rehabilitación fisiológica de la CI no debe eludir el papel de los factores psicosociales. La rehabilitación físico-psico-social ha demostrado reducir la morbi-mortalidad tras el infarto de miocardio (Frasure-Smith y Prince, 1985; Powel, Friedman, Thoresen, Gill y Ulmer, 1984; Rahe, Harold y Hayes, 1979). Por esta razón la rehabilitación del enfermo cardíaco debe tratarse desde la multidisciplinaridad.

Tras el primer año después de haber ocurrido el evento, la rehabilitación cardíaca reduce en cerca de un 20% la muerte cardiovascular y en un 37% la muerte súbita (Pashkow, 1993). Más del 50% de la disminución de la mortalidad por cardiopatía coronaria es atribuible a cambios de la conducta (Goldman y Cook, 1984).



El cardiólogo Plaza Pérez (2003) indica que “los programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca agrupan todas las medidas tendentes a disminuir la mortalidad y el riesgo de presentación de nuevos episodios en pacientes con cardiopatías crónicas, mejorar la capacidad funcional y la autoconfianza necesarias para recobrar las relaciones familiares, sociales y laborales, y encauzar el estudio de los familiares de enfermos de alto riesgo para evitar, en ellos, la aparición de la enfermedad” .

La actuación en los Programas de Rehabilitación Cardiaca actuales según Plaza Pérez es:

- Control clínico y de los factores de riesgo
- Entrenamiento físico programado
- Tratamiento psicológico
- Estudio de familiares de primer grado de pacientes con alto riesgo de C.I.

Los datos indican que los enfermos cardiovasculares que realizan un programa de rehabilitación cardiaca obtienen resultados positivos de cara a conseguir la reducción de la progresión de la enfermedad y la aparición de complicaciones cardiovasculares, especialmente aquellos pacientes considerados más graves y de mayor edad (Belardinelli, Georgiou, Cianci y Purcaro, (1999). Muchos estudios también aportan datos sobre la eficacia del entrenamiento físico dentro de los programas de rehabilitación cardiaca (Artigao y cols., 1996). Sin embargo alrededor sólo del 2% de los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio se incorporan a estos programas de rehabilitación física (Ortega, De Pablos y Maroto, 1991). Lo que nos indica que la rehabilitación cardíaca está escasamente implantada en el sistema sanitario público español.



9.2.2. Características de la Rehabilitación Cardíaca

Con todas estas medidas, se pretende conseguir un enlentecimiento de la progresión y, si es posible, la regresión de la aterosclerosis en el sistema cardiovascular, disminuir la incidencia de nuevos eventos cardíacos, hospitalizaciones y mortalidad, al tiempo que se mejora la reinserción sociolaboral. Por todas estas razones, la rehabilitación cardiaca, es recomendada actualmente por todas las sociedades científicas que se encargan de las enfermedades cardiovasculares y se sitúa en el contexto de la denominada prevención secundaria de enfermedades cardiovasculares. En nuestro país la Sociedad Española de Cardiología, tiene una sección de cardiología preventiva y de Rehabilitación (SECPYR), que organiza cursos de rehabilitación, y mantiene una información actualizada y detallada de todo lo relacionado con estos temas. El Grupo de Trabajo de Rehabilitación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología, (1995) hace una serie de recomendaciones acerca de los aspectos que se debe tener en cuenta en un Programa de Rehabilitación Cardíaca, como son:

Aspectos físicos

- Tipo de ejercicio: predominantemente aeróbico, con ejercicios de estiramiento, flexibilidad y potenciación suave y progresiva.
- Intensidad: se determinará en relación a la prueba de esfuerzo y se incrementará en función de la respuesta del paciente al entrenamiento.



- Se recomienda una frecuencia cardíaca de entrenamiento (FCE) no inferior al 75% (75-85%) de la frecuencia cardíaca máxima (FCM) alcanzada en la prueba de esfuerzo.
- En caso de ergometrías eléctricamente positivas la FCE alcanzaba en el umbral de isquemia.
 - Frecuencia: 3-5 sesiones/semana.
 - Duración: 45-60 minutos/sesión.

Características de las sesiones

- Calentamiento: acondicionamiento musculoesquelético y cardiovascular.
- Pauta de ejercicio: predominantemente dinámico.
- Recuperación: ejercicio de estiramiento, relajación y ejercicios respiratorios.

Aspectos psicológicos

- Aprendizaje de una técnica de relajación.
- Modificación de apoyo de grupo y/o individualizada.
- Intervención psiquiátrica en los pacientes que lo precisen.

Control de factores de riesgo

- Sesiones informativas dirigidas a los pacientes y familiares sobre su enfermedad, factores de riesgo y su prevención.



Aspectos sociolaborales

- Asesoramiento por personal cualificado sobre la reincorporación sociolaboral.

9.2.3. Indicaciones de la Rehabilitación Cardíaca.

Cualquier paciente cardiópata se podría beneficiar del Programa de Rehabilitación Cardíaca, porque incluso aquellos que no puedan realizar ejercicio físico, al ser un programa multifactorial, obtienen resultados positivos de las charlas que se imparten de tipo psicológico, dieta y conocimiento general de la enfermedad para poder adaptarse mejor a la misma. En este apartado nos vamos a referir sobre todo a las indicaciones y contraindicaciones de cara a realizar la vertiente física de la Rehabilitación Cardíaca. El diseño individualizado del ejercicio físico a cada patología y supervisado por un profesional de la salud, produce un evidente aumento de la capacidad física, lo que implica una mejoría en la calidad de vida del paciente. Actualmente se indica la rehabilitación cardíaca a personas:



TABLA 1

Indicaciones de la rehabilitación cardíaca

En cardiopatías Isquémica

Infarto agudo de miocardio
Operados de pontaje Aortocoronario
Tras Angioplastia
Angina de esfuerzo estable
Trasplante cardíaco
Valvulopatías operadas
Congénitos operados
Insuficiencia cardíaca

En sujetos sanos

Con factores de riesgo coronario
Personas de edad media que inician
ejercicio físico de forma habitual
Astenia neurocirculatoria

TABLA 2

**Clasificación pronóstica de los pacientes
coronarios a incluir en los programas
(los pacientes se dividen en tres categorías)**

Bajo riesgo

Curso hospitalario sin complicaciones
Ausencia de signos de isquemia Miocárdica
Capacidad funcional >7 Mets
Fracción de eyección >50%
Ausencia de arritmias ventriculares severas

Riesgo medio

Defectos reversibles con talio de esfuerzo
Fracción de eyección: 35-49%
Aparición de angina

Alto riesgo

Reinfarto
Fracción de eyección <35% en reposo
Respuesta hipotensiva al esfuerzo
Capacidad funcional 2 mm a niveles de frecuencia
cardíaca <135 por minuto
Arritmias ventriculares malignas

9.2.4. Contraindicaciones de la Rehabilitación Cardíaca.

Respecto a las contraindicaciones de la rehabilitación cardíaca, se dividen en dos categorías:

1. Absolutas:

- Insuficiencia cardíaca no controlada.



- Infarto agudo de miocardio al menos durante los primeros días.
- Angina inestable.
- Aneurisma disecante de aorta.
- Taquicardia ventricular u otras arritmias ventriculares peligrosas no controladas (actividad ventricular multifocal).
- Estenosis aórtica severa.
- Embolismo sistémico o pulmonar reciente.
- Tromboflebitis activa o reciente.
- Enfermedades infecciosas agudas.
- Hipertensión arterial no controlada.

2. Relativas:

- Arritmias o taquicardias supraventriculares no controladas.
- Actividad ectópica ventricular repetida o frecuente.
- Hipertensión moderada sistémica o pulmonar no tratada.
- Aneurisma ventricular
- Estenosis aórtica moderada.
- Diabetes no controlada, tirotoxicosis, mixedema, insuficiencia hepática o renal y otras insuficiencias metabólicas.
- Cardiomegalia.
- Trastornos de la conducción como: Bloqueo AV completo. Bloqueo de rama izquierda. Síndrome de Wolf- Parkinson- White.
- Marcapasos de frecuencia fija.
- Arritmias ventriculares controladas.



- Anemia severa.
- Trastornos psiconeuróticos.
- Trastornos neuromusculares, musculoesqueléticos y artríticos que pueden limitar la actividad.

9.2.5. Fases del Programa de Rehabilitación Cardíaca

La rehabilitación cardíaca por lo general incluye tres fases: la primera es una fase hospitalaria que se realiza en una Unidad de Cuidado Coronario o de cuidado agudo; la segunda se realiza en el hospital de forma ambulatoria, y la tercera es una fase ambulatoria de mantenimiento y soporte que incluye actividades recreativas y de ejercicio disponibles dentro de la comunidad.

Las características de estas fases se describen a continuación en el siguiente esquema:

Fase I Fase hospitalaria.

Comprende desde el ingreso hasta el alta hospitalaria.

Movilización precoz y pautas de fisioterapia.

Se recomienda realizar prueba de esfuerzo y ecocardiograma previamente al alta hospitalaria.



Indicaciones de actividad física según prueba de esfuerzo hasta que el paciente inicie la fase II.

Fase II Fase de convalecencia:

Tras el alta o en pacientes con indicación de PRC en períodos más alejados de su proceso agudo.

Se aconseja una duración de 2-3 meses.

Es necesario realizar una prueba de esfuerzo si no se dispone de ella.

Valoración Clínica prestando especial interés en los factores de riesgo.

Valoración Psicológica evaluando: depresión, ansiedad, pautas de conducta, acontecimientos estresantes.

Valoración Sociolaboral.

Se aconsejarán programas supervisados para pacientes de riesgo medio y alto (*ver Tabla 2*), en situación de Isquemia Cardíaca controlada o con deterioro psicológico (depresión o negación). Los pacientes que tengan un bajo riesgo o con domicilio lejano al centro sanitario podrían ser tributarios de programas no supervisados.

Fase III Fase de mantenimiento:

Comprende el resto de la vida del paciente. Tras un informe escrito y, explicando por el cardiólogo responsable de la rehabilitación, los ejercicios físicos y las actuaciones psicosociales podrán ser efectuadas en distintas secciones:

- Asociaciones de afectados con enfermedad coronaria.



- Centros de salud de atención primaria.
- Polideportivos municipales o gimnasios.

En los dos primeros se potenciarán las actuaciones sobre factores de riesgo y las de carácter lúdico y psicológico. En el tercero, se continuará el entrenamiento de carácter físico.

Tanto en las asociaciones de enfermos coronarios como en centros de salud deberá estar controlado por un cardiólogo o por un médico general suficientemente preparado.

El lugar en que se practiquen las sesiones de entrenamientos (polideportivos o similares) estará dotado de material y espacio necesario. En su defecto, deberá reducirse el espacio, adecuado al número de pacientes y el material utilizado indispensable será un carro de parada con un desfibrilador, electrocardiógrafo, esfigmomanómetro y bicicletas de entrenamiento.

Ello obliga a una relación directa entre los servicios de rehabilitación cardíaca de los hospitales, y dichas sesiones de actuación no sanitaria. Las charlas periódicas por parte de los profesionales médicos y los cursillos de orientación a los entrenadores o fisioterapeutas permitirán el que la mayor parte de los enfermos continúen realizando las pautas aconsejadas durante la segunda fase. Es necesario hacer hincapié en el alto número de pacientes que abandonan los programas y que se sitúan alrededor del 20% anual. Probablemente con este sistema de actuación en fase III se mejorarían los resultados.

En cuanto al ejercicio físico dentro de los programas de rehabilitación cardiaca, se ha demostrado que los pacientes que llevan un plan de ejercicio físico programado tienen una mayor calidad de vida (Ott y cols., 1983). Recientemente Garcés y cols. (1995) en un



estudio con 71 enfermos con enfermedad cardiaca demostró que el ejercicio físico mejora la capacidad funcional, el consumo de oxígeno, el peso corporal, las cifras tensionales y, en definitiva, la calidad de vida.

El entrenamiento físico reduce la depresión de pacientes post-infartados bajo terapia psicológica (Milani y Lavie, 1996) y proporciona sensación de bienestar y autocontrol con respecto a conductas cardiosaludables (Stern y Cleary, 1981). En cuanto a la intervención psicológica menos del 50% de los programas de rehabilitación cardiaca incluyen intervenciones específicas (Rutledge, Linden, Davies y CASIS, 1999).

9.3. Rehabilitación Cardiaca en España

En un estudio de Márquez Calderón y cols., del año 2003 publicado en la Revista Española de Cardiología sobre el grado de implantación de los programas de rehabilitación cardiaca en España, los datos recopilados indican que la rehabilitación cardiaca puede incluir componentes estrictamente clínicos (tratamiento farmacológico) y otros como, el ejercicio físico, la educación y el consejo, el apoyo psicológico y social y la terapia ocupacional. En España, en 1995, la oferta de rehabilitación cardiaca se aplicaba sólo al 2% de los pacientes con infarto agudo de miocardio. Estos autores, en 2003 localizan 12 hospitales públicos que llevan a cabo rehabilitación cardiaca, concentrados fundamentalmente en Madrid (4), Cataluña (3) y Andalucía (3). Además de una unidad en León y otra en Valencia. Los médicos más implicados en estos programas son los



cardiólogos seguidos de los rehabilitadores. El 64% de los centros disponen también de al menos un psicólogo. También suele haber enfermeros y trabajadores sociales, aunque estos últimos, junto con los nutricionistas no participan en todos los programas. La mayoría de las unidades incluye el ejercicio físico (72.7%), y el 54.5% cuenta también con apoyo psicológico. Este apoyo psicológico suele consistir en el aprendizaje de técnicas de relajación junto con terapia cognitivo conductual para el manejo del estrés. En la mayoría de los programas (54%) las actividades educativas se realizan combinando sesiones individuales con sesiones de grupo. El 90% de las unidades proporcionan la información a la familia y al paciente conjuntamente. Es importante de cara a la intervención, instalar la sensación de autoeficacia, no sólo en los pacientes, sino también en quienes les rodean, y, más en concreto, en las esposas de los pacientes infartados (Garrido Martín, 1993). En un estudio realizado por Ewart, Taylor, Reese y DeBusk en 1983 demuestran que existe una congruencia entre la autoeficacia percibida por los propios maridos y la que le atribuyen sus mujeres, en un entrenamiento físico en la que participan como observadoras sus esposas. Así la conjunción de la autoeficacia cardiaca de los pacientes y la de sus esposas predijo la mayor tasa de pulsaciones cardiacas y de esfuerzo en la cinta de caminar. Concluyen que la autoeficacia de las esposas, junto con la de los maridos, es el mejor predictor de la conducta y el ejercicio físico de estos pacientes, una vez que han transcurrido varios meses.

Si quienes rodean al paciente no creen en la capacidad de la persona para superar el problema, éste no lo superará, también él pensará que es incapaz, que no merece la pena el esfuerzo y cederá ante las primeras dificultades si es que se decide a intentarlo.



En cuanto a la recuperación de la enfermedad, los datos de Corace y Endler (2003) con pacientes incluidos en 6 programas de rehabilitación cardíaca muestran que los pacientes con altos niveles de apoyo social (emocional, informacional y material) se recuperaban en menos tiempo, manifestaban un mayor bienestar psicológico y calidad de vida así como un mejor cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas que los pacientes con bajo nivel de apoyo social.

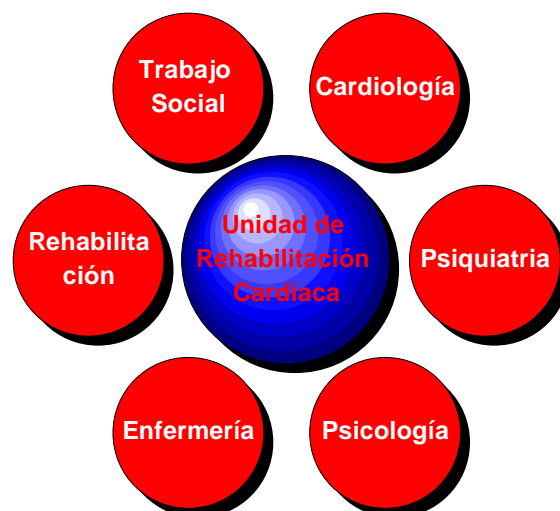
No hay que olvidar que los pacientes experimentan cansancio y malestar inespecífico durante varios meses después del infarto de miocardio. (McSweeney y cols., 2003). Por lo tanto, es necesario que los pacientes dispongan de recursos y apoyos suficientes para el manejo de esta sintomatología a lo largo de su convalecencia.



9.3.1. Programa de Rehabilitación Cardiaca del Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

En este epígrafe, describiremos brevemente el programa de Rehabilitación Cardiaca llevado a cabo dentro del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, ya que es de donde hemos extraído nuestra muestra de pacientes, y por ser el único en España que incluye grupos de apoyo dentro del programa.

Como acabamos de apuntar, el único programa que desarrolla grupos de apoyo en el ámbito de un Programa de Rehabilitación Cardiaca (**P.R.C.**), es el que se desarrolla, con más de 20 años de experiencia, en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid bajo la coordinación del Dr. Maroto. (*Que tan amablemente nos ha permitido el acceso a la muestra del presente estudio*). Dicha unidad tiene un carácter multidisciplinar, compuesta por 4 cardiólogos, 1 médico rehabilitador, 2 psicólogas, 1 psiquiatra, 2 enfermeras, 2 fisioterapeutas y 1 trabajador social.





El **P.R.C.** del Hospital Ramón y Cajal, se inicia como media 2 semanas después del alta hospitalaria y consiste en:

1. **Entrenamiento físico.** supervisado e individualizado durante 3 meses.
2. **Programa psicológico:** con técnicas de modificación de conducta, terapia de grupo y sesiones de relajación.
3. **Programa educativo:** sobre modificación del estilo de vida y control de factores de riesgo coronario.
4. **Consejo sociolaboral:** Tramitación de recursos sociales, incapacidades laborales, etc.

El primer paso del programa es la realización de una prueba de esfuerzo para obtener una valoración basal de la capacidad física funcional del paciente. A partir de aquí se desarrolla el núcleo del programa de rehabilitación que se extiende a lo largo de 2 meses aproximadamente, y que se divide en varias fases:

Fase I: Preparatoria. Se trata de una primera entrevista en la que se valora de nuevo al enfermo, y se le da la información de la Unidad. Asimismo, se realiza una historia clínica pormenorizada, haciendo hincapié en los hábitos del paciente (nutrición, ejercicio, tabaquismo, etc.). Después, el paciente acude en 1 ó 2 ocasiones para hacer ejercicios suaves de relajación y preparación para la Fase II.

Fase II: Programa de Rehabilitación. Con una frecuencia de dos días a la semana, el paciente acude para sesiones de ejercicio físico y relajación. Estas sesiones, diseñadas de



forma individualizada son guiadas y monitorizadas por el equipo de profesionales descrito con anterioridad.

El entrenamiento físico consiste en 3 sesiones semanales de 1 hora de duración efectuadas en el gimnasio del hospital. En cada sesión se realiza una tabla de fisioterapia y entrenamiento aeróbico en tapiz o bicicleta ergométrica. La frecuencia cardíaca de entrenamiento se calcula, de manera individual, sobre la base de los resultados de las ergometrías. El entrenamiento supervisado se complementa con marchas diarias y progresivas, hasta de 1 hora de duración, en las que se procura mantener la frecuencia cardíaca de entrenamiento. Este ejercicio es efectuado por los pacientes de forma individual y sin supervisión.

Son importantes las entrevistas con los psicólogos, en las cuales se obtendrá información sobre la problemática que ocasiona la cardiopatía en el entorno académico, familiar, o laboral del paciente. El programa psicológico consiste en una evaluación individualizada del perfil psicológico mediante los tests de valoración de ansiedad - *STAI* (Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1970), depresión - *BECK* (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1985) y en la intervención mediante técnicas de relajación según el método de Schultz (1987) practicadas 2 días por semana. Un día a la semana se efectúa terapia de grupo. Los pacientes con mayor deterioro reciben tratamiento individualizado por parte de las psicólogas y, en caso necesario, por el psiquiatra de la unidad.



El programa educativo se efectúa mediante charlas-coloquios semanales dirigidas al paciente y a sus familiares más cercanos en las que se informa y aconseja sobre la enfermedad y la necesidad de modificar los factores de riesgo coronario y el estilo de vida.

El asesoramiento sociolaboral comprende la valoración de las características sociales y laborales de cada paciente, así como diversas recomendaciones en cuanto a la reincorporación laboral tras el alta.

También durante este periodo de tiempo se aconseja que acuda a las charlas-coloquio que regularmente tienen lugar en la unidad. Estas charlas, además de su intención divulgativa, van dirigidas principalmente a la resolución de dudas por parte del enfermo y su familia. En las mismas se les informa sobre las características de la Rehabilitación Cardiovascular así como de la enfermedad y la necesidad de realizar cambios en el estilo de vida para evitar recaídas y complicaciones dentro de la enfermedad.

El Programa de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Ramón y Cajal de Madrid es pionero en el desarrollo de grupos de apoyo dentro del ámbito clínico. En estos grupos se invita a participar tanto el paciente como sus cónyuges. El infarto es uno de los eventos que mayor impacto tiene en el cónyuge y en todo el sistema familiar. Entre otros problemas es frecuente la aparición de tensión, incertidumbre, miedo a la muerte, alteración de roles y de estilo de vida, problemas económicos, sexuales, inadecuación de los servicios de apoyo, etc. La enfermedad tiene efectos negativos en los dos miembros de



la pareja, ambos tienen que manejar el evento, y pueden estar de acuerdo en cómo hacerlo o pueden surgir conflictos entre ellos.

Dentro de este ámbito clínico los grupos de apoyo sirven para expresar abiertamente emociones y preocupaciones en torno a la enfermedad, de tal forma, que los participantes elaboran por sí mismos una salida al problema. Ampliaremos el tema de los grupos de apoyo dentro del siguiente epígrafe.

Por otro lado, a lo largo de la Fase II se entrega al paciente un programa de entrenamiento domiciliario en forma de marcha a pie o en bicicleta, con una valoración de la percepción de esfuerzo. Al final de la misma el paciente realiza una nueva ergometría como valoración final de la evolución física después del programa.

Por último se emite un informe final, en el que se detalla la evolución del enfermo en todos y cada uno de los aspectos que ha valorado el programa de rehabilitación cardiaca. En este informe se darán algunos consejos para que se continúe en casa lo que se ha iniciado en la Unidad, con métodos de ejercicio físico, hábitos alimenticios y de vida, o bien desaconsejando otras pautas de comportamiento que son perjudiciales para el bienestar físico y/o psíquico de estos enfermos.

La fase III del programa comprende el resto de la vida del sujeto. El paciente, según el informe de alta, continúa efectuando entrenamiento físico 4-5 días a la semana, pautas de relajación 2 o 3 veces al día, y controlando los factores de riesgo (cit. Maroto Montero, Artigao Ramírez, Morales Durán, De Pablo Zarzosa, Abraira, 2005).



9.3.2. Grupos de apoyo en el ámbito clínico

Como se ha indicado anteriormente, a pesar de la importancia que pueden tener estos grupos de apoyo dentro de la enfermedad cardiovascular, apenas se hacen. Creemos importante diseñar e implantar dichos grupos dentro del ámbito clínico para ajustar también la intervención al ámbito de la pareja, ya que dentro del entorno familiar es donde se pueden producir conductas de sobreprotección que limiten una vida “normalizada” debido a miedos, incertidumbre, ansiedad hacia la recaída, etc.

Existen datos que apoyan que los pacientes que participan en grupos de apoyo obtienen beneficios importantes. Estos pacientes parecen presentar una menor tensión emocional, ansiedad, confusión, incertidumbre, depresión, además de presentar un mejor afrontamiento y una mayor autoestima (Helgeson, Cohen, Schulz y Yasko, 2000).

Los grupos de apoyo permiten al paciente, por un lado, identificar hábitos nocivos de riesgo físico y psicológico, estilos de vida y conducta poco cardiosaludables. También le ayudan a identificar otros puntos de vista para ampliar los propios, permitiéndole asumir una auto- responsabilidad de cara al autocuidado personal, para modificar los hábitos de vida. La intervención no debe ser directiva por parte del profesional de la salud, el paciente dentro del grupo puede expresar sus emociones y conflictos de forma abierta y no dirigida. Se potencia la expresión de miedos, dudas, expectativas, etc., que pueden ser mutuamente influenciadas por los miembros del grupo (Alonso y Carcedo, 1999).



Por otro lado, en el caso de que los grupos se desarrollen con los familiares se propicia que estos tengan acceso a una información directa acerca de lo que emocionalmente les está ocurriendo a sus seres queridos, de tal forma que pueden desarrollar una conducta más adecuada con respecto a ellos (Adsset. 1968).

Los resultados alcanzados por Dracup, (1994) indican que los pacientes que acuden a servicios de rehabilitación cardiaca que incluyen grupos de apoyo muestran mayor autoestima y menor ansiedad que los pacientes en rehabilitación pero sin grupos de apoyo. A estos grupos se suele invitar a los familiares. Sin embargo, no está claro el impacto de los grupos en los cónyuges, puesto que la conversación suele estar centrada exclusivamente en los pacientes, con lo que la problemática de las parejas no se aborda específicamente, ni le permite detectar al profesional aquellos casos en que los cónyuges tienen problemas de afrontamiento y pueden interferir en la recuperación adecuada del paciente. De ahí que haya autores, como Stern y Pascale (1979) que propongan la creación de grupos educativos dirigidos específicamente a las parejas, donde reciban información adecuada sobre el proceso de recuperación de su cónyuge, y donde puedan ventilar abiertamente sus sentimientos: miedo a la repetición del episodio, miedo a preocuparle, por lo que se evita la comunicación abierta con ellos, temor a las relaciones sexuales, sobreprotección, sobrecarga de tareas, etc.

En función de los resultados obtenidos en la actual investigación, realizaremos en el capítulo final una propuesta de intervención de cara al diseño de grupos de apoyo específicos para las parejas de pacientes cardiovasculares.



Como hemos visto anteriormente, el infarto es uno de los eventos que mayor impacto tiene en la pareja. Una preocupación excesiva por la salud de los pacientes y por los problemas derivados de la enfermedad puede llevarles a utilizar para manejar su ansiedad mecanismos de afrontamiento como la sobreprotección, que puede tener efectos negativos en el ajuste a la enfermedad del paciente. Para que la pareja sea una fuente de apoyo eficaz, es necesario tener en cuenta sus necesidades y su problemática específica para una adecuada intervención.

Por ello, en la presente investigación, se analiza la influencia de factores psicosociales como el apoyo y el tipo de afrontamiento de la pareja en el ajuste a la enfermedad en pacientes con problemática cardiaca. A continuación y realizadas las revisiones bibliográficas descritas en la parte teórica, pasaremos a explicar el desarrollo empírico de la investigación donde analizaremos estas variables y pondremos a prueba las diferentes hipótesis de las que inicialmente partimos.

Capítulo 10

Desarrollo empírico de la investigación

**“... Es ignorancia no saber distinguir
entre lo que necesita demostración y lo que
no la necesita...”**

Aristóteles



10. DESARROLLO EMPÍRICO DE LA INVESTIGACIÓN

10.1. Justificación

Muchas de las patologías existentes implican una recuperación o estabilización clínica de la enfermedad, pero quizás lo más importante sea la adaptación que supone para la persona este proceso de marcado carácter estresante. El reto de la medicina, cuando no existe una curación total, es conseguir que las enfermedades se conviertan en procesos cronificados con los que la persona tiene que convivir a lo largo de su vida. Muchos de esos procesos cronificados tienen secuelas que pueden afectar a la persona y a su entorno en el día a día. Al margen de las características de la enfermedad, intentamos discernir que otras variables de carácter psicológico y social median en el ajuste a la enfermedad. Es manifiesto y evidente, que ante un mismo proceso clínico, dos personas se recuperan de diferente forma y con diferentes recursos, que sin duda, hay que estudiar en ese medio psicosocial como posible influencia.

La recuperación de una enfermedad depende de variables psicosociales al margen del aspecto clínico del paciente. Por esta razón se hace imprescindible ahondar en esta dimensión y clarificar qué aspectos son los que juegan un papel clave en esta adaptación



Por esta razón, el objetivo de esta investigación es estudiar el papel de aquellas variables psicosociales que creemos, en función de la literatura existente, que influyen en la adaptación a eventos de marcado impacto en la vida de la persona. Nos hemos centrado en el apoyo social proporcionado por la pareja y el tipo de afrontamiento desplegado por la misma como partes facilitadoras o limitadoras en la adaptación a la enfermedad.

Según investigaciones previas (Dunkel-Schetter, 1984; Gallar, 1998), la pareja es la principal fuente de apoyo, y en el caso de la enfermedad, sin duda alguna, va a tener un peso importante. Por este motivo, la mejoría en las condiciones psicológicas de un miembro de la pareja supondremos que será también transmitida al otro miembro (Sormanti y Kaiser, 2000), por ser la pareja fuente relevante de apoyo e independientemente de quien sea el enfermo.

Pretendemos estudiar en primer lugar, si el apoyo de la pareja tiene influencia en el mejor ajuste de la enfermedad del paciente y, en segundo lugar, si el tipo de afrontamiento que percibe el paciente de ésta, también tiene influencia en un mejor ajuste. ***Ya que, el que uno perciba de los demás “significativos” un tipo determinado de apoyo y de afrontamiento (en relación a nuestra enfermedad), va a influir en nuestro resultado final de ajuste.***

La justificación en cuanto al uso de estas variables y su relación con la enfermedad cardiovascular se han descrito en los capítulos anteriores, tanto la explicación teórica de los



efectos sobre la salud, como las investigaciones empíricas concretas que apoyan su efecto ante la enfermedad en general y particularmente en enfermos cardiovasculares.

10.2. Objetivos

El objetivo de esta investigación es analizar la influencia de factores psicosociales como el apoyo social y el tipo de afrontamiento de la pareja en el ajuste a la enfermedad en pacientes con problemática cardíaca, dentro de su proceso de recuperación.

Y por otro lado, evaluar la adhesión en cuanto al cumplimiento de las recomendaciones del Programa de Rehabilitación Cardíaca a lo largo del tiempo (a los 4, 8 y 12 meses).

Nos formulamos las siguientes preguntas:

- 1. ¿El grado de apoyo proporcionado por la pareja y la satisfacción con el mismo (aspecto funcional) se relaciona con el ajuste a la enfermedad del paciente?**
- 2. ¿El tipo de afrontamiento de la pareja se relaciona con el ajuste a la enfermedad del paciente?**



10.3. Hipótesis

A partir de este planteamiento y en función de la revisión teórica anterior nos planteamos las siguientes hipótesis.

- 1. El apoyo de la pareja influye mejorando el ajuste a la enfermedad cardiaca del paciente. Es decir, que a más apoyo existirá un mejor ajuste.**
- 2. La satisfacción del apoyo proporcionado por la pareja influirá mejorando el ajuste a la enfermedad del paciente. Es decir, que ante una mayor satisfacción con el apoyo existirá también un mejor ajuste.**
- 3. El afrontamiento activo percibido por el paciente de su pareja promoverá el ajuste de la enfermedad del paciente. El afrontamiento activo mejora el ajuste.**
- 4. Cuanto más apoyo de carácter emocional e informacional proporcione la pareja al paciente, mayor será la percepción de un afrontamiento activo por parte del paciente de su pareja.**
- 5. El apoyo del paciente a su pareja mejora el afrontamiento de carácter activo desarrollado por la pareja.**



- 6. La satisfacción de la pareja con el apoyo que recibe del paciente mejora el afrontamiento de carácter activo desarrollado por la pareja.**

- 7. Debido al efecto de la intervención por parte del Programa de Rehabilitación Cardíaca se modifica el nivel de apoyo social y el tipo de afrontamiento tanto del paciente como de su pareja (evaluación pre y post tratamiento).**

- 8. El que las parejas acudan al Programa de Rehabilitación Cardíaca tiene un efecto positivo en las variables estudiadas (apoyo social, tipo de afrontamiento percibido y ajuste a la enfermedad) tanto en los pacientes como en las parejas.**

- 9. De cara al ajuste general del paciente no existirán discrepancias entre apoyo social y afrontamiento entre los pacientes y sus parejas.**

- 10. Las recomendaciones sobre hábitos saludables que proporciona la pareja mejorará el cumplimiento de las recomendaciones pautadas por el Programa de Rehabilitación Cardíaca al paciente.**



10.4. Método

10.4.1. Población objeto de estudio

Población de ambos sexos con diagnóstico clínico de enfermedad cardiaca.

10.4.2. Muestra objeto de estudio

Muestra natural de la unidad de rehabilitación cardiaca del hospital Ramón y Cajal de Madrid, cuyos criterios de acceso los delimita la propia unidad.

10.4.3. Criterios de inclusión

Dentro de este grupo, la selección de los sujetos participantes en el estudio en función de los objetivos planteados, tiene los siguientes **criterios de inclusión**.

- Paciente (casado o pareja de hecho) con diagnóstico clínico de enfermedad cardiaca (infarto de miocardio, válvula mitral, angina de pecho, etc.) pertenecientes a la fase I del programa de rehabilitación cardiaca del hospital Ramón y Cajal de Madrid.
- Parejas cuyos cónyuges han sido diagnosticados de enfermedad cardiaca y sometidos a un programa de rehabilitación cardiaca (en fase I).



10.4.4. Descripción de la muestra

La muestra está constituida finalmente por 109 pacientes con sus respectivas parejas. La edad media de los pacientes es de 55 años y una desviación típica de 9,8. El intervalo de edad se encuentra entre los 34 años la edad mínima y 77 la máxima. Igualmente dentro de la muestra de pareja la edad media es de 52 años y su desviación típica de 9,5. Los intervalos de edad se distribuyen entre los 34 y 76, la mínima y máxima respectivamente (véase Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de la muestra en función de la edad media e intervalo de edad en la muestra de pacientes y parejas.

	Media	Desv. Típica	Intervalo de edad
Edad pacientes	55,96	9,868	34 - 77
Edad parejas	52,21	9,572	34 - 76

El 90,8 % de la muestra son hombres mientras que el 9,2% mujeres. Estos datos son congruentes con que la enfermedad cardiaca tiene mayor impacto en el sexo masculino (véase Gráfico 1).

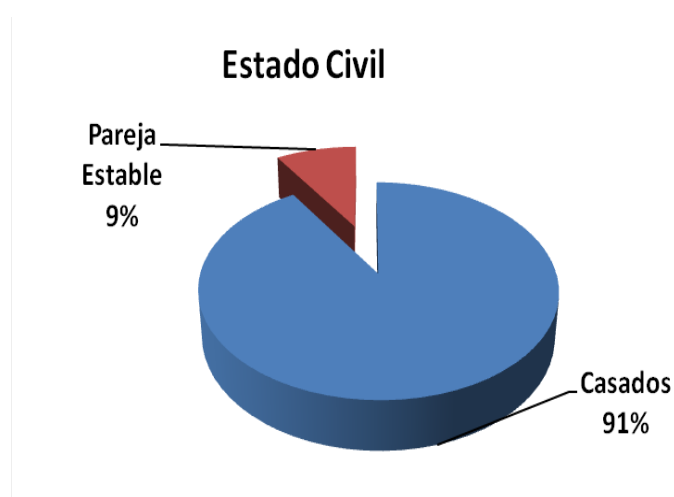


Gráfico 1. Distribución de la muestra en función del sexo



También vemos, como muestra el gráfico 2, que la mayoría están casados (93,6%) frente al 9,2% que tienen pareja estable. La mayoría de los estudios coinciden en señalar que el infarto de miocardio se da en mayor medida en hombres entre los 55 y 65 años (Betriu y Serra, 1989).

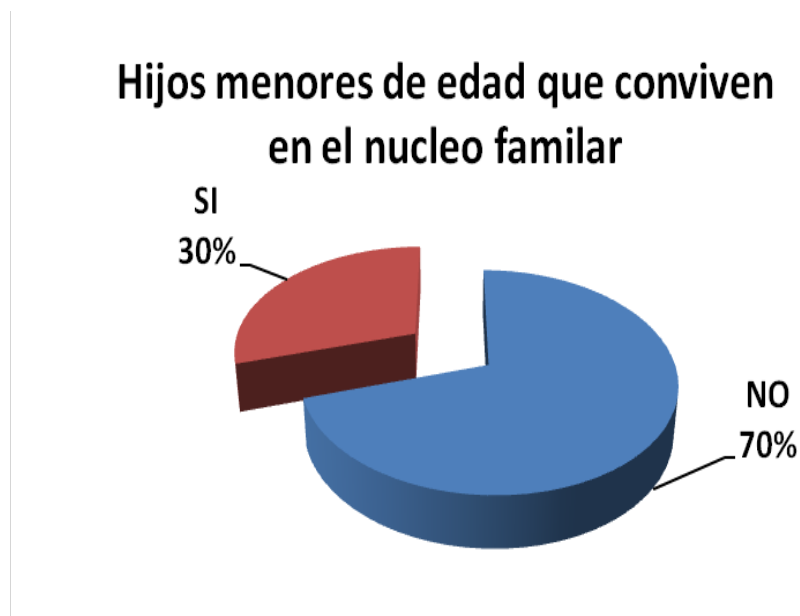
Gráfico 2. Distribución de la muestra en función del estado civil.





En cuanto a si los hijos son mayores de edad. El 69,7 % son mayores de edad lo que en algunos casos no significa que no convivan con los padres. El 29,4% son menores de edad, es decir que requieren aun la supervisión y cuidado de sus padres (véase gráfico 3).

Gráfico 3. Distribución de la muestra en función de hijos menores de edad que conviven en el núcleo familiar.



Vemos en la tabla 2 sobre la situación laboral de la muestra estudiada, que el 11,9% de los pacientes se mantienen en activo al inicio del programa y que esta cifra aumenta a la salida del mismo 16,5. Datos que también se observan en la situación de baja al inicio y final del programa 57,8% frente al 53,2%. No existen diferencias en la situación de jubilación e incapacidad. No obstante indicar que muchos de los pacientes tramitan en este momento la incapacidad laboral o la jubilación según los casos. Este hecho no se aprecia en este momento de la aplicación de los cuestionarios sino en el seguimiento realizado.



Tabla 2. Distribución de la muestra en función de la situación laboral de los pacientes al inicio y final del programa.

	Situación laboral del PACIENTE	
	Pre-Tratamiento	Post-Tratamiento
En Activo	11,9 % [13]	16,5 % [18]
De Baja	57,8 % [63]	53,2 % [58]
Jubilado	25,7 % [28]	25,7 % [28]
Incapacidad	3,7 % [4]	3,7 % [4]
Total	99,1 % [108]	99,1 % [108]

La repercusión del infarto agudo de miocardio (IAM) en la vida laboral de los pacientes depende tanto de factores individuales (Abbott y Berry, 1991; Bar-On, Gilutz, Maymon y cols, 1994; Doxandabaratz, Ferro y Iriarte, 1995; Gilutz, Bar-On, Billing y cols, 1991; Petrie, Weinman, Sharpe y cols, 1996; Riegel y Dracup, 1992) y sociales (Hoffman, Pfiffner, Hornung y cols, 1995; Riegel, 1993) así como de la oferta asistencial-rehabilitadora (Coll, 1995; Hedback, Perk y Wodlin, 1993; Maroto, De Pablo, Morales y cols, 1996; Thompson, Bowman, Kitson y cols, 1996) y de los sistemas de protección social existentes en cada país (Boudrez, De Backer y Comhaire, 1994; Broustet, Blaquiere, Douard y cols, 1992; World Health Organization, 1964).

