



Universidad Nacional de Mar del Plata  
Facultad de Psicología

**“Relevancia del apoyo social en pacientes que han sufrido episodios isquémicos agudos cardiovasculares”**

Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 143/89.

NOMBRES Y APELLIDOS ALUMNOS:

\*Salaberry, Gabriela Mat. 4861/99 DNI: 28.364.305

\*Spath, María Dolores Mat. 4873/99 DNI: 27.605.811

N° CLASIFICACION :	ADQUISICION :
	Reservación
	N° INVENTARIO :
	1043

T-P95

SUPERVISOR: *Dr. Urquijo, Sebastián.*

CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN:

Psicología Cognitiva – Grupo de investigación en Psicología Cognitiva y Educativa.

FECHA DE PRESENTACIÓN: **28** de Noviembre de 2005.

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Salaberry, Gabriela y Spath, María Dolores de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras”.

“El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Salaberry, Gabriela ( Mat. 4861/99) y Spath, María Dolores (Mat. 4873/99), conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los **28** días del mes de Noviembre del año 2005”

Firma, Aclaración y Sello del supervisor.



## **Informe de Evaluación del Supervisor**

Las alumnas han realizado un trabajo exhaustivo y sistemático de exploración de la literatura. Demostraron un espíritu crítico y una excelente capacidad de trabajo, que se refleja en los resultados de la tesina. Se debe destacar el compromiso y la voluntad de realizar un trabajo de carácter científico, aprendiendo los fundamentos de los procesos de investigación.



Sebastián Urquijo

“Atento al Cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Salaberry, Gabriela (Mat. 4861/99) y Spath, María Dolores (Mat. 4873/99)”.

Firma y Aclaración de los Miembros integrantes de la Comisión Asesora

Fecha de Aprobación:

PELTZER

APROBADO

03.06.05.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN-REQUISITO CURRICULAR

PLAN DE ESTUDIOS O.C.S. 143/89

**NOMBRES Y APELLIDOS ALUMNOS:**

Salaberry, Gabriela Mat. N° 4861/99

Spath, Maria Dolores Mat. N° 4873/99

**CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN:**

Psicología Cognitiva – Grupo de investigación en Psicología Cognitiva y Educacional.

**SUPERVISOR:** Dr. Urquijo, Sebastián.

**EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO MAYOR EN DESARROLLO:** SÍ.

*“Personalidad y episodios isquémicos. Diagnóstico, prevención e intervención”.*

**TITULO DEL PROYECTO:** *Relevancia del apoyo social en pacientes que han sufrido episodios isquémicos agudos cardiovasculares*

**Descripción resumida**

Diversos estudios se han ocupado de analizar las variables biopsicosociales relacionadas con la incidencia de las enfermedades isquémicas cardiovasculares.

En el presente trabajo se intentará determinar que influencia ejerce el apoyo social en la incidencia de episodios isquémicos agudos cardiovasculares.

testimonios cardiovasculares  
12.05.05  
prevención primaria  
enfermedades  
PC apoyo social

Para efectuar el mencionado trabajo se utilizará una población que es parte de un proyecto mayor, denominado “Personalidad y episodios isquémicos. Diagnóstico, prevención e intervención”, dirigido por el Dr. Urquijo.

El apoyo social efectivo fue evaluado a través de la Escala para la Evaluación del Apoyo Social (California Department of Mental Health), adaptación española.

Los datos colectados serán sometidos a análisis estadísticos para determinar la existencia de correlaciones entre las variables consignadas y diferenciar así el grupo de cardíacos del grupo control, tomando en consideración la variable género.

**PALABRAS CLAVE:** Episodios isquémicos agudos cardiovasculares – Apoyo social.

## **Descripción detallada**

### **Antecedentes**

Las enfermedades cardiovasculares, según Bueno y Buceta (1991), son la principal causa de muerte y morbilidad severa en la mayoría de los países desarrollados. De acuerdo a un informe de la American Heart Association (1996), el infarto de miocardio se encuentra entre las principales causas de muerte entre adultos en el mundo occidental y en nuestro país.

Bueno y Buceta (1991), afirman que para la adecuada recuperación de los sujetos infartados, además de la imprescindible necesidad de la intervención médica, será preciso, en la mayoría de los casos, la adecuada ayuda psicológica que permita el entrenamiento del paciente en las habilidades conductuales y cognitivas que faciliten la superación del impacto negativo provocado por la ocurrencia del infarto, así como la exitosa modificación de hábitos comportamentales de riesgo coronario y de modos de funcionamiento laboral, familiar y social que permitan al paciente la reincorporación a sus actividades habituales en condiciones que garanticen su salud y bienestar personal, reduciendo, en la mayor medida posible, el riesgo de reinfarto.