Morlote, Arlandis, García y cols. (1999), concluyen en un estudio realizado con 584 pacientes menores de 65 años, que casi dos terceras partes de los pacientes con infarto agudo de miocardio y previamente activos vuelven a trabajar. Los pacientes más jóvenes, más cualificados profesionalmente, con antecedentes de angina antes del infarto y empleados del sector servicios se reincorporan en mayor proporción.



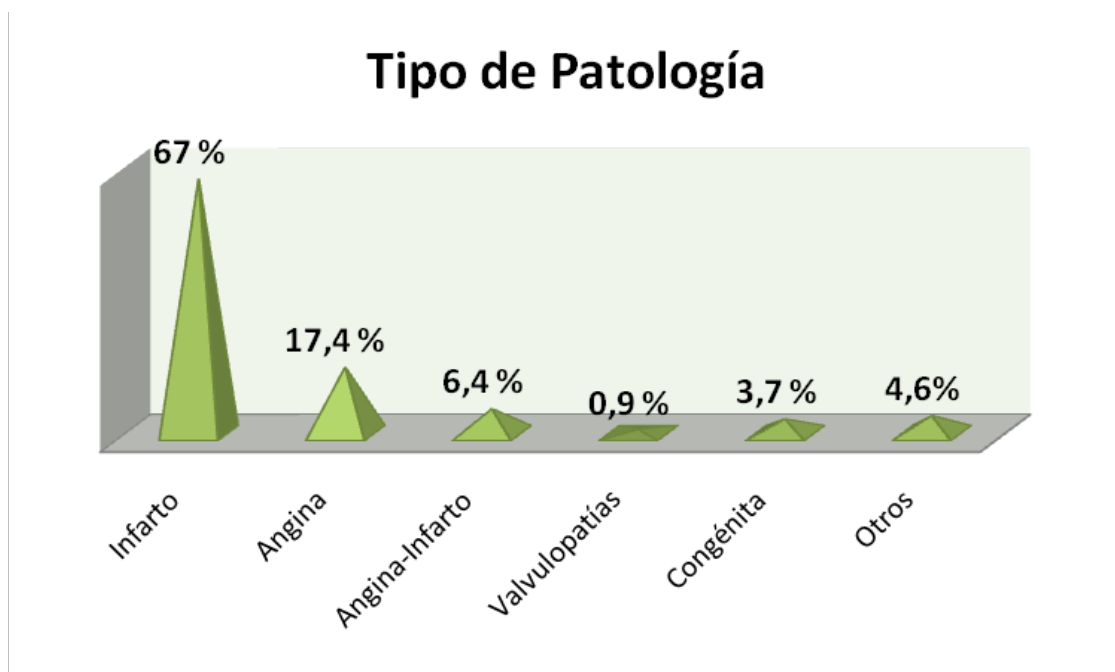
En cuanto a la distribución de los porcentajes dentro de cada grupo, (véase Tabla 3) el 44% corresponde al grupo experimental, es decir pacientes y parejas que pasan por los grupos de intervención y el 56% donde sólo participa en la intervención el paciente sin su pareja, que corresponde al grupo control.

Tabla 3. Distribución de la muestra en función de los participantes en cada grupo.

	Experimental	Control	Total
Grupo	44 % [48]	56 % [61]	100% [109]

En cuanto al tipo de enfermedad cardiaca, según se indica en el gráfico 4, el mayor número de pacientes ha presentado infarto de miocardio 67% seguida de la angina de pecho (17,4%).

Gráfico 4. Distribución de la muestra en función del tipo de patología.





En la tabla 4 se observa que la mayor parte de las profesiones se encuentran para la muestra de pacientes distribuidas en la categoría de técnicos y profesionales científicos e intelectuales (Profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3er ciclo universitario y afines: es decir, licenciados y diplomados) que corresponde al 21,1% y a empleados de tipo administrativo 18,3%

Mientras que las parejas la mayoría desarrollan ocupaciones denominadas de no cualificación (35,8%), seguidas de las de tipo administrativo (17,4%)

Tabla 4. Distribución de la muestra de pacientes y parejas en función de la profesión.

Clasificación nacional de ocupaciones CON-94 (INE)	PACIENTES	PAREJAS
1. Dirección de las empresas y de las administraciones públicas.	6,4 % [7]	1,8 % [2]
2. Técnicos y profesionales científicos e intelectuales.	21,1 % [23]	11 % [12]
3. Técnicos y profesionales de apoyo.	11 % [13]	9,2 % [10]
4. Empleados de tipo administrativo.	18,3 % [20]	17,4 % [19]
5. Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios.	11 % [12]	7,3 % [8]
6. Trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca.	-	-
7. Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción y la minería...	11 % [12]	3,7 % [4]
8. Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores.	11 % [12]	0,9 % [1]
9. Trabajadores no cualificados.	9,2 % [10]	35,8 % [39]
Total	100% [109]	87,2 % [95]



10.4.5. Diseño

El diseño propuesto para el desarrollo de la investigación se ajusta a lo que el texto clásico de Campbell y Stanley (1966) describe como un diseño cuasi experimental. En un primer momento se dividieron los sujetos en dos grupos con la finalidad de evaluar si acudir acompañado de la pareja a los grupos de apoyo tenía alguna influencia en los resultados de las variables estudiadas.

Los grupos se dividieron de la siguiente forma:

1. Grupo experimental:

- Pacientes que participan en los grupos de apoyo
- Parejas que asisten a los grupos de apoyo junto a los pacientes

2. Grupo control:

- Pacientes que participan en los grupos de apoyo sin sus parejas
- Parejas que no asisten a los grupos de apoyo junto a los pacientes.

10.4.6. Procedimiento

La recogida de datos se realiza dentro de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. El desarrollo de la investigación implica la aplicación de los instrumentos de medida anteriormente descritos, tanto a los pacientes como a sus parejas. Las pruebas psicométricas se pasan al inicio y al final del programa de rehabilitación cardíaca, (es decir, medidas pre y post tratamiento / tras pasar por los grupos de apoyo incluidos dentro del programa). Además se realiza seguimiento posterior (a 4, 8 y



12 meses) de la muestra recogida para analizar el mantenimiento de los resultados, tras el paso por el Programa de Rehabilitación Cardíaca (ver Estudio 2).

El 7 de marzo de 2006 se da inicio al proceso de recogida de datos tras la aprobación del proyecto por la comisión ética de investigación clínica del Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

Al inicio de la fase I se explica en sesión grupal el propósito del estudio, las pruebas que se van a pasar y la importancia de la participación en esta clase de investigaciones ya que, la experiencia directa de los pacientes y sus parejas, es de vital importancia para el conocimiento de la problemática coronaria y el diseño mejorado de intervenciones que se ajusten a su realidad. Se aclara que la inclusión en el estudio es voluntaria y que pueden plantear cualquier tipo de duda durante la cumplimentación del cuestionario al entrevistador. Asimismo se distribuye un consentimiento informado donde se explica la finalidad del estudio y la libre aceptación individual de cara a participar en él. Tras la asistencia al Programa de Rehabilitación Cardíaca, con una duración aproximada de 2-3 meses, se les pasa de nuevo los cuestionarios iniciales para evaluar la evolución en los diferentes aspectos estudiados. En la muestra de parejas, en el caso de que éstas no asistieran a la sesión, el cuestionario lo cumplimentaban en casa y procedían a su entrega semanas más tarde (en su próxima citación al programa). En el mes de octubre de 2006 se inicia el seguimiento de los pacientes a los 4 meses de abandonar el programa. Cuya finalidad era evaluar la adhesión a las pautas recomendadas dentro del Programa de Rehabilitación Cardíaca.



Los sucesivos seguimientos se iniciaron durante el mes de febrero de 2007 (seguimiento a 8 meses) y en el mes de junio de 2007 (seguimiento a 12 meses). El seguimiento se realiza en los periodos correspondientes, a través de llamada telefónica, informando de la investigación conjunta realizada por la Universidad Complutense de Madrid y la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, y pidiendo el consentimiento para la realización de la encuesta. Al final, se les agradece la amabilidad en cuanto a su participación y se les informa del periodo de la siguiente llamada de seguimiento. Si corresponde a la llamada de los 12 meses se les informa de que es la última y se les agradece la participación.

La recogida de datos concluye el 12 de Marzo de 2008 y el correspondiente seguimiento de los pacientes (4 meses en el mes de Octubre de 2008, 8 meses en el mes de Febrero de 2009 y en Junio de 2009 el de 12 meses).

De cara a poder justificar de forma adecuada el uso de los instrumentos de medida utilizados en la presente investigación, hemos realizado una revisión general de dichos instrumentos de medida relativos a apoyo social, ajuste a la enfermedad y afrontamiento.

10.4.7. Instrumentos de evaluación

10.4.7.1. Instrumentos de evaluación del apoyo social

En cuanto a la evaluación del apoyo social existen una gran variedad de instrumentos de medida según se pretenda un acercamiento específico o global. A modo



de resumen existen medidas que evalúan fundamentalmente aspectos estructurales del apoyo e instrumentos que se centran en las funciones que cumple el mismo. En cuanto a los instrumentos que evalúan los aspectos estructurales podemos mencionar el *Social Network Index* (Berkman y Syme, 1979), y el *UCLA Loneliness Scale* (Schill y cols., 1981).

La evaluación de aspectos funcionales del apoyo hacen hincapié en aspectos cualitativos relacionados con la satisfacción del apoyo, entre ellos, el *Arizona Social Support Interview Schedule* (Barrera, 1981), *Instrumental-Expressive Support Scale* (Lin y cols., 1986), *Interpersonal Support Evaluation List* (Cohen Hoberman, 1983) y el *Social Support Questionnaire* (Sarason y cols., 1983).

Otros estudian ambos aspectos de forma conjunta, *Interview Schedule for Social Interaction* (Henderson y cols., 1980), *Social Relationship Scale* (McFarlane y cols., 1981) y *el Inventario de Recursos Sociales* (Díaz Veiga, 1987) (Cit. Barrón, 1996). Para realizar un estudio más profundo sobre los instrumentos de evaluación del apoyo social revisar (Terol y cols., 2004).

10.4.7.2. Instrumentos de evaluación del ajuste a la enfermedad

En cuanto a la evaluación del ajuste a la enfermedad o calidad de vida en enfermedad, podemos encontrar dos clasificaciones, la primera englobarían medidas



generales o globales de ajuste y la segunda, instrumentos de medición ajustados a características concretas de cada patología.

Los instrumentos de evaluación global tratan de obtener medidas representativas de conceptos tales como estado psicológico y mental del paciente, limitaciones en la actividad física debidas a la presencia de la enfermedad, grado de afectación en las relaciones sociales del paciente, dolor, bienestar corporal, etc. y entre las más conocidos están: El *Perfil de salud de Nottingham (NHP)* (Adaptación Española de Alonso, Antó y Moreno, 1990), *Escala de Ajuste Psicosocial a la Enfermedad (PAIS)*(Derogatis, 1986), *Cuestionario General de Salud (GHQ)* (Coldberg y Hieller, 1979), *SIP-Sickness Impact Profile* (Adaptación Española de Badía y Alonso, 1993), *Índice de Barthel* (Mahoney y Barthel, 1965), *Perfil de Salud de DUKE* (Cehlback y Eagner, 1982).

Entre los instrumentos de evaluación específica podemos destacar: *La Escala de Ajuste Mental al Cáncer-MAC-* (Greer, Moorey y Watson,1989), *Escala de Ajuste Personal a la Enfermedad Crónica -PACIS-* (Húrny, 1989), *Escala de Medición del Impacto de la Artritis Reumatoide* (Adaptación Española de Abello-Banfi, 1994), *Cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica* (Adaptación Española de Güell y cols., 1995), *Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus* (Adaptación Española de Robles García y cols., 2003). En cuanto a enfermedad cardiaca se indican los siguientes instrumentos de medida según la tipología (cit. Marín Santos y Urbez, (2006).



Genéricos. Enfermedad cardiovascular

CDS	<i>Cardiac Depression Scale</i>
CHP	<i>Perfil de salud cardíaco (Cardiac Health Profile)</i>
DASI	<i>Índice de actividad de Duke (Duke Activity Status Index)</i>
MILQ	<i>Multidimensional Index of Life Quality</i>
PedsQol	<i>Pediatric Quality of Life Inventory</i>
QL-HP-FP	<i>Quality of Life Index - Cardiac version (Ferrans and Powers)</i>

Arritmia

10-items ICD-QOL	<i>10-item Implantable Cardioverter Defibrillator Quality of Life</i>
8-item ICD-QOL	<i>8-item Implantable Cardioverter Defibrillator Quality of Life</i>

Enfermedad coronaria

APQLQ	<i>Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire</i>
MacNew	<i>MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life Questionnaire</i>
SAQ	<i>Seattle Angina Questionnaire</i>

Fallo cardíaco

CHFQ	<i>Cuestionario para la insuficiencia cardíaca crónica (Chronic Heart Failure Questionnaire)</i>
KCCQ	<i>Cuestionario de cardiomiopatías (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire)</i>
MacNew	<i>MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life Questionnaire</i>
MLHFQ	<i>Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire</i>
QUAL-E	<i>Quality of Life at the End of Life Measure</i>

Hipertensión

CHAL	<i>Calidad de vida en hipertensión arterial</i>
HYPER	<i>Hypertension Status Inventory</i>
MINICHAL	<i>Short form of Quality of Life Questionnaire for Arterial hypertension</i>

Úlceras vasculares

CCVUQ	<i>Charlton Cross Venous Ulcer Questionnaire</i>
DFS	<i>Diabetic Foot ulcer Scale</i>
LFUQ	<i>Leg and Foot Ulcer Questionnaire</i>

Infarto de miocardio

CCVPPI	<i>Cuestionario español de calidad de vida en pacientes postinfarto</i>
MacNew	<i>MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life Questionnaire</i>
MIDAS	<i>Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale</i>
QL-SP	<i>Quality of Life for Cardiac Spouses</i>

Enfermedad arterial periférica oclusiva (incluyendo claudicación intermitente)

Artemis	<i>Assessment of Quality of Life in lower limb arteriopathy</i>
---------	---

Insuficiencia venosa

AVVQ	<i>Aberdeen Varicose Veins Questionnaire</i>
CVIQ	<i>Cuestionario de calidad de vida para la insuficiencia venosa crónica (Quality of Life Questionnaire for Low Limb Venous Insufficiency)</i>



10.4.7.3. Instrumentos de evaluación del afrontamiento.

En relación a las estrategias de afrontamiento, su delimitación conceptual es menos precisa debido a las diferentes etiquetas verbales utilizadas, ya que su definición ha estado unida al desarrollo de instrumentos de medida de las mismas. Estos instrumentos gozan de una enorme diversidad de enfoques. Con lo cual, es más frecuente encontrar estudios que se centran en la definición de las estrategias de afrontamiento que de los estilos, dándose en las estrategias del afrontamiento una mayor complejidad y especificidad de los componentes que operan sobre la conducta final. Revisados los principales instrumentos de medida, podemos señalar de los más utilizados, la *tipología de Meichenbaum y Turk* (1982); el "*Inventario Multidimensional de Afrontamiento*" de Endler y Parker (1990); el "*Inventario de Tipos de Afrontamiento*" de Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen (1986); el "*Catálogo de Afrontamiento*" de Schreurs, Willige, Tellegen y Brosschot (1987); el *COPE* o "*Estimación de Afrontamiento*" de Carver, Scheier y Weintraub (1989); el "*Inventario de Estrategias de Afrontamiento*" de Holroyd y Reynolds (1982); y el "*Inventario breve de Propensión a la Enfermedad*" de Eysenck (1991),(cit. González Martínez, 2004).

En cuanto a validación de **escalas de afrontamiento con población española en su dimensión de estudio de la enfermedad física**, cabe destacar el *Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CEA)* (Rodríguez-Marín y cols., 1992), la *Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento* de Fernández-Abascal (1997) y más específicamente el



Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos – CAEPO – (González Martínez, 2004).

Finalidad de la escala de afrontamiento.

En cuanto a las enfermedades cardiacas, hechas las revisiones oportunas, no se ha hallado evidencia documental en relación a protocolos de evaluación del afrontamiento específico para dichos pacientes.

Como el objetivo de esta investigación es evaluar el tipo de afrontamiento que desarrolla la pareja y la percepción que tiene el paciente del mismo como variable influyente en el ajuste, se ha diseñado un instrumento de valoración del mismo para poder acercarnos a este proceso de afrontamiento mutuo de la enfermedad.

10.4.7.4. Pruebas aplicadas y propiedades psicométricas.



10.4.7.4.1. Apoyo social de la pareja medido a través de una adaptación del cuestionario de Díaz Veiga (1987). El cuestionario original se construyó para evaluar apoyo social en población anciana, Se aplica mediante un formato de entrevista estructurada que explora cuatro tipos de interacción social: pareja, hijos, familiares (hermanos, primos, sobrinos...) y amigos. El objetivo de los ítems es conocer las relaciones sociales, así como el tipo de apoyo que éstas proporcionan.



Cada apartado consta de tres ítems referentes a las características evaluadas: frecuencia de contactos (aspectos objetivos de la red) y tipo de apoyo (emocional, informacional e instrumental), a través de la relación y grado de satisfacción general con la misma (aspectos subjetivos).

Para el desarrollo de este trabajo de investigación se ha elegido solamente el área conyugal. Los aspectos que se pretende evaluar son: Si la pareja recibe apoyo emocional, material, e informacional. Todos ellos aspectos funcionales del apoyo social. Las puntuaciones se distribuyen en una escala tipo Licker que va desde 1 (mínimo apoyo del Cónyuge) hasta 7 (máximo apoyo del cónyuge).

En cuanto a la fiabilidad del instrumento se obtuvieron índices de coherencia interna en las diferentes subescalas. En las variables que utilizaban puntuaciones escalares, se aplicó el coeficiente “alfa” de Cronbath encontrándose un valor de 0,35 para la escala de frecuencia y 0,57 para la de satisfacción. En lo relativo a las dimensiones que utilizaban puntuaciones dicotómicas se aplicó la fórmula Kuder-Richardson, hallándose los siguientes valores: 0,34 para la dimensión referente al tamaño, 0,86 para la de apoyo emocional y 0,42 para la concerniente al apoyo instrumental.



10.4.7.4.2. E valuación d el t ipo d e a frontamiento en e nfermedad

cardiaca: Por un lado, se realiza una evaluación en cuanto al tipo de afrontamiento percibido por el paciente de su pareja, en el que se incluyen las dimensiones de afrontamiento activo y pasivo (aplicado al paciente). Y por el otro, el tipo de



afrontamiento activo o pasivo que utiliza la pareja con respecto al paciente
(aplicado a la pareja).

El cuestionario está compuesto por 17 ítems, divididos en 2 escalas: en las que se evalúa aspectos del afrontamiento activo y aspectos del afrontamiento pasivo. La valoración de los ítems se desarrolla en un escala continua tipo Likert, en donde se sitúa la respuesta del sujeto, (de 1 a 4 y 9= no procede) es decir; 1= “Nunca o casi nunca”, 2=” En algunas ocasiones”, 3=” En bastantes ocasiones”, 4=” Con mucha frecuencia” y 9=”No procede”



10.4.7.4.3. Ajuste a la enfermedad d el paciente –S.I.P.- *Sickness Impact Profile* (Bergner y otros, 1981). Para el presente estudio se utiliza la adaptación española de Badía y Alonso de 1994. Donde seleccionamos aquellos ítems que reflejen la adaptación a las características específicas de la enfermedad cardiaca, por ello evaluamos, en su dimensión física (trabajo, nutrición y movilidad) y en su dimensión psicosocial (ocio y pasatiempos, relaciones sociales, actividad intelectual y actividad emocional). Este cuestionario mide la disfunción, basada en los cambios de la conducta, que causan los problemas de salud en 12 categorías.

Contiene 136 ítems ponderados según su importancia relativa en cada categoría. Para el presente estudio se seleccionan aquellos ítems que reflejen la adaptación a las características específicas de la enfermedad cardiaca. Por ello evaluamos en su dimensión física las categorías de trabajo, nutrición y movilidad y en su dimensión psicosocial, las



categorías de ocio y tiempo libre, relaciones sociales, actividad intelectual y actividad emocional, en resumen 72 ítems.

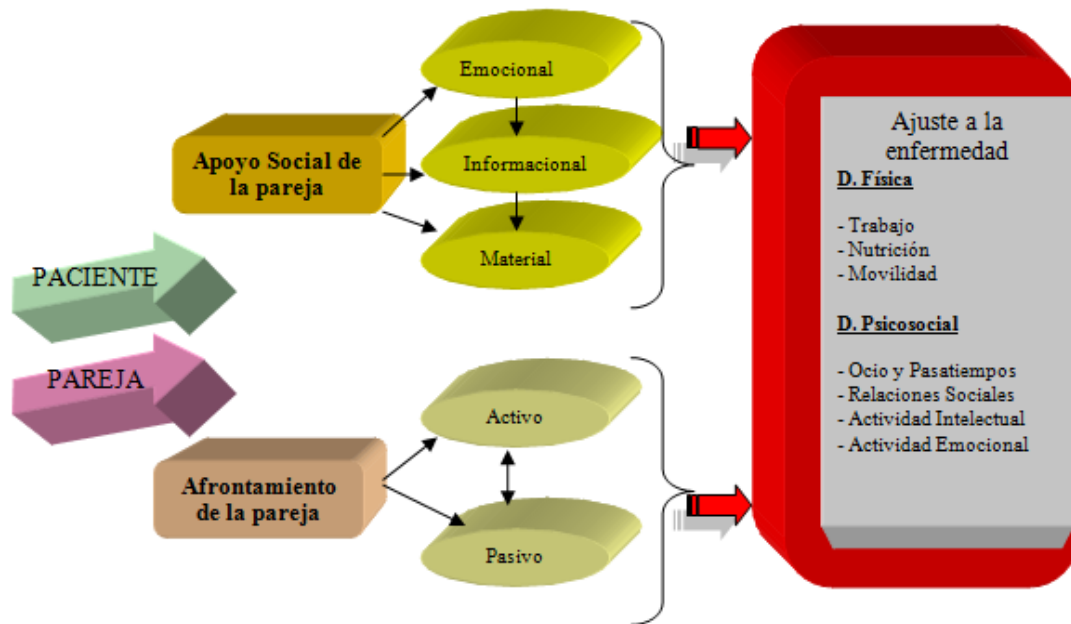
La escala se distribuye en puntuaciones dicotómicas (ausencia o presencia de sintomatología)

Dimensión física	Dimensión psicosocial
<ul style="list-style-type: none">• Trabajo• Nutrición• Movilidad	<ul style="list-style-type: none">• Ocio y tiempo libre• Relaciones sociales• Actividad intelectual• Actividad emocional

La versión española muestra una alta consistencia interna (0,95), siendo menor en las categorías de nutrición y sueño y descanso. . La fiabilidad test-retest es de 0,96 y el coeficiente de correlación intraclase de 0,95.

La correlación con el Índice de Katz de actividades de la vida diaria oscila entre 0,42 y 0,46. Este valor tan bajo puede explicarse por la amplitud de la puntuación total del SIP. La correlación con el Índice de Barthel es de 0,74. Las subescalas del SIP correlacionan 0,86 (la física) y 0,65 (la psicosocial) con el *Arthritis Impact Measurement Scale*. La subescala psicosocial correlaciona 0,72 con la escala de depresión de Carroll.

Se ha mostrado sensible al cambio, aunque tal vez menos que el *SF-36* o el *Functional Status Questionnaire*. Se ha sugerido que es poco sensible a cambios pequeños producidos en poco tiempo y estaría más indicado para valorar cambios a largo plazo y con más precisión variaciones negativas que positivas Badia y Alonso (1994).



10.4.7.5. Fiabilidad de las escalas aplicadas

Los datos de fiabilidad de los cuestionarios aplicados para el presente estudio son los siguientes (véase *Tabla 5*):

La fiabilidad para el inventario de recursos sociales que se aplicó a la muestra de pacientes fue de un α de 0,75 para la evaluación inicial (T_1) y un α de 0,78 para la evaluación final (T_2). Por otro lado, en la muestra de parejas se obtuvo un α de 0,8 en (T_1) y 0,88 para (T_2).



En cuanto al cuestionario sobre el tipo de afrontamiento percibido por el paciente de su pareja se alcanzó un α de 0,80 en T₁ y 0,88 en T₂. Por otro lado, en cuanto al tipo de afrontamiento de la pareja el α en T₁ fue de 0,82 y el α para T₂ fue de 0,85. El cuestionario de ajuste a la enfermedad del paciente alcanzó un α de 0,86 en T₁ y un α de 0,85 en T₂. Según se observa en la siguiente tabla resumen.

Tabla 5. Fiabilidad de los instrumentos de medida aplicados en los dos momentos de evaluación.

Variables de estudio	FIABILIDAD			
	Cuestionario aplicado		Fiabilidad	
			T ₁	T ₂
Apoyo social del cónyuge	INVENTARIO DE RECURSOS SOCIALES (Paciente)	$\alpha =$	0,753 (n=3)	0,785 (n=3)
	INVENTARIO DE RECURSOS SOCIALES (Pareja)	$\alpha =$	0,806 (n=3)	0,889 (n=3)
Evaluación del tipo de afrontamiento ante enfermedad cardíaca:	TIPO DE AFRONTAMIENTO PERCIBIDO POR EL PACIENTE DE SU PAREJA.	$\alpha =$	0,804 (n=17)	0,815 (n=17)
	TIPO DE AFRONTAMIENTO DE LA PAREJA.	$\alpha =$	0,822 (n=17)	0,856 (n=17)
Ajuste a la enfermedad	AJUSTE A LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE.	$\alpha =$	0,869 (n=76)	0,884 (n=76)



10.5. Introducción al análisis de resultados.

En este apartado de resultados se mostraran los análisis correspondientes a la comprobación de las hipótesis inicialmente planteadas. De cara a su comprensión se exponen a continuación, tanto las pruebas de contraste de hipótesis empleadas como los criterios específicos que se han manejado para su elección. Dado el carácter no normal de los datos, se han utilizado pruebas no paramétricas, lo que ha exigido reagrupar los datos en función por un lado, del apoyo social, afrontamiento e interacción entre ambas variables y, por otro, tanto de las medidas pre- y post-tratamiento como de los grupos experimental y control. El modo en el que se ha realizado dicha agrupación se expone en el apartado 10.5.1.

En la comprobación de las hipótesis referentes a la relación entre apoyo social y su influencia en el ajuste a la enfermedad (*hipótesis 1,2,9*) se ha utilizado la prueba F (de Fisher) que permite determinar si las medias de múltiples poblaciones normalmente distribuidas y con la misma desviación estándar son iguales.

En cuanto a los análisis de la variable afrontamiento (*hipótesis 4, 5 y 6*) se ha utilizado por un lado, para la *hipótesis 4* la prueba de Kruskal-Wallis que determina si un grupo de datos proviene de la misma población. Intuitivamente, es idéntico al ANOVA pero con los datos reemplazados por categorías. Ya que es una prueba no paramétrica, la prueba de Kruskal-Wallis no asume normalidad en los datos, en oposición al tradicional



ANOVA. Como hipótesis nula se asume y como alternativa que los datos tienen distribuciones distintas.

En cuanto a las *hipótesis 5 y 6* se utiliza la prueba U de Mann-Whitney, muy fiable de cara a comparar dos variables continuas independientes. La hipótesis nula es que no hay diferencias y la alternativa que éstas sí existen. Analizamos con esta prueba si las observaciones de ambos grupos son independientes, es decir, que sí existen diferencias entre ambos grupos.

Para contrastar los cambios producidos en las diferentes variables como resultado del paso por el Programa de Rehabilitación Cardíaca (*hipótesis 7* relativa al efecto de la intervención en cada una de las variables) se ha utilizado, en primer lugar, el Contraste de los Signos para la mediana de las diferencias, pues permite evaluar las diferencias entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento. También el Test de los rangos con Signo de Wilcoxon, que compara la mediana de dos muestras relacionadas y determina si existen diferencias entre ellas. Esta prueba se utiliza como alternativa a la prueba t de Student cuando no se puede suponer la normalidad de la distribución de las muestras, como ocurre en nuestro caso. Es similar al test de los signos por aumento o disminución de la variable, pero teniendo además en cuenta “*la magnitud del cambio*”. Por tanto es más potente que el test de los signos.

Por último y para evaluar la adherencia a las pautas recomendadas dentro del Programa de Rehabilitación Cardíaca como consecuencia de que la pareja le recuerde dichas recomendaciones al paciente (*hipótesis 10*), se ha utilizado una prueba de Chi-



cuadrado que nos permite determinar si existe una relación entre dos variables categóricas. Es necesario resaltar que esta prueba nos indica si existe o no una relación entre las variables, pero no indica el grado o el tipo de relación; es decir, no indica el porcentaje de influencia de una variable sobre la otra o la variable que causa la influencia.

A continuación y descritos brevemente los análisis que se van a utilizar en este trabajo para la comprobación de nuestras hipótesis, vamos a exponer cómo se han creado los grupos en las diferentes variables. Supondremos que los pacientes que participan en el análisis, tienen comportamientos similares que permiten agruparlos por perfiles. Este agrupamiento obedecerá principalmente a la similitud estadística de las respuestas dadas a los grupos de preguntas que miden los siguientes aspectos:

- Apoyo social
- Ajuste a la enfermedad
- Afrontamiento de la enfermedad.

Los grupos creados variarán según el tiempo de medición, es decir, se tendrá el comportamiento antes y después del paso por el Programa de Rehabilitación Cardíaca. Sin embargo, inicialmente los análisis aplicados a la muestra corresponden a la medida post-tratamiento por considerar sus puntuaciones más estables.



10.5.1. Creación de grupos en la muestra de pacientes

Inicialmente se procede a establecer perfiles de respuesta de los pacientes frente a la intervención. Es por ello que se hace necesario el uso de técnicas de clasificación, mediante las cuales, agruparemos a los pacientes dependiendo de las respuestas obtenidas en el cuestionario. Aunque las variables se encuentran medidas en una escala de 1 a 7, pocas respuestas se han encontrado en los valores altos de la misma. Este hecho hace que debamos trabajarlas como variables ordinales más que escalares.

Inicialmente, se aplica el método de componentes principales para datos categóricos con el fin de reducir el conjunto de variables a unas nuevas que no presenten correlación entre ellas y guarden la mayor parte de la varianza original de los datos. Como resultado, se extrae un factor con el cual se crearán los grupos a analizar (véase en *Tablas: Figuras 1,2 y 3*).

10.5.1.1. Clasificación según el grado de apoyo:

En este caso se incluyeron las variables relacionadas con el tipo de apoyo proporcionado al paciente por parte de su pareja.

1. Apoyo Emocional
2. Apoyo Informativo
3. Apoyo Material



Se obtiene que la primera componente recoge el 73,7% de la variabilidad total y la segunda el 26.3%. La primera componente informa del nivel de apoyo general percibido por el paciente. La segunda componente diferencia los pacientes con alto apoyo material de los pacientes con alto grado de apoyo emocional e informacional.

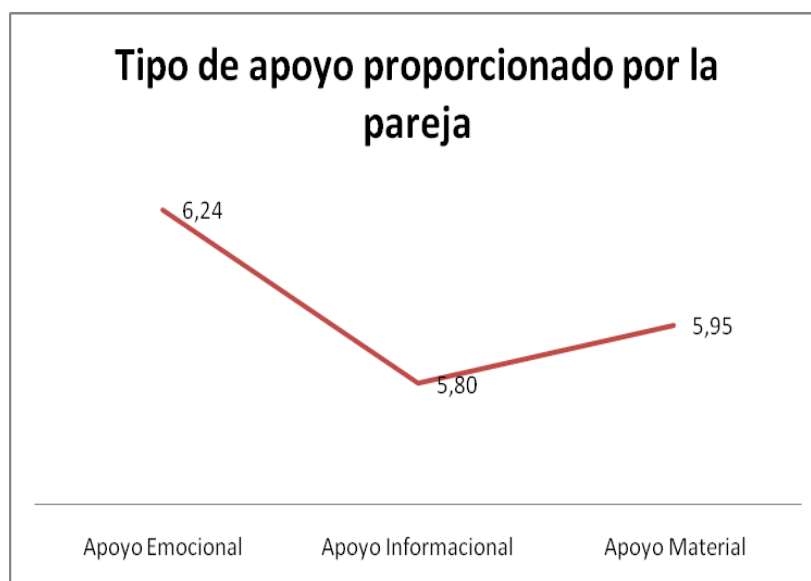
Utilizando la primera componente, que recoge un alto porcentaje de varianza, creamos los grupos de nivel de apoyo percibido mediante percentiles. La formación de grupos se hace por percentiles, es decir, se ordenan las puntuaciones de los individuos y el 60% de los datos con menores valores formarán un grupo y el 40% más alto el otro grupo. Se eligió esta división ya que hay pocos individuos que presenten puntuaciones bajas.

Se obtienen dos grupos caracterizados por:

Grado de apoyo alto. Donde se concentran el 40% de las puntuaciones altas.

Grado de apoyo bajo. El 60% de las puntuaciones bajas.

Gráfico 6. Distribución de la media en función del tipo de apoyo proporcionado por la pareja al paciente.





En cuanto a la distribución de la media para el tipo de apoyo que el paciente percibe proveniente de su pareja, se observa que el apoyo más relevante dentro de la muestra estudiada es el de tipo emocional ($\bar{x}=6,24$) y material ($\bar{x}=5,95$). Sin embargo, el apoyo de tipo informacional ($\bar{x}=5,80$) es el que la pareja proporciona en menor medida según indica el gráfico 6.

10.5.1.2 Clasificación según el grado de satisfacción con el apoyo:

En cuanto a las variables relacionadas con la satisfacción con el tipo de apoyo proporcionado al paciente por parte de su pareja, analizamos las siguientes (*véase en Tablas: Figuras 4,5 y 6*).

1. Satisfacción con el Apoyo Emocional
2. Satisfacción con el Apoyo Informacional
3. Satisfacción con el Apoyo Material

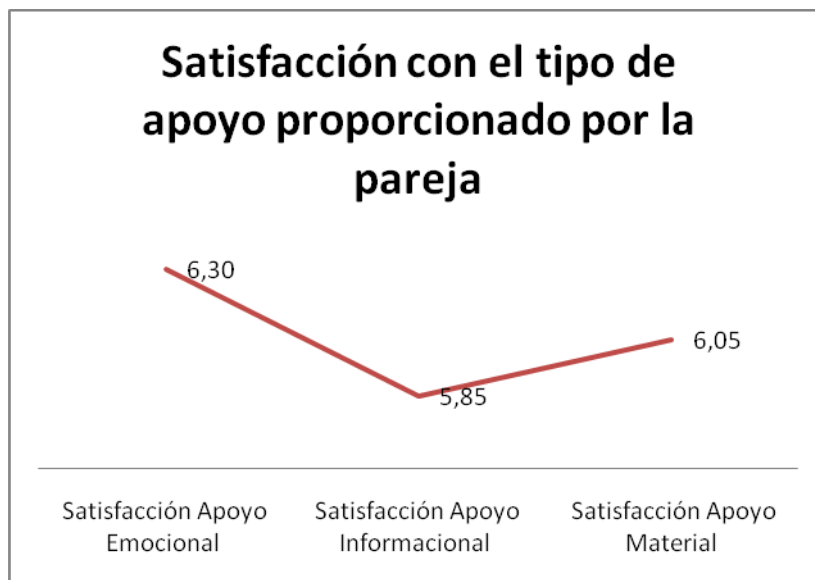
Se obtiene que la primera componente recoge el 82.9% de la variabilidad total y la segunda recoge el 17.1%. La primera componente informa del *nivel de satisfacción con el apoyo general percibido por el paciente*, la segunda componente diferencia los pacientes con alto grado de satisfacción con el apoyo emocional de los pacientes con alto nivel de satisfacción material e informacional. Con el mismo criterio anterior creamos dos grupos:



Grado de satisfacción alto: En el que el 40% corresponde a los casos con valores más altos.

Grado de satisfacción bajo: El 60% de las puntuaciones más bajas.

Gráfico 7. Distribución de la media en función del grado de satisfacción con el tipo de apoyo proporcionado por la pareja.



Los valores de la media (véase gráfico 7) con respecto a la satisfacción con el apoyo percibido por el paciente de su pareja, ratifican la tendencia observada en el gráfico del grado de apoyo, exceptuando que las medias en cuanto a la satisfacción con los diferentes tipos de apoyo son ligeramente más elevadas (Emocional $\bar{x}=6,30$, Informativa $\bar{x}=5,85$ y Material $\bar{x}=6,05$).



10.5.1.3. Clasificación según el nivel de ajuste a la enfermedad:

Como las variables analizadas son de tipo cuantitativo (porcentaje de respuestas afirmativas) utilizamos el análisis de conglomerados que es una técnica multivariante que permite agrupar a los individuos en función de la similaridad existente entre ellos en sus puntuaciones. El primer método utilizado es un análisis jerárquico, que ofrece una idea de la forma en que la muestra se agrupa. El segundo método es el análisis de K-medias que agrupa a los individuos en cluster de tal forma que de un mismo grupo sean lo más similares posibles, y los de grupos distintos lo más heterogéneos posibles (*véase en Tablas: Figuras 7,8 y 9*).

Se plantea la creación de 3 o 2 grupos. Al crear dos grupos se observa que:

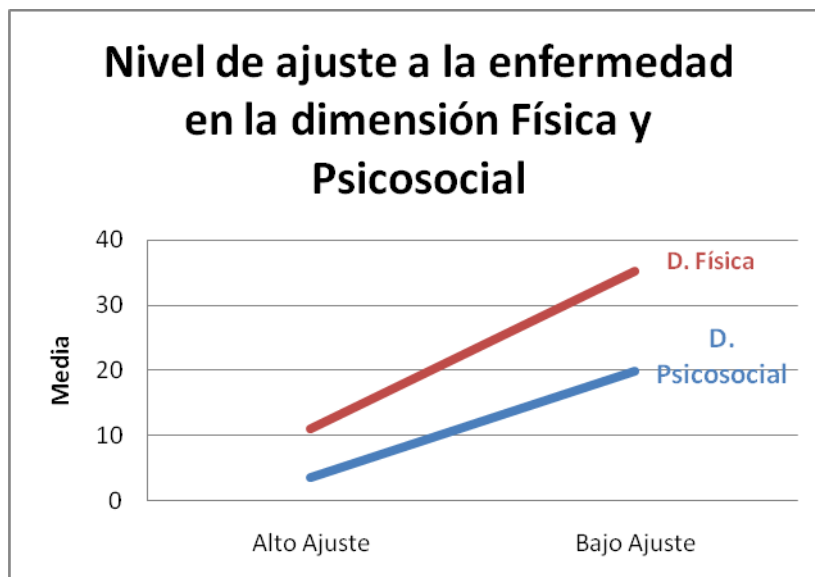
El grupo 1 lo conforman 66 individuos cuyas puntuaciones son bajas, es decir, los que no han puntuado en el ítem, con lo cual, no han presentado sintomatología de desajuste o disfunción. Es decir, individuos que presentan un **ALTO AJUSTE ANTE LA ENFERMEDAD**.

El grupo 2 lo conforman 32 individuos cuyas puntuaciones son altas, es decir, quienes han puntuado en el ítem, y por lo tanto, han presentado sintomatología de desajuste o disfunción. Es decir, personas que presentan un **BAJO AJUSTE ANTE LA ENFERMEDAD**.



Por otro lado, y teniendo en cuenta las dos dimensiones del ajuste, nos interesa saber cuál de ellas, la física o la psicosocial, tiene mayor importancia de cara al ajuste general de la enfermedad.

Gráfico 8. Distribución de la media en función del ajuste a la enfermedad en cada dimensión

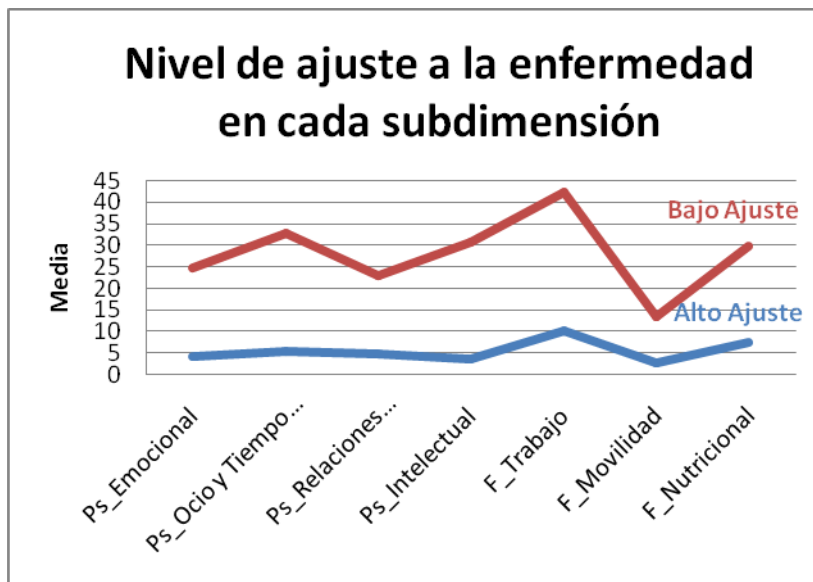


Como se observa en el gráfico 8, los pacientes presentan un mejor ajuste a la enfermedad en la dimensión psicosocial (media más baja) en comparación con la dimensión física (media más elevada).



Asimismo, pretendemos explorar dentro de cada dimensión, cuáles son las áreas que reflejan un mayor déficit o, al contrario, son indicadores de una buena adaptación dentro de la patología cardiovascular.

Gráfico 9. Distribución de la media en función del nivel de ajuste a la enfermedad en cada subdimensión



A este respecto como se observa en el gráfico 9, los pacientes con un buen ajuste puntúan más bajo en todas las áreas. Tienen una representación gráfica más plana, exceptuando el área de trabajo dentro de la *dimensión física*, que parece ser más sintomática de disfunción.

Entre los pacientes con peor ajuste se observa una gráfica de medias ligeramente más elevadas: en la *dimensión psicosocial*, áreas como la *actividad intelectual* y el *ocio* y



tiempo libre presentan más disfunción. Mientras que en la *dimensión física* sigue siendo el trabajo el área más afectada.

También se han analizado las correlaciones existentes entre la *dimensión psicosocial* y *física* para verificar el grado en las relaciones dentro de cada dimensión (Véase Tabla 6).

Tabla 6. Matriz de correlación de Spearman relacionando las diferentes subdimensiones.

		D. Psicosocial				D. Física		
		Emocional	R. Sociales	A. Intelectual	Ocio y T.L.	Movilidad	Trabajo	Nutrición
D. Psicosocial	Emocional	....					
	R. Sociales	,465(**)	....				
	A. Intelectual	,361(**)	,457(**)	....			
	Ocio y T.L.	,200(*)	,676(**)	,331(**)	....		
D. Física	Movilidad	,179	,433(**)	,219(*)	,450(**)	....	
	Trabajo	,085	,010	,124	,053	-,043	....
	Nutrición	,150	,282(**)	,322(**)	,200(*)	,179	,040	....

*** p<,001, ** p<,05, * p<,1

En la tabla 6 se presentan las correlaciones relativas a la asociación entre las diferentes subdimensiones del ajuste. La *dimensión psicosocial* presenta correlaciones significativas en todos sus niveles, donde se dan correlaciones más altas en las *relaciones sociales* con *ocio* y *tiempo libre* ($p=0.676$, $p<0.01$). En la *dimensión física* se observan menos relaciones (*movilidad* y *nutrición* están correlacionadas con los diferentes niveles de



la *dimensión psicosocial*, exceptuando la parte *emocional*). El área de *trabajo* no se relaciona con ninguna otra y tampoco existe correlación dentro de las áreas de la *dimensión física*, es decir, que los diferentes niveles de la *dimensión física* no presentan una influencia significativa entre sí.

10.5.1.4. Clasificación según el tipo de Afrontamiento percibido:

El cuestionario de percepción del afrontamiento se divide en dos dimensiones:

1. Afrontamiento activo
2. Afrontamiento pasivo

Se han distribuido los individuos según sus puntuaciones en la escala de afrontamiento con respuestas en activo o pasivo.

Como se observa en la tabla 7 al inicio del programa las parejas muestran valores medios en cuanto a la distribución de las frecuencias, *afrontamiento pasivo* (48,5%) y *afrontamiento activo* (51,5). Es decir, destaca ligeramente el afrontamiento de carácter pasivo pero no de forma significativa.

Tabla 7. Distribución de las frecuencias en función del tipo de afrontamiento percibido por el paciente de su pareja (T₁)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Afrontamiento pasivo	48	48,5	48,5	48,5
Afrontamiento activo	51	51,5	51,5	100,0
Total	99	100,0	100,0	



En cambio, en el momento de evaluación final, tras el paso por el Programa de Rehabilitación Cardíaca, se observa que el afrontamiento pasivo aumenta significativamente (74,7%) frente al afrontamiento de tipo activo (25,3%) (véase Tabla 8).

Tabla 8. Distribución de las frecuencias en función del tipo de afrontamiento percibido por el paciente de su pareja (T₂)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Afrontamiento Pasivo	74	74,7	74,7	74,7
Afrontamiento Activo	25	25,3	25,3	100,0
Total	99	100,0	100,0	



10.6. Análisis de datos: Estudio 1

10.6.1. Hipótesis 1:

El apoyo de la pareja influye mejorando el ajuste a la enfermedad cardíaca del paciente. Es decir, que a más apoyo existirá un mejor ajuste.

En relación a la primera de nuestras hipótesis, la prueba F de Fisher ($p=,46$) indica que no existe dependencia entre el apoyo percibido por el paciente de su pareja y el ajuste a la enfermedad cardíaca del mismo (*véase en Tablas: Figura 9*). También hemos querido explorar si existe relación entre el tipo de apoyo (emocional, informacional y material) y el ajuste a la enfermedad. Como indica los resultados de la U de Mann-Whitney no se ha encontrado ninguna relación significativa (*apoyo emocional, $U = 980,5$ $p=,6$; apoyo informacional, $U = 954$ $p=,56$; apoyo material, $U = 968,5$ $p=,74$) (*véase en Tablas: Figura 11*).*

10.6.2. Hipótesis 2:

La satisfacción del apoyo proporcionado por la pareja influirá mejorando el ajuste a la enfermedad del paciente. Es decir, que ante una mayor satisfacción con el apoyo existirá también un mejor ajuste.



Tampoco en este caso se observa ninguna asociación entre el grado de satisfacción con el apoyo proporcionado por la pareja al paciente y el ajuste a la enfermedad ($p=,41$) (véase en Tablas: Figura 12).

Igualmente se ha confirmado a través de la U de Mann-Whitney que tampoco la satisfacción con el tipo de apoyo tiene relación con el ajuste (*Satisfacción con el apoyo emocional*, $U = 992,5$ $p=,67$; *Satisfacción con el apoyo informacional*, $U = 1020,5$ $p=,97$ y *Satisfacción con el apoyo material*, $U = 860$ $p=,2$) (véase en Tablas: Figura 11).

10.6.3. Hipótesis 3:

El afrontamiento activo percibido por el paciente de su pareja promoverá el ajuste de la enfermedad del paciente. El afrontamiento activo mejora el ajuste.

En cuanto a la tercera hipótesis planteada, se obtiene una *p de Fisher* de ,008 con lo cual, bajo a un nivel de significación de $\alpha=,01$, resolvemos que existe evidencia estadística de que el tipo de afrontamiento a la enfermedad que el paciente percibe en su pareja tiene influencia en el ajuste a la enfermedad del propio paciente.

Por otro lado, nos interesa saber si el afrontamiento activo percibido por el paciente de su pareja es más importante de cara a la adaptación a la enfermedad (véase en Tablas: Figura 13).



Tabla 8. Porcentaje de los grupos según el nivel de ajuste y el tipo de afrontamiento.

	Alto Ajuste	Bajo Ajuste	Total
Afrontamiento pasivo	60,3%	39,7%	100,0%
Afrontamiento activo	88,0%	12,0%	100,0%

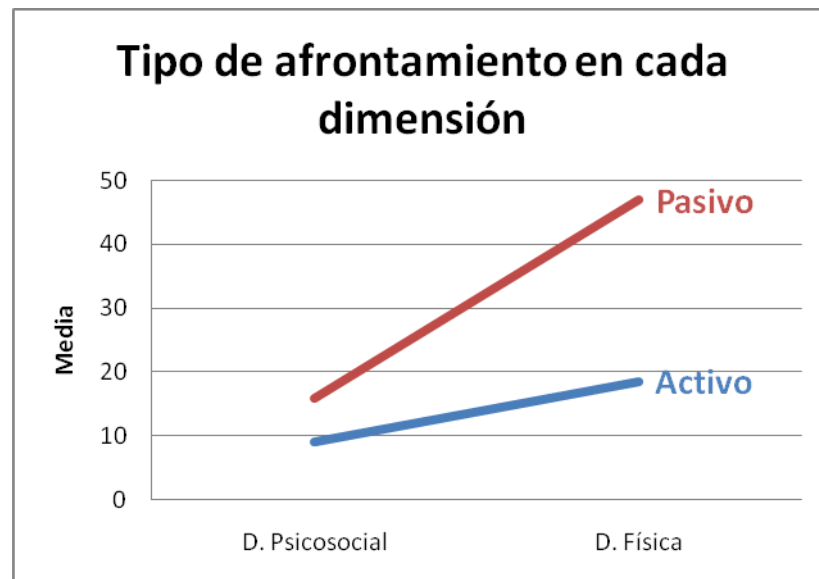
% de la fila

En la tabla 8 se indica que el 88% de los pacientes que perciben un afrontamiento activo a la enfermedad por parte de sus parejas presentan ellos mismos un alto grado de ajuste, mientras que tan solo el 60,3% que perciben un afrontamiento pasivo por parte de sus parejas, tienen un alto ajuste a la enfermedad. Por tanto, podríamos concluir que el afrontamiento activo que percibe el paciente de su pareja mejora el ajuste a su enfermedad.

Para conocer cuál de las dimensiones del ajuste (*Física y Psicosocial*) tiene más importancia en cuanto al afrontamiento que la pareja desarrolla. Se observa en el gráfico 10, que los pacientes que perciben un afrontamiento activo por parte de su pareja presentan puntuaciones que indican un mejor ajuste a la enfermedad, sobre todo en la dimensión psicosocial (*aspectos emocionales, relaciones sociales, actividad intelectual y ocio y tiempo libre*). Las conductas sobreprotectoras pueden llevar a que los pacientes presenten más sintomatología y un peor ajuste, sobre todo en la dimensión física (*movilidad, trabajo y nutrición*).



Gráfico 10. Distribución de las medias en cuanto al tipo de afrontamiento en función de las dimensiones de ajuste.



10.6.4. Hipótesis 4:

Cuanto más apoyo de carácter emocional e informacional proporcione la pareja al paciente, mayor será la percepción de un afrontamiento activo por parte del paciente de su pareja.

Utilizamos la prueba de Kruskal-Wallis donde la hipótesis nula corresponde a que las medianas de cada una de las variables que componen el apoyo proporcionado por la pareja son iguales en los dos tipos de afrontamiento percibido. En este caso se encuentra que existe una diferencia entre las puntuaciones de apoyo emocional proporcionado por la

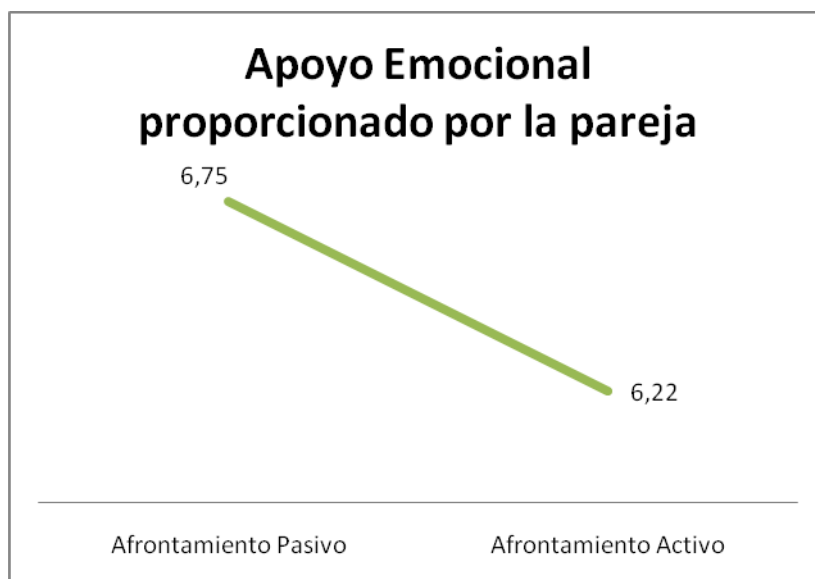


pareja al paciente y la percepción que tiene el paciente sobre el tipo de afrontamiento de su pareja con una significación moderada ($KW = ,05$; $p = ,1$) (véase en Tablas: Figura 14).

La representación de las medias del gráfico 11 nos muestra ligeras diferencias. Los pacientes que perciben de sus parejas un afrontamiento pasivo (sobreprotector) tienden a presentar un mayor grado de apoyo emocional de éstas. Es decir, que la pareja que proporciona un alto apoyo emocional estaría en mayor medida relacionada con la percepción por parte del paciente de un afrontamiento pasivo ($\bar{x} = 6,75$).

Por otro lado, los pacientes que perciben un afrontamiento de carácter activo por parte de sus parejas con respecto a su enfermedad presentarían menos apoyo emocional de éstas ($\bar{x} = 6,22$).

Gráfico 11. Distribución de las medias según el apoyo emocional proporcionado por la pareja al paciente y el tipo de afrontamiento.





10.6.5. Hipótesis 5:

El apoyo del paciente a su pareja mejora el afrontamiento de carácter activo desarrollado por la pareja.

Para la comprobación de esta hipótesis utilizamos la U de Mann-Whitney. En este caso, observamos a través de los resultados que no existen diferencias significativas en cuanto al apoyo que proporciona el paciente a su pareja (*apoyo emocional*, $U = 892$ $p = ,71$; *apoyo informacional*, $U = 746$ $p = ,40$; *apoyo material*, $U = 876,5$ $p = ,92$) y el tipo de afrontamiento que desarrolla ésta con respecto a la enfermedad del paciente (véase en *Tablas: Figura 15*).

10.6.6. Hipótesis 6:

La satisfacción de la pareja con el apoyo que recibe del paciente mejora el afrontamiento de carácter activo desarrollado por la pareja.

Tampoco se encuentran diferencias (U de Mann-Whitney) en cuanto a la satisfacción de la pareja con el apoyo que recibe del paciente y el tipo de afrontamiento desplegado por ésta ante la enfermedad del propio paciente (*satisfacción con el apoyo emocional*, $U = 797,5$ $p = ,43$; *satisfacción con el apoyo informacional*, $U = 804$ $p = ,82$; *satisfacción con el apoyo material*, $U = 844,5$ $p = ,87$) (véase en *Tablas: Figura 16*).



10.6.7. Hipótesis 7:

Debido al efecto de la intervención por parte del Programa de Rehabilitación Cardíaca se modifica el nivel de apoyo social y el tipo de afrontamiento tanto del paciente como de su pareja (evaluación pre y post tratamiento).

En relación a esta hipótesis se utilizan dos pruebas para la comprobación de la misma (prueba de Signos y prueba de Wilcoxon) en la que sí parecen observarse cambios significativos como efecto de tomar parte en el Programa de Rehabilitación Cardíaca (véase *Tabla 9*).

Por un lado, en el grado de apoyo informacional que en ambas pruebas resulta significativo, tanto para la prueba de Signos ($z = -2,13, p = ,03$) como la de Wilcoxon ($z = -2,53, p = ,01$). Siendo la prueba de Wilcoxon más estricta. En el tipo de afrontamiento percibido por el paciente de su pareja también se confirma un cambio entre las dos mediciones ($z = -1,85, p = ,06$) confirmada a través de la prueba de los Signos. En cuanto a las dos dimensiones del ajuste, se observa un mayor grado de significación en la dimensión Psicosocial con ambas pruebas Signos ($z = -1,93, p = ,05$) y Wilcoxon ($z = -3,29, p = ,00$). En la dimensión física solo la prueba de Wilcoxon indica significación al nivel del 5% ($z = -2,02, p = ,04$).

En cuanto a la muestra de parejas no se han encontrado ninguna relación significativa entre el momento inicial y final de la evaluación (véase en *Tablas: Figura 17*).



Tabla 9. Cambio por efecto del tratamiento: T₁ vs T₂

Variable		Prueba de los signos p-valor		Prueba de Wilcoxon p-valor	
Paciente	Grado de apoyo emocional (n=95)	z =-1,39	p = ,16	z =-1,60	p = ,10
	Grado de apoyo informacional (n=95)	z =-2,13	p = ,03**	z =-2,53	p = ,01***
	Grado de apoyo material (n=95)	z =-1,32	p = ,18	z =-1,44	p = ,14
	Afrontamiento (percepción)	z =-1,85	p = ,06*	z =-1,53	p = ,13
	Ajuste psicosocial (n=98)	z =-1,93	p = ,05*	z =-3,29	p = ,00***
	Ajuste físico (n=98)	z =-1,46	p = ,14	z =-2,02	p = ,04**
Pareja	Grado de apoyo emocional	z =-,95	p = ,34	z =-,70	p = ,48
	Grado de apoyo informacional	z =-,43	p = ,66	z =-,26	p = ,79
	Grado de apoyo material	z =-,48	p = ,62	z =-,35	p = ,72
	Afrontamiento (real)	z =-,33	p = ,73	z =-,50	p = ,61

*** p<,001, ** p<,05, * p<,1

10.6.8. Hipótesis 8:

El que las parejas acudan al Programa de Rehabilitación Cardíaca tiene un efecto positivo en las variables estudiadas (apoyo social, tipo de afrontamiento percibido y ajuste a la enfermedad) tanto en los pacientes como en las parejas.

Para comprobar esta hipótesis se ha utilizado la prueba de Kruskal-Wallis que indica si existen diferencias entre el **grupo control** (no acudir con su pareja) y **experimental** (acudir con su pareja), en las variables estudiadas: apoyo social, afrontamiento y ajuste a la enfermedad.



Tabla 10. Diferencias entre grupos

	Variables	p-valor
Paciente	Apoyo Emocional	Kruskal Wallis p = ,16
	Apoyo Informacional	Kruskal Wallis p = ,03**
	Apoyo Material	Kruskal Wallis p = ,135
	Sat. Apoyo Emocional	Kruskal Wallis p = ,04**
	Sat. Apoyo Informacional	Kruskal Wallis p = ,03**
	Sat. Apoyo Material	Kruskal Wallis p = ,08*
	D. Física	Kruskal Wallis p = ,19
	D. Psicosocial	Kruskal Wallis p = ,30
	Afrontamiento (percepción)	Kruskal Wallis p = ,07*
Pareja	Apoyo Emocional	Kruskal Wallis p = ,58
	Apoyo Informacional	Kruskal Wallis p = ,53
	Apoyo Material	Kruskal Wallis p = ,39
	Sat. Apoyo Emocional	Kruskal Wallis p = ,74
	Sat. Apoyo Informacional	Kruskal Wallis p = ,99
	Sat. Apoyo Material	Kruskal Wallis p = ,48
	Afrontamiento (real)	Kruskal Wallis p = ,26

*** p<,001,** p<,05,* p<,1

Como indica los resultados de la Tabla 10, es estadísticamente significativo el apoyo de carácter informacional ($KW= ,03$) y la satisfacción con los tres tipos de apoyo, (emocional ($KW=,04$) e *informacional* ($KW=,03$) y *material* ($KW=,08$)). También se observa significación en el tipo de afrontamiento percibido por el paciente de su pareja ($KW=,07$). No se muestran diferencias estadísticamente significativas en el ajuste, tanto físico como psicosocial como resultado de que la pareja acuda o no al programa de rehabilitación.

En cuanto a la muestra de parejas no se muestra ninguna diferencia estadísticamente significativa, lo cual indica que no tiene ningún efecto para la pareja la



asistencia o no junto al paciente a las sesiones informativas proporcionadas por el Programa de Rehabilitación Cardíaca.

También se pone de manifiesto que el apoyo informacional, la satisfacción con los tres tipos de apoyo y la percepción de afrontamiento son mayores dentro del grupo experimental que en el grupo control (*véase en Tablas: Figura 18*).

10.6.9. Hipótesis 9:

De cara al ajuste general del paciente no existirán discrepancias entre apoyo social y afrontamiento entre los pacientes y sus parejas.

Los análisis con la F de Fisher indican que no existen diferencias significativas en cuanto al tipo de afrontamiento que percibe el paciente de su pareja y el afrontamiento que ésta desarrolla en relación a la enfermedad del paciente (*Fisher $p=,15$*) (*véase en Tablas: Figura 19*). Es decir, que el paciente percibe el mismo tipo de afrontamiento que la pareja desarrolla con respecto a la enfermedad. En cuanto al apoyo social en la tabla 11, se observa que las correlaciones son positivas, indicando que a mayor puntaje por parte de uno de los cónyuges, mayor puntaje por parte del otro. Lo que significa que ambos (paciente y pareja) no tienen discrepancias en cuanto al apoyo recibido mutuamente.



Tabla 11: Matriz de correlaciones de Spearman relacionando el tipo de apoyo del paciente y su pareja.

		Paciente			Pareja		
		A. Emocional	A. Informativa	A. Material	A. Emocional	A. Informativa	A. Material
Paciente	A. Emocional	....				
	A. Informativa	,81 (**)**	....			
	A. Material	,44 (**)	,52 (**)**	....		
Pareja	A. Emocional	,55 (**)	,40 (**)	,25 (*)	....	
	A. Informativa	,35 (**)	,28 (**)	,17	,78 (**)**	....
	A. Material	,25 (*)	,14	,15	,54 (**)	,53 (**)**	....

*** p<,001, ** p<,05, * p<,1



10.7. Análisis de datos: Estudio 2

En este apartado desarrollaremos los análisis referentes al seguimiento de la muestra, es decir, se realiza un estudio longitudinal con seguimiento a 4, 8 y 12 meses. Se evalúa la adhesión del paciente a las pautas recomendadas dentro del Programa de Rehabilitación Cardíaca en cuanto a las siguientes áreas:

1. Alimentación
2. Ejercicio físico
3. Tabaco (si fuma)
4. Ejercicios de relajación
5. La pareja hace cosas que el paciente puede hacer por si mismo
6. La pareja le recuerda los hábitos saludables

Para realizar estos análisis, se utiliza el Test de Homogeneidad Marginal, que es una generalización del Test de McNemar. Dicho test permite comparar el grado de acuerdo entre las mediciones realizadas en dos momentos del tiempo al mismo conjunto de individuos. Como se puede observar en la tabla 12, se obtienen diferencias estadísticamente significativas ($\alpha=0,5$) entre el seguimiento realizado a los 4 y 8 meses en la variable adherencia a las recomendaciones realizadas por el programa en lo que al ejercicio físico se refiere ($p=,02$).



Tabla 12. Cumplimiento de las recomendaciones a los 4,8 y 12 meses.

	T ₁ - T ₂	T ₂ - T ₃
	4-8 meses	8-12 meses
Recomendaciones sobre alimentación	p = ,86	p = ,12
Recomendaciones sobre ejercicio físico	p = ,02**	p = ,79
Recomendaciones sobre tabaco	p = 1	p = ,67
Recomendaciones sobre ejercicios de relajación	p = ,53	p = ,18
Interviene su pareja en cosas que puede hacer por si mismo	p = ,23	--
Su pareja le recuerda los hábitos saludables	--	p = ,15

*** p<, 001, ** p<,05, * p<,1

Posteriormente se realiza un análisis reagrupando las respuestas como:

- **Alta frecuencia:** Aquellos pacientes que contestan “*siempre*” o “*casi siempre*”.
- **Baja frecuencia:** Aquellos pacientes que contestan “*a veces*” o “*nunca*”.

Tabla 13. Frecuencia del ejercicio físico a los 4 y 8 meses.

4 Meses (T ₁)	8 Meses (T ₂)		
	Alta Frecuencia	Baja Frecuencia	Total
Alta Frecuencia	85	12	97
Baja Frecuencia	2	10	12
Total	87	22	

En la tabla 13 se indica como del periodo que va desde los 4 a los 8 meses se produce una disminución del número de pacientes que realiza ejercicio con una alta frecuencia (entendiendo como alta frecuencia el ejercicio físico realizado durante todos los días de la semana, según las recomendaciones del programa).



10.7.1. Hipótesis 10:

Las recomendaciones sobre hábitos saludables que proporciona la pareja mejorará el cumplimiento de las recomendaciones pautadas por el Programa de Rehabilitación Cardíaca al paciente.

Para la comprobación de esta hipótesis se ha sometido los datos a una prueba de Chi-cuadrado. Se ha analizado la variable si la pareja le recuerda o no al paciente hábitos saludables sobre alimentación, ejercicio físico, abstención de tabaco y ejercicios de relajación.

Los resultados indican una relación estadísticamente significativa ($p < ,1$) aunque moderada en cuanto a las recomendaciones sobre tabaco (8 meses). Sin embargo, al año se extiende a las recomendaciones sobre alimentación, ejercicio físico y tabaco (*véase en Tablas: Figura 20*). Es destacable que no se mantenga esa significación en las recomendaciones sobre ejercicios de relajación, lo cual puede indicar que ni para la pareja ni para el paciente esta recomendación es aplicable porque quizás se ponga en cuestión su utilidad para ambos.

Tabla 14. Prueba de Chi cuadrado: La pareja le recuerda los hábitos saludables

	8 meses	12 meses
Recomendaciones sobre alimentación	p = ,55	p = ,00***
Recomendaciones sobre ejercicio físico	p = ,40	p = ,00***
Recomendaciones sobre tabaco	p = ,005***	p = ,005***
Recomendaciones sobre ejercicios de relajación	p = ,51	p = ,23

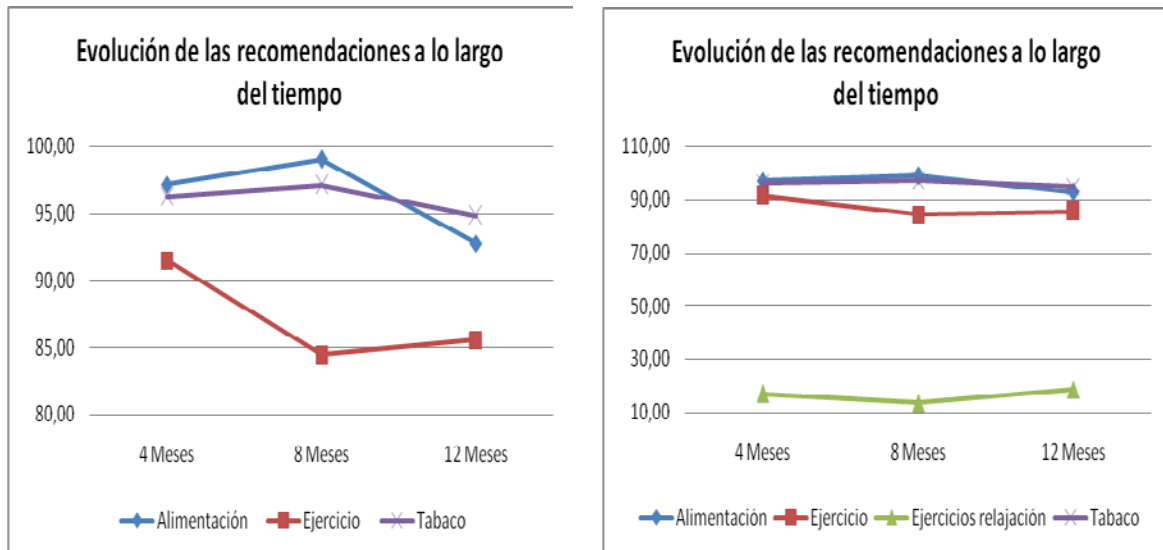
*** p<,001, ** p<,05, * p<,1



En el siguiente gráfico 12 se aprecia la evolución a lo largo del tiempo de las pautas recomendadas dentro del Programa de Rehabilitación Cardíaca. Como se observa las recomendaciones que más se cumplen a los cuatro meses son el control de la alimentación, tabaco y después ejercicio físico. La alimentación e incluso el consumo de tabaco aumentan su cumplimiento a los 8 meses de abandonar el Programa, en este momento (8 meses) existe una importante reducción en cuanto a la realización del ejercicio físico. Por último a los 12 meses se reduce por debajo del nivel inicial las recomendaciones sobre alimentación y se eleva ligeramente la realización de ejercicio. En resumen podemos decir que la alimentación y el consumo de tabaco se mantienen a lo largo del tiempo, siendo el ejercicio físico el que tiene un menor seguimiento. Haciendo una ampliación del rango de los datos se observa que los ejercicios de relajación apenas se realizan y que no presentan cambios importantes a lo largo del tiempo. Es decir, que aunque realizan poco los ejercicios de relajación por lo menos los realizan en alguna ocasión durante nuestro periodo de seguimiento.



Gráfico 12. Representación sobre la evolución de las recomendaciones a lo largo del tiempo (4,8 y 12 meses)





10.8. Conclusiones y discusión

10.8.1. Estudio 1

A continuación pasaremos a discutir cuáles son las principales conclusiones que podemos extraer en función de los resultados obtenidos tras poner a prueba las diferentes hipótesis que hemos planteado sobre las variables apoyo social, afrontamiento y ajuste a la enfermedad.

10.8.1.1. Resultados sobre apoyo social

Los primeros resultados relacionados con las *hipótesis 1 y 2* sobre si el apoyo social y la satisfacción con el mismo proporcionado al paciente por su pareja influye mejorando el ajuste a la enfermedad, nuestros resultados no confirman las hipótesis planteadas. Es decir, que ni el apoyo (emocional, informacional y material) que proporciona la pareja al paciente ni la satisfacción con el mismo están relacionados con el ajuste a la enfermedad.

Los resultados obtenidos son contrarios a la mayoría de las investigaciones previas sobre apoyo social y ajuste a la enfermedad cardiovascular, los cuales confirman esta relación (Berkman, 1985; Broadhead y cols., 1985; Cohen y Syme, 1985; House, Landis y Umberson, 1988; Orth-Gomer, Rosengren y Wilhelmsen, 1993; Revenson, 1994;



Seeman y Syme, 1987; Schwarzer, Knoll, y Rieckmann, 2004; Wills y Filer Fegan, 2001; Worktman y Conway, 1985).

Una posible explicación de estos resultados es que quizás la muestra estudiada esté constituida por personas que presentan un elevado nivel de apoyo social ya que no olvidemos que la muestra está incluida dentro de un programa de intervención, en el que se incluye diferentes charlas informativas sobre la enfermedad cardiaca (a la que acuden las parejas) además de grupos de apoyo donde se exponen diversos temas relacionados con el manejo emocional, miedos, preocupaciones, etc., como consecuencia de una primera fase de adaptación a la enfermedad. Posiblemente si en nuestra muestra hubiéramos investigado pacientes que no acuden a un programa de rehabilitación el apoyo informacional de la pareja hubiera tenido un impacto significativo, pero al estar en este programa todos tienen cubiertas sus necesidades de información a través de los profesionales de la salud.

Los pacientes y sus parejas debido a las características de multidisciplinariedad del programa reciben apoyo de diferentes profesionales de la salud y también de otros pacientes que están pasando por el mismo proceso de rehabilitación cardiaca. Con lo cual puede darse que los pacientes estén muy apoyados por sus parejas al participar éstas también en el proceso de rehabilitación y no se discrimine el apoyo del de otras fuentes.

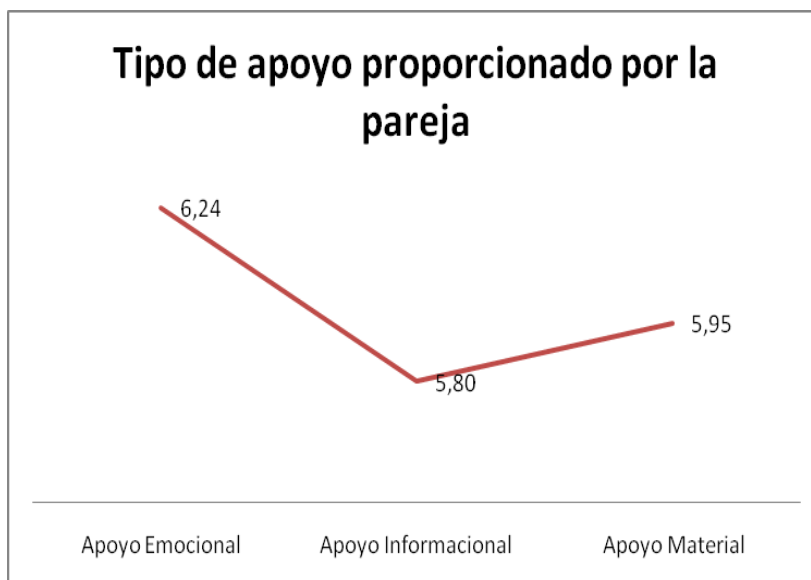
En este sentido no hay que olvidar un dato importante que ya se ha apuntado en capítulos anteriores. De toda la población de infartados sólo un 2% pasa por un programa de rehabilitación cardiaca Márquez Calderón y cols., (2003). Por tanto, ese 2% entre el que



se incluyen los sujetos de nuestra muestra, puede que tengan un mayor nivel de apoyo social que el resto de la población de personas infartadas.

También hemos creído interesante mostrar qué tipo de apoyo proporciona la pareja, pero insistimos de nuevo, en que ya que esta relación no se ha mostrado significativa en relación al ajuste a la enfermedad, solamente vamos a mostrar la distribución grafica de las medias para observar qué apoyo se da en mayor medida (véase gráfico 6).

Gráfico 6. Distribución de la media en función del tipo de apoyo proporcionado por la pareja.





Se observa que dentro de los tipos de apoyo ofrecidos al paciente por parte de su pareja (emocional, informacional y material), el apoyo de tipo informacional es el que presenta una media ligeramente más baja. Lo que puede estar indicándonos que la fuente de apoyo más relevante para el tipo de apoyo informacional no es la pareja sino los profesionales de la salud ya que los pacientes están inmersos en un programa de rehabilitación orientado dentro del ámbito clínico. Como muestran estudios previos de Dakof y Taylor, (1990); Dunkel-Schetter, (1984); Neuling y Winefield, (1988) y Rose, (1990), los profesionales de la salud son las fuentes mejor valoradas por los propios pacientes para dar apoyo de tipo informacional. En las enfermedades crónicas el apoyo emocional es valorado más eficazmente cuando procede de personas cercanas, tales como, la pareja, la familia o los amigos, mientras que en el caso del apoyo informacional, las fuentes más valoradas son otros pacientes y el equipo sanitario (Dakof y Taylor, 1990). Parece ser que el apoyo emocional es el más útil independientemente de quién lo proporcione y que el apoyo informacional es especialmente importante procedente de profesionales de la salud y no de otra fuente como familia o amigos (Dakof y Taylor, 1990; Dunkel-Schetter, 1984; Neuling y Winefield, 1988 y Rose, 1990). A modo de ejemplo, Dunkel-Schetter (1984) con pacientes de cáncer, observó que el apoyo de tipo informacional era beneficioso únicamente si provenía del médico, mientras que se consideraba inútil e incluso perjudicial si era ofrecido por la familia o los amigos. Pero si la fuente de apoyo es la propia pareja que proporciona un elevado apoyo de tipo emocional, éste resulta ser más eficaz y es un indicativo de calidad de vida superior al del apoyo instrumental (Jiménez y cols., 1999). Estudios longitudinales también indican que el apoyo emocional de la pareja facilita la



recuperación tras una cirugía (Fontana, Kerns, Rosenberg, y Colonese, 1989; Kulik y Mahler, 1993).

En cambio, la pareja, sí tendría importancia de cara al apoyo emocional y material por la necesidad del paciente de una mayor atención afectiva y/o ayuda física. En este sentido por ejemplo, existen investigaciones que indican que durante una enfermedad es más probable que la pareja proporcione apoyo material al paciente ya que éste puede estar experimentando algún tipo de incapacidad funcional (Kleiboer y cols., 2006).

Este resultado podría indicar que existe una especificidad del apoyo, es decir, estresores específicos, en este caso la enfermedad, suscitan ciertos requerimientos de afrontamiento, y el apoyo social sólo tendrá efectos de protección ante ellos cuando la ayuda proporcionada sea la apropiada para ese estresor concreto como afirman Cohen y McKay en (1984) y Hobfoll en (1985) además de otros autores que han encontrado esta especificidad en el apoyo (Jacobson, 1986, Maton 1989; Rook, 1985; Shumaker y Brownell, 1984; Wilcox y Vernberg, 1985; Wills y Filer Fegan, 2001).

Como hemos visto el apoyo de carácter informacional se da en menor medida dentro de nuestra muestra, pero esto no significa que el apoyo informacional no se dé por parte de la pareja dentro del presente estudio.



Tabla 15. Matriz de Correlaciones de Spearman relacionando los tipos de apoyo y la satisfacción con el mismo.

	Apoyo Material	Apoyo Emocional	Apoyo Informativo	S. con el apoyo informativo	S. con el apoyo material	S. con el apoyo emocional
Apoyo Material	...					
Apoyo Emocional	,247(*)	...				
Apoyo Informativo	,183	,650(**)	...			
S. con el apoyo informativo	,345(**)	,667(**)	,756(**)	...		
S. con el apoyo material	,580(**)	,502(**)	,415(**)	,586(**)	...	
S. con el apoyo emocional	,191	,852(**)	,560(**)	,721(**)	,558(**)	...

*** $p < .001$, ** $p < .05$, * $p < .1$

Como muestra la matriz de correlaciones de la tabla 15, existe una asociación importante entre el apoyo social de tipo emocional e informativo ($r = .65$, $p < .05$). Estos datos son congruentes con la idea de que es difícil separar ambos tipos de apoyos, ya que, el apoyo informativo es percibido como emocional y viceversa (Coyne y Lazarus, 1981; Dunkel-Schetter, 1984; Pearlin, 1985; Schaefer, Wortman y Conway, 1985).

Quien proporciona cariño, comprensión, etc. también aporta consejo, información y ayuda práctica (esto no se cumple para los Profesionales de la Salud ya que la información la proporciona una fuente especializada y formalmente se suelen separar de la función emocional). Por otro lado, también se indica una relación significativa entre el apoyo material y el emocional ($r = .24$, $p < .1$). Las personas tienen dificultad para solicitar el apoyo de tipo material a no ser que estén implicados en relaciones de intercambio mutuas.



Por lo tanto, en nuestra muestra es posible que coincidan las fuentes de apoyo emocional y material explicándose de esta forma la correlación obtenida entre ambas variables.

Por otro lado, y para saber si el apoyo recibido por el paciente es equivalente al que el paciente proporciona a su pareja hemos comprobado (*ver hipótesis 9*) que existe coincidencia entre el apoyo que recibe el paciente y éste proporciona a su pareja. Esta equivalencia podría ser un indicador de satisfacción marital la cual estaría relacionada con el bienestar y apoyo recibido según Hagedoorn y cols., 2000 y Kuijer y cols., 2000.

Entre las limitaciones del presente estudio en cuanto al apoyo social, podemos decir que sólo se ha tenido en cuenta a la pareja, siendo importantes de cara al ajuste a la enfermedad otras fuentes de apoyo, como se ha indicado anteriormente. Estas fuentes pueden ser, entre otras, los profesionales de la salud y otros pacientes que pasan por el mismo proceso. Ambas fuentes de apoyo, profesionales de la salud y otros pacientes, diferencialmente podrían aportar un apoyo influyente de cara a esa adaptación, además de servir de modelo conductual a imitar en el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas a largo plazo.

De hecho este aspecto, el impacto de otras fuentes de apoyo va a desarrollarse en investigaciones futuras de cara a determinar su influencia en el proceso de ajuste a la enfermedad que estamos estudiando, lo que nos permitirá confirmar las suposiciones que hemos realizado.



10.8.1.2. Resultados sobre afrontamiento

En cuanto a los resultados referentes a la implicación que tiene el tipo de afrontamiento percibido por el paciente de su pareja en el ajuste a la enfermedad (*hipótesis 3*) observamos que dicha relación se confirma de forma significativa ($p=,008$), con lo cual, podemos afirmar que los pacientes que perciben de su pareja un determinado tipo de afrontamiento presentan un mejor ajuste a la enfermedad. Estos resultados tienen una gran trascendencia ya que demuestran la importancia de los aspectos subjetivos (perceptivos) de la persona como recurso de afrontamiento de cara a su influencia en el ajuste a la enfermedad.

Estudios previos revelan que las estrategias de afrontamiento están asociadas a un mejor ajuste de la enfermedad tal y como indican Billing y Moos, (1984); (Bouchard, (2003) y Coyne y Holroyd, (1982). Sin embargo dentro del estudio de la variable *afrontamiento percibido* no existen referencias anteriores en cuanto a su implicación de cara al ajuste de la enfermedad, de ahí la importancia de estos resultados ya que pueden estar indicando que el componente perceptivo del afrontamiento es tan relevante como el afrontamiento real. Sí hemos encontrado estudios que vinculan la autoeficacia con mejores resultados en las pruebas de rendimiento. Uno de estos estudios es el publicado en el *American Journal of Cardiology*. Taylor y cols., en 1985 muestran como la autoeficacia percibida del paciente influía en su rendimiento en la prueba de esfuerzo. La percepción de los pacientes sobre su capacidad predecía su rendimiento en la prueba, y lo mismo ocurría



en los seguimientos realizados 11 y 26 semanas después. Lo más destacado es que la autoeficacia percibida del paciente venía determinada por la eficacia percibida por parte de sus esposas. Es decir, que lo que perciben los demás (que podríamos denominar como fuentes significativas) sobre nuestras capacidades puede influir realmente en las capacidades que desarrollemos finalmente ante un determinado evento estresante.

La persona puede buscar de forma adaptativa estas fuentes significantes como recurso de afrontamiento, ya que como hemos visto la percepción que tienen las personas de nuestro entorno significativo influye en nuestra respuesta de afrontamiento favoreciendo por tanto, en este caso el ajuste a la enfermedad.

Coyne y Smith (1994) también mostraron en esta línea que la auto-eficacia del paciente dependía de la conducta activa de su cónyuge. Es decir, que la eficacia percibida por sus parejas era un determinante de la autoeficacia percibida por los pacientes. Los autores concluyen que la percepción de las esposas sobre la capacidad física de sus maridos (la muestra estaba formada por varones) puede facilitar o interferir en el proceso de recuperación, defendiendo en consonancia con nuestra propuesta de intervención, el beneficio de incluirlas en los Programas de Rehabilitación Cardíaca.

En otro sentido nos planteamos si el tipo de afrontamiento que percibía el paciente de su pareja era en realidad el que desarrollaba ésta frente a la enfermedad. En nuestros resultados se observa esta concordancia entre el tipo de afrontamiento percibido por el



paciente de su pareja y el afrontamiento real que desarrolla ésta (*véanse resultados de la hipótesis 9*).

Estos datos se asemejan a lo que Revenson en 1994 y posteriormente Pakenham en 1998 denominan congruencia dentro del afrontamiento diádico. Estos autores encuentran resultados relativos a que cada miembro de la pareja que presenta puntuaciones medias más altas en similaridad (las mismas habilidades de adaptación en ambas partes) se asocian de forma positiva con ajuste matrimonial, menor sobrecarga para el cónyuge y mejor funcionamiento general.

En otro sentido, y como se observa en los resultados obtenidos, los pacientes que presentan un alto ajuste a la enfermedad (88%) perciben un afrontamiento de carácter activo por parte de sus parejas.

Los pacientes que perciben de su pareja un afrontamiento activo presentan un mejor ajuste a la enfermedad, sobre todo en la Dimensión Psicosocial (aspectos emocionales, relaciones sociales, actividad intelectual y ocio y tiempo libre). Las conductas sobreprotectoras pueden llevar a que los pacientes presenten más sintomatología y un peor ajuste, sobre todo en la Dimensión Física (movilidad, trabajo y nutrición).

De aquí podríamos concluir que el tipo o estilo de afrontamiento que desarrollen el paciente y su pareja puede tener un papel importante como factor de protección en cuanto a futuras recidivas, ya que cuando el paciente desarrolle conductas y cogniciones activas de afrontamiento de la enfermedad será más capaz de sentirse auto-eficiente para cambiar



hábitos de vida poco saludables y de mantener a lo largo del tiempo cierta estabilidad en las recomendaciones de carácter cardioprotector.

Habría que plantearse en futuras líneas de investigación qué otras fuentes percibidas por el paciente son importantes de cara al desarrollo de un afrontamiento activo para así mejorar la adaptación.

Dentro de las limitaciones encontradas en el análisis de la variable afrontamiento debemos aclarar que no se ha evaluado el tipo de afrontamiento del paciente sino el tipo de afrontamiento que el paciente percibe de su pareja como parte influyente en el ajuste de una enfermedad que se vive conjuntamente. Este aspecto del afrontamiento percibido arroja luz sobre los procesos que puedan estar mediando en la adaptación y aunque en el presente estudio ha resultado ser un hallazgo relevante habría que seguir indagando sobre el funcionamiento o especificidad del mismo con más detalle.

Tampoco se han evaluado las estrategias específicas de afrontamiento utilizadas por parte de la pareja ni las que utiliza el paciente por sí mismo, de cara a ese ajuste general. Por tanto, es necesario aportar datos sobre la intermediación de estas variables, que pueden estar teniendo un peso importante en todo el proceso de adaptación. Lo cual, será objeto de próximas investigaciones de carácter cuantitativo o cualitativo, para un conocimiento más amplio de este complejo proceso de adaptación que se da en el núcleo de la pareja cuando se desencadena una enfermedad en uno de los miembros.



10.8.1.3. Resultados sobre la interacción entre apoyo social y afrontamiento

En la *hipótesis 4* nos planteamos si el tipo de apoyo (concretamente el de tipo emocional e informacional) de la pareja influye en la percepción de afrontamiento activo del paciente. Los resultados nos indican que existe una relación moderada pero significativa ($p=0,1$) entre ambas variables.

En el gráfico 11 (*dentro del apartado estudio 1, hipótesis 4*) se observa que cuanto más apoyo emocional recibe el paciente de su pareja mayor es el grado de percepción de afrontamiento pasivo o sobreprotector, es decir que el paciente percibe mayor sobreprotección cuanto más apoyo emocional recibe de su pareja. Como apuntan diferentes investigaciones la sobreprotección tiene un gran impacto negativo en el ajuste del paciente a su enfermedad (Coyne y DeLongis, 1986; Ell, 1996; Kaplan y Toshima, 1990; Stern y Pascale, 1979), dado que limita su autonomía y responsabilidad personal en sus propios cuidados.

Como afirman Coyne y DeLongis en 1986 y posteriormente Shen y cols., en 2004 algunos aspectos de la conducta de la pareja impactan directamente en el ajuste y recuperación del propio paciente. Por ello, como planteamos en nuestro trabajo, se debe procurar que la pareja sea una fuente eficaz de apoyo, teniendo en cuenta sus necesidades y su problemática específica.



Por ejemplo durante la hospitalización, frecuentemente la pareja manifiesta un mayor malestar psicológico, preocupación y pesimismo que el propio paciente, y es habitual que se quejen de que reciben poca información (Ell y Dunkel-Schetter, 1994). Es decir, demandan más información sobre aquellos aspectos relacionados con la enfermedad (nutrición, ejercicio físico, relaciones sexuales, etc.). Esta información sin duda alguna reduce su incertidumbre y la ansiedad que conlleva, generando expectativas más realistas sobre el proceso de afrontamiento. Cuando no se recibe una información adecuada sobre la enfermedad las parejas suelen caer en la sobreprotección, sobrecargándose de tareas y negando sus propias necesidades, percibiendo a los pacientes como menos eficaces de lo que en realidad son. Por tanto, la sobreprotección se convierte en un mecanismo que las parejas utilizan con frecuencia para manejar su propia ansiedad ante la situación de enfermedad y que deberemos intervenir, dependiendo del caso, para evitar que este repertorio conductual “pasivo” interfiera en la adaptación del paciente.

Según los resultados parece que el apoyo emocional tuviera un efecto negativo en este caso, porque se percibe como sobreprotector (a pesar de que el apoyo emocional de la pareja se supone que tiene un efecto positivo según una amplia bibliografía, ya expuesta anteriormente). Quizá esto no indica que el apoyo emocional no tenga ese efecto beneficioso, sino que en el caso concreto de que la motivación de dar apoyo sea el manejo de la propia ansiedad lo convierte en ineficaz, dado que su funcionamiento no es ayudar al otro sino manejar el propio miedo.



Existen estudios que muestran que las parejas que están sometidas a estrés usan en mayor medida estrategias de sobreprotección tales como la evitación y sentimientos de negación para tratar de prevenir experiencias emocionales negativas. Este proceso podría darse por dos razones: por un lado podrían estar utilizando este tipo de estrategia sobreprotectora al pensar que el ajuste del paciente se podría ver obstaculizado por este tipo de pensamientos negativos (Lichtman, Taylor y Wood, 1987), por otro lado, podrían estar utilizándolas como una manera de hacer frente a sus propios miedos y preocupaciones (Coyne y cols., 1991; Thompson y Bolger, 1999).

Podríamos hipotetizar que el apoyo emocional otorgado por personas con una elevada ansiedad y como mecanismo de afrontamiento (como ocurre en este caso) no tendría efectos beneficiosos. Ocurre lo mismo que en otros casos en los que se ha visto que el apoyo no es eficaz, como es el caso de las personas que sufren otras enfermedades amenazantes como el cáncer. Wortman y Lehman, (1985) muestran cómo la interacción con las personas afectadas por esta enfermedad, genera ansiedad e incertidumbre en los que le rodean. Al no estar seguros de cuál es la conducta de apoyo más adecuada, y para manejar su propia ansiedad y sentimientos de vulnerabilidad, suelen recurrir a conductas consideradas socialmente como de apoyo, pero que son percibidas por los enfermos como una trivialización de su problema. Por lo tanto, este sería otro ejemplo de apoyo ineficaz debido a los sentimientos de vulnerabilidad e incertidumbre que nos generan las víctimas de ciertos acontecimientos vitales estresantes (cit Barrón, 1996). Como afirma esta autora los profesionales de la salud tienen un papel muy importante de cara a que se generen expectativas realistas en cuanto al afrontamiento de un problema de salud, tanto para la



persona que ofrece apoyo mostrándole la conveniencia de adecuar el apoyo a la situación, como para el paciente o receptor del apoyo, motivándole a aumentar el número de interacciones sociales con la finalidad de diversificar la ayuda y evitar la sobrecarga que puede generar en una única persona la sobredemanda de apoyo.

Por esta razón creemos conveniente realizar una evaluación del estado de ansiedad de la pareja de cara a poder observar si ésta variable puede estar mediando en una relación que inicialmente se considera beneficiosa para el ajuste a la enfermedad. De hecho en estudios con pacientes con infarto de miocardio se ha encontrado que sus parejas presentan un elevado nivel de estrés y que éstas hacen uso de una excesiva sobreprotección (Coyne y cols., 1991; Suls, Verde, Rose, Lounsbury, y Gordon, 1997).

En otro sentido y partiendo de la idea de que el apoyo social es un proceso de interdependencia, ambos miembros de la pareja tienen necesidades y deben coordinarse para satisfacerlas mutuamente. En relación a este planteamiento hemos observado a través de los resultados alcanzados en nuestro trabajo que el apoyo que proporcione el paciente a su pareja no tiene relación de cara al afrontamiento que ésta desarrolle con respecto a la enfermedad (*hipótesis 5 y 6*) pero sí a la inversa, es decir, y como hemos explicado anteriormente, con una relación moderadamente significativa el apoyo que proporciona la pareja (específicamente el de tipo emocional) influye en la percepción que tiene el paciente del tipo de afrontamiento de la pareja.

De todo esto, nuevamente se deriva que a la hora de diseñar intervenciones para mejorar el ajuste a la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes es fundamental tener



en cuenta a su pareja, los estilos de afrontamiento que utilizan ambos, si existe congruencia entre ellos, así como incrementar el nivel de apoyo social que reciben tanto por parte de los profesionales de la salud como de su cónyuge.

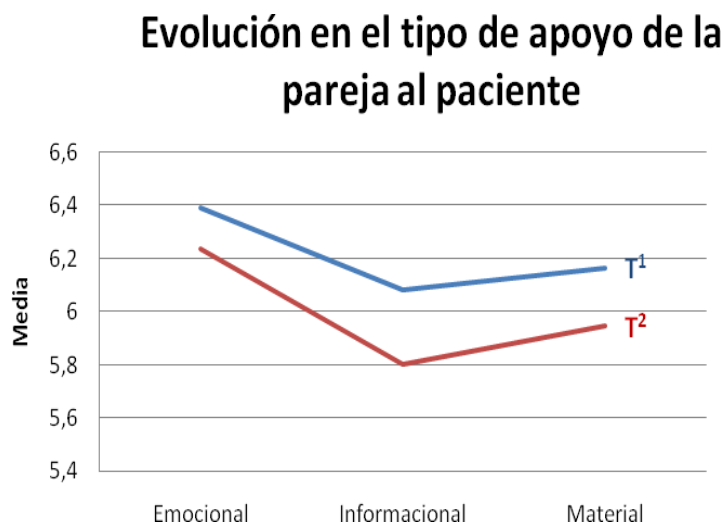


10.8.1.4. Resultados sobre las medidas pre y post tratamiento.

En este apartado, analizamos las medidas pre y post tratamiento correspondiente a los análisis de la *hipótesis 7*, donde se observan cambios significativos como efecto de la intervención, es decir tras el paso por el Programa de Rehabilitación Cardíaca.

Por un lado, en el gráfico 13, correspondiente al tipo de apoyo que proporciona la pareja al paciente observamos que prácticamente la representación de las medias es similar en (T^1) y (T^2) aunque la pareja aporta menos apoyo en el momento final del programa.

Gráfico 13. Representación de las medias sobre la evolución en el tipo de apoyo que proporciona la pareja al paciente al inicio y final del programa.



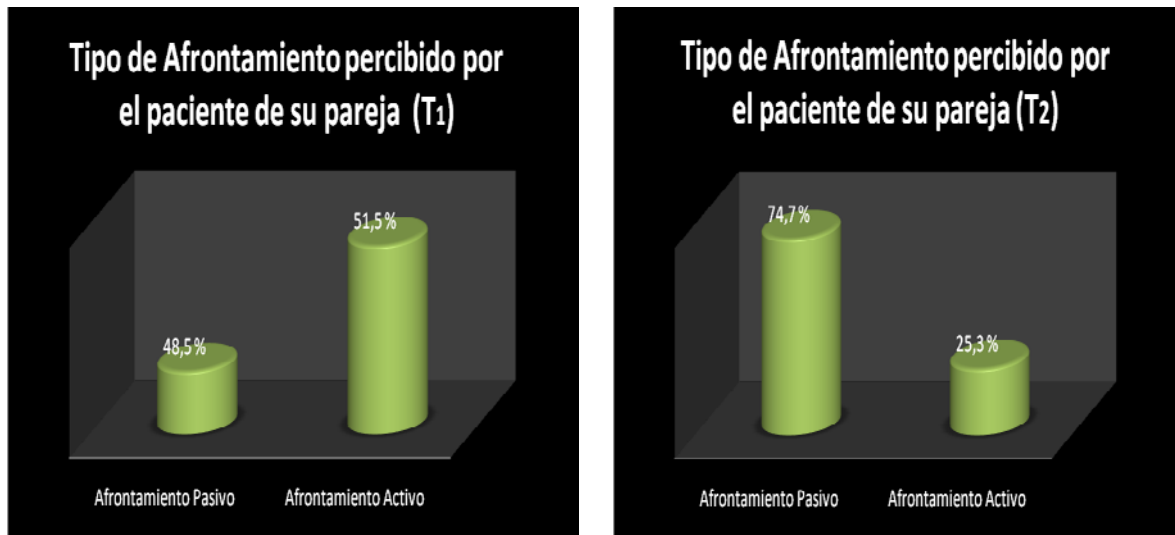


Como nos estaba indicando el análisis de medias de la *hipótesis 1* donde observábamos cómo el apoyo de tipo informacional proporcionado por la pareja al paciente era visiblemente más bajo que el apoyo emocional o material (aunque no resultase significativo de cara al ajuste a la enfermedad ninguno de ellos), el resultado de la *hipótesis 7* apoya esta diferencia de forma estadísticamente significativa (Signos $p < ,05$ y Wilconson $p < ,001$) en cuanto al apoyo de tipo informacional entre los dos momentos de medición (antes de la intervención y después) debido a que las parejas también reciben apoyo informacional de los profesionales de la salud, con lo cual a través de la información que reciben dentro del programa se convierten en una fuente importante de apoyo informacional para los pacientes.

Por otro lado, en cuanto al tipo de afrontamiento percibido por el paciente de su pareja igualmente se produce una relación significativa en cuanto a que la intervención por parte del Programa de Rehabilitación Cardíaca modifica el tipo de afrontamiento percibido, como se observa en la gráfica 16.



Gráfico 16. Representación de los porcentajes correspondientes al tipo de afrontamiento percibido por el paciente de su pareja al inicio y final del programa.



En el momento inicial (T¹) se observa cómo los pacientes perciben de sus parejas un afrontamiento de tipo activo (51,5%), mientras que esta percepción en cuanto al tipo de afrontamiento se invierte en la medida final (T²), convirtiéndose en pasivo (74,7%). Esto puede deberse a varias razones. En primer lugar en el momento inicial el paciente y su pareja acaban de salir de una situación considerada como altamente amenazante para la vida ya que el evento cardiaco es algo próximo y reciente.

Posiblemente, el tipo de afrontamiento percibido por el paciente de su pareja es de carácter activo, debido a una estrategia inicial de afrontamiento adaptativo que la persona despliega en momentos críticos. Tras el paso del tiempo, la conducta se vuelve más sobreprotectora por parte de la pareja, esto puede deberse a diversos factores entre los que



podemos señalar, las características concretas de la enfermedad, por ejemplo una recaída imprevisible, es decir la percepción de una falta de control sobre la situación. También podría influir un mayor conocimiento sobre la enfermedad cardíaca ya que están dentro de un programa donde se facilita información sobre diferentes aspectos de la misma que puede provocar conductas de mayor precaución y control.

Con todo esto las parejas están expuestas a altos niveles de ansiedad lo que como ya hemos indicado puede favorecer conductas sobreprotectoras hacia el paciente con la función de reducir su propia ansiedad e incertidumbre. Como bien indican Langer, Abrams y Syrjala (2003) la pareja puede incluso sufrir más malestar emocional que el propio paciente.

En cuanto al ajuste a la enfermedad y su evolución a lo largo del proceso de rehabilitación, se halla igualmente una relación significativa entre las dos medidas. Podemos observar en el gráfico 17 que al inicio del programa (T^1) los pacientes tienen un peor ajuste en la dimensión física, es decir, presentan mayor sintomatología y por tanto una peor adaptación a la enfermedad. Tras el programa en la gráfica de las medias se observa una reducción en la puntuación dándose por tanto un mejor ajuste sobre todo en la dimensión psicosocial. Sin embargo también es destacable que de entre los pacientes que presentan un peor ajuste en T^2 se produzca un empeoramiento de las puntuaciones (con respecto al momento inicial) en la dimensión psicosocial. Las posibles explicaciones a este resultado pueden ser que, al tener un mayor nivel de información sobre la enfermedad esto pueda provocar en el paciente un aumento de la conciencia sobre la misma y sobre el

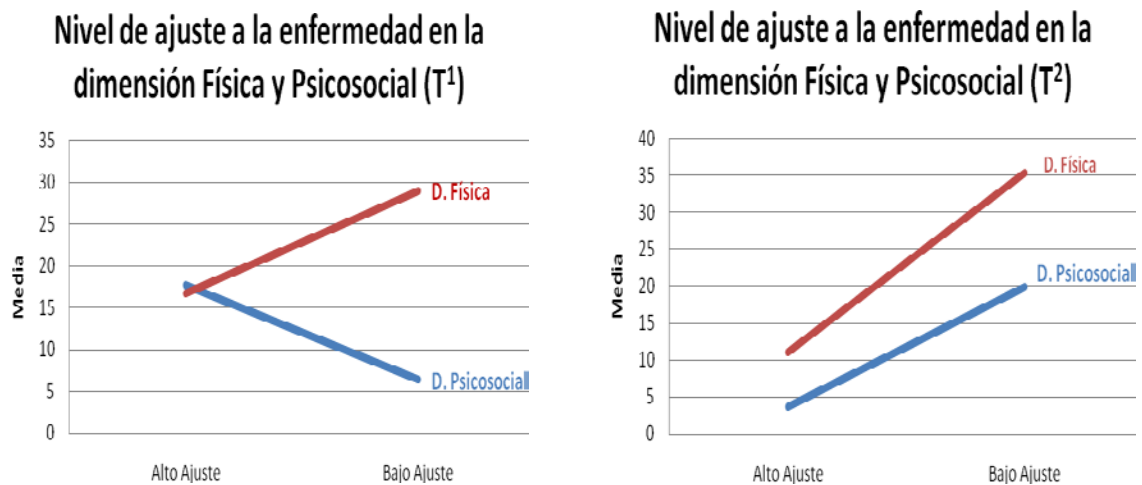


control de los factores de riesgo de carácter psicosocial, ya que por ejemplo, la interacción social puede favorecer que el paciente tenga un mayor acceso a conductas poco cardiosaludables. Otra explicación sería que estos pacientes con un peor ajuste en la dimensión psicosocial (también observable en la dimensión física) presentan mayores secuelas o patologías secundarias a la enfermedad cardíaca (tanto a nivel físico como psicológico).

Estos datos también son coherentes con los resultados referentes a la sobreprotección. Recordemos que la sobreprotección se incrementaba en las parejas en el momento final de la evaluación. Esto explicaría que debido a la sobreprotección de la pareja los pacientes tuvieran un peor ajuste en la dimensión psicosocial, es decir, las parejas no fomentarían la realización de actividades propias de un buen ajuste psicosocial como por ejemplo salir a pasear o la realización de actividades sociales cotidianas de una forma regular.



Gráfico 17. Representación de las medias de cada dimensión y el nivel de ajuste al inicio y final del programa.



Lo cual indica que las características particulares de una situación estresante parece influir en la conducta de afrontamiento. En general existe evidencia que sugiere que los esfuerzos de afrontamiento y su elección se ajustan al estresor dado, según Delongis, Holtzman, (2005).

En cuanto a la muestra de parejas no se han encontrado cambios significativos por efecto de la intervención ni en cuanto al apoyo social ni en cuanto al afrontamiento.



10.8.1.5. Resultados en función de los grupos

Ahora vamos a analizar los resultados alcanzados en función de los grupos, es decir, experimental y control.

Como se ha comentado en los resultados, el grupo en el que se han producido cambios significativos ha sido el experimental (es decir, parejas que pasan por los grupos de apoyo). En cuanto a la variable apoyo existen diferencias significativas en grado de apoyo informacional y en los tres tipos de satisfacción con el apoyo, lo cual puede deberse a que las parejas del grupo experimental manejan más información sobre la enfermedad y por tanto este tipo de apoyo lo proporcionan en mayor medida a los pacientes. No olvidemos que anteriormente hemos analizado que el apoyo informacional se daba en menor medida por las parejas pero como se observa en la gráfica anterior sobre la evolución en el tipo de apoyo proporcionado por la pareja al paciente, observamos que en la evaluación final (T^2) se produce un aumento de este apoyo y se reduce el resto de forma no significativa.

Por otro lado, los resultados también indican una relación significativa en cuanto a la satisfacción con los 3 tipos de apoyo (emocional, informacional y material) que proporciona la pareja al paciente, es decir que los pacientes cuyas parejas asisten al programa de rehabilitación se sienten más satisfechos con los tres tipos de apoyo que les proporcionan éstas que los pacientes cuyas parejas no asisten al programa. Este resultado puede explicarse mediante la hipótesis de la especificidad del apoyo. Como se comentó en la



primera parte de esta tesis esta hipótesis sostiene que el apoyo sólo será eficaz cuando se ajuste a las necesidades suscitadas por el estresor concreto al que se enfrente la persona. Podemos hipotetizar que las parejas que acuden al programa de rehabilitación, al tener más información sobre las necesidades que provoca la enfermedad conocen mejor estas necesidades de los pacientes y ajustan mejor el apoyo que ofrecen ante estas necesidades. Como consecuencia aumenta la satisfacción final. Este planteamiento vuelve a confirmar lo que ya hemos dicho sobre la hipótesis de la especificidad del apoyo (Cohen y McKay, 1984; Hobfoll, 1985; Jacobson, 1986, Maton 1989; Rook, 1985; Shumaker y Brownell, 1984; Wilcox y Vernberg, 1985; Wills y Filer Fegan, 2001), en cuanto a que estresores específicos requieren también de una ayuda específica para afrontar ese estresor.

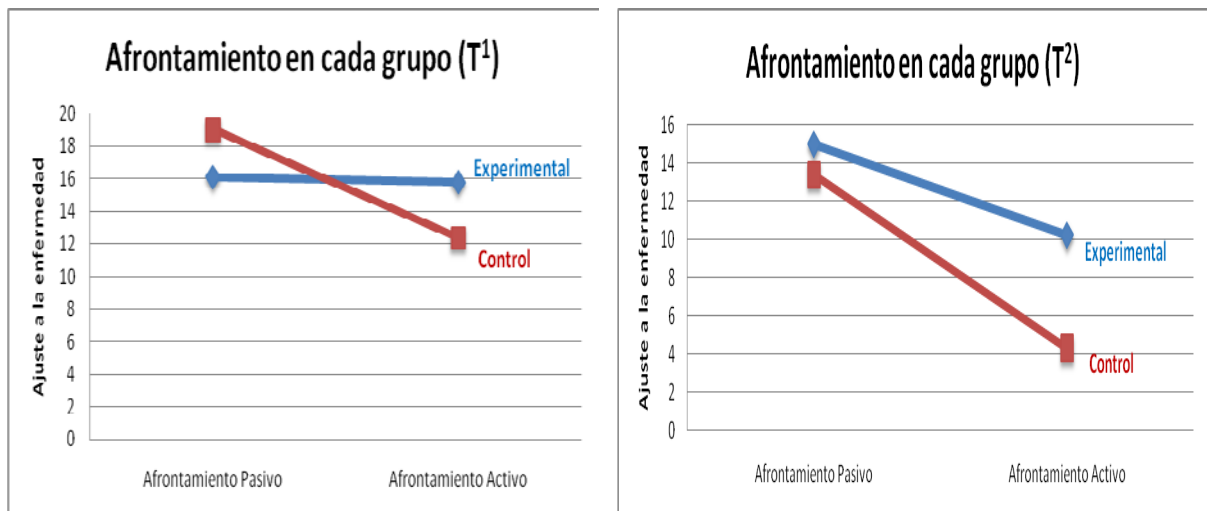
Estos resultados nos llevan a la conclusión de que el programa de rehabilitación además de tener un impacto directo sobre el ajuste del paciente a la enfermedad cardiaca tiene un efecto indirecto sobre ellos a través de sus parejas, convirtiéndolas en una fuente más eficaz de apoyo. Por lo tanto esto no es incoherente con los resultados anteriores, ya que aunque no sean una de las fuentes más importante de apoyo en los momentos iniciales de la enfermedad, esto no quiere decir que los pacientes no estén satisfechos con el apoyo que reciben. Con lo cual, los resultados vuelven a indicarnos la importancia de las parejas en el proceso de adaptación por lo que habría que considerarlas como un objetivo más de las intervenciones.

La otra variable que ha resultado ser significativa en cuanto a la comparación de los dos grupos ha sido la percepción que tiene el paciente en cuanto al tipo de afrontamiento



que desarrolla su pareja ante la enfermedad. La pareja tras pasar por el programa recibe más información, pero quizás esta información no esté suficientemente elaborada de cara al desarrollo de un eficaz afrontamiento activo. Ya que como indican los datos las parejas presentan conductas más sobreprotectoras tras pasar por la intervención.

Gráfico 18. Representación de las medias en ajuste a la enfermedad y la evolución del afrontamiento en cada grupo al inicio y final del programa.



Como se observa en el gráfico 18 al inicio del programa (T¹) no existen apenas diferencias entre el grupo experimental y control con respecto a si el afrontamiento es activo o pasivo y su influencia sobre el ajuste. Es más visible en el grupo control ya que su



media es ligeramente más alta en cuanto a la percepción del paciente de un afrontamiento pasivo por parte de su pareja con lo cual se produce un peor ajuste a la enfermedad (puntuaciones medias más elevadas equivale a tener más sintomatología de disfunción). Los del grupo control con un afrontamiento activo por parte de su pareja presentan un mejor ajuste.

En la evaluación final observamos que el grupo experimental en que ambos pasan por el programa es el más sobreprotector y dentro del grupo control los pacientes que perciben un tipo de afrontamiento activo tienden a presentar un mejor ajuste a la enfermedad.

Dentro de la muestra de parejas no se han encontrado diferencias significativas en cuanto al apoyo proporcionado por el paciente a su pareja ni en el tipo de afrontamiento que desarrolla la pareja con respecto al paciente. Se puede concluir que el objeto de la intervención está centrada principalmente en el paciente y en su ajuste a la enfermedad.



10.8.2. Estudio 2

De los resultados hallados en cuanto a las recomendaciones realizadas dentro del Programa de Rehabilitación Cardíaca se podrían extraer las siguientes conclusiones:

En primer lugar y en relación a la última de nuestras hipótesis (*hipótesis 10*), que habla de la influencia que tiene la pareja, es decir fuente de apoyo, en la adhesión a largo plazo a los hábitos saludables recomendados dentro de la Rehabilitación Cardíaca.

En este sentido, podemos concluir que por un lado existe una diferencia estadísticamente significativa entre el seguimiento realizado a los 4 y 8 meses en cuanto a la adherencia a las recomendaciones realizadas por el programa a nivel de ejercicio físico, presentándose una disminución del número de pacientes que realiza ejercicio físico de forma habitual. Los datos indican que puede existir un momento crítico en cuanto al cumplimiento del ejercicio físico en torno a los 8 meses (se reduce la frecuencia del ejercicio físico).

Los resultados también indican que existe una relación estadística y moderadamente significativa ($p=,1$) en cuanto a las recomendaciones sobre tabaco (8 meses). Sin embargo, al año el cumplimiento en cuanto a las recomendaciones de los hábitos saludables por parte de la pareja se extiende a las recomendaciones sobre alimentación, ejercicio físico y tabaco.



Es destacable que no se mantenga esa significación en cuanto a las recomendaciones sobre ejercicios de relajación, lo cual puede indicar que ni para la pareja ni para el paciente esta recomendación es aplicable porque quizás se ponga en cuestión su utilidad para ambos.

Todo lo anterior nos indica la importancia del apoyo de la pareja en el cumplimiento de las pautas recomendadas. En este caso el apoyo de la pareja ejerce un efecto positivo ya que el paciente finalmente realiza una conducta cardiosaludable, de ahí su gran influencia. Este dato hace referencia a cómo el apoyo social puede influir en los diferentes puntos de la cadena estrés-patología según estudios de Cohen y Ashby, y Cohen y Syme del año 1985.

En relación al apoyo social y teniendo en cuenta las áreas de tratamiento, se han encontrado diferentes resultados al relacionar apoyo social y adherencia. Según estas áreas los sujetos tendrán una mayor o menor adherencia. Es decir, un individuo puede cumplir perfectamente con la toma de medicamentos y puede no seguir las otras recomendaciones (dieta y ejercicio físico) (Froján y Rubio, 2005). Como afirman Finnegan y Suler (1985) y Blumenthal y cols. (1987), la red de apoyo social de la persona puede influir en el mantenimiento de conductas deseables de salud, en el seguimiento de prescripciones médicas (dieta, medicación, ejercicio otros cambios en el estilo de vida) y en el cumplimiento de programas de rehabilitación. Lo que nos estaría indicando la importancia tanto de las fuentes de apoyo como del tipo de apoyo que éstas proporcionen de cara al cumplimiento de las recomendaciones pautadas. Por ejemplo se ha encontrado que existen



diferencias significativas en adherencia al ejercicio físico en función del apoyo social de los amigos (Courneya, Plotnikoff y Hotz, 2000; Okun y cols., 2003). En este caso el apoyo social de los amigos ejerce mayor influencia en la realización del ejercicio físico que el apoyo familiar. El apoyo familiar en cambio, será muy importante para el cumplimiento de la toma y administración de medicamentos.

En resumen el éxito final de la Rehabilitación Cardíaca a largo plazo depende, como bien dicen Bock y cols., (2003) de la capacidad del paciente para mantener las conductas de salud recomendadas en los programas de rehabilitación, incluyendo el ejercicio físico. Este mantenimiento, que implica cambios en los estilos de vida a largo plazo, está fundamentalmente determinado por factores psicológicos y sociales. Como se ha puesto de manifiesto en numerosos estudios el apoyo social es uno de los factores psicosociales más influyentes en la conducta de adherencia a los tratamientos que se han de seguir cuando aparece una enfermedad, sobre todo si se trata de una enfermedad crónica (Baekeland y Lundwall, 1975; DiMatteo, 2004; Doherty, Schorott, Metcalf y Lasiello-Vailas, 1983; Haynes y Sackett, 1974; Jung, 1990; Martos, Pozo y Alonso, 2008; Pozo, Alonso y Hernández, 2007; Suls, 1982). De tal modo que un apoyo social inadecuado también podría llevar al incumplimiento terapéutico (Marín-Reyes y Rodríguez Morán, 2002; Wang y cols., 2002).



10.9. Futuras líneas de intervención

A la vista de los resultados alcanzados, en el futuro deberían plantearse intervenciones centradas tanto en el paciente como en la pareja de cara a mejorar los resultados globales obtenidos dentro de la rehabilitación médica. De nuestros resultados se desprende que las intervenciones no se deberían dirigir sólo a los pacientes (ya se hace en los programas de rehabilitación) sino que, en el caso de haber grupos de apoyo, deberían formarse grupos específicamente dirigidos a los cónyuges, independientes de los grupos de pacientes, en los que se abordara la problemática específica de las parejas, dado que su afrontamiento, y el tipo de apoyo que proporcionan al paciente tiene un impacto directo en el ajuste de los mismos.

10.9.1. Intervenciones realizadas con pacientes

De cara a la intervención con el paciente y con el objetivo de conseguir una mayor eficacia en cuanto a las recomendaciones realizadas como sugerencia creemos que sería pertinente incluir en los programas charlas de recordatorio en cuanto a aclarar y refrescar contenidos desarrollados dentro de la rehabilitación cardiaca.



10.9.2. Intervenciones realizadas con parejas

Estas intervenciones centradas en la pareja podrían realizarse a través de grupos de apoyo presenciales desde las diferentes asociaciones de afectados o a través de grupos de apoyo online o redes sociales (para facilitar el acceso al grupo en el caso de que las parejas no puedan acudir por motivos laborales o personales).

Por ejemplo un momento especialmente adecuado para hacer este tipo de intervención con parejas es el momento de la vuelta a casa donde, se genera mucha ansiedad tanto para el paciente como para su pareja. En la vuelta a casa y durante el primer mes tras el alta, la persona tiene que volver a la vida normal, adoptando nuevos estilos de vida, alterando a veces los roles habituales, etc. (Dracup, 1994; Stern y Pascale, 1979). La supervisión médica directa desaparece y hay una tremenda incertidumbre sobre todo respecto al nivel de actividad recomendable para el paciente.

Las parejas de personas enfermas según diferentes estudios (Bigatti y Cronan 2002; Schulz y Beach, 1999) presentan un mayor número de alteraciones tanto físicas como psicológicas e incluso un mayor riesgo de mortalidad en comparación con las parejas de personas sanas. Asimismo también se ha demostrado que estos problemas se reducen significativamente cuando a la pareja se le ofrece apoyo (Revenson y Majerovitz, 1991).



En función de los resultados obtenidos en la presente investigación que destacan la importancia de la pareja dentro del proceso de recuperación de la enfermedad se ha visto la necesidad de intervenir con las parejas, por lo tanto, nuestra propuesta de intervención está dirigida a formar grupos de apoyo específicos para las parejas al margen de los pacientes para poder abordar en concreto la problemática que las afecta.

El objetivo de dicha propuesta de intervención grupal es conseguir que el paciente y su pareja tengan conductas competentes que les ayuden a vivir de forma cardiosaludable y que manejen de forma razonada y consciente su propia enfermedad.

Se pretende diseñar un grupo de apoyo de cara a desarrollar estrategias de afrontamiento activo en los cónyuges de pacientes con enfermedad cardiaca, para de esa manera fomentar la recuperación activa del paciente y reducir los miedos, preocupaciones y ansiedad derivados de una enfermedad claramente asintomática como la cardiaca. Es importante evaluar diferentes aspectos como pueden ser el tipo de afrontamiento que desarrolle la pareja frente a la enfermedad así como el nivel de ansiedad y depresión de la misma. Cuando se detecte a través de la aplicación de estas medidas un alto nivel de ansiedad o depresión sería aconsejable enviar a la pareja a una intervención clínica individual para reducir estos niveles y que no interfieran en el resultado final del grupo. Por tanto las parejas de pacientes con patología cardiaca que muestren unos índices moderados en éstas escalas de medición serán potenciales candidatas/os a participar en el grupo de apoyo.



Al finalizar los grupos presenciales se podrían proponer grupos online para facilitar el mantenimiento y contacto del grupo de apoyo a lo largo del tiempo.

Capítulo 11

Referencias

bibliográficas



11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbott, J., Berry, N. (1991). Return to work during the year following first myocardial infarction. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 268-270.
- Abello-Banfi, M., Cardiel, M.H., Ruiz-Mercado, R. y Alarcón-Segovia, D. (1994). Quality of life in rheumatoid arthritis. Validation of a Spanish version of the arthritis impact measurement scales (Spanish-AIMS). *Journal Rheumatology*, 21,1250-1255.
- Adsset, C.A. y Bruhn, J.G. (1968). Short-term groups psychotherapy for post-myocardial infarction patients and their wives. *Canadian Medical Association Journal*, 99,577-584.
- Alexander, C.N., Schneider, R.H. y Staggars, F. (1996). Trial of stress reduction for hypertension in older African Americans II: sex and risk subgroup analysis. *Hypertension*, 28, 228-237.
- Alonso, A. y Carcedo, C. (1999). Pautas de estudio y tratamiento psicológico. En J.M. Maroto Montero, C. De Pablo Zarzosa, R. Artigao Ramírez, y M.D. Morales Durán., (Eds.). *Rehabilitación Cardíaca. Barcelona: Olalla Ediciones.*
- Alonso, J., Antó, J.M. y Moreno, C. (1990). Spanish versión of the Nottingham Heath Profile: translation and preliminary validity. *American Journal of Public Health*, 80 (6), 704-708.



- Alonso, S.J. y Navarro, E. (1995). Estrés y problemas cardiovasculares. *Medicina Clinica*, 104(14), 551-555.
- Alonso-Pulpón, L. (2002). La “epidemia” de insuficiencia cardiaca: ¿ son todos los que están y están todos los que son?. *Revista española de cardiología*. 3(55),211-214.
- American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (20 de Julio de 2008) disponible en URL: < <http://www.aacvpr.org>>
- Amigo Vázquez, I., Fernández Rodríguez, C. y Pérez Álvarez, M. (2003). *Manual de psicología de la salud*. (2ª edición). Madrid: Pirámide.
- Amigo, O., Fernández, A. y González, A. (2001). Relajación muscular e hipertensión arterial: estudio controlado con pacientes medicados y no medicados. *Psicología Conductual*, 9, 131-140.
- Amigo, O., Fernández, A., González, A. y Herrera, J. (2002). Muscle relaxation and continuous ambulatory blood pressure in mild hypertension. *Psicothema*, 14, 47-52.
- Andrews, B. y Brown, G. W: (1988). Social support, onset of depresión and personality. *Social Psychiatry*, 23, 99-108.
- Andrews, B. y Brown, G. W: (1988). Social support, onset of depresión and personality. *Social Psychiatry*, 23, 99-108.



- Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D. y Schonwll, M. (1978). The relation of social factors to physical and psychiatric illness. *American Journal of Epidemiology*, 108(1),27-35.
- Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D. y Vaillant, G.W. (1978). Life events stress, social support, coping style and risk of psychological impairment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166(5),307-316.
- Aneshensel, C.S. y Frerichs, R.R. (1982). Stress, support and depression: A longitudinal causal model. *Journal of Community Psychology*, 10(4),363-376.
- Anthony, J.L. y O'Brien, W.H. (1999). An evaluation of the impact of social support manipulations on cardiovascular reactivity to laboratory stressors. *Behavioral Medicine*, 25 (2): 78-87.
- Antonucci, T. C. y Akiyama, H. (1987). Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *Journal of Gerontology*, 42(5), 519-527.
- Appley, M.H. y Trumbull, R. (1986). *Dynamics of stress*. New York: Plenum Press.
- Armario, P., Hernández del Rey, R. y Martín-Baranera, M. (2002).Estrés, enfermedad cardiovascular e hipertensión arterial. *Medicina Clinica*, 119,23-29.
- Artigao, R., Morales, M.D., Bayas, M., De Pablo, C. y Maroto, J.M. (1989). Resultados a corto plazo del programa de rehabilitación cardiaca del Hospital Ramón y Cajal. *Hipertension y Arteriosclerosis*, 1, 149-154.



- Artigao, R., Morales, M.D., De Pablo, C., Lozano, M., García, J., del Brio L.(1996).
Cardiac rehabilitation reduces long-term mortality after myocardial infarction
comunicación presentada en VI congreso de rehabilitación cardiaca celebrada en
Buenos Aires 16-20 de Junio.
- Asher, C.C. (1984). The impact of social support networks on adult health. *Medicine Care*,
22,349-359.
- Asociación Americana del Corazón. (Visitada el 16 de Enero de 2007). Disponible en
URL:<<http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=1200000>>
- Assmann G. y Schulte H. (1987).The Prospective Cardiovascular Münster Study:
prevalence and prognostic significance of hyperlipidemia in men with systemic
hypertension. *American Journal of Cardiology*, 59(14),9G-17G.
- Bacleland, F. y Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review.
Psychological Bulletin, 82, 738-783.
- Badia, X. y Alonso, J. (1994). Reliability and validity of the Spanish versión of the
Sickness Impact Profile. *Quality of Life Research*, 3, 65.
- Baider, L. y Kaplan De-Nour, A. (1988). Breast cancer—a family affair. En: C. Cooper
(Ed). *Stress and breast cancer*. New York: Wiley, 155–70.
- Baider, L., Perry, S., Holland, J. C., Sison, A. y Kaplan DeNour, A. (1995). Couples and
gender relationship: A sample of melanoma patients and their spouses. *Family
Systems Medicine*, 13, 69-77.



- Bandura, A (1993). *Doctor Honoris Causa por la Universidad de Salamanca*. Salamanca: Publicaciones de la Universidad de Salamanca.
- Barbarin, O. A., Hughes, D. & Chesler, M. A. (1985). Stress, coping, and marital functioning among parents of children with cancer. *Journal of Marriage and the Family*, 47, 473-480.
- Barefoot, J., Dahlstrom, W. y Williams, R. (1983). Hostility, CHD incidence, and total mortality: A 25-year follow-up of 255 physicians. *Psychosomatic Medicine*, 5, 46-57.
- Barefoot, J.C. y Schroll, M. (1996). Symptoms of depresión, acute myocardial infarction and total mortality in a community simple. *Circulation*, 93, 1976-1980.
- Barefoot, J.C.; Helms, M.J., Mark, D.B.y Blumenthal, R.M.(1996). Depresión and long-term mortality risk in patients with coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 78, 613-617.
- Barez, M., Blasco, T. y Fernández, C. J. (2003). La inducción de la sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología*, 19, 235-246.
- Barnet, P.A. y Gotlib, I.B. (1988). Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychology Bulletin*, 104,97-126.



- Barnett, R. C. (1993). Múltiples roles, género, and psicológico distress. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds). *Handbook of stress* (pp. 427-45). New York: Free Press.
- Bar-On, D., Gilutz, H., Maymon, T., Zilberman, E. y Cristal, N. (1994). Long-term prognosis of low-risk, post-MI patients: the importance of subjective perception of disease. *European Heart Journal*, 15,1611-1615.
- Barrera, M. J. R. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents: Assessment issues. En B. Gottlieb (Ed.). *Social Networks and Social Support*. Beverly Hills: Sage.
- Barrera, M. y Ainlay, S.L.(1983). The structure of social support: A conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology*.11,133-143.
- Barrón López de Roda, A. (1990). Apoyo social: Definición. *Jano*, 38,1086-1097.
- Barrón López de Roda, A. (1996). *Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Barrón López de Roda, A. (2005). El apoyo social en los programas de rehabilitación cardíaca. *Seminario del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*. Madrid.
- Barrón, A. (1988). *Estrés psicosocial, apoyo social y depresión en mujeres. Un estudio empírico en Aranjuez*. Tesis doctoral Psicología Social. Universidad Complutense de Madrid.



- Barrón, A. y Chacón, F. (1990). Efectos directos y protectores frente al estrés del apoyo social. *Investigaciones psicológicas*, 8, 197-206.
- Barrón, A. y Chacón, F. (1990). Efectos directos y protectores frente al estrés del apoyo social. *Investigaciones psicológicas*, 8, 197-206.
- Bayés, R. (1985). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés, R. (1988). Modulación psicológica de la respuesta inmunológica. *Revista Cubana de Hematología e Inmunología- Hemoter*, 4(1),7-29.
- Beaglehole, R. (1990). International trends in coronary heart disease mortality, morbidity, and risk factors. *Epidemiological Review*, 12, 1-15.
- Beck, A.T. y Del Viso,S. (1996). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé de Brouwer
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1985). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé de Brower.
- Belardinelli, R., Georgiou, D.,Cianci,, G. y Purcaro, A.(1999). Randomized controlled trial of long-term moderate exercise training in chronic heart failure: effects on funcional capacity, quality of life, and clinical outcome. *Circulation*, 99, 1173-1182.



- Bell, R.A., Leroy, J.B. y Stephenson, J.J.(1982). Evaluating the mediating effects of social support upon life events and depression symptoms. *Journal of Community Psychology*, 10(4), 325-340.
- Ben- Porath, Y. y Tellegen, A.(1990). A place for traits in stress research. *Psychological Inquiry*, 1, 14-16.
- Bennett, P. y Carroll, D. (1994).Cognitive-behavioral interventions in cardiac rehabilitation. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 169-182.
- Bergman, E. y Berterö, C. (2003). 'Grasp life again'. A qualitative study of the motive power in myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 303-310.
- Berkman, L.F. y Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Berkman, L.F.(1985). The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. En S. Cohen, y L. Syme. (Eds.). *Social support and health*. (pp. 241-262).New York: Academic Press.
- Berlin, J.A. y Colditz, G.A. (1990). A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*,132, 612-628.
- Bertomeu, V. (1996). Problemática sociosanitaria de los pacientes portadores de una cardiopatía. En J. Merino y J.B. Martí. *Medicina social*. Universidad de Alicante.



- Betriu, A. y Serra, A. (1989). Infarto de miocardio: En A. Vertió y A. Serra (Eds.). *Licenciatura en cardiología*. Barcelona: Salvat.
- Bigatti, S. M y Cronan, T. A. (2002). An examination of the physical health, health care use, and psychological well-being of spouse of people with Fibromyalgia Syndrome. *Health Psychology*, 21, 157 - 166.
- Bigatti, S. M y Cronan, T. A. (2002). An examination of the physical health, health care use, and psychological well-being of spouse of people with Fibromyalgia Syndrome. *Health Psychology*, 21, 157 - 166.
- Billings, A. G. y Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- Billings, A. G. y Moos, R. H. (1982). Social support and functioning among community and clinical groups: a panel model. *Journal of Behavior Medicine*, 5, 295-312.
- Blazer, D.G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, 115, 684-694.
- Bloom, J. R. (1982). Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Social Science and Medicine*, 16, 1329-1338.
- Blumenthal, A., Williams, R.B., Kong, Y., Thompson, L.W., Jenkins, C.D. y Rosenman, R.H. (1975). Coronary-prone behavior and angiographically documented coronary disease. *Psychosomatic medicine*. 37,79.



- Blumenthal, J.A. y Wei, J. (1993). Psychobehavioral treatment in cardiac rehabilitation. *Cardiology Clinics*, 11, 323-331.
- Blumenthal, J.A., Barefoot, J., Haney, T. y Zimet, G. (1987). Social support, Type A behavior, and coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*. 49, 331-340.
- Bodenmann, G. y Shantinath, S.D. (2004). The couples coping enhancement training (CCET): a new approach to prevention of marital distress based upon stress and coping. *Family Relations*, 53, 477-84.
- Bohadick, P. (1984). Progressive relaxat-on training in cardiac rehabilitation. Effect on psychological variables. *Nursing Research*, 33,283-287.
- Boix Martínez, R., Aragonés Sanz, N. y Medrano Albero, M.J. (2003).Tendencias en la mortalidad por cardiopatía Isquémica en 50 provincias españolas. *Revista española de cardiología*. 56(9),850-856.
- Bolger, N., DeLongis, A., Kessler, R. C., y Wethington, E. (1989b). The microstructure of daily role-related stress in married couples. En J.Eckenrode y S. Gore, (Eds.).*Crossing the boundaries: The transmission of stress between work and family*,(pp. 95-115). New York: Plenum Press.
- Booth-Kewley, y Friedman, H.S. (1987). Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. *Psychological bulletin*, 101, 343-62.



- Bouchard, G. (2003). Cognitive appraisals, neuroticism, and openness as correlates of coping strategies: an integrative model of adaptation to marital difficulties. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 35(1), 1-12.
- Boudrez, H., De Backer, G., Comhaire, B. (1994). Return to work after myocardial infarction: results of a longitudinal population based study. *European Heart Journal*, 15, 32-36.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Boyce, W. T. (1981). Interaction between social variables in stress research. *Journal of Health and Social Behavior*. 22(2), 194-195.
- Broom, D.M. (1996). Animal welfare defined in terms of attempts to cope with the environment. *Acta Agriculturae Scandinavica Section Animal Science*, 27, 22-28.
- Broustet, J.P., Blaquiere, C., Douard, H., Oysel, N. y Rougier, P. (1992). La reprise du travail apres infarctus du myocarde: bilan et decisions. *Arch Mal Coeur Vaiss*, 85, 1741-1753.
- Brown, G. W. y Bifulco, A. (1985). Social support, life events and depression. En I.G.Sarason y B.R. Sarason. (Eds.). *Social support: Theory, research and application*. Boston: Martinus Nijhoff.
- Brown, G. W. y Harris, T. (1978). *Social origins of depression*. London: Tavistock.



- Brown, G.W. y Andrews, B. (1986). Social support and depression. En M.H. Appley y R. Trumbull. (Eds.). *Dynamics of stress*. New York: Plenum Press.
- Bueno, A.M. y Buceta, J.M. (1996). Tratamiento psicológico después del Infarto de Miocardio: En J.M. Buceta (Ed.). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Pirámide.
- Burchfield, S.R. (1979). The stress response: A new perspective. *Psychosomatic Medicine*, 41, 661-672.
- Burman, B. y Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: an interactional perspective. *Psychological bulletin*, 112, 39-63.
- Bygren, L.O., Konlaan, B.B. y Johansson, S.E. (1996). Attendance at cultural events, reading books or periodicals, and making music or singing in a choir as determinants for survival: Swedish interview survey of living conditions. *British Medical Journal*, 313(7072), 1577-1580.
- Caldwell, M. A. y Peplau, L. A. (1982). Sex differences in the same sex friendship. *Sex Roles*, 8, 721-732.
- Calvete, E. (1992). Evaluación de los componentes subjetivos del estrés y su relación con los parámetros fisiológicos. *Psiquis*, 13(9), 371-385.
- Calvo, F., Díaz, D., Alonso, J., Alemán, S., Ojeda, B. (2002). Factores psicosociales de riesgo en la enfermedad cardiovascular. En F. Calvo Francés (Ed.).



Investigaciones en psicocardiología. Las Palmas de Gran Canaria: Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.

Camberlain, K. y Zika, S. (1990). The minor events approach to stress: Support for the use of daily hassles. *British Journal of Psychology*, 81, 469-481.

Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Basic Books.

Carney, R.M., Freedland, K., Sheline, y Weiss, E. (1997). Depresión and coronary heart disease. A review for cardiologists. *Clinical Cardiology*, 20, 196-200.

Carney, R.M., Freedland, K.E., Rich, M.W. y Jaffe, A.S. (1995). Depresión as a risk factor for cardiac events in established coronary heart disease: a review of posible mechanisms. *American Behaviour Medicine*, 17, 142-49.

Case, R.B., Moss, A.J., Case, N., McDermott, M. y Eberly, S. (1992). Living alone after myocardial infarction: Impact and prognosis. *JAMA*, 267(4),515-519.

Case, R.B., Moss, A.J., Case, N., McDermott, M. y Eberly, S. (1992). Living alone after myocardial infarction. Impact on prognosis. *JAMA*, 267, 515-19.

Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*. 104(2),107-123.



- Castro, R., Campero, L. y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31(4), 425-435.
- Cay, E.L. y Walker, D.D. (1988). Psychological factors and return to work. *European Heart Journal*, 9 (L),74-81.
- Chambers, W.N., Reiser, M.F.(1953). Emotional stress in the precipitation of congestive heart failure. *Psychosomatic Medicine*. 15, 38-60.
- Chandra, V., Szklo, M., Goldberg, R. y Tonascia, J. (1983). The impact of marital status on survival after an acute myocardial infarction: a population-based study. *American Journal of Epidemiology*,. 117 (3), 306-320.
- Chesney, M. y Darbes, L. (1998). Social support and heart disease in women. Implications for interventions. En K. Orth-Gomer, Chesney, M., Wenger; N.K. (Eds.) *Women, stress and heart disease*. Mahwah, New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Chesney, M.A., Agras, W.S., Benson, H., Blumenthal, J.A., Engle, B.T., Foreyt, J.P., Kaufman, P.G., Levenson, R.M., Pickering, T.G., Randall, W.C. y Schwartz, P. J. (1987). Nonpharmacologic approaches to the treatment of hypertension. *Circulation*, 76 (Supl.2,Part II), 104-109.
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14, 544-550.



- Chin, M.H., y Goldman, L. (1997). Correlates of early hospital readmission or death in patients with congestive heart failure. *American Journal of Cardiology*, 79(12), 1640-1644.
- Cleary, P.D. y Mechanic, D. (1983). Sex differences in psychological distress among married women. *Journal of Health and Social Behavior*. 24(2), 111-121.
- Cobb Sidney, M.D. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*. 38 (5).
- Cockerham, W.C. (2001). *Handbook of medical sociology*. Nueva York: Prentice-Hall.
- Cohen, F. y Lazarus, R.S. (1979). Coping with stress of illness. En G.C., Stone, F. Cohen y N.E. Adler (Eds). *Health psychology—a handbook: theories, applications and challenges of psychological approach to health care systems*, (pp.120–150). San Francisco: Jossey-Bass.
- Cohen, F., Horowitz, M., Lazarus, R.S., Moos, R.H., Robins, L.N., Rose, R.M. y Rutter, M. (1982). Panel report on psychosocial assets and modifiers of stress. En G.R. Elliot y C, Eisdorfer. (Eds). *Stress and human health*. New York: Springer Verlag.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Cohen, S. y Ashby, T. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310-357.



- Cohen, S. y McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. En A. Baum, S. E. Taylor y J.E. Singer. (Eds.). *Handbook of psychology and health*. New Jersey: Hillsdale.
- Cohen, S. y Syme, L. (1985) *Social support and health*. Nueva York: Academic Press.
- Cohen, S. y Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98, 310-357.
- Cohen, S., y Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social support as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99-125.
- Cohen, S.,Gottlieb,B.H. y Underwood, L.G.(2000).Social relationships and health. En S.Cohen, L.G. Underwood y B.H. Gottlieb (Eds.). *Social support measurement and intervention. A guide for health and social scientists*. Oxford: Oxford University Press.
- Coll, R. (1995). Coste-beneficio de los programas de rehabilitación cardíaca. *Revista Española de Cardiología*, 48, 94-98.
- Collins, N. L., y Feeney, B. C. (2004). Working models of attachment shape perceptions of social support: evidence from experimental and observational studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 363 - 383.
- Collins, R. (1999). The moderating effects of SES and social support on the relationship between stressful life events and blood pressure: A reactivity study. Dissertation Abstracts Internacional: Section B: *The sciences & engineering*, 60 (3-B), 1344



- Cooper, C.L. y Watson, M. (1991). Introduction. The psychobiological model. En C.L. Cooper y M. Watson (Eds). *Cancer and stress: psychobiological biological and coping studies*. New York: Wiley.
- Corace, K.M. y Endler, N.S. (2003). Psychosocial predictors of cardiac rehabilitation patients' quality of life. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 8, 1-26.
- Cornes, J.M. (1994). El apoyo social: su relevancia en la práctica psiquiátrica. *Revista de psiquiatría*. Facultad de Medicina de Barna. 21(6),147-154.
- Costa, M. y López, E. (1982). La psicología comunitaria: un nuevo paradigma. *Papeles del Psicólogo*, 2(Marzo),17-22.
- Courneya, K. S., Plotnikoff, R. C., y Hotz, S. B. (2000). Social support and the theory of planned behaviour in the exercise domain. *American Journal Health Behaviour*, 24, 300-308.
- Cowie, M.R., Wood, D.A., Coats, A.J., Thompson, S.G., Poole-Wilson, P.A., Suresh, V. (1999). Incidence and etiology of heart failure; a population-based study. *Europe Heart Journal*, 20, 421-428.
- Coyne, J.C. y DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: the role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,54,454– 460.



- Coyne, J.C., Rohrbaugh, M.J., Shoham, V., Sonnega, J.S., Nickolas, J.M. y Cranford, J.A. (2001). Prognostic importance of marital quality for survival of congestive heart failure. *American Journal of Cardiology*, 88,526–529.
- Croog, S.H. y Levine, S. (1977). *The heart patient recovers: social and psychological factors*. New York: Human Sciences Press.
- Cunnane, S.C. (1993). Childhood origins of lifestyle-related risk factors for coronary heart disease in adult in adulthood. *Nutrition and Health*, 9,107-115.
- Cutrona, C.E. (1986). Behavioral manifestations of social support: A microanalytic investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(1),201-208.
- Cutrona, C.E., y Russell, D. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. En I.G. Sarason, B.R. Sarason, y G.R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view*. New York: Wiley.
- Dakak, N., Quyyumi, A., Eisenhofer, G., Goldstein, D.S. y Cannon, R.O. (1995). Sympathetically mediated effects of mental stress on the cardiac microcirculation of patients with coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 76, 125-130.
- Dakof, G. A. y Taylor, S. E. (1990). Victims' perceptions of social support: What is helpful from whom?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (1), 80-89.
- Dalgard, O.S. y Habeim, L.L. (1998). Psychosocial risk factors and mortality: A prospective study with special focus on social support, social participation, and



locus of control in Norway. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(8),476-481.

Davis, M.H. y Morris, M.M.(1998). Relationship-specific and global perceptions of social support: associations with well-being and attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*,74,468-481.

Davison, G., Williams, M., Nezami, E., Bice, T. y Dequattro, V. (1991).Relaxation, reduction in angry articulated thoughts and improvements in borderline hypertension and heart rate. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 453-468.

Day, T.A. (2005). Defining stress as a prelude to mapping its neurocircuitry: no help from allostasis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 29, 1195-1200.

De Dios Duarte, M.J. (2010). *Un estudio empírico sobre factores sociales y enfermedad de Crohn desde la perspectiva de la Psicología Social de la Salud*. Tesis doctoral Psicología Social. Universidad Complutense de Madrid.

De la Fuente Arias, M. y De la Fuente Arias, J.(1997). Patrón de conducta tipo A y ansiedad: un estudio exploratorio. *Psicología conductual*, 5(1), 109-131.

De Llano, J., Sosa, V. y Lozano, J.A. (6 de Noviembre de 2006). Resultados psicológicos en la rehabilitación cardíaca. Grupo de trabajo de la sociedad española de cardiología. Disponible en URL:



http://www.secpyr.org/index.php?option=com_content&task=view&id=191&Itemid=0

≥

De Pablo Zarzosa, C. (1999). Reincorporación laboral. En J.M. Maroto, C. De Pablo Zarzosa, R. Artigao Ramírez, y M.D. Morales Durán. (Eds.) *Rehabilitación Cardíaca*. Barcelona: Olalla Ediciones, S.L.

Dean, A. y Ensel, W.M. (1982). Modelling social support, life events, competence, and depression in the context of age and sex. *Journal of Community Psychology*, 10,392-408.

Dean, A. y Lin, N. (1977). The stress-buffering role of social support. *Journal Nervous Mental Disease*, 165, 3403-3417.

Dehle, C, Larsen, D y Landers, J. E. (2001). Social support in marriage. *The American Journal of Family Therapy*, 29, 307 - 324.

DeLongis, A. y Holtzman, S. (2005). Coping in context: The role of stress, social support, and personality in coping. *Journal of Personality (special issue on Personality and Daily Experience)*, 73, 1633-1656.

Dembroski, T., Weiss, S., Shields, J., Haynes, S. y Feinleib, M. (1978). *Coronary-Prone Behavior*. New York: Springer-Verlag.

Denollet, J., Sys, S.U., Stroobant, N., Rombouts, H., Gillebert, T.C. y Brutsaert, D.L. (1996). Personality as independent predictor of long term mortality in patients



with coronary heart disease. *Lancet*, 347(8999), 417-421. Disponible en URL:

<http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=12453>

Derogatis, L.R. (1986). The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *Journal Psychosomatic Research*, 30(1):77-91.

Diago, J. L., Guallar, C. y Andrés, J. (1996). Factores de riesgo cardiovascular. Prevención primaria y secundaria de la cardiopatía isquémica. En F. Palmero y V. Codina (Eds.), *Trastornos cardiovasculares: influencia de los procesos emocionales*, (pp.65-86). Valencia: Promolibro.

Díaz Veiga, P. (1987). Evaluación del apoyo social. En R. Fernández Ballesteros (comp.). *El ambiente: un análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.

Diccionario de la lengua española. (2003). *Real academia de la lengua española*. (Ed. Electrónica en CD-ROM. Versión 1.0). Barcelona: Espasa Calpé.

DiMatteo, M. R. (2004). Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 23 (2), 207-218.

Doherty, W. J., Schorott, H. G., Metcalf, L. y Iasiello-Vailas, L. (1983). Effect of spouse support on health beliefs on medicaments adherence. *Journal of family practice*, 17 (5), 837-841.

Dohrenwend, B. P. (1974). Problem in defining and sampling the relevant populations of stressful life events. En B.S. Dohrenwend y B.P. Dohrenwend. (Eds.). *Stressful life events: Their nature and effects*. New York: John Wiley.



- Dohrenwend, B.,S., Pearlin, L., Clayton, P., Hamburg, B., Dohrenwend, B.P., Riley, M., y Rose, R. M. (1982). Report on stress and life events. En G. R. Elliot y C. Eisdorfer. (Eds.). *Stress and human health*. New York: Springer Verlag.
- Doiron-Maillet, N. y Meagher-Stewart, D. (2003). The uncertain journey: Women's experiences following a myocardial infarction. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 13, 14-23.
- Dolbier, C.L. y Steinhardt, M.A. (2000). The development and validation of the sense of support scale. *Behaviour Medicine*, 25,169-179.
- Doxandabartz, J., Ferro, J. y Iriarte, I. (1995). Resultados de la rehabilitación cardíaca a nivel físico, psicológico, sexual y laboral. *Revista Española de Cardiología*, 48,79-84.
- Dunkel-Schetter, C. (1984).Social support and cancer: Findings based on patients interviews and their implications. *Journal of Social issues*, 40(4),77-98.
- Dunkel-Schetter, C., y Bennett, T. L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioural aspects of social support. En B.R. Sarason, I.G. Sarason y G.R. Pierce. (Eds.).*Social support: An interactional view*. Nueva York: Wiley.
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide: Suicide, a study in sociology*. Glencoe, IL:Free Press.
- Eaton, W.W.(1978). Life events, social supports and psychiatric symptoms: A reanalysis of New Haven data. *Journal of health and social behavior*, 19(2),230-234.



- Egbert, L.D., Battit, G.E., Welch, C.E., Bartlett, M.K. (1964). Reduction of post-operative pain by encouragement and instruction of patients. *New England Journal of Medicine*, 270, 825-27.
- Ell, K. (1996). Social networks, social support and coping with serious illness: the family connection. *Social Science of Medicine*, 42, 173 - 183.
- Ellaway, A. y Macintyre, S. (2000). Social capital and self rated health: support for a contextual mechanism. *American Journal of Public Health*. 90(6), 988a.
- Elliot,G,R y Eisdorfer,C.(1982). *Stress and human health*. New York: Springer Verlag.
- Endler, N.S. y Parker, J.D. (1990). Stress and anxiety: Conceptual and assessment issues: Special issues II-1. *Stress Medicine*, 3, 243-248.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicina. *Science*, 196,129-136.
- Everson, S.A., Kauhanen, J., Kaplan, G.A., Goldberg, D.E., Julkunen, J., Tuomilehto, J. y Salonen, J.T. (1997). Hostility and increased risk of mortality and acute myocardial infarction: the mediating role of behavioral risk factors. *American Journal of Epidemiology*, 146, 142-152.
- Ewart, C.K., Taylor, C.B., Reese, L.B. y DeBusk, R.F. (1983). The effects of early post myocardial infarction exercise testing on self-perception and subsequent physical activity. *American Journal of Cardiology*, 51,1076-1080.



- Eysenck, H.J. (1991). *Smoking, Personality, and Stress: Psychosocial Factors in the Prediction of Cancer and Coronary Heart Disease*. Nueva York: Springer Verlag. (Traducción, 1994. Barcelona: Herder).
- Falke, R. L. y Taylor, S. E. (1983). Social support for cancer patients. *UCLA Cancer Center Bulletin*, 10, 13-15.
- Farquhar, J.W., Fortmann, S. P., Maccoby, N., Haskell, W.L., Williams, P.T., Flora, J.A., Taylor, C.B., Brown, B.W., Solomon, D.S. y Hulley, S.B. (1985). The stanford five-city project: design and methods. *American Journal of Epidemiology*, 122, 323-334.
- Felton, B.J. y Shinn, M. (1992). Social integration and social support: Moving social support beyond the individual level. *Journal of Community Psychology*, 20, 103-115.
- Fernández-Abascal, E.G. (1994). *Intervención comportamental en trastornos cardiovasculares*. Madrid: Fundación Universidad y Empresa.
- Fernández-Abascal, E.G. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En E.G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Abascal, E.G., Martín, M.D., Domínguez, F.J. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*. 15(4), 615-630.



- Fincham, F.D. y Beach, S.R. (1999). Conflict in marriage: implications for working with couples. *Annual Review of Psychology*, 50,47– 77.
- Finnegan, D. L. y Suler, J. R. (1985). Psychological factors associated with maintenance of improved health behaviors in postcoronary patients. *The Journal of psychology*, 119, 87-94.
- Fiske, V., Coyne, J. C. & Smith, D. A. (1991). Couples coping with myocardial infarction: An empirical reconsideration of the role of overprotectiveness. *Journal of Family Psychology*, 5 (1), 4-20.
- Flecher, B. (1991). *Work, stress, disease and life expectancy*. New York: Wiley.
- Flegal, K.M., Graubard, B.I., Williamson, D.F. y Gail, M.H.(2005). Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *Journal American Medicine Association*, 293,1861–1867.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. y Gruen, R.J. (1986). Dynamics of stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Fondacaro, M. R. y Moss, R.H. (1987). Social support and coping: a longitudinal análisis. *American Journal of Community Psychology*, 15, 653-673.
- Fontana, A.F., Kerns, R.D., Rosenberg, R.L. y Colonese, K.L. (1989). Support, stress, and recovery from coronary heart disease: A longitudinal causal model. *Health Psychology*, 8, 175-93.



- Frasure-Smith, N. M. (1993). Depresión following myocardial infarction: impacto n 6 month survival. *JAMA*, 270, 1819-1825.
- Frasure-Smith, N. y Prince, R. (1985). The ischemic heart disease life stress monitoring program: impact on mortality. *Psychosomatic medicine*, 41,431-445.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F. y Talajic, M. (1991). In hospital symptoms of psychological stress as predictors of long-term out-come alter acute myocardial infarction in men. *American Journal of Cardiology*, 67,121-127.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F. y Talajic, M. (1992). Differential long-term impacto in hospital-symptoms of psychological stress after non-Q-wave acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 69, 1128-1134.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F. y Talajic, M. (1995c). Randomized trial of home-based psychological nursing intervention for patients recovering from myocardial infarction. *Lancet*, 350, 473-479.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F. y Talajic, M. (1989). Long-term follow-up of the ischemic heart disease life stress monitoring program. *Psychosomatic medicine*, 51, 485-13.
- Frasure-Smith, N.; Lesperance, F. y Talajic, M. (1995a). Depresión and 18 month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*. 91: pp. 999-05.



- Frasure-Smith, N.; Lesperance, F. y Talajic, M. (1995b). The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depresión?. *Health Psychology*. 14; 388-98.
- Friedman, M. y Rosenman, R.H. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Knof.
- Friedman, M., Rosenman, R.H., Straus, R., Wurn, M. y Kositchek, R. (1969). The relationship of behavior pattern A to the state coronary vasculature: a study of fifty-one autopsy subjects. *American Journal of Medicine*, 44,525-537.
- Friedman, M., Sanford, B. O., Rosenman, R.H. y Elevitch, F.R.(1970). Coronary-prone individuals: some biochemical characteristics. *JAMA*. 232, 1030-1037.
- Friedman, M., St. George, S., Byers, S.O. y Rosenman, R.H. (1960). Excretion of catecholamines, 17-ketosteroids, 17-hidroxicorticoids and 5-hidroxyindole in men exhibiting a particular behavior pattern (A) associated with high incidence of clinical coronary artery disease. *Journal of Clinical Investigation*, 39,758-764.
- Frojan, X. M. y Rubio, R. (2005). Discriminant analysis of treatment adherence in insulindependent diabetes mellitus. *Psychology in Spain*, 9 (1), 41-48.
- Gallant, M. P. (2003). The influence of social support on chronic illness. Self-management: a review and directions for research. *Health Education and Behavior*, 30 (2), 170-195.



- Gallar, M. (1998). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Paraninfo.
- García Huete, E. (1991). Intervención en trastornos cardiovasculares. En G. Buela Casal y V.E. Caballo. (Eds) *Manual de psicología clínica aplicada*. Pp.67-80.
- Garrido Martín, E. (1993). Autoeficacia e intervención en problemas de familia. *Psicothema*, 5(Supl),337-347.
- Garrido Martín, E. (1993). Autoeficacia e intervención en problemas de familia. *Psicothema*,5(Supl),337-347.
- Garrity, T.F.(1973). Vocational adjustment after first myocardial infarction. *Social Science and Medicine*, 7, 705-717.
- George, D. y Mallery, P. (1995). *SPSS/PC + Step by: A Simple Guide and Reference*. Belmont: Wadsworth Publishing Company.
- Gilbar, O., Steiner, M. y Atad, J. (1995). Adjustment of married couples and unmarried women to gynaecological cancer. *Psychooncology*, 4, 203–211.
- Gilutz, H., Bar-On, D., Billing, E., Rehnquist, N., Cristal, N. (1991). The relationship between causal attribution and rehabilitation in patients after their first myocardial infarction. A cross cultural study. *European Heart Journal*, 12, 883-888.



- Glass, T.A., De Leon, C.M., Marottoli, R.A. y Berkman, L.F. (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Medical Journal*,. 319(7208),478-483.
- Glassman, A.H., Helzer, J.E., Covey, L.S. Cottler, L. B. Stetner, F.,Tipp, J. E. y Johnson, J. (1990). Smoking, smoking cessation, and major depresión. *JAMA*, 264, 1546-1549.
- Glynn, L. M., Christenfeld, N., & Gerin, W. (1999). Gender, social support, and cardiovascular responses to stress. *Psychosomatic Medicine*, 61, 234–242.
- Goldman, L. y Cook, H. (1984).The decline in ischemic heart disease mortality rates. *Annal of Internal Medicine*, 101,825-832.
- Goldstein, I.B. (1982). Biofeedback in the treatment of hypertension. En L. White y B. Tursky (Eds.), *Clinical Biofeedback: Efficacy and Mechanisms* (pp. 171-200). New York: Guilford Press.
- Gómez Bobassi, L.P. (1998). *El papel del apoyo social en la etiología de la enfermedad coronaria cardiaca*. Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Universidad de Granada.
- Gómez, L., Pérez, M. y Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. *Psicología conductual*, 9, 5-38.
- González Martínez, M.T. (2004). *Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos – CAEPO -*. Madrid: TEA Ediciones.



- González, A. y Amigo, I. (2000). Efectos inmediatos del entrenamiento en relajación muscular progresiva sobre índices cardiovasculares. *Psicothema*, 12(1), 25-32.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M.M. y Bernabeu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14, 363-368.
- Gore, S. (1985). Social support and styles of coping with stress. En S. Cohen, y S. L.Syme. (Eds.). *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Gorkin, L., Follick, M.J., Wilkin, D.L., y Niaura, R. (1994). Social support and the progression and treatment of cardiovascular disease. En S.A. Shumaker y S.M. Czajkoeski. (Eds.). *Social Support and cardiovascular disease*. New York: Plenum Press.
- Gottlieb, B. H. (1983). *Social support strategies*. Beverly Hills: Sage.
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Gracia,E.(1997): *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Greenglass, E. R. (1982). *A world of difference: Gender roles in perspective*. Toronto: Wiley.
- Greer, S., Moorey, S. y Watson, M. (1989). Patients' adjustment to cancer: the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale vs clinical ratings. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(3),373–377.



- Greiner, K., Li, C., Kawachi, I., Hunt, D. y Ahluwalia, J. (2004). The relationships of social participation and community ratings to health and health behaviours in areas with high and low population density. *Social Science & Medicine*, 59, 2303-2312.
- Grupo de Trabajo de Rehabilitación Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología. (1995). Rehabilitación del paciente coronario. Prevención secundaria. *Revista Española de Cardiología*, 48, 643-649.
- Guadarrama González, P. y Suárez Gomes, C. (2000). Filosofía y Sociedad. *La Habana*, 735,723-724.
- Güell, R., Casan, P., Sangenis, M., Sentís, J., Morante, F., Borrás, J.M. y Guyatt, G. (1995). Traducción española y validación de un cuestionario de calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Archives of Bronconeumology*, 31,202-210.
- Gullette, E.C., Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Jiang, W., Waugh, R., Krantz, W., Frid, D.J., O'Connor, C., Morris, J.J., Krantz, D.S. (1997). Effects of mental stress on myocardial ischemia during daily life. *JAMA*, 277, 1521-1526.
- Gutiérrez Morlote, J., Vacas, M., Lobato, A., Llorca, J., Prieto, J.A., Domenech, J., San José, J.M. (1999). Impacto del infarto de miocardio en la situación laboral de los pacientes. *Revista Española de Cardiología*, 52,556-562. Disponible en URL http://www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.fulltext?pid=148



- Hagedoorn, M., Kuijer, R. G., Buunk, B. P., Ong, G. M. D., Wobbes, T. y Sanderman, R. (2000). Marital satisfaction in patients with cancer: does support from intimate partners benefit those who need it the most? *Health psychology, 19*, 274-82.
- Halhuber, M.J. y Siegrist, J. (1985). Factores psicosociales en el desarrollo y curso de la cardiopatía isquémica. *Revista española de cardiología, 30(Supl 3)*, 41-56.
- Haller, C., Kemmler, G., Judmair, G., Rathner, G., Kinzl, H., Richter, R. y Günther, V. (2003). Social network and social support inpatients with chronic inflammatory bowel disease. *Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 49* (1), 36-38.
- Haller, C., Kemmler, G., Judmair, G., Rathner, G., Kinzl, H., Richter, R. y Günther, V. (2003). Social network and social support inpatients with chronic inflammatory bowel disease. *Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 49* (1), 36-38.
- Haller, C., Kemmler, G., Judmair, G., Rathner, G., Kinzl, H., Richter, R. y Günther, V. (2003). Social network and social support inpatients with chronic inflammatory bowel disease. *Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 49* (1), 36-38.
- Hannum, J.W., Giese-Davis, J., Harding, K., Hatfield, A.K. (1991). Effects of individual and marital variables on coping with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology, 9*, 1-20.



- Hanssen, T.A., Nordrehaug, J.E. y Rokne-Hanestad, B. (2005). A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contacts after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, 37-44.
- Haynes, R. B. y Sackett, D. L. (1974). *A workshop/symposium compliance with therapeutic regimens*. Hamilton, Ontario: McMaster University Medical Center.
- Haynes, S.G., Levine, S., Scoth, N., Feinleib, M. y Kannel, W. (1978). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in Framingham study. *American Journal of Epidemiology*, 107, 362-381.
- Hedback, B., Perk, J. y Wodlin, P. (1993). Long-term reduction of cardiac mortality after myocardial infarction: 10-year results of a comprehensive rehabilitation programme. *European Heart Journal*, 14, 831-835.
- Helgeson, V. S. (1993). The onset of chronic illness: Its effect on the patient–spouse relationship. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12, 406–428.
- Helgeson, V. S., Cohen, S., Schulz, R. y Yasko, J. (2000). Group Support Interventions for women with Breast Cancer: Who Benefits From What?. *Health Psychology*, 19 (2), 107-114.
- Helgeson, V. S., y Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, 15, 135-48.



Heller, K. y Lakey, B. (1985). Perceived Support and Social Interaction among Friends and Confidants. En Sarason, I.G. y Sarason, B.R. (Eds.), *Social Support: Theory, Research and Applications* (pp.287-300). Boston: Martinus Nijhoff Publishers.

Hemingway H, Marmot M. (1999). Psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. *British medical journal*, 318, 1460-1472.

Henderson, A. S., Byrne, D. G., Duncan-Jones, P., Scott, R., Adcock, S. y Steele, G. P. (1978). Social bonds in the epidemiology of neurosis: a preliminary communication. *British Journal of Psychiatry*, 132, 463-466.

Henderson, A. S., Byrne, D. G., Duncan-Jones, P., Scott, R., Adcock, S. y Steele, G. P. (1978). Social bonds in the epidemiology of neurosis: a preliminary communication. *British Journal of Psychiatry*, 132, 463-466.

Henderson, S., Byrne, D.G., Duncan-Jones, P., Adcock, S., Scott, R. y Steele, G. P. (1978). Social bonds in the epidemiology of neurosis: A preliminary communication. *British journal of psychiatry*. 132, 463-466.

Henderson, S., Duncan-Jones. P., Byrne D. G. & Scott. R. (1980). Measuring of social relationships: The interview schedule for social interaction. *Psychological Medicine*, 10, 753-734.



- Herd, J.A. (1978). Physiological correlates of coronary-prone behavior. En T. Dembroski, S. Weiss, J. Shields, S. Haynes, y M. Feinleib, (Eds.). *Coronary-Prone Behavior*. New York: Springer-Verlag.
- Herrero, J. y Musitu, G. (1998). Apoyo social, estrés y depresión: un análisis casual del efecto supresor. *Revista de Psicología Social*, 13, 195-203.
- Herrero, J. y Musitu, G. (1998). Apoyo social, estrés y depresión: un análisis casual del efecto supresor. *Revista de Psicología Social*, 13, 195-203.
- Herreros, B. y Bandrés, F. (2006). Breve historia de la Insuficiencia Cardiaca. En B. Herreros y F. Bandrés (Eds). *Insuficiencia cardiaca en atención primaria*. Madrid: (Universidad Europea de Madrid).ADEMAS Comunicación Gráfica S.L.
- Hess, R. (1982). Self-help as a service delivery strategy: *Prevention in human services*, 1,1-2.
- Hirsch, B. J.(1980). Natural support system and coping with major life changes. *American Journal of Community Psychology*, 2(8),159-172.
- Hobfoll, S. E. (1985). Limitations of social support in the stress process. En: I.G.Sarason y B.R. Sarason. (Eds.). *Social support: Theory, research and application*. Boston: Martinus Nijhoff.
- Hobfoll, S. E. (1986). *Stress, social support, and women*. Washington, DC: Hemisphere.



- Hobfoll, S. E. (1998). *Stress, culture, and community: The psychology and philosophy of stress*. New York: Plenum.
- Hobfoll, S.E. (1991). Gender differences in stress reactions: Women filling the gaps. *Psychology and Health*, 5, 95-109.
- Hoffman, A., Pfiffner, D., Hornung, R., Niederhauser, H. (1995). Psychosocial factors predict medical outcome following a first myocardial infarction. Working Group on Cardiac Rehabilitation of the Swiss Society of Cardiology. *Coronary Artery Disease*, 6, 147-152.
- Hoit, B.D., Gilpin, E.A., Henning, H., Maisel, A.A., Dittrich, H., Carlisle, J. y Ross, J. (1986). Myocardial infarction in young patients: an analysis by age subsets. *Circulation*, 74,712-721.
- Holahan, C.J. y Moos, R.H. (1981). Social support and psychological distress: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 90(4),356-370.
- Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11, 213-218.
- Hosaini, B.A., Neff, J.A., Newbrough, J.H. y Moore, M.C. (1982). The stress buffering role of social support and personal competence among the rural married. *Journal of Community Psychology*. 10, 409-429.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Massachussets:Addison-Wesley.



House, J.S., Landis, K. R., Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241,540-545.

House, J.S., Robbins, C. y Metzner, H.L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh community health study. *American Journal of Epidemiology*,116, 123-140.

House, J.S.,Umberson, D. y Landis, K.R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual review of sociology*, 16, 293-318.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000500010&lng=es&nrm=iso.

Hubert, H.B., Feinleib, M., McNamara, P.M. y Castelli, W.P. (1983). Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation*, 6, 968-977.

Hughes, M.M. y Gove, W.R. (1981). Living alone, social integration, and mental health. *American Journal Sociology*, 87,48 – 74.

Huici, C. (1985). *Estructura y Procesos de Grupo*. Madrid: UNED.

Hunter, M. J., Davis, P. J., yTunstall, J. R. (2006). The influence of attachment and emotional support in end-stage cancer. *Psycho-oncology*, 15, 431 – 444.



- Hyypä, M.T., Maki, J., Impivaara, O. y Aromaa, A. (2006). Leisure participation predicts survival: A population-based study in Finland. *Health Promotion International*, 21(1),5-12.
- Instituto de Salud Pública de Madrid Salud (visitado 12 de abril de 2007). Disponible en URL:< www.madridsalud.es/salud_publica/ebs/cardiovascular.htm>
- Jaarsma, T., Kastermans, M., Dassen, T y Philipsen, H. (1995). Problems of cardiac patients in early recovery. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 21-7.
- Jacobs, C., Ross, R. D., Walker, I. M. y Stockdale, F. E. (1983). Behavior of cancer patients: a randomized study of the effects of education and peer groups. *American Journal of Clinical Oncology*, 6, 347-353.
- Jacobson, D.E. (1986). Types and timing of social support. *Journal of Health and Social Behavior*, 27(3),250-264.
- Jenkins, C.D. (1971). Psychological and social precursors of coronary disease. *The New England journal of medicine*, 284, 244-255.
- Jiménez Muro, M, Gómez Pajuelo, C., Sáenz de la Calzad, C., Del Campo Urban, S., Lacasa River, J.L. y Pombo Jiméne, M. (1999). Calidad de vida y apoyo social en pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado. *Revista Española de Cardiología*, 52,467-74.



- Johnson, D.W., Gold, A., Kentish, J., Smith, D., Vallance, P., Shah, D., Leach, G. y Robinson, B. (1993). Effects of stress management on blood pressure in mild primary hypertension. *British Medical Journal*, 306, 963-966
- Johnson, E.O., Kamilaris, T.C., Chrousos, G.P. y Gold, P.W. (1992). Mechanisms of stress: a dynamic overview of hormonal and behavioral homeostasis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 16, 115–130.
- Johnson, N.J., Backlund, E., Sorlie, P.D. y Loveless, C.A. (2000). Marital status and mortality: the National Longitudinal Mortality Study. *Annals of Epidemiology*, 10, 224–238.
- Johnson, N.J., Backlund, E., Sorlie, P.D. y Loveless, C.A. (2000). Marital status and mortality: the national longitudinal mortality study. *Annals of Epidemiology*, 10, 224–238.
- Johnston, D.W. (1989). Prevention of cardiovascular disease by psychological methods. *British Journal of Psychiatric*, 154, 183-194.
- Johnston, D.W. (1991). Stress management in the treatment of mild hypertension. *Hypertension*, 17 (3), 63-68.
- Jung, J. (1990). Global versus health specific social support and match of preferred and perceived social support levels in relationship to compliance and blood pressure of hypertensives. *Journal of Applied Social Psychology*, 20 (13), 1103-1111.



- Kafetsios, K. y Sideridis, G. D. (2006). Attachment, social support and well-being in young and older adults. *Journal of Health Psychology, 11*, 863 - 876.
- Kamarck, T. W., Manuck, S. B. y Jennings, J. R. (1990). Social support reduces cardiovascular reactivity to psychological challenge: a laboratory model. *Psychosomatic Medicine, 52*, 42-58.
- Kamarck, T.W., Manuck, S.B., Jennings, J.R. (1990). Social support reduces cardiovascular reactivity to psychological challenge: A laboratory model. *Psychosomatic Medicine, 52*, 42-58.
- Kaplan, B. H., Robins, C. y Martin, S.S. (1983). Antecedents of psychological self-rejection, deprivation of social support and life events. *Journal of Health and Social Behavior, 24*, 230-244.
- Kaplan, H. B. (1983). *Psychological stress: Trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- Kaplan, J. R., Manuck, S. B., Adams, M. R., Weingand, K. W. y Clarkson, T. B. (1987). Inhibition of coronary atherosclerosis by propranolol in behaviorally predisposed monkeys fed an atherogenic diet. *Circulation, 76*, 1364-1372.
- Kaplan, J. R., Manuck, S. B., Clarkson, T.B., Lusso, F.M., Taub, D.M. y Miller, E.W. (1983). Social stress and atherosclerosis in normocholesterolemic monkeys. *Science, 220*, 733-735.



- Kaplan, R.M. y Toshima, M.T. (1990). The functional effects of social relationships on chronic illnesses and disabilities. En B.R. Sarason, I.G. Sarason y G.P. Pierce. (Eds.). *Social support: An interactional view*. New York: Wiley.
- Karney, B.R., Story, L.B. y Bradbury, T.N. (2005). Marriages in context: Interactions between chronic and acute stress among newlyweds. En T.A. Revenson, K. Kayser y G. Bodemann, (Eds.). *Couple's coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping*, Washington, D.C: American Psychological Association (APA).
- Katz, A. y Bender, E. (1976). *The strength in us: self-help groups in the modern world*. Nueva York: Franklin-Watts.
- Kawachi, I. Colditz, G. A., Ascherio, A., Rimm, E. B., Giovannucci, E. Stampfer, M. J. y Willett, W. C. (1996). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50(3), 245-251.
- Kawachi, I., Kennedy, B. y Lochner, K. (1997). *Long live community. Social capital as public health*, *The American Prospect*, N° 35, Cambridge, Massachusetts: Noviembre-Diciembre.
- Kennedy, S.; Kiecolt-Glaser, J.K. y Glaser, R. (1990). Social support, stress, and the immune system. En B.R. Sarason, I.G. Sarason y G.R. Pierce (Eds.). *Social Support: An Interactional View*, 253-266. Nueva York: Wiley.



- Kiecolt-Glaser, J.K. y Newton, T. (2001). Marriage and health: his and hers. *Psychological bulletin*, 127, 472–503.
- Kiecolt-Glaser, J.K. y Newton, T.L. (2001). Marriage and health: his and hers. *Psychology Bulletin*, 127, 472–503.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R. (1988). Behavioral influences of immune function: Evidence for the interplay between stress and health. En T.M. Field, P.M. McCaie y N. Schenneiderman. (Eds.). *Stress and coping across development*, (pp. 189-205). New York: Hillsdale.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Preacher, K.J., MacCallum, R.C., Atkinson, C., Malarkey, W.B. y Glaser R. (2003). Chronic stress and age-related increases in the proinflammatory cytokine IL-6. *Proceedings of the Natural Academy of Sciences*, 100, 9090–95.
- Kittay, E.F. (1999). *Love's labor. Essays on women, equality and dependency*. New York: Routledge.
- Klauer, T. y Winkeler, M. (2002). Gender, mental health status, and social support during a stressful event. In G. Weidner, M. Kopp, & M. Kristenson (Eds.), *Heart disease: Environment, stress, and gender* (NATO Science Series, Series I: Life and Behavioural Sciences, Vol. 327, pp. 223–236). Amsterdam: IOS Press.
- Kleiboer, A. M., Kuijer, R. G., Hox, J. J., Schreurs, K. M. G., y Bensing, J. M. (2006). Receiving and providing support in couples dealing with multiple sclerosis: A diary study using an equity perspective. *Personal Relationships*, 13, 485 – 501.



- Klonoff, H., Clark, C., Kavanagh, G.D., Mizgala, H. y Munro, L.(1989). Two-year follow up study of coronary bypass surgery. Psychologic status, employment status, and quality of life. *Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery*, 97, 78-85.
- Knoll, N. y Schwarzer, R. (2002). Gender and age differences in social support:Astudy on East German refugees. In G. Weidner, M. Kopp, & M. Kristenson (Eds.), *Heart disease:Environment, stress, and gender* (NATO Science Series, Series I: Life and Behavioural Sciences, Vol. 327, pp. 198–210). Amsterdam: IOS Press.
- Kors, D.J.(2000). Does social support reduce cardiovascular stress reactivity?. Only if you want support. A test of a match/mismatched hypothesis. (Cardiovascular reactivity. Dissertation Abstracts International: Section B: *The sciences & engineering*, 60(7-B), 3619.
- Krantz, D., Helmers, K.,Bairey, C.N., Nebel, L., Hedges, S., Rozanski, A. (1991). Cardiovascular reactivity and mental stress-induced myocardial ischemia in patients with coronary artery disease. *Psychosomatic medicine*. 53,1-12.
- Kugler, J., Seelbach, H. y Krueskemper, G.M. (1994). Effects of rehabilitation exercise programmes on anxiety and depression in coronary patients: a meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 401-410.
- Kuijer, R. G., Ybema, J. F., Buunk, B. P., Jong, G. M. D., Thijs-boer, F. y Sanderman, R. (2000). Active engagement, protective buffering, and overprotection: three ways of giving support by intimate partners of patients with cancer. *Journal of social and clinical psychology*, 19,256-75.



- Kulik, J. A. y Mahler, H. I. M. (1989). Social support and recovery from surgery. *Health Psychology*, 8, 221-38.
- Kuulasmaa, K., Tunstall-Pedoe, H., Dobson, A., Fortmann, S., Sans, S., Tolonen H, Evans, A. y Ferrario, M. (2000). Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations. *The Lancet*, 355 (9205), 668-669.
- Ladewig, J. (2000). Chronic intermittent stress: a model for the study of long-term stressors. En G.P. Moberg y J.A. Mench (Eds.), *The Biology of Animal Stress* (pp.159-169). Wallingford, Oxon, UK: CAB International.
- Laham, M.A. (2001). *Psicocardiología: Abordaje psicológico del paciente cardiaco*. Buenos Aires: Lumiere.
- Landeta , O. (1999). Efecto Amortiguador del Apoyo Social ante Situaciones de Estrés: Revisión de los Mecanismos Implicados. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción. R.E.M.E.* 2(2-3). Disponible en URL: <http://reme.uji.es> <
- Langer, S., Abrams, J., y Syrjala, K. (2003). Caregiver and patient marital satisfaction and affect following hematopoietic stem cell transplantation: a prospective, longitudinal investigation. *Psycho-oncology*, 12, 239 - 253.



- Lara, M.E.; Leader, J. y Klein, D.N. (1997). The association between social support and course of depression: Is it confounded with personality?. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 478-482.
- Latour, J y Gutierrez Vicen, T. (1995). Efecto de los factores psicosociales en la supervivencia a corto y largo plazo de los pacientes con infarto agudo de miocardio. *Medicina Intensiva*, 19,183-188.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S.(1991). The concept of coping. En A. Monart y R.S. Lazarus (Eds.). *Stress and coping: an anthology*, (3^a ed.). New York: Columbia University Press.
- Lazarus, S, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. En Martínez Roca.(Ed.) Barcelona: (Titulo original: (1984).Stress, Appraisal and coping. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Leff, J., Kuipersm, L., Berkowitz, R., Eberleinfries, R. y Sturgeon, D. (1982). A controlled trial of social intervention in families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 141,121-134.
- Lemos Giraldez, S. y Fernández Hermida, J.R.(1990). Redes de soporte social y salud. *Psicothema*, 2(2),113-135.



- León, J. M. y Medina, S. (2002). *Psicología social de la salud. Fundamentos teóricos y metodológicos*. Sevilla: Comunicación Social Ediciones y Publicaciones.
- Leporé, S.J., Silver, R.C., Wortman, C.B. y Wayment, H.A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 271-282.
- Levenson, J.L., Kay, R., Monteferrante, J. et al. (1984). Denial predictors favorable outcome in inestable angina pectoris. *Psychosomatic Medicine*, 46, 25-32.
- Lichtman, R., Taylor, S. E. y Wood, J. V. (1987). Social support and marital adjustment after breast cancer. *Journal of psychosocial oncology*, 5, 47-74.
- Lin, N., Dean, A. y Ensel, W. M. (1981). Social support scales. A methodological note. *Schizophrenia Bulletin*, 7(1), 73-89.
- Lin, N., Dean, A., y Ensel, W. M. (1986). *Social support, life events and depression*. Nueva York: Academic Press.
- Lin, N., Simeone, R. S., Ensel, W. T. y Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events and illness: a model and an empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 108-119.
- Lin, N.; Simeone, R.S.; Ensel, W.M. y Kuo, W. (1979). Social support stressful life events, and illness: A model and empirical test. *Journal of health and social behavior*. 20, 108-119.



- Linden, W. (2000). Psychological treatments in cardiac rehabilitation: review of rationales and outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(4-5), 443-454.
- Linley, A. y Joseph, S. (2004) Applied Positive Psychology: A New Perspective for Professional Practice. En A. Linley y S. Joseph. *Positive Psychology in Practice*. New York: J. Wiley & Sons.
- Lipowski, Z. J. (1969). Psychosocial aspects of disease. *Annals of internal medicine*, 71, 1197-1206.
- Litwak, E. y Messeri, P. (1989). Organizational theory, social supports, and mortality rates: a theoretical convergence. *American sociological review*, 54, 49– 66.
- Llorca, J., Prieto, M.D. y Delgado-Rodríguez, M. (1998). Análisis Gompertziano de la mortalidad por cardiopatía isquémica en España, 1951-1992. *Revista Española de Cardiología*, 51, 467-472.
- López Pérez, M.D. (1984). Efectos cardiocirculatorios de la relajación en pacientes isquémicos. *I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*, Madrid.
- López-García, E., Banegas, J. R., Graciani, A., Herruzo, R. y Rodríguez-Artalejo, F. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: a population based study in Spain. *Quality Life Research*, 14, 511-520.
- Lozano, L., Vegas, T. y Banegas, J. R. (2002). Aspectos epidemiológicos de la cardiopatía isquémica y el infarto agudo de miocardio. Magnitud del problema; situación



actual: En J.M. Lobos (Ed.). *Seminarios de medicina familiar y comunitaria: infarto agudo de miocardio*. Madrid: Ediciones Arán.

Lozano, M., Soto, A. y Padín, J.J. (1999). Factores psicosociales y cardiopatía isquémica. En J.M. Maroto Montero, C. De Pablo Zarzosa, R. Artigao Ramírez, y M.D. Morales Durán, (Eds). *Rehabilitación Cardíaca*. Barcelona: Olalla Ediciones, S.L.

Lynch, J. J. (1977). *The broken heart: The medical consequences of loneliness*. New York: Basic books.

Maercker, A. (2004). Age of traumatisation as predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women. *British Journal of Psychiatry*, 184, 482-487

Mahoney, F.I. y Barthel, D.W. (1965) "Functional evaluation: the Barthel Index". *Md State Medicine*, 14, 61-65.

Manne, S. L. (1999). Intrusive thoughts and psychological distress among cancer patients: The role of spouse avoidance and criticism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 539-546.

Manne, S., Alfieri, T., Taylor, K., y Dougherty, J. (1999). Preferences for Spousal Support Among individuals with cancer. *Journal of Applied Social Psychology*, 29 (4), 722-49.



- Manuck, S., Olsson, G., Hjemdahl, P., Rehnqvist, N. (1992). Does cardiovascular reactivity to mental stress have prognostic value in postinfarction patients?. A pilot study. *Psychosomatic medicine*. 54,102-108.
- Marín Santos, M. y Urbez, M.R. (2006). Valoración de la Capacidad Funcional y la Calidad de Vida en Los Pacientes Cardiopatas: ¿Qué test y qué cuestionarios debemos utilizar? *Rehabilitación*, 40(6),309-317.
- Marín-Reyes, F. y Rodríguez-Morán, M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública de México*, 43 (4), 336-339.
- Marmot, M. (2004). *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*. New York: Times Books.
- Marmot, M.G. y Syme, S.L. (1976). Acculturation and coronary heart disease in Japanese-Americans. *American Journal of Epidemiology*, 104,225-247.
- Maroto Montero, J.M., Artigao Ramírez, R., Morales Durán, M.,D., De Pablo Zarzosa, C. y Abraira, V. (2005). Rehabilitación cardiaca en pacientes con infarto de miocardio. Resultados tras 10 años de seguimiento. *Revista Española de Cardiología*, 58, 1181-1187.
- Maroto, J.M. (1988). *Prevención secundaria en la cardiopatía isquémica Rehabilitación cardíaca*. Tesis Doctoral, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid.



- Maroto, J.M., De Pablo, C., Morales, M.D. y Artigas, R. (1996). Rehabilitación cardíaca. Análisis de coste-efectividad. *Revista Española de Cardiología*, 49,753-758.
- Márquez-Calderón ,S., Villegas Portero, R., Briones Pérez de la Blanca, E., Sarmiento González-Nieto, V., Reina Sánchez, M., Sáinz Hidalgo, I., Velasco Rami, J.A. y Ridocci Soriano, F.(2003). Implantación y características de los programas de rehabilitación cardíaca en el Sistema Nacional de Salud español. *Revista Española de Cardiología*,56(8),775-782.
- Martín Alfonso, L.(2006). Aplicaciones de la psicología en el proceso de salud. *Red revista cubana de salud pública*, 29(3), 275-281. Disponible en URL: <http://site.ebrary.com/lib/universidadcomplutense/doc?id=10110700&ppg=2>
- Martín-Aragón, M., Pastor, M.A., Lledó, A., López-Roig, S., Terol, M.C. y Rodríguez-Marín, J. (2001). Percepción de control en el síndrome fibromiálgico: variables relacionadas. *Psicothema*, 13, 586-591.
- Martos, M. J., Pozo, C. y Alonso, E. (2008). Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos. *Boletín de Psicología*, 93, 59-77.
- Mastekaasa A. (1994). Marital status, distress, and well-being: an international comparison. *Journal of Comparative Family Studies*, 25,183– 206.



- Maton, K.I. (1989). Community settings as buffers of life stress. Highly supportive churches, mutual help groups and seniors centres. *American Journal of Community Psychology*, 17(2),203-232.
- Matthews, K.A.(1988). Coronary heart disease and Type A behaviors: Update on and alternative to Booth-Kewley and Friedman: Quantitative review. *Psychological Bulletin*, 104, 373-380.
- Matthews, K.A., Glass, D.C., Rosenman, R.H. y Bortner, R.W. (1977).Competitive drive, pattern A, and coronary heart disease: A further analysis of some data from the Western Collaborative Group Study. *Journal of Chronic Disease*, 30, 489-498.
- Matthews, S., Manor, O. y Power, C. (1999). Social inequalities in health: Are there gender differences? *Social Science and Medicine*, 48, 49-60.
- Matud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R. e Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud mental*, 25 (2), 32-36.
- McCann, B.S. (1987). The behavioral management of hypertension. En H.M. Hersen, R.N. Eisler y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (vol. 21, pp. 191-222). Newbury Park, CA: Sage
- McEwen, B.S. (2005). Stressed or stressed out: what is the difference?. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30, 315-318.
- McEwen, B.S. y Stellar, E. (1993). Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 153, 2093–2101.



- McFarlane, A. H., Neale, K. A., Norman, G. R., Roy, R. G. & Streiner, D. L. (1981). Methodological issues in developing a scale to measure social support. *Schizophrenia Bulletin*, 7 (I), 90-100.
- McKlintock, J. M. y Evans, I. M. (2001). The Underlying Psychopathology of Eating Disorders and Social Phobia: A Structural Equation Analysis. *Eating Behaviors*, 2, 247-261.
- McSweeney, J.C., Cody, M., O'Sullivan, P., Elbersson, K., Moser, D.K. y Garvin, B.J. (2003). Women's early warning symptoms of acute myocardial infarction. *Circulation*, 108, 2619-23.
- Mechanic, D. (1962). The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Disease*. 15,189-194.
- Mechanic, D. (1978). Stress, crisis, and social adaptation. En D. Mechanic (Ed.), *Medical Sociology*, (pp. 290-311), Nueva York: The Free Press.
- Medalie, J. y Goldbourt, V.(1976) Angina pectoris among 10.000 men:II. Psychosocial and other risk factors as evidence by a multivariate analyses of a five year incidence study. *American Journal of Epidemiology*, 60,910-920.
- Medrano Albero, M.J., Boix Martínez, R., Cerrato Crespán, E., Ramírez Santa-Pau, M. (2006). Incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en España: Revisión sistemática de la literatura. *Revista Española de Salud Pública*. 80(1), 5-15.



Meichenbaum, D. y Turk, D. (1982). Stress, coping, and disease. En R.W. Neufeld (Ed.), *Psychological Stress and Psychopathology*. New York: McGraw-Hill. Traducción, 1984. Barcelona: Toray).

Menéndez Villalba, C., Gamarra Mondelo, T., Montes Martínez, A, Núñez Losada, C., Alonso Fachalo, A. y Bujan Garmedia, S. (2003). Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 31 (8), 506-513.

Menéndez Villalba, C., Gamarra Mondelo, T., Montes Martínez, A, Núñez Losada, C., Alonso Fachalo, A. y Bujan Garmedia, S. (2003). Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 31 (8), 506-513.

Milani, R.V. y Lavie, L.J.(1996). Behavioral differences and effects of cardiac rehabilitation in diabetic patients following cardiac events. *Journal of Medicine*, 141, 517-523.

Milani, R.V., Lavie, M.D., Carl, J.M.D., y Cassidy, M.D.(1996).Effects of cardiac rehabilitation and exercise training programs on depression in patients after major coronary events. *American Heart Journal*, 132(4),726-732.

Miller, M.S. y Brewer, J. (1969). Factors influencing the rehabilitation of the patient with ischemic heart disease. *The Medical Journal of Australia*, 1,410-416.



- Miller, P. F., Ingham, J.G., y Davidson, J. (1976). Life events symptoms and social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 20,515-522.
- Miller, R.S. y Lefcourt, H. (1983). Social intimacy: An important moderator of stressful life events. *American Journal of Community Psychology*, 11(2),127-139.
- Miller, T.Q., Smith, T.W., Turner, C.W., Guijarro, M.L. y Hallet, A.J. (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119, 322-348.
- Miller, T.W (1989). *Stressful Life Events*. Madison, Connecticut: International University Press.
- Molina-Jimenez, T., Gutierrez-Garcia, A.G., Hernandez-Dominguez, L. y Contreras, C.M. (2008). Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Anales de Psicología*. 24(2),353-360.
- Moos, R.H. y Schaeffer, J.A. (1993). Coping, resources and processes: current concepts and measures. En L.Golbberger y S. Breznitz (Eds). *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. (pp. 234-257). New York: Free Press.
- Moser, D.K.y Dracup, K. (1996). Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events?. *Psychosomatic Medicine*, 58, 395-401.
- Muela, J.A., Torres, C.J. y Peláez, E.M. (2002). Comparación entre distintas estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicothema*, 14, 558-563.



- Muzzin, L., Anderson, N., Figueredo, A. y Gudelis, S. (1994). The experience of cancer. *Social Science of Medicine*, 94,38,1201-8.
- Myers, J.K., Lindethal, J.J. y Pepper, M.P. (1975). Life events, social integration and psychiatric symptomatology. *Journal of health and social behavior*, 16(4),421-427.
- Niaura, R. y Goldstein, M.G. (1992). Psychological factors affecting physical condition. Cardiovascular disease literature review. Part II: Coronary artery disease and sudden death and hypertension. *Psychosomatics*, 33, 146-155.
- Nuckolls, K.B., Cassel, J. y Kaplan, B.H. (1972). Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy. *American Journal of Epidemiology*, 95,431-441.
- O'Connell, J.B. y Bristol, M. (1993). Economic impact of heart failure in the United States. Time for a different approach, *Journal Heart Lung Transplant*. 13(S),107-112.
- O'Doherty, F. y Davies, J.B. (1987) .Life events and addiction: a critical review. *British Journal of Addiction*, 82, 127-137.
- Ojeda Pérez, B., Ramal López, J. y Calvo, F. (2001). Estrategias de afrontamiento al estrés y apoyo social. *Psiquis*, 22(3),49-62.
- Ojeda, B., Ramal, J., Alemán, S., Calvo, F., Vallespín, R. y Sánchez, J. (2000). La familia, los amigos, el autocontrol y la salud. *Enfermería científica*, 214,214-215.



- Okun, M. A., Ruehkmair, L., Karoly, P., Lutz, R., Fairholme, C. y Schaub, R. (2003). Social support and social norms: do both contribute to predicting leisure-time exercise?. *American Journal of Health Behaviour*, 27 (5), 493-507.
- Olsen, O. (1993). Impact of social network on cardiovascular mortality in middle aged Danish men. *Journal of Epidemiological Community Health*, 47 (3), 176-180.
- OMS (2000). Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles: *Informe de la Directora General. 53ª Asamblea Mundial de la Salud*.(Punto 12.11 de la orden del día provisional -22 de marzo de 2000).
- Ornish, D., Brown, S.E., Scherwitz, L.W., Billings, S.H., Armstrong, W.T., Ports, T.A. (1990). Can lifestyle changes reverse coronary heart disease. *Lancet*, 336, 129-133.
- Ortega, R., De Pablos, C. y Maroto, J.M. (1992). Rehabilitación física después del infarto de miocardio. Importancia del ejercicio físico y del papel del médico de familia. En J.M. Lobos (Ed.) *Seminarios de medicina familiar y comunitaria: Infarto agudo de miocardio (IAM)*. Madrid: Arán.
- Orth-Gomer, K. y Undén, A.L.(1990). Type A behavior, social support, and coronary risk: interaction and significance for mortality in cardiac patients. *Psychosomatic Medicine*. 52(1), 59-72.
- Orth-Gomer, K.(2000). Stress and social support in relation to cardiovascular health. En P. McCabe, N. Scheneiderman, Tiffany Field, y A. Rodney Wellens.(Eds.). *Stress*,



coping, and cardiovascular disease. Stress and coping, (pp- 229-240). Mahwah, New York: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Orth-Gomer, K., Rosengren, A. y Wilhelmsen, L. (1993). Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middle-aged Swedish men. *Psychosomatic Medicine*, 55 (1), 37-43.

Orth-Gomer, K., Wamala, S.P., Horsten, M., Schenck-Gustafsson, K., Schneiderman, N. y Mittleman, M.A. (2000). Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease. *JAMA*, 284,3008 –3014.

Ott, C.R., Sirvajan, E.S., Newton, K.M., Almes, M.J., Bruce, R.A., Bergner, M. y Gilson, B.S. (1983). A controlled randomized study or early cardiac rehabilitation: the sickness impact profile as an assessment tool: *Heart Lung*, 12,517-523.

Paffenbarger, R. S. y Hale. W.E. (1975). *Work activity and coronary heart mortality*. New York: Routledge.

Pakenham, K. I. (1998). Couple coping and adjustment to multiple sclerosis in care receiver-carer dyads. *Family Relations*, 47, 269-277.

Palomo, M.P. (1996). *El niño hospitalizado*. Madrid: Pirámide.

Parker, G. y Barnett, B.A. (1987). A test of the social support hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 150,72-77.

Parson, T. (1951). *The social system*. Glencoe, III: The Free Press.



- Pashkow, F. (1993). Issues in contemporary cardiac rehabilitation; a historical perspective. *Journal of the American College of Cardiology*, 21(3),822-834.
- Pastor, M. A., Rodríguez Marín, J., López-Roig, S., Sánchez, S., Salas, E. y Pascual, E. (1991). *Coping with chronic pain and social support in rheumatic patients*. En Johnston, M., Herbert, M. y Marteau, Th. (Eds.), *European Health Psychology* (pp. 112-113). Leicester, England: Bocardo Press.
- Pattison, E. M., de Francisco, D., Wood, P., Frazier, H. y Crowder, J. (1975). A psychosocial kinship model for family therapy. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1246-1251.
- Paykel, E. S., Emms, E. M., Fletcher, J. y Rassaby, E. S. (1980). Life events and social support in puerperal depression. *British Journal of Psychiatry*, 136, 339-346.
- Paykel, E.S. (1994).Life events, social support and depression.*Acta Psychiatrica Scandinavica (Supl)*, 377,50-58.
- Pearlin, L., Lieberman, H. A., Menagham, E.G. y Mullan, J.T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 3337-3356.
- Pearlin, L.I. (1985). Social structure on processes of social support. En S.Cohen y L. Syme.(Eds.). *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Pearlin, L.I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.



- Pearlin, L.I. y Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Peirce, R.S., Frone, M.R., Russell, M., Cooper, M.L. y Mudar, P. (2000). A longitudinal model of social contact, social support, depression, and alcohol use. *Health Psychology*, 19, 28-38.
- Pelechano, V., Matud, P. y de Miguel, A. (1993). Habilidades de afrontamiento en enfermos físicos crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 91-149.
- Peters-Golden, H. (1982). Breast cancer: varied perceptions of social support in the illness experience. *Social Science of Medicine*, 16, 483 - 491.
- Petrie, K.J., Weinman, J., Sharpe, N. y Buckley, J. (1996). Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *British Medical Journal*, 312, 1191-1194.
- Pico Aracil, F (1993). Estrés y trastornos cardiovasculares. En J. Buendía Vidal. (Ed). *Estrés y psicopatología*. Madrid: Pirámide.
- Pineault, R., y Daveluy, C. (1987). *La planificación sanitaria*. Barcelona: Masson.
- Pittner, M.S. y Houston, B.K. (1980). Response to stress, cognitive coping strategies, and the type A behavior pattern. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(1), 147-57.



- Plan de salud cardiovascular de Madrid, 2007. Documentos técnicos de salud pública, nº 112 (citado 2008-10-07). Disponible en URL:< <http://www.publicaciones-isp.org/productos/d112.pdf>>
- Plan de Salud de Navarra 2006-2012. (2007 [citado 2008-10-07]). *Anales Sistema Sanitario Navarra*, 30(3), 419-458. Disponible en URL:
- Plaza Pérez, I. (2003). Estado actual de los programas de prevención secundaria y rehabilitación cardiaca en España. *Revista Española de Cardiología*, 56(8), 757-760.
- Powel, L.H., Friedman, M., Thoresen, C.E., Gill, J.J. y Ulmer, D.K. (1984). Can the type A behavior pattern be altered after myocardial infarction ?. A second year report from the recurrent coronary prevention project. *Psychosomatic Medicine*, 46, 3143-3293.
- Powell, K.E. y Blair, S.N. (1994). The public health burdens of sedentary living habits: Theoretical but realistic estimates. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 26, 851-856.
- Pozo, C., Alonso, E. y Hernández, S. (2007). *Diseño de una intervención psicosocial dirigida al incremento de la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos*. En Blanco, A. y Rodríguez Marín, J. (Coords.), *Intervención psicosocial* (pp. 75-101). Madrid: Prentice Hall.



- Pozo, C., Hernández, S., Alonso, E., Cid, N., Martos, M.J. y Pérez, E. (2005a). Propuesta de un modelo multidimensional de adherencia al tratamiento en pacientes crónicos. *IX Congreso Europeo de Psicología*, Granada, 22-25 Julio.
- Pratt, L.A., Ford, D.E., Crum, R.M., Armenian, H.K., Gallo, J.J. y Eaton, W.W. (1996). Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction: prospective data from the Baltimore ECA follow-up. *Circulation*, 94, 123-129.
- Prescott E, Hippe M. Schnohr P. (1998). Smoking and risk of myocardial infarction in women and men longitudinal population study. *British Medical Journal*, 316, 1043-1047.
- Rahe, R.H., Harold, W. y Hayes, V. (1979). Brief group therapy in myocardial infarction rehabilitation: Three-to four year follow-up of a controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 229-242.
- Raheja, B.S., Bhoraskar, A.S. y Narang, S. (1996). Risk factors for coronary heart disease in Asian Indians. *Lancet*, 348 (9036), 1241-1242.
- Ramón, J.M. (2003). Tabaco y enfermedad coronaria: el abandono del tabaco es el mejor fármaco. *Revista Española de Cardiología*, 56(5), 436-437.
- Razin, A.M. (1982). Psychosocial intervention in coronary artery disease: A review. *Psychosomatic Medicine*, 44, 363-386.
- Ren, X.S. (1997). Marital status and quality of relationships: the impact on health perception. *Social Science & Medicine*, 44, 241-249.



- Revenson, T. A. (1994). Social support and marital coping in chronic illness. *Annals of Behavioral Medicine*, 6, 122–130.
- Revenson, T. A., y Majerovitz, D. S. (1991). The Effects of Chronic Illness on the Spouse. *Arthritis Care and Research*, 4 (2), 63 – 72.
- Revuelta Bravo, A. (2004). Factores de riesgo psicosocial en la cardiopatía isquémica. *Psiquis*, 25(2),67-78.
- Rick Turner, J. (1994). *Cardiovascular reactivity and stress*. New York: Plenum Press.
- Riegel, B.J. (1993). Contributors to cardiac invalidism after acute myocardial infarction. *Coronary Artery Disease*, 4, 215-220.
- Riegel, B.J. y Dracup, K.A. (1992). Does overprotection cause cardiac invalidism after acute myocardial infarction?. *Heart Lung*, 21,529-535.
- Robins, L. y Regier, D. (1991). *Psychiatric disorders in America*. New York: Free Press.
- Robinson, G., Froelicher, V.F. y Ufley, J.R. (1984). Rehabilitation of the coronary artery by-pass graft surgery patient. *Journal of Cardiac Rehabilitation*, 4, 74-86.
- Robles García, R., Cortázar, J., Sánchez-Sosa, J.J., Páez Agraz, F., y Nicolini Sánchez, H. (2003). Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: Propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL.[Evaluation of quality of life in type 2 diabetes mellitus: Psychometric properties of the Spanish version of the DQOL] *Psicothema*, 15(2), 247-252.



- Robles, T. F. y Kiecolt-Glaser, J.K. (2003). The physiology of marriage: pathways to health. *Physiology & Behavior*, 79, 409–416.
- Roca Perara, M.A. y Pérez Lazo de la Vega, M. (1999). Apoyo social: su significación para la salud humana. La Habana: Editorial “Félix Varela”.
- Rodríguez Artalejo, F., Banegas, J.R., Guallar-Castillón, P. (2001). La mortalidad cardiovascular disminuye, ¡pero los muertos aumentan!. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 13, 68-69.
- Rodríguez Marín, J., Pastor, M.A. y López-Roig, S. (2001). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Rodríguez-Marín, J. (2001). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez-Marín, J., Terol, M. C., López-Roig, S. y Pastor, M. A. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: Propiedades psicométricas del cuestionario de forma de afrontamiento de acontecimientos estresantes. *Revista de Psicología de la Salud*, 4, 59-84.
- Roebuck, A., Furze, G. y Thompson, D.R. (2001). Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 787-94.
- Rogers, C.R. (1980). *El poder de la persona*. México: El Manual Moderno.



- Rolland, J. S. (1987). Chronic illness and the life cycle: a conceptual framework. *Family Process*, 26 (2), 203-221.
- Rook, K.S. (1985). The function of social bonds: Perspectives from research on social support, loneliness and social isolation. En I.G. Sarason y B.R. Sarason. *Social support: Theory, research and applications*. Boston: Martinus Nijhoff.
- Rosario, M., Shinn, M., Morch, H. y Hunckabee, C.B. (1988). Gender differences in coping and social supports. Testing socialization and role constraint theories. *Journal of Community Psychology*, 16, 55-69.
- Roskies, E. (1987). Control del estrés en individuos del tipo A. En D. Meichenbaum (Ed): *Prevención y reducción del estrés*. Bilbao: Decleé de Brouwer.
- Ross, C.E., Mirowsky, J. y Goldsteen K. (1990). The impact of the family on health: the decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 1059–1078.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A. y Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 27, 2192-2217.
- Ruberman, W. y Col. (1984). Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 311, 552-559.
- Russell, R.O., Wayne, J.B., Kronenfeld, J. y Charles, E.D. (1980). Surgical versus medical therapy for treatment of unstable angina: changes in work status and family income. *American Journal of Cardiology*, 45, 134-140.



- Rutledge, T., Linden, W., Davies, R.F. y The Canadian Amlodipine/Atenolol in Silent Ischemia Study (CASIS) Investigators (1999). Psychological risk factors may moderate pharmacological treatment effects among ischemic heart disease patients. *Psychosomatic Medicine*, 61,834-841.
- Salazar, E., Sanchez., Lopez, L.A., Estrada, A., Lazcano, E.C. y Hernandez, M. (2002). El tabaquismo y su fracción atribuible en la enfermedad isquémica cardiaca. *Salud pública México* [online]. [citado el 26-06-2008]. Disponible en URL: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342002000700008&lng=en&nrm=iso. ISSN0036-3634. doi:10.1590/S003636342002000700008>
- Sánchez Moreno, E. (2002). *Individuo, sociedad y depresion*. Málaga: Aljibe.
- Sandín Ferrero, B. (1993). Estrés y salud: factores que intervienen en la relación entre el estrés y la enfermedad física. En J. Buendía Vidal. (Ed). *Estrés y psicopatología*. Madrid: Pirámide.
- Sandín Ferrero, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. 3(1), 141-157.
- Sandín, B. (1999). *El estrés psicosocial*. Madrid: Klinik.
- Sanne, H., Wilkund, I., Vedin, A.y Wilhelmsson, C. (1985). Determinantes de la readaptación psicológica, sexual y laboral después del infarto de miocardio. *Revista Española de Cardiología*, 38(3),14-20.



- Santed, M.A., Sandín, B., Chorot, P. y Olmedo, M. (2001). Predicción de la sintomatología somática a partir del estrés diario y de los síntomas previos: Un estudio prospectivo. *Ansiedad y Estrés*, 6, 317-329.
- Sarason, I. G., Levine, H.M., Basham, R.B. y Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*. 44(1),127-139.
- Sarason, R.B. (1999). Familia, apoyo social y salud. En J. Buendía. (Ed.). *Familia y psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Sarason, R.B., Sarason, I.G., y Pierce, G.R. (1990). *Social support: A interactional view*. New York: Wiley.
- Schaefer, C., Coyne, J.C. y Lazarus, R.S. (1991). The health- related functions of social support. *Journal of Behavior Medicine*, 4(4),381-406.
- Scherwitz, L., Berton, K. y Levental, H. (1977). Type A assessment and interaction in the behavior pattern interview. *Psychosomatic Medicine*, 39,229-240.
- Scheuer, J. y Tipton, C. (1977). Cardiovascular adaptations to physical training. *Annual Review of Physiology*, 39, 221-251.
- Schill, T., Toves, C. y Ramanaiah, N. (1981). UCLA loneliness scale and effects of stress. *Psychological Reports*. 49,257-258.



- Schmitz, G. (1995). *Partnerunterstützung nach Pypass-Operation: Eine Längsschnittstudie*. Poster am 11. Coping Workshop, Hannover.
- Schreurs, P.J.G., Willige, G.V., Tellegen, G. y Brosschot, J.F. (1987). The utrechtse coping lijst: UCL. Lisse: Swets and Zeitlinger.
- Schröder, K., Schwarzer, R., y Endler, N. S. (1997). Predicting cardiac patients' quality of life from the characteristics of their spouses. *Journal of Health Psychology*, 2, 231–244.
- Schröder, K.E., Schwarzer, R. y Endler, N.S.(1997). Predicting cardiac patients quality of life from de characteristics of their spouses. *Journal of Health Psychology*, 2(2),231-44.
- Schulkin, J., McEwen, B.S. y Gold, P.W. (1994). Allostasis, amygdala, and anticipatory angst. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 18, 385–396.
- Schultz, J.H. (1987). *El entrenamiento autógeno. Autorrelajación contemplativa. Técnica y aplicación*. Barcelona: Científico Médica.
- Schulz, R., y Beach, S. R. (1999). Caregiving as a Risk Factor for Mortality. The Caregiver Health Effects Study. *The Journal of the American Medical Association*, 282 (23), 2215 - 2219
- Schulz, R.,y Beach, S. R. (1999). Caregiving as a Risk Factor for Mortality. The Caregiver Health Effects Study. *The Journal of the American Medical Association*, 282 (23), 2215 – 2219.



- Schulz, U. y Schwarzer, R. (2004). Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 5, 716-732.
- Schwarzer, R. y Leppin, A. (1989). Social support and health: A meta-analysis. *Psychology & Health*, 3 (1), 1-15. Citado el 18-09-2008. Disponible en URL: <http://www.informaworld.com/10.1080/08870448908400361> >
- Schwarzer, R., Knoll, N., y Rieckmann, N. (2004). Social support. En A. Kaptein y J. Weinman (Eds.), *Introduction to health psychology* (pp. 158–182). Oxford, England: Blackwell.
- Schwarzer, R. y Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127.
- Scotch, N.A. (1963). Sociocultural factors in the epidemiology of Zulu Hipertensión. *American Journal of Public Health*, 53,1205-1213.
- Seeman, T.E. y Syme, S.L.(1987). Social networks and coronary artery disease: a comparison of structure and function of social relations as predictors of disease. *Psychosomatic Medicine*, 49(4), 341-354.
- Sellier, P., Varailac, P., Iliou, M.C., Corona, P., Prunier, L. y Audouin, A. (1995). Reprise du travail après infarctus du myocarde. Facteurs médicaux et socioprofessionnels. *Annales de psychiatrie*, 10(4),197-229 .
- Selye, H. (1978). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.



- Sewitch, M. J., Abrahamowicz, M., Bitton, A., Daly, D., Wild, G. E., Cohen, A., Katz, S., Szego, P. L. y Dobkin, P. L. (2001). Psychological distress, social support and disease activity in patients with inflammatory bowel disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 96, 1470-1479.
- Shanfield, S.B. (1990). Return to work after an acute myocardial infarction: a review. *Heart Lung*, 19, 109-117.
- Shapiro, A.P. y Jacobs, R.G. (1983). Nonpharmacologic approaches to the treatment of hypertension. *Annual Review of Public Health*, 4, 282-310.
- Sheffield, D. y Carroll, D. (1995). Task-induced cardiovascular activity and the presence of a supportive or undermining other. *Psychology and Health*, 11, 583-591.
- Shinn, M., Lechmann, S. y Wong, N.W. (1984). Social interaction and social support. *Journal of social issues*, 40(4),55-76.
- Shumaker, S. y Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support closing conceptual gaps. *Journal of social issues*, 40(4),11-36.
- Shumaker, S.A. y Hill, D.R. (1991). Gender differences in social support and physical health. *Health Psychology*, 10(2),102-111.
- Sieglman, A.W., Dembroski, T.M. y Ringel, N. (1987). Components of hostility and the severity of coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 49, 127-135.



- Sluzki, C.R. (1995). De cómo la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social. En E. Dabas y D. Nakmanovich. (Ed.). *Redes. El lenguaje de los vínculos*. Buenos Aires: Paidós.
- Sluzki, C.R. (1996). *La red social. Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Smith, G.R. y O'Rourke, D.F. (1988). Return to work after a first myocardial infarction. *JAMA*, 259, 1673-1677.
- Smith, T.W. (1992). Hostility and health: current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychology*, 11, 139-150.
- Smith, T.W. y Ruiz, J.M. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: current status and implications for research and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 548– 568.
- Sobrino, J.A., Merino, J.L., Maté, I., García, J., Rico, J., Plaza, I., Oliver, J.M., Calvo, L. y Sobrino, N. (1995). Retorno al trabajo después de la revascularización coronaria. *Revista Española de Cardiología*, 48, 183-86.
- Sociedad española de cardiología. (1995). *Estudio sociológico de la cardiopatía isquémica en España*. Barcelona: Bayer S.A.
- Solomon, G.F. (2001). Psiconeuroinmunología: sinopsis de su historia, evidencia y consecuencias. *II Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis; Mesa Redonda: Psicósomática*, 1 Febrero – 7 Marzo.



- Sormanti, M. y Kayser, K. (2000). Partner support in changes in relationships during life-threatening illness. *Journal of Psychosocial Oncology*, 18, 45-63.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *STAI: manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- SPSS 17.0 para Windows. (22 Nov de 2009). Versión 17.0.1. Chicago: SPSS Inc. [programa informático en CD-ROM]. Disponible en SPSS Inc. Disponible en URL: <<http://www.spss.com/>>
- Stansfeld, S. y Fuhrer, R. (2002). Social relations and coronary heart disease. En Stansfeld, S. y Marmot, M.(Eds.). *Stress and the Heart. Psychosocial pathways to coronary heart disease*. British Medical Journal Books.
- Stansfeld, S., Fuhrer, R., Shipley, M. y Marmot, M. (2002). Psychological distress as a risk factor for coronary heart disease in Whitehall II study. *Internacional Journal of Epidemiology*, 31,248-255.
- Stansfeld, S.A., Fuhrer, R. y Shipley, M.J. (1998). Types of social support as predictors of psychiatric morbidity in a cohort of British Civil Servants (Whitehall II Study). *Psychology Medicine*, 28,881-892.
- Step toe, A. (1981). *Psychological factors in cardiovascular disorders*. Londres: Academic Press.
- Step toe, A.(2000). Stress, social support and cardiovascular activity over the working day. *International journal of psychophysiology*,37(3), 299-308.



- Sterling, P. y Eyer, J. (1988). Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology. En S. Fisher, y J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 629-649). New York: John Wiley & Sons.
- Stern, M.J. y Cleary, P. (1981). The national exercise and heart disease project: psychological changes observed during a low-level exercise program. *Archives of Internal Medicine*, 141,1463-1467.
- Stern, M.J. y Pascale, L. (1979). Psychosocial adaptation post-myocardial infarction: The spouse's dilemma. *Journal of Psychosomatic Research*, 23(1), 83-87.
- Steven, E., Hobfoll, Rebecca, R., Cameron, Heather, A., Chapman y Robert W. Gallagher. (1996). Social support and social coping in couples. En Gregory, R. Pierce, Barbara, R. Sarason y Irwin, G. Sarason. (Eds). *Handbook of social support and the family*, (pp. 413-33). New York: Plenum Press.
- Stewart, A.L. (1982). *Coping with serious ions: a conceptual overview*. En R.M. Kaplan, y M.R. Dimatteo, (Eds). Cambridge, M.A.: Ballinger, Harper & Row.
- Stöber, J. (2004). Dimensions of test anxiety: relations to ways of coping with pre-exam anxiety and uncertainty. *Anxiety, Stress, and Coping*, 17, (3), 213-226.
- Stokes, J. P. y Wilson, D. G. (1984). The inventory of socially supportive behaviors. Dimensionality, prediction and gender differences. *American Journal Community Psychological*, 12, 53-69.



- Suls, S. (1982). *Social Support, Interpersonal Relations and Health: Benefits and Liabilities*. En Sanders, G. S. y Suls, J. (Eds.), *Social Psychology of Health and Illness* (pp. 255-278). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sundquist, K., Linstrom, M., Malmstrom, M., Johansson, S.E. y Sundquist, J. (2004). Social participation and coronary heart disease. A follow-up study of 6900 women and men in Sweden. *Social Science & Medicine*, 58(3),615-22.
- Svedlund, M., Danielson, E. y Norberg, A. (2001). Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 197-205.
- Taylor, C.B. y Berra, K. (1993). Psychosocial factors in rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*,13,78-79.
- TEA (1988). *Manual del cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo*. Madrid: TEA.
- Tennant, C. (1999). Life stress, social support and coronary heart disease. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33 (5): 636-641.
- Terlouw, E.M.C., Schouten, W.G.P. y Ladewig, J. (1997). Physiology. En M.C. Appleby y B.O. Hughes (Eds.), *Animal Welfare* (pp.143-158). Wallingford, Oxon, UK: CAB International.
- Terol, C., López-Roig, S., Neipp, C., Rodríguez-Marín, J., Pastor, A. y Martín-Aragón. (2004). Apoyo social e instrumentos de evaluación: revisión y clasificación. *Anuario de Psicología*, 35(V), 23-45.



- Tesser, A. y Beach, S. R. H. (1998). Life events, relationship quality, and depression: An investigation of judgement discontinuity in vivo. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 36-52.
- Texas Heart Institute (13 de Enero de 2007). Factores de riesgo cardiovascular. URL http://texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/riskspan.cfm
- Toits, P.A (1985). Social support and psychological well-being. Theoretical possibilities. En I.G. Sarason y B.R. Sarason. (Eds.). *Social support: Theory, research and applications*. Boston: Martinus Nijhoff.
- Toits, P.A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2),145-159.
- Toits, P.A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, (número extra), 53-79.
- Toits, P.A.(1983). Multiple identities and psychological well-being: A reformulation of the social isolation hypothesis. *American sociological review*, 48(2),174-187.
- Thompson, D.R., Bowman, G.S., Kitson, A.L., De Bono, D.P. y Hopkins, A. (1996). Cardiac rehabilitation in the United Kingdom: guidelines and audit standars. *Heart*,75, 89-93.



- Tiller, J. M., Sloane, G., Schmidt, V., Troop, N., Power, M. y Treasure, J. L. (1997). Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 31-38.
- Tirado, J. A., Olmo, J.A., Rodríguez, J., Ferrand, P., Echevarría, C. y Rodríguez, M. (2006). Reincorporación laboral de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio. *Mapfre Medicina*. 17(2).
- Tobin, B. (2000). Getting back to normal: Women's recovery after a myocardial infarction. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 11, 11-19.
- Tomás, A. (1988). Intervención sobre factores de riesgo psicosociales en la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica. En Valdés, M. De Flores, T. García, S. *Estrés y cardiopatía coronaria*. Barcelona: Alamex S.A.
- Torestad, B., Magnusson, D., Olah, A. (1990). Coping, control and experience of anxiety: An interactional perspective. *Anxiety Research*. 3,1-16.
- Trelawney, R.C. y Russel, O. (1987). Social and psychological responses to myocardial infarction : multiple determinants of outcome at six months. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 125-130.
- Tsouna-Hadjis, E.-Vemmos, K.N.-Zakopoulos, N. y Stamatelopoulos, S. (2000). Firststroke recovery process: the role of family social support. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81 (7), 881-887.



- Turkulin, K., Cerovec, D., Barborsky, F. (1988). Predictive markers of occupational activity in 415 post-myocardial infarction patients after one-year follow-up. *European Heart Journal*, 9(Supl. L.),103-108.
- Uchino, B.N., Uno, D. y Holt-Lunstad, J. (1999). Social support, psychological processes, and health. *Current directions in psychological science*, 8(5),145-148.
- Valdés, M.(1988). Tolerancia al estrés, fracaso adaptativo y cardiopatía isquémica: mecanismos psicobiológicos implicados. En M.Valdés, T. De Flores, y S. García (Eds). *Estrés y cardiopatía coronaria*. Barcelona: Alamex .
- Valdés, M., De Flores, T. y García, S. (1988). *Estrés y cardiopatía coronaria*. Barcelona: Alamex.
- Van Berkel, T.F., Boersma, H., De Baquer, D., Word, D.(1999). Registration and management of smoking behavior in patients with coronary heart disease. The EUROASPIRE survey. *European Heart Journal*, 20,1773-1782.
- Vaughn, C.E. y Leff, J.P. (1976). The influence of family and social factors in the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 129,125-137.
- Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, research and intervention*, New York: Praeger.
- Veenstra, G. (2000). Social capital, SES and health: An individual-level analysis. *Social Science y medicine*, 50(5),619-29.



- Velasco, J.A. (1988). La vuelta al trabajo dentro del marco de la rehabilitación y su conexión con la calidad de vida. *Revista Latina de Cardiología*, 9 (5).
- Velasco, J.A. (coordinador), Cosín, J., Maroto, J.M., Muñiz, J., Casanovas, J.A., Plaza I., Abadal, L.T. (2000). Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardiaca. *Revista Española de Cardiology*, 53, 1095-1120.
- Villar Álvarez, F., Banegas Banegas, J.R., Rodríguez Artalejo, F. y del Rey Calero, J. (1998). Mortalidad cardiovascular en España y sus comunidades autónomas (1975-1992). *Medicina Clinica (Barcelona)*, 110, 321-327.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S. y Zapata, M. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y Salud*, 15 (2), 207-220.
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Contreras, F., Zapata, M., Fernandez, H., Bedoya, M. y Tobon, S. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón. *Psicología y Salud*, 15, 207-21.
- Viñas Poch, F. y Caparrós Caparrós, B. (2000). Afrontamiento del período de exámenes y sintomatología somática autoinformada en un grupo de estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología*. 4(1).



- Von Borell, E.H. (2001). The biology of stress and its application to livestock housing and transportation assessment. *Journal of Animal Science*, 79, E260-E267.
- Weiss, N.S. (1973). Marital status and risk factors for coronary heart disease. The United States health examination survey of adults. *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 42,39-49.
- Wellman, B. (1985). From Social support to social network. En I.G.Sarason y B.R. Sarason. (Eds.). *Social support: Theory, research and application*. Boston: Martinus Nijhoff.
- Wells, K.B., Burnam, M.A., Rogers, W., Hays, R. y Camp, P. (1992). The course of depression in adult out patients: results from the medical outcomes study. *Archives of General Psychiatry*, 49,788-94.
- Wenger, N.K., Hellerstain, H.K., Blackurn, H. (1982). Physician practice in the management of patients with uncomplicated myocardial infarction: changes in the past decade. *Circulation*, 65, 421-427.
- Wethington, E. y Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78-89.
- Wheaton, B. (1996). The domains and boudaires of stress concepts. En H.B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial Stress* (pp. 29-70). San Diego, CA: Academic Press.
- White, N. E., Richter, J. M. y Fry, C. (1992). Coping, social support an adaptation to chronic illness. *Western Journal of Nursing Research*, 14, 211-224.



- Wielgosz, A.T. y Nolan, R.P. (2000). Biobehavioral factors in the context of ischemic cardiovascular diseases. *Journal of Psychosomatic Research*, 48,339-345.
- Wilcox, B. L. (1981). Social support, life stress, and psychological adjustment: A test of the buffering hypothesis. *American Journal of Community Psychology*. 9(4), 371-386.
- Wilcox, B.L. y Vernberg, E.M. (1985). Conceptual and theoretical dilemmas facing social support research. En I.G. Sarason y B.F. Sarason. *Social support: Theory, research, and applications*, Boston: Martinus Nijhoff.
- Willet, W.C., Manson, J.E. y Stamper, M.J. (1995). Weight change and coronary heart disease in woman. Risk within the normal weight range. *JAMA*, 273, 461-465.
- Williams, A.W., Ware, J.F.E. y Donald, C.A. (1981). A model of mental health, life events and social supports applicable to general populations. *Journal of Health and Social Behavior*. 22(4),324-336.
- Williams, R.B., Barefoot, J.C., Califf, R.M., Haney, T.L., Saunders, W.B., Pryor, D.B., Hlatky, M.A., Siegler, I.C. y Mark, D.B. (1992). Prognosis importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. *JAMA*, 267,520–524.
- Williams, S.E. (1993). The impact of aphasia on marital satisfaction. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 74,361-367.



- Wills, T. A. y Filer Fegan, M. (2001). Social networks and social support. En A. Baum, T. A. Revenson, y J.E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 209–234). Mahwah, NY: Erlbaum.
- Wills, T. A., Weiss, R. L. y Patterson, G. R. (1974). A behavioral analysis of the determinants of marital satisfaction. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 42, 802-811.
- Wills, T.A. y Filer, Fegan, M. (2001). Social networks and social support. En: Baum A, Revenson TA, Singer JE, editors. *Handbook of health psychology*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 3–18.
- Wilson, P.W., Kannel, W.B., Sibershatz, H. y D'Agostino, R.B. (1999). Clustering of metabolic factors and coronary heart disease. *Archives of Internal medicine*, 159, 1104-1109.
- Winefield, H.R.; Winefield, A.H. y Tiggemann, M. (1992). Social support and psychological well-being in young adults: The multi-dimensional support scale. *Journal of Personality Assessment*, 58, 198-210.
- Wingard, D.L., Suárez, L. y Barrett-Connor, E. (1983). The sex differential in mortality from all causes and ischemic heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 117 (2), 165-172.
- Włodarczyk, D. (1999). Social support and coping with stress in patient after myocardial infarction. *Przegląd Psychologiczny*, 42(2), 95-113.



World Health Organization. Technical Report Series 270. (1964). *Rehabilitation of patients with cardiovascular disease. Report of a WHO expert committee*. Ginebra: WHO.

World Working Group. (1968). *Program for the physical rehabilitation of patients with acute myocardial infarction*. Freiburg.

Wortkman, C. B. y Conway, T. L. (1985). The role of social support in adaptation and recovery from physical illness. En S. Cohen, y L. Syme. (Eds.). *Social support and Health*. New York: Academic Press.

Wortman, C. B. y Dunkel-Schetter, C. (1987). Conceptual and methodological issues in the study of social support. In A. Baum, S. Taylor y J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (Vol. 5, pp. 63-108). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Wortman, C.B., y Lehman, D.R. (1985). Reactions to victims of life crisis: Support attempts that fail. En I.G. Sarason y B.R. Sarason. (Eds.). *Social support: theory, research, and suplications*. Boston: Martinus Nijhoff.

Wright, D. L. y Aquilino, W. S. (1998). Influence of emotional support exchange in marriage on caregiving wife's burden and marital satisfaction. *Family Relations*, 47, 195-204.

Yates, B.C.; Booton-Hiser, D.A. (1993). Comparison of psychologic stress responses in patients and spouses ten weeks after a cardiac illness event. *Program of Cardiovascular Nursing*, 7:25-33.



- Yeung, A., Vekshtein, V., Krantz, D., Vita, J.A., Ryan, T.J., Ganz, P. y Selwyn, A.P. (1991). The effect of atherosclerosis on the vasomotor response of coronary arteries to mental stress, *New England Journal of Medicine*, 325, 1551-56.
- Yusuf, H.R., Giles, W.H., Croft, J.B., Anda, R.F. y Casper, M.L.(1998). Impact of multiple risk factor profiles on determining cardiovascular disease risk. *Preventive Medicine*, 27,1-9.
- Zabalegui Yarnoz, A. (2002). ¿ Qué es el afrontamiento? . *Revista ROL de enfermería*, 25(7-8), 72-77.
- Ziersh, A. y Baum, F. (2004). Involvement in civil society groups: Is it good for your health?. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 5,493-500.
- Zolman, L.R. y Kattus, A.A. (1981). *Rehabilitación cardíaca en la práctica médica*. Barcelona: Toray.
- Zuckerman, M. (1984). Sensation Seeking: a comparative approach to human traits. *Behavior Brain Science*, 7, 413-71.

A

N

E

X

O

S



**ANEXO: CUESTIONARIOS APLICADOS A
PACIENTES**



INVENTARIO DE RECURSOS SOCIALES

CÓNYUGE

¿En qué **GRADO** le proporciona su pareja los siguientes tipos de apoyo?

1. Emocional: cariño, comprensión, se interesa por sus problemas, etc.

Mínimo	1	2	3	4	5	6	7	Máximo

2. Informativo: consejos, guías, información general, etc.

Mínimo	1	2	3	4	5	6	7	Máximo

3. Material: ayuda práctica, le lleva a los sitios, ayuda en las tareas domésticas.

Mínimo	1	2	3	4	5	6	7	Máximo

Evalúe el **GRADO DE SATISFACCIÓN** con cada uno de los tipos de apoyo recibido por parte de su cónyuge.

1. Emocional: cariño, comprensión, se interesa por sus problemas, etc.

Nada satisfecho	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente satisfecho

2. Informativo: consejos, guías, información general, etc.

Nada satisfecho	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente satisfecho

3. Material: ayuda práctica, le lleva a los sitios, ayuda en las tareas domésticas.

Nada satisfecho	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente satisfecho



AJUSTE A LA ENFERMEDAD

Existen ciertas actividades que usted realiza a lo largo de su vida. A veces usted lleva a cabo todas estas actividades. En otras ocasiones, debido a su estado de salud, usted no las realiza de la misma manera: quizás elimine algunas, haga otras durante cortos períodos de tiempo y practique otras de manera distinta. Los cambios experimentados en sus actividades pueden ser recientes o existir desde hace tiempo. Estamos interesados en conocer cualquier cambio que le ocurra en la actualidad.

Este cuestionario incluye expresiones que, según la gente misma nos ha dicho, les describen cuando no se encuentran bien del todo. Tanto si usted se considera enfermo o no, aquí habrá algunas expresiones que destaquen porque le describen a usted hoy y están relacionadas con su estado de salud. A medida que vaya leyendo el cuestionario, piense en usted hoy. Cuando esté seguro de que una de las

expresiones le describe a usted y está relacionada con su salud, ponga una cruz en la casilla de la derecha de la expresión. Por ejemplo:

“No conduzco el coche”

Si ha dejado de conducir por algún tiempo a causa de su salud y todavía sigue sin hacerlo, deberá marcar esta expresión. Por otro lado, si usted no conduce o no lo hace porque su coche está en reparación, la expresión "no conduzco mi coche" no está relacionada con su salud y no deberá marcarla. Si simplemente conduce menos o cubre distancias más cortas y cree que la expresión sólo le describe en parte, no la marque. En todos estos casos, deberá dejar la casilla de la derecha en blanco. Por ejemplo:

“No conduzco el coche”

Recuerde que deberá marcar la expresión sólo si usted está seguro de que le describe en la actualidad y cuando esté relacionada con su estado de salud. Lea la introducción de cada grupo de expresiones y entonces considere cada una de ellas en el orden en que aparecen. Aunque algunas de las expresiones no sean aplicables a su caso, le rogamos que las lea todas. Marque aquellas que le describan a medida que vaya leyendo. Algunas expresiones serán diferentes sólo en algunas palabras, por tanto le rogamos que lea cada una con la máxima atención. A pesar de que puede volver atrás y cambiar una respuesta, la primera normalmente será la mejor.

Una vez que haya empezado el cuestionario, es muy importante que lo termine en un día (24 horas). Si encuentra difícil concentrarse en las expresiones, tómese un pequeño descanso y continúe. Cuando haya leído todas las expresiones de una página, ponga una cruz en la casilla que se encuentra en la esquina inferior derecha. Si tiene alguna duda, por favor vuelva a leer las instrucciones.

Le rogamos que no comente las expresiones con nadie mientras esté completando el cuestionario, ni siquiera con los miembros de su familia.

Ahora pase la página y lea las expresiones del cuestionario. Recuerde que estamos interesados en los cambios en sus actividades, recientes o de hace tiempo que estén relacionados con su salud.

SE TRATA DE SENTIMIENTOS O SITUACIONES PROVOCADAS POR LA ENFERMEDAD



Por favor, señale sólo aquellas expresiones que está seguro/a le describen y están relacionadas con su estado de salud actual.

8. Comento lo malo o inútil que soy, por ejemplo, que soy una carga para otras personas .
9. Me río o lloro de repente.
10. A menudo me quejo de dolor o malestar.
11. He intentado suicidarme.
12. Estoy nervioso o inquieto.
13. Estoy continuamente frotando o sujetándome zonas del cuerpo que me duelen o me molestan .
14. Actúo de manera irritable e impaciente conmigo mismo, por ejemplo,
hablo mal de mi, me insulto, me culpo de cosas que ocurren.
15. Hablo del futuro sin esperanza.
16. Tengo sobresaltos.

Por favor, señale sólo aquellas expresiones que está seguro/a le describen y están relacionadas con su estado de salud actual.

50. Sólo me muevo por un edificio (por ejemplo, no salgo de casa).
51. Estoy siempre en una habitación.
52. Estoy más rato en la cama.
53. Estoy en la cama la mayor parte del tiempo.
54. No utilizo el transporte público.
55. Estoy en casa la mayor parte del tiempo.
56. Sólo voy a lugares que tengan el lavabo cerca.
57. No voy al centro de la ciudad.
58. Estoy fuera de casa sólo durante cortos periodos de tiempo.
59. Sólo me muevo en la penumbra o en lugares poco iluminados con la ayuda de alguien.

Por favor, señale sólo aquellas expresiones que está seguro/a le describen y están relacionadas con su estado de salud actual.

60. Salgo menos de visita.
61. No salgo nunca de visita.
62. Muestro menos interés por los problemas de los demás, por ejemplo, no les escucho cuando me hablan,
no ofrezco ayuda .
63. A menudo me muestro irritado con los que me rodean por ejemplo, doy respuestas cortantes, doy
chascos, critico fácilmente .



64. Muestro menos afecto.
65. Realizo menos actividades sociales en grupo.
66. Acorto la duración de las visitas a los amigos.
67. Evito las visitas sociales.
68. Mi actividad sexual ha disminuido.
69. A menudo expreso preocupación por lo que pueda pasar con mi salud.
70. Hablo menos con los que me rodean.
71. Exijo mucho, por ejemplo, insisto en que la gente haga cosas para mi, les digo cómo hay que hacer las cosas .
72. Paso mucho tiempo solo.
73. Me comporto de forma desagradable con los miembros de mi familia, por ejemplo, soy rencoroso, soy tozudo .
74. Tengo frecuentes ataques de ira con los miembros de mi familia, por ejemplo, les pego, les grito, les tiro cosas .
75. Me aílo todo lo que puedo de mi familia.
76. Presto menos atención a los hijos.
77. Rehusó el contacto con los miembros de mi familia, por ejemplo, les ignoro.
78. No hago las cosas que solía hacer para cuidar a los hijos o la familia.
79. No bromeo con mi familia como solía hacer.

Por favor, señale sólo aquellas expresiones que está seguro/a le describen y están relacionadas con su estado de salud actual.

92. Estoy confuso y empiezo a hacer varias cosas a la vez .
93. Tengo más accidentes menores, por ejemplo, se me caen las cosas, tropiezo y caigo, choco con las cosas
94. Reacciono con lentitud frente a las cosas que se hacen o se dicen.
95. No termino las cosas que empiezo.
96. Tengo dificultad al razonar y resolver problemas, por ejemplo, hacer planes, tomar decisiones, aprender cosas nuevas.
97. A veces me comporto como si estuviera confuso y desorientado en el tiempo y el espacio, por ejemplo, dónde estoy, quién está a mi alrededor, direcciones, que día es...
98. Se me olvidan muchas cosas, por ejemplo, cosas que han pasado recientemente, dónde he puesto algo, citas .
99. No me concentro en ninguna actividad durante mucho tiempo.
100. Hago más errores de lo habitual.
101. Encuentro dificultad al realizar actividades que comporten concentración y reflexión .



¿Hace normalmente algún trabajo que no sea el de llevar la casa?

SI

NO

SI HA RESPONDIDO SI, PASE A LA PÁGINA

SI HA RESPONDIDO NO:

¿ESTA JUBILADO? SI NO

**SI ESTA JUBILADO, ¿ ESTUVO SU JUBILACIÓN
RELACIONADA CON SU SALUD? SI NO**

**SI NO ESTÁ JUBILADO, PERO NO TRABAJA,
¿ESTÁ ESTO RELACIONADO CON SU SALUD? SI NO**

SALTE LA PÁGINA SIGUIENTE Y SIGA CON LA PAGINA 16



SI USTED NO TRABAJA Y NO ES A CAUSA DE SU SALUD, POR FAVOR, PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

Ahora considere el trabajo que haga y señale sólo aquellas expresiones que está seguro le describen y están relacionadas con su estado de salud actual (Si hoy es sábado, domingo o su día festivo, por favor, responda como si estuviera trabajando).

111. No trabajo .

SI SEÑALA ESTA EXPRESIÓN, PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

112. Hago parte de mi trabajo en casa .

113. No rindo tanto en el trabajo como antes .

114. A menudo me muestro irritado con los compañeros del trabajo, por ejemplo, les interrumpo, doy respuestas cortantes, doy chascos, critico fácilmente .

115. Trabajo menos horas.

116. Sólo hago trabajo ligero.

117. Sólo trabajo durante cortos periodos de tiempo o descanso con frecuencia.

118. Trabajo en mi empleo habitual pero con algunos cambios, por ejemplo, utilizando diferentes herramientas o ayudas especiales, intercambiando algunas tareas con otros trabajadores .

119. No hago mi trabajo con tanto cuidado y precisión como solía hacer

El siguiente grupo de expresiones tiene que ver con las actividades que usted suele realizar en su tiempo libre. Estas actividades pueden tener el fin de relajarse, pasar el tiempo, o entretenerse. Por favor, señale sólo aquellas expresiones que está seguro le describen y están relacionadas con su estado de salud actual.

120. Dedico menos tiempo a mis entretenimientos, pasatiempos o aficiones.

121. Salgo a divertirme con menos frecuencia.

122. Dedico cada vez menos tiempo a algunos de mis entretenimientos pasivos, por ejemplo, mirar la TV, jugar a las cartas, leer .

123. He eliminado todos mis entretenimientos pasivos, por ejemplo, mirar la TV, jugar a las cartas, leer .

124. Estoy sustituyendo mis actividades habituales por entretenimientos pasivos, veo más TV, juego a las cartas, leo .

125. Participo en menos actividades comunitarias.

126. Dedico menos tiempo a algunos de mis entretenimientos o actividades físicas habituales .

127. Ya no practico ninguno de mis entretenimientos o actividades físicas .



Por último, a continuación se relacionan una serie de afirmaciones acerca de su alimentación. Por favor, señale sólo aquellas expresiones que está seguro/a le describen y están relacionadas con su estado de salud actual.

128. Como mucho menos de lo habitual.
129. Me alimento yo solo, pero únicamente utilizando utensilios especiales
o comida especialmente preparada .
130. Como alimentos especiales o diferentes, por ejemplo, comida blanda,
triturada, con poca sal, poca grasa, poco azúcar.
131. No como nada, sólo tomo líquidos.
132. Estoy desganado, sólo mordisqueo las comidas.
133. Bebo menos líquidos.
134. Como por mí mismo con la ayuda de alguien
135. No como por mí mismo, me tienen que dar la comida
136. No como nada, me alimentan a través de tubos y líquidos intravenosos



Atención, no rellenar por el paciente

PUNTUACIÓN TOTAL

DIMENSIÓN FÍSICA:

DIMENSIÓN PSICOSOCIAL:.....

TRABAJO:

NUTRICIÓN:

MOVILIDAD:

OCIO Y PASATIEMPOS:

RELACIONES SOCIALES:

ACTIVIDAD INTELECTUAL:

ACTIVIDAD EMOCIONAL:



Evaluación del tipo de afrontamiento percibido por el paciente de su pareja ante enfermedad cardiaca

Existen diversos aspectos importantes que cada pareja maneja a su manera. A continuación se relacionan una serie de conductas, pensamientos, ideas y situaciones que suelen surgir durante la adaptación a la enfermedad. Por favor, señale si en su caso las frases describen realidades muy frecuentes, bastante frecuentes, poco frecuentes o que no le describen en absoluto.

	Con Mucha Frecuencia	En Bastantes Ocasiones	En Algunas Ocasiones	Nunca o Casi Nunca	No Procede
	1	2	3	4	9
1. Mi pareja me anima a que realice hábitos saludables recomendados en la terapia (no fumar, una alimentación sana, pasear...)					
2. Mi pareja me anima a realizar algunas de las tareas domésticas.					
3. Mi pareja me anima a realizar algunas de las tareas relacionadas con el cuidado de nuestros hijos.					
4. Mi pareja me anima a realizar actividades durante mi tiempo de ocio (salir con amigos, salir con la familia, algún hobby...)					
5. Presiento que mi pareja prefiere que salgamos juntos antes de que salga solo o con alguien por si me sucediera algo cuando no está conmigo.					
6. Mi pareja lleva el control de la toma de mi medicación					
7. Mi pareja lleva el control de mis visitas al médico					
8. Desde que sufrí el infarto, mi pareja evita que la vea intranquila o ansiosa, para no preocuparme					
9. Desde que sufrí el infarto, mi pareja evita hablar de sus sentimientos para no preocuparme					
10. Desde que sufrí el infarto, mi pareja evita hablar de sus preocupaciones sobre la enfermedad conmigo					



11. En ocasiones tengo la impresión de que mi pareja me oculta algún problema doméstico (económico, educación de los hijos, etc.) para evitarme disgustos.					
12. Mi pareja y yo tenemos frecuentes discusiones en torno a la medicación y su dosificación.					
13. Mi pareja y yo tenemos frecuentes discusiones en torno a los cambios que hemos tenido que hacer como consecuencia de la enfermedad (cuidado de la casa, niños, etc.)					
14. Mi pareja evita que yo realice esfuerzos, aún los más pequeños para evitar que me ocurra algo.					
15. Mi pareja prefiere que yo no realice esfuerzos, incluso aquellos que están relacionados con el ocio (dar un paseo, ver a los amigos, etc.)					
16. Mi pareja evita entrar en desacuerdo explícito conmigo, para evitar que me sienta ansioso o irritado.					
17. Presiento que mi pareja alerta a familiares y amigos sobre la importancia de mi enfermedad.					

Gracias por su colaboración.



Nº Cuestionario _____	
SEGUIMIENTO A 4 MESES P.R.C.	
1 ¿ Sigue Vd. Las recomendaciones que le dieron en el P.R.C.?	
• Sobre Alimentación.	Siempre -Casi siempre -A veces -Nunca
• Sobre Ejercicio.	Siempre -Casi siempre -A veces -Nunca
• Sobre Tabaco.	Siempre -Casi siempre -A veces -Nunca
• Sobre Ejercicios de relajación.	Siempre -Casi siempre -A veces -Nunca
¿ Consigue relajarse?.	Siempre -Casi siempre -A veces -Nunca
2 ¿ Interviene su pareja en cosas que Vd. Puede hacer por si mismo?	(Pareja enferma) Siempre -Casi siempre -A veces – Nunca

Nº Cuestionario _____	
SEGUIMIENTO A 8 MESES P.R.C.	
1 ¿ Sigue Vd. Las recomendaciones que le dieron en el P.R.C.?	
• Sobre Alimentación.	Siempre -Casi siempre -A veces -Nunca
• Sobre Ejercicio.	Siempre -Casi siempre -A veces -Nunca
• Sobre Tabaco.	Siempre -Casi siempre -A veces -Nunca
• Sobre Ejercicios de relajación.	Siempre -Casi siempre -A veces -Nunca
¿ Consigue relajarse?.	Siempre -Casi siempre -A veces -Nunca
2 ¿ Interviene su pareja en cosas que Vd. Puede hacer por si mismo?	(Pareja enferma) Siempre -Casi siempre -A veces – Nunca

Nº Cuestionario _____	
SEGUIMIENTO A 12 MESES P.R.C.	
1 ¿ Sigue Vd. Las recomendaciones que le dieron en el P.R.C.?	
• Sobre Alimentación.	Siempre -Casi siempre -A veces -Nunca
• Sobre Ejercicio.	Siempre -Casi siempre -A veces -Nunca
• Sobre Tabaco.	Siempre -Casi siempre -A veces -Nunca
• Sobre Ejercicios de relajación.	Siempre -Casi siempre -A veces -Nunca
¿ Consigue relajarse?.	Siempre -Casi siempre -A veces -Nunca



**ANEXO: CUESTIONARIOS APLICADOS A
PAREJAS**



INVENTARIO DE RECURSOS SOCIALES

CÓNYUGE

¿En qué **GRADO** le proporciona su pareja los siguientes tipos de apoyo?

4. Emocional: cariño, comprensión, se interesa por sus problemas, etc.

Mínimo

1	2	3	4	5	6	7

Máximo

5. Informativo: consejos, guías, información general, etc.

Mínimo

1	2	3	4	5	6	7

Máximo

6. Material: ayuda práctica, le lleva a los sitios, ayuda en las tareas domésticas.

Mínimo

1	2	3	4	5	6	7

Máximo

Evalúe el **GRADO DE SATISFACCIÓN** con cada uno de los tipos de apoyo recibido por parte de su cónyuge.

4. Emocional: cariño, comprensión, se interesa por sus problemas, etc.

Nada satisfecho

1	2	3	4	5	6	7

Totalmente satisfecho

5. Informativo: consejos, guías, información general, etc.

Nada satisfecho

1	2	3	4	5	6	7

Totalmente satisfecho

6. Material: ayuda práctica, le lleva a los sitios, ayuda en las tareas domésticas.

Nada satisfecho

1	2	3	4	5	6	7

Totalmente satisfecho



Evaluación del tipo de afrontamiento de la pareja ante enfermedad cardiaca

Existen diversos aspectos importantes que cada pareja maneja a su manera. A continuación se relacionan una serie de conductas, pensamientos, ideas y situaciones que suelen surgir durante la adaptación a la enfermedad. Por favor, señale si en su caso las frases describen realidades muy frecuentes, bastante frecuentes, poco frecuentes o que no le describen en absoluto.

	Con Mucha Frecuencia	En Bastantes Ocasiones	En Algunas Ocasiones	Nunca o Casi Nunca	No Procede
	1	2	3	4	9
1. Animo a mi pareja a que realice hábitos saludables recomendados en la terapia (no fumar, una alimentación sana, pasear...)					
2. Animo a mi pareja a realizar algunas de las tareas domésticas.					
3. Animo a mi pareja a realizar algunas de las tareas relacionadas con el cuidado de nuestros hijos.					
4. Animo a mi pareja a realizar actividades durante su tiempo de ocio (salir con amigos, salir con la familia, algún hobby...)					
5. Prefiero salir con mi pareja antes de que salga solo o con alguien por si le sucediera algo cuando no está conmigo.					
6. Llevo un control de la toma de medicación de mi pareja.					
7. Llevo un control de las visitas al médico de mi pareja.					
8. Desde que sufrió el infarto evito que mi pareja me vea intranquila o ansiosa para no preocuparle.					
9. Desde que sufrió el infarto, evito hablar de mis sentimientos con mi pareja para no preocuparle.					
10. Desde que sufrió el infarto, evito hablar de mis preocupaciones sobre la enfermedad con mi pareja.					
11. En ocasiones oculto algún problema doméstico (económico, educación de los hijos, etc.) para evitarle disgustos a mi pareja.					



12. Mi pareja y yo tenemos frecuentes discusiones en torno a la medicación y su dosificación.					
13. Mi pareja y yo tenemos frecuentes discusiones en torno a los cambios que hemos tenido que hacer como consecuencia de la enfermedad (cuidado de la casa, niños, etc.)					
14. Evito que mi pareja realice esfuerzos, aún los más pequeños, ya que ello incrementa mi ansiedad o preocupación por si le ocurre algo.					
15. Prefiero que mi pareja no realice esfuerzos, incluso aquellos que están relacionados con el ocio (dar un paseo, ver a los amigos, etc.)					
16. Evito entrar en desacuerdo explícito con mi pareja, para evitar que se sienta ansioso o irritado.					
17. Alerto a familiares y amigos de mi pareja sobre la importancia de su enfermedad.					

Gracias por su colaboración.

Tablas



TABLAS

METODO UTILIZADO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE GRUPOS QUE MIDEN EL NIVEL DE APOYO SOCIAL PROPORCIONADO POR LA PAREJA.

Figura 1:

Model Summary			
Dimension	Cronbach's Alpha	Variance Accounted For	
		Total (Eigenvalue)	
1	,792	2,117	,737
2	-,487	,757	,263
Total	,978 ^a	2,874	

Figura 2:

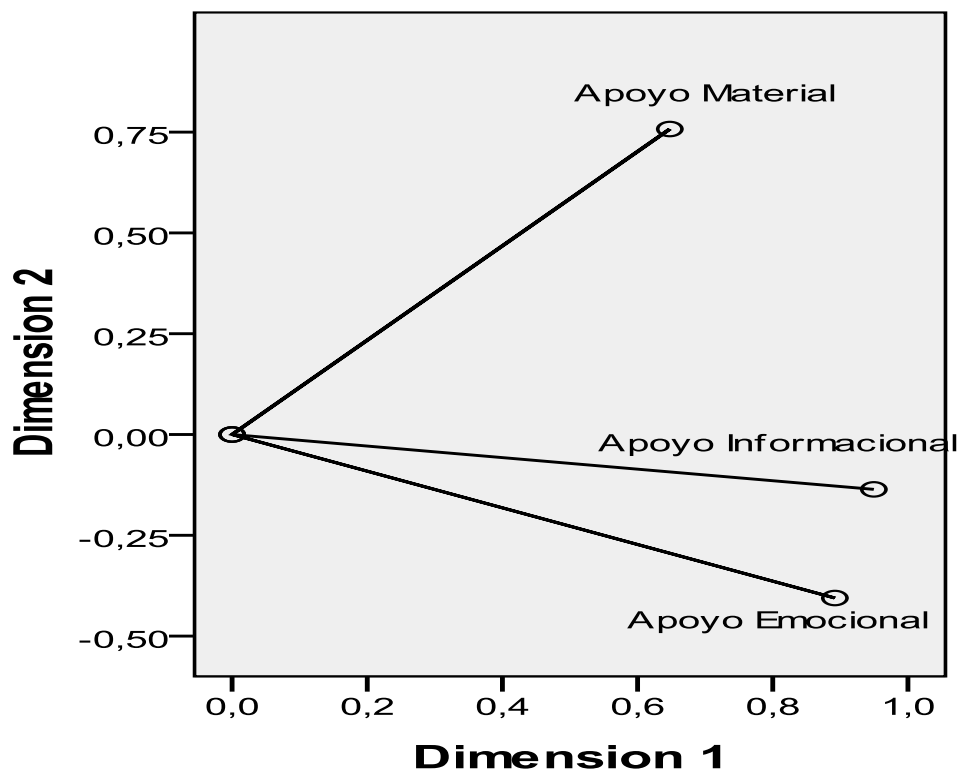
Component Loadings		
	Dimensión	
	1	2
- Apoyo Material proporcionado por la pareja	,648	,758
- Apoyo Emocional proporcionado por la pareja	,892	-,406
- Apoyo Informativo proporcionado por la pareja	,950	-,136

Variable Principal Normalization.



Figura 3:

Component Loadings



Variable Principal Normalization.

Distribución de las puntuaciones



METODO UTILIZADO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE GRUPOS QUE MIDEN EL NIVEL DE SATISFACCIÓN CON EL APOYO SOCIAL PROPORCIONADO POR LA PAREJA.

Figura 4:

Model Summary			
Dimension	Cronbach's Alpha	Variance Accounted For	
		Total (Eigenvalue)	
1	,867	2,371	,829
2	-1,564	,489	,171
Total	,976 ^a	2,860	

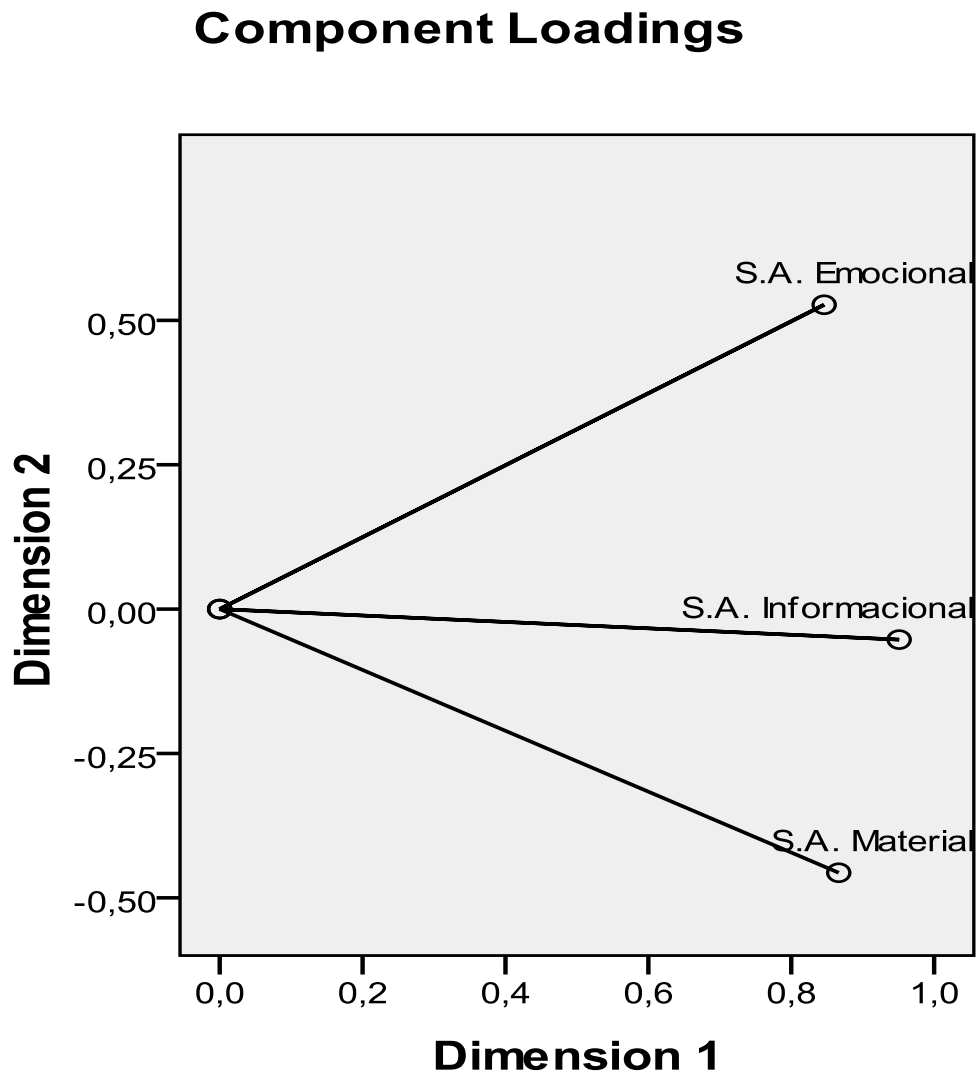
Figura 5:

Component Loadings		
	Dimension	
	1	2
- Satisfacción con el Apoyo Emocional proporcionado por la pareja	,846	,527
- Grado de Satisfacción con el Apoyo Informativo proporcionado por la pareja	,951	-,053
- Satisfacción con el Apoyo Material proporcionado por la pareja	,866	-,457

Variable Principal Normalization.



Figura 6:



Variable Principal Normalization.

:

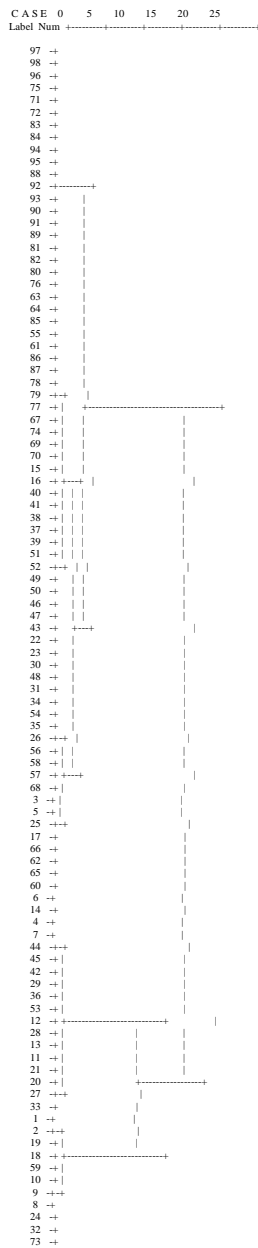


METODO UTILIZADO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE GRUPOS QUE MIDEN EL AJUSTE A LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE.

Figura 7:

***** HIERARCHICAL CLUSTER ANALYSIS *****

DENDOGRAMA UTILIZANDO EL METODO DE WARD Rescaled Distance Cluster Combine



Dendograma

Este gráfico muestra el proceso de formación de los grupos, indicando la distancia a la que se

*Figura 8:*

Number of Cases in each Cluster		
Cluster	1	66,000
	2	32,000
Valid		98,000
Missing		41,000

Figura 9:

	Final Cluster Centers	
	Cluster	
	1	2
Zscore(DPsicosocialT2) Dimensión Psicosocial T2	-,45816	,94496
Zscore(DFisicaT2) Dimensión Física T2	-,48225	,99463

**TABLAS: CONTRASTE DE LAS HIPOTESIS**

Figura 10:

Hipótesis 1:

El apoyo de la pareja influye mejorando el ajuste a la enfermedad cardiaca del paciente. Es decir, que a más apoyo existirá un mejor ajuste.

Grupos según el nivel de Apoyo * Grupos según el nivel de Ajuste. Crosstabulation				
		Grupos según el nivel de Ajuste.		Total
		Alto Ajuste	Bajo Ajuste	
Grupos según el nivel de Apoyo	Bajo Apoyo	39	20	59
	Alto Apoyo	27	12	39
Total		66	32	98

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,105 ^a	1	,746		
Continuity Correction ^b	,011	1	,918		
Likelihood Ratio	,105	1	,746		
Fisher's Exact Test				,828	,461
Linear-by-Linear Association	,103	1	,748		
N of Valid Cases	98				



a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,73.

b. Computed only for a 2x2 table

Figura 11:

Mann-Whitney Test

Ranks				
Grupos según el nivel de Ajuste T = 2		N	Mean Rank	Sum of Ranks
2) Grado de Apoyo Emocional proporcionado por el Cónyuge	Buen Ajuste	65	49,92	3244,50
	Mal Ajuste	32	47,14	1508,50
	Total	97		
2) Grado de Apoyo Informativo proporcionado por el Cónyuge	Buen Ajuste	64	47,41	3034,00
	Mal Ajuste	32	50,69	1622,00
	Total	96		
2) Grado de Apoyo Material proporcionado por el Cónyuge	Buen Ajuste	63	47,37	2984,50
	Mal Ajuste	32	49,23	1575,50
	Total	95		
2) Grado de Satisfacción del Apoyo Emocional proporcionado por el Cónyuge	Buen Ajuste	65	49,73	3232,50
	Mal Ajuste	32	47,52	1520,50
	Total	97		
2) Grado de Satisfacción del Apoyo Informativo proporcionado por el Cónyuge	Buen Ajuste	64	48,45	3100,50
	Mal Ajuste	32	48,61	1555,50
	Total	96		
2) Grado de Satisfacción del Apoyo Material proporcionado por el Cónyuge	Buen Ajuste	63	50,35	3172,00
	Mal Ajuste	32	43,38	1388,00
	Total	95		



	Test Statistics ^a					
	2) Grado de Apoyo Emocional proporcionad o por el Cónyuge	2) Grado de Apoyo Informativa proporcionad o por el Cónyuge	2) Grado de Apoyo Material proporcionad o por el Cónyuge	2) Grado de Satisfacción del Apoyo Emocional proporcionad o por el Cónyuge	2) Grado de Satisfacción del Apoyo Informativa proporcionad o por el Cónyuge	2) Grado de Satisfacción del Apoyo Material proporcionad o por el Cónyuge
Mann-Whitney U	980,500	954,000	968,500	992,500	1020,500	860,000
Wilcoxon W	1508,500	3034,000	2984,500	1520,500	3100,500	1388,000
Z	-,515	-,580	-,332	-,423	-,029	-1,280
Asymp. Sig. (2-tailed)	,606	,562	,740	,672	,977	,200

a. Grouping Variable: Grupos según el nivel de Ajuste T = 2

Figura 12

Hipótesis 2:

La satisfacción del apoyo proporcionado por la pareja influirá mejorando el ajuste a la enfermedad del paciente. Es decir, que ante una mayor satisfacción con el apoyo existirá también un mejor ajuste.

Grupos según el nivel de Ajuste. * Grupos según el nivel de satisfacción con el apoyo..

		Crosstabulation		
		Grupos según el nivel de satisfacción con el apoyo.		
		Baja Satisfacción	Alta Satisfacción	Total
Grupos según el nivel de Ajuste.	Alto Ajuste	30	36	66
	Bajo Ajuste	16	16	32



Grupos según el nivel de Ajuste. * Grupos según el nivel de satisfacción con el apoyo..

Crosstabulation

		Grupos según el nivel de satisfacción con el apoyo.		
		Baja Satisfacción	Alta Satisfacción	Total
Grupos según el nivel de Ajuste.	Alto Ajuste	30	36	66
	Bajo Ajuste	16	16	32
Total		46	52	98

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,179 ^a	1	,672		
Continuity Correction ^b	,043	1	,836		
Likelihood Ratio	,179	1	,673		
Fisher's Exact Test				,829	,418
Linear-by-Linear Association	,177	1	,674		
N of Valid Cases	98				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15,02.

b. Computed only for a 2x2 table



Figura 13

Hipótesis 3:

El afrontamiento activo percibido por el paciente de su pareja promoverá el ajuste de la enfermedad del paciente. El afrontamiento activo mejora el ajuste.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,510(b)	1	,011		
Corrección por continuidad(a)	5,310	1	,021		
Razón de verosimilitudes	7,371	1	,007		
Estadístico exacto de Fisher				,013	,008
Asociación lineal por lineal	6,443	1	,011		
N de casos válidos	98				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,16.



Figura 14

Hipótesis 4:

Cuanto más apoyo de carácter emocional e informacional proporcione la pareja al paciente, mayor será la percepción de un afrontamiento activo por parte del paciente de su pareja.

Estadísticos de contraste(a,b)

	Apoyo proporcionado por la pareja			Satisfacción con el apoyo proporcionado por la pareja		
	Apoyo Emocional	Apoyo Informacional	Apoyo Material	Satisfacción Apoyo Emocional	Satisfacción Apoyo Informacional	Satisfacción Apoyo Material
Chi-cuadrado	3,789	2,359	,036	2,135	,432	,023
gl	1	1	1	1	1	1
Sig. asintót.	,052	,125	,850	,144	,511	,878

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Afrontamiento paciente T=2



Figura 15

Hipótesis 5:

El apoyo del paciente a su pareja mejora el afrontamiento de carácter activo desarrollado por la pareja.

Rangos

	Afrontamiento pareja T2	N	Rango promedio	Suma de rangos
Emocional Pareja T2	Afrontamiento Pasivo	72	48,89	3520,00
	Afrontamiento Activo	26	51,19	1331,00
	Total	98		
Informativa Pareja T2	Afrontamiento Pasivo	70	48,84	3419,00
	Afrontamiento Activo	24	43,58	1046,00
	Total	94		
Material Pareja T2	Afrontamiento Pasivo	71	48,35	3432,50
	Afrontamiento Activo	25	48,94	1223,50
	Total	96		

Estadísticos de contraste(a)

Apoyo proporcionado por el paciente a su pareja.			
	Apoyo Emocional	Apoyo Informativa	Apoyo Material
U de Mann-Whitney	892,000	746,000	876,500
W de Wilcoxon	3520,000	1046,000	3432,500
Z	-,367	-,841	-,094
Sig. asintót. (bilateral)	,714	,400	,925

a Variable de agrupación: Afrontamiento pareja T = 2



Figura 16

Hipótesis 6:

La satisfacción de la pareja con el apoyo que recibe del paciente mejora el afrontamiento de carácter activo desarrollado por la pareja.

Rangos

	Afrontamiento pareja T2	N	Rango promedio	Suma de rangos
Sat. Emocional Pareja T2	Afrontamiento Pasivo	71	47,23	3353,50
	Afrontamiento Activo	25	52,10	1302,50
	Total	96		
Sat. Informativa: Pareja T2	Afrontamiento Pasivo	69	47,35	3267,00
	Afrontamiento Activo	24	46,00	1104,00
	Total	93		
Sat. Material: Pareja T2	Afrontamiento Pasivo	69	47,76	3295,50
	Afrontamiento Activo	25	46,78	1169,50
	Total	94		

Estadísticos de contraste(a)

	Sat. Emocional	Sat. Informativa	Sat. Material
U de Mann-Whitney	797,500	804,000	844,500
W de Wilcoxon	3353,500	1104,000	1169,500
Z	-,775	-,216	-,158
Sig. asintót. (bilateral)	,438	,829	,875

a Variable de agrupación: Afrontamiento pareja T = 2



Figura 17

Hipótesis 7:

Debido al efecto de la intervención por parte del Programa de Rehabilitación Cardíaca se modifica el nivel de apoyo social y el tipo de afrontamiento tanto del paciente como de su pareja (evaluación pre y post tratamiento).

RESULTADOS PARA PACIENTES**Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon**
Rangos

		N	Rango promedio	Suma de rangos
2) Grado de Apoyo Emocional proporcionado por el Cónyuge	Rangos negativos	21(a)	17,43	366,00
	Rangos positivos	12(b)	16,25	195,00
1) Grado de Apoyo Emocional proporcionado por el Cónyuge	Empates	63(c)		
	Total	96		
2) Grado de Apoyo Informativo proporcionado por el Cónyuge	Rangos negativos	29(d)	23,34	677,00
	Rangos positivos	14(e)	19,21	269,00
1) Grado de Apoyo Informativo proporcionado por el Cónyuge	Empates	52(f)		
	Total	95		
2) Grado de Apoyo Material proporcionado por el Cónyuge	Rangos negativos	28(g)	23,93	670,00
	Rangos positivos	18(h)	22,83	411,00
1) Grado de Apoyo Material proporcionado por el Cónyuge	Empates	48(i)		
	Total	94		
2) D. Física	Rangos negativos	40(j)	36,55	1462,00
	Rangos positivos	27(k)	30,22	816,00
1) D. Física	Empates	31(l)		
	Total	98		
2) D. Psicosocial	Rangos negativos	53(m)	50,81	2693,00
	Rangos positivos	34(n)	33,38	1135,00
1) D. Psicosocial	Empates	11(o)		



	Total	98		
2) Afrontamiento paciente	Rangos negativos	30(p)	17,50	525,00
	Rangos positivos	4(q)	17,50	70,00
1) Afrontamiento paciente	Empates	65(r)		
	Total	99		

a 2) Grado de Apoyo Emocional proporcionado por el Cónyuge < 1) Grado de Apoyo Emocional proporcionado por el Cónyuge
b 2) Grado de Apoyo Emocional proporcionado por el Cónyuge > 1) Grado de Apoyo Emocional proporcionado por el Cónyuge
c 2) Grado de Apoyo Emocional proporcionado por el Cónyuge = 1) Grado de Apoyo Emocional proporcionado por el Cónyuge
d 2) Grado de Apoyo Informativo proporcionado por el Cónyuge < 1) Grado de Apoyo Informativo proporcionado por el Cónyuge
e 2) Grado de Apoyo Informativo proporcionado por el Cónyuge > 1) Grado de Apoyo Informativo proporcionado por el Cónyuge
f 2) Grado de Apoyo Informativo proporcionado por el Cónyuge = 1) Grado de Apoyo Informativo proporcionado por el Cónyuge
g 2) Grado de Apoyo Material proporcionado por el Cónyuge < 1) Grado de Apoyo Material proporcionado por el Cónyuge
h 2) Grado de Apoyo Material proporcionado por el Cónyuge > 1) Grado de Apoyo Material proporcionado por el Cónyuge
i 2) Grado de Apoyo Material proporcionado por el Cónyuge = 1) Grado de Apoyo Material proporcionado por el Cónyuge
j 2) D. Física < 1) D. Física
k 2) D. Física > 1) D. Física
l 2) D. Física = 1) D. Física
m 2) D. Psicosocial < 1) D. Psicosocial
n 2) D. Psicosocial > 1) D. Psicosocial
o 2) D. Psicosocial = 1) D. Psicosocial
p Afrontamiento paciente T=2 < Afrontamiento paciente T=1
q Afrontamiento paciente T=2 > Afrontamiento paciente T=1
r Afrontamiento paciente T=2 = Afrontamiento paciente T=1

Estadísticos de contraste(b)

	2) Apoyo Emocional	2) Apoyo Informativo	2) Apoyo Material	2) D. Física	2) D. Psicosocial	2) Afrontamiento paciente
	1) Apoyo Emocional	1) Apoyo Informativo	1) Apoyo Material	1) D. Física	1) D. Psicosocial	1) Afrontamiento paciente
Z	-1,604(a)	-2,537(a)	-1,442(a)	-2,023(a)	-3,297(a)	-4,459(a)
Sig. asintót. (bilateral)	,109	,011	,149	,043	,001	,000

a Basado en los rangos positivos.
b Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon



Prueba de los signos

Frecuencias

		N
2) Grado de Apoyo Emocional proporcionado por el Cónyuge	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f)	21
1) Grado de Apoyo Emocional proporcionado por el Cónyuge	Diferencias positivas(g,h,i,j,k,l)	12
	Empates(m,n,o,p,q,r)	63
	Total	96
2) Grado de Apoyo Informativo proporcionado por el Cónyuge	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f)	29
1) Grado de Apoyo Informativo proporcionado por el Cónyuge	Diferencias positivas(g,h,i,j,k,l)	14
	Empates(m,n,o,p,q,r)	52
	Total	95
2) Grado de Apoyo Material proporcionado por el Cónyuge	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f)	28
1) Grado de Apoyo Material proporcionado por el Cónyuge	Diferencias positivas(g,h,i,j,k,l)	18
	Empates(m,n,o,p,q,r)	48
	Total	94
2)D. Física	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f)	40
1)D. Física	Diferencias positivas(g,h,i,j,k,l)	27
	Empates(m,n,o,p,q,r)	31
	Total	98
2)D. Psicosocial	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f)	53
1)D. Psicosocial	Diferencias positivas(g,h,i,j,k,l)	34
	Empates(m,n,o,p,q,r)	11
	Total	98
2)Afrontamiento paciente	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f)	30



1) Afrontamiento paciente

Diferencias positivas(g,h,i,j,k,l)	4
Empates(m,n,o,p,q,r)	65
Total	99

- a 2) Grado de Apoyo Emocional proporcionado por el Cónyuge < 1) Grado de Apoyo Emocional proporcionado por el Cónyuge
- b 2) Grado de Apoyo Informativo proporcionado por el Cónyuge < 1) Grado de Apoyo Informativo proporcionado por el Cónyuge
- c 2) Grado de Apoyo Material proporcionado por el Cónyuge < 1) Grado de Apoyo Material proporcionado por el Cónyuge
- d D. Física < D. Física
- e D. Psicosocial < D. Psicosocial
- f Afrontamiento paciente T=2 < Afrontamiento paciente T=1
- g 2) Grado de Apoyo Emocional proporcionado por el Cónyuge > 1) Grado de Apoyo Emocional proporcionado por el Cónyuge
- h 2) Grado de Apoyo Informativo proporcionado por el Cónyuge > 1) Grado de Apoyo Informativo proporcionado por el Cónyuge
- i 2) Grado de Apoyo Material proporcionado por el Cónyuge > 1) Grado de Apoyo Material proporcionado por el Cónyuge
- j 2) D. Física > 1) D. Física
- k 2) D. Psicosocial > 1) D. Psicosocial
- l Afrontamiento paciente T=2 > Afrontamiento paciente T=1
- m 2) Grado de Apoyo Emocional proporcionado por el Cónyuge = 1) Grado de Apoyo Emocional proporcionado por el Cónyuge
- n 2) Grado de Apoyo Informativo proporcionado por el Cónyuge = 1) Grado de Apoyo Informativo proporcionado por el Cónyuge
- o 2) Grado de Apoyo Material proporcionado por el Cónyuge = 1) Grado de Apoyo Material proporcionado por el Cónyuge
- p 2) D. Física = 1) D. Física
- q 2) D. Psicosocial = 1) D. Psicosocial
- r Afrontamiento paciente T=2 = Afrontamiento paciente T=1

Estadísticos de contraste(a)

	2) Apoyo Emocional	2) Apoyo Informativo	2) Apoyo Material	2) D. Física	2) D. Psicosocial	2) Afrontamiento paciente
	1) Apoyo Emocional	1) Apoyo Informativo	1) Apoyo Material	1) D. Física	1) D. Psicosocial	1) Afrontamiento paciente
Z	-1,393	-2,135	-1,327	-1,466	-1,930	-4,287
Sig. asintót. (bilateral)	,164	,033	,185	,143	,054	,000

a Prueba de los signos



RESULTADOS PARA PAREJAS

Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon
Rangos

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Emocional Pareja T2 Emocional Pareja T1	Rangos negativos	31(a)	26,52	822,00
	Rangos positivos	23(b)	28,83	663,00
	Empates	42(c)		
	Total	96		
Informativa Pareja T2 Informativa Pareja T1	Rangos negativos	22(d)	27,86	613,00
	Rangos positivos	26(e)	21,65	563,00
	Empates	44(f)		
	Total	92		
Material Pareja T2 Material Pareja T1	Rangos negativos	31(g)	34,95	1083,50
	Rangos positivos	36(h)	33,18	1194,50
	Empates	26(i)		
	Total	93		
Afrontamiento pareja T = 2 Afrontamiento pareja T = 1	Rangos negativos	19(j)	18,00	342,00
	Rangos positivos	16(k)	18,00	288,00
	Empates	64(l)		
	Total	99		

- a Emocional Pareja T2 < Emocional Pareja T1
- b Emocional Pareja T2 > Emocional Pareja T1
- c Emocional Pareja T2 = Emocional Pareja T1
- d Informativa Pareja T2 < Informativa Pareja T1
- e Informativa Pareja T2 > Informativa Pareja T1
- f Informativa Pareja T2 = Informativa Pareja T1
- g Material Pareja T2 < Material Pareja T1
- h Material Pareja T2 > Material Pareja T1
- i Material Pareja T2 = Material Pareja T1
- j Afrontamiento pareja T = 2 < Afrontamiento pareja T = 1
- k Afrontamiento pareja T = 2 > Afrontamiento pareja T = 1
- l Afrontamiento pareja T = 2 = Afrontamiento pareja T = 1

Estadísticos de contraste(c)

	Emocional Pareja T2 Emocional Pareja T1	Informativa Pareja T2 Informativa Pareja T1	Material Pareja T2 Material Pareja T1	Afrontamiento pareja T = 2 Afrontamiento pareja T = 1
Z	-,701(a)	-,263(a)	-,357(b)	-,507(a)



Sig. asintót. (bilateral)	,484	,793	,721	,612
------------------------------	------	------	------	------

- a Basado en los rangos positivos.
b Basado en los rangos negativos.
c Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Prueba de los signos

Frecuencias

		N
Emocional Pareja T2	Diferencias negativas(a,b,c,d)	31
Emocional Pareja T1	Diferencias positivas(e,f,g,h)	23
	Empates(i,j,k,l)	42
	Total	96
Informacional Pareja T2	Diferencias negativas(a,b,c,d)	22
Informacional Pareja T1	Diferencias positivas(e,f,g,h)	26
	Empates(i,j,k,l)	44
	Total	92
Material Pareja T2	Diferencias negativas(a,b,c,d)	31
Material Pareja T1	Diferencias positivas(e,f,g,h)	36
	Empates(i,j,k,l)	26
	Total	93
Afrontamiento pareja T = 2	Diferencias negativas(a,b,c,d)	19
Afrontamiento pareja T = 1	Diferencias positivas(e,f,g,h)	16
	Empates(i,j,k,l)	64
	Total	99

- a Emocional Pareja T2 < Emocional Pareja T1
b Informacional Pareja T2 < Informacional Pareja T1
c Material Pareja T2 < Material Pareja T1
d Afrontamiento pareja T = 2 < Afrontamiento pareja T = 1
e Emocional Pareja T2 > Emocional Pareja T1
f Informacional Pareja T2 > Informacional Pareja T1
g Material Pareja T2 > Material Pareja T1
h Afrontamiento pareja T = 2 > Afrontamiento pareja T = 1
i Emocional Pareja T2 = Emocional Pareja T1
j Informacional Pareja T2 = Informacional Pareja T1
k Material Pareja T2 = Material Pareja T1
l Afrontamiento pareja T = 2 = Afrontamiento pareja T = 1

**Estadísticos de contraste(a)**

	Emocional Pareja T2	Informacional Pareja T2	Material Pareja T2	Afrontamiento pareja T = 2
	Emocional Pareja T1	Informacional Pareja T1	Material Pareja T1	Afrontamiento pareja T = 1
Z	-,953	-,433	-,489	-,338
Sig. asintót. (bilateral)	,341	,665	,625	,735

a Prueba de los signos



Figura 18

Hipótesis 8:

El que las parejas acudan al Programa de Rehabilitación Cardíaca tiene un efecto positivo en las variables estudiadas tanto en los pacientes como en las parejas.

RESULTADOS PARA PACIENTES**Prueba de Kruskal-Wallis**

	Rangos		
2) Grado de Apoyo Emocional proporcionado por el Cónyuge	Grupo Experimental	N	Rango promedio
		44	52,83
	Control	53	45,82
	Total	97	
2) Grado de Apoyo Informativo proporcionado por el Cónyuge	Experimental	43	54,60
	Control	53	43,55
	Total	96	
2) Grado de Apoyo Material proporcionado por el Cónyuge	Experimental	42	52,45
	Control	53	44,47
	Total	95	
2) Grado de Satisfacción del Apoyo Emocional proporcionado por el Cónyuge	Experimental	44	54,44
	Control	53	44,48
	Total	97	
2) Grado de Satisfacción del Apoyo Informativo proporcionado por el Cónyuge	Experimental	43	54,69
	Control	53	43,48
	Total	96	
2) Grado de Satisfacción del Apoyo Material proporcionado por el Cónyuge	Experimental	42	52,93
	Control	53	44,09
	Total	95	
Dimensión Física T2	Experimental	44	53,59



Dimensión Psicosocial T2	Control	54	46,17
	Total	98	
	Experimental	44	52,76
Afrontamiento paciente T=2	Control	54	46,84
	Total	98	
	Experimental	44	54,38
	Control	55	46,50
	Total	99	

Estadísticos de contraste(a,b)

	2) Apoyo Emocional	2) Apoyo Informacional	2) Apoyo Material	2) Satisfacción del Apoyo Emocional	2) Satisfacción del Apoyo Informacional	2) Satisfacción del Apoyo Material	Dimensión Física T2	Dimensión Psicosocial T2	Afrontamiento paciente T=2
Chi-cuadrado	1,901	4,255	2,232	4,065	4,472	2,905	1,681	1,060	3,245
gl	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sig. asintót.	,168	,039	,135	,044	,034	,088	,195	,303	,072

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Grupo

**RESULTADOS PARA PAREJAS****Prueba de Kruskal-Wallis****Rangos**

	Grupo	N	Rango promedio
Emocional Pareja T2	Experimental	43	47,79
	Control	55	50,84
	Total	98	
Informativa Pareja T2	Experimental	41	45,56
	Control	53	49,00
	Total	94	
Material Pareja T2	Experimental	42	45,81
	Control	54	50,59
	Total	96	
Sat. Emocional Pareja T2	Experimental	42	49,50
	Control	54	47,72
	Total	96	
Sat. Informativa: Pareja T2	Experimental	41	47,04
	Control	52	46,97
	Total	93	
Sat. Material: Pareja T2	Experimental	41	45,32
	Control	53	49,19
	Total	94	
Afrontamiento pareja T = 2	Experimental	44	52,75
	Control	55	47,80
	Total	99	

Estadísticos de contraste(a,b)

	Emocional Pareja T2	Informativa Pareja T2	Material Pareja T2	Sat. Emocional Pareja T2	Sat. Informativa: Pareja T2	Sat. Material: Pareja T2	Afrontamiento pareja T = 2
Chi-cuadrado	,297	,391	,728	,102	,000	,488	1,250
gl	1	1	1	1	1	1	1
Sig. asintót.	,586	,532	,394	,749	,990	,485	,264

a Prueba de Kruskal-Wallis

b Variable de agrupación: Grupo



Figura 19

Hipótesis 9:

De cara al ajuste general del paciente no existirán discrepancias entre apoyo social y afrontamiento entre los pacientes y sus parejas.

*Tabla de contingencia Afrontamiento paciente T=2 * Afrontamiento pareja T = 2*

Recuento

		Tipo de afrontamiento pareja		Total
		Afrontamiento Pasivo	Afrontamiento Activo	
Tipo de afrontamiento percibido por el paciente de su pareja	Afrontamiento Pasivo	57	17	74
	Afrontamiento Activo	16	9	25
Total		73	26	99

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,638(b)	1	,201		
Corrección por continuidad(a)	1,034	1	,309		
Razón de verosimilitudes	1,570	1	,210		
Estadístico exacto de Fisher				,292	,155
Asociación lineal por lineal	1,621	1	,203		
N de casos válidos	99				

a Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,57.



Figura 20

Hipótesis 10:

Las recomendaciones sobre hábitos saludables que proporciona la pareja mejorará el cumplimiento de las recomendaciones pautadas por el Programa de Rehabilitación Cardíaca al paciente.

Tablas de contingencia: Le recuerda su pareja los hábitos saludables y las recomendaciones seguidas.

Tabla de contingencia S2PARHABr * S2RECTABR T = 2

Recuento

		Recomendaciones sobre tabaco		Total
		ALTA FRECUENCIA	BAJA FRECUENCIA	
Su pareja le recuerda	ALTA FRECUENCIA	72	2	74
	BAJA FRECUENCIA	28	7	35
Total		100	9	109

Tabla de contingencia S3PARHABr * S3RECALIr T = 3

Recuento

		Recomendaciones sobre alimentación		Total
		ALTA FRECUENCIA	BAJA FRECUENCIA	
Su pareja le recuerda	ALTA FRECUENCIA	57	3	60
	BAJA FRECUENCIA	33	16	49
Total		90	19	109

**Tabla de contingencia S3PARHABr * S3RECEJER T = 3**

Recuento

		Recomendaciones sobre ejercicio físico		Total
		ALTA FRECUENCIA	BAJA FRECUENCIA	
Su pareja le recuerda	ALTA FRECUENCIA	54	6	60
	BAJA FRECUENCIA	29	20	49
Total		83	26	109

Tabla de contingencia S3PARHABr * S3RECTABr T = 3

Recuento

		Recomendaciones sobre tabaco		Total
		ALTA FRECUENCIA	BAJA FRECUENCIA	
Su pareja le recuerda	ALTA FRECUENCIA	56	4	60
	BAJA FRECUENCIA	36	13	49
Total		92	17	109