El reconocimiento de que el apoyo social influye en el estado de salud y en las conductas de salud de los individuos no es nueva y se refleja en numerosos estudios. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha identificado el fortalecimiento de las redes sociales y del apoyo social como una estrategia de promoción de la salud

La asociación entre apoyo social y mejora en la supervivencia en pacientes con enfermedades crónicas ha sido estudiada en varias poblaciones, siendo su asociación comprobada, en la inmensa mayoría de los mismos.

El apoyo social puede ser un significativo agregado y tener un fuerte efecto en la predicción de mortalidad cuando un gran número de variables médicas se controlan. De hecho la falta de apoyo social ha sido asociado con aumentos en la mortalidad y morbilidad en numerosos estudios realizados, y altos niveles de apoyo se asocian al uso de servicios de prevención en salud.

Considerando que la literatura informa de la existencia de diferencias significativas según el género, parece muy importante analizar la variable del apoyo social en sujetos que han sufrido algún accidente isquémico-cardiovascular discriminando las diferencias entre hombres y mujeres


**HIPÓTESIS:** Altos niveles de apoyo social disminuyen la incidencia de episodios isquémicos agudos cardiovasculares.



**OBJETIVO:** Explorar el grado en que el apoyo social reduce la incidencia de episodios isquémicos agudos cardiovasculares. Explorar si existen diferencias significativas por género.


## **METODOLOGÍA**

**Participantes:** La población utilizada en la presente investigación pertenece a un proyecto mayor realizado en la Universidad Nacional de Mar del Plata, denominado “Personalidad y episodios isquémicos. Diagnóstico, prevención e intervención psicológica”, dirigido por el Dr. Urquijo. La muestra está conformada por sujetos de la ciudad de Mar del Plata internados a causa de accidentes isquémicos agudos cardiovasculares en unidades coronarias del Hospital General de Agudos y algunas clínicas privadas de la ciudad y por un grupo control. Dicha muestra fue dividida por sexo y en grupos etáreos. La media de

Welin C, Lappas G, Wilhelmsen L: Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. J Intern Med 2000; 247: 629-639.

  
Firma del Supervisor  
S. Velasco

  
  
Firma del / los alumno / s

P/ Área de Investigación Raquel Deltzer   
Resultado de la evaluación (aprobado / rehacer)

Fecha: 2/05/05

## ÍNDICE GENERAL

Introducción.....	1
Apoyo social y enfermedades Cardiovasculares	
El Apoyo Social.....	5
El Apoyo Social y su vinculación con la salud y el bienestar de los individuos....	12
Cardiopatías isquémicas.....	17
Formas clínicas.....	20
Factores psicológicos en la cardiopatía isquémica.....	23
Diferencias según el sexo en la evolución de la patología coronaria.....	24
Relación Apoyo social-alteraciones cardiovasculares.....	30
Propósito del trabajo.....	34
Diseño Metodológico.....	34
Resultados.....	37
Análisis e interpretación de los resultados.....	47
Referencias Bibliográficas.....	50

### *Introducción*

La idea de que las emociones, los sentimientos y el contexto social pueden contribuir a la causa de la cardiopatía no es nueva.

Según afirma Eaker (1992), durante siglos ha habido una asociación popular, aunque no científica, entre el corazón y las emociones. Esta observación data del escrito de Harvey quien, en 1628 afirmó que "...todo trastorno de la mente que es vivido con dolor o con placer, esperanza o temor, provoca una agitación cuya influencia alcanza el corazón...".

Durante las últimas décadas se ha producido un interés creciente por el estudio de aquellos factores implicados en el origen y desarrollo de las enfermedades cardiovasculares. La razón para ello es doble ya que, por una parte, nos encontramos ante la principal causa de muerte en los países civilizados (Diago, Guallar y Andrés, 1996) y, por otro lado, se trata de una patología en cuyo origen convergen diversos factores de muy diferente índole (fisiológicos, conductuales y psicosociales) (Fernández-Abascal, 1994). Los numerosos estudios epidemiológicos realizados confirman la existencia de un conjunto de factores (tabaquismo, hipertensión, estrés, etc.) que, a través de diferentes mecanismos, provocan y/o facilitan el desarrollo y padecimiento de las enfermedades cardiovasculares (Steptoe, 1981).

Dentro del estudio de los mecanismos implicados en estos trastornos, el papel ocupado por la psicología se ha centrado en estudiar e investigar aquellos aspectos psicosociales que podrían contribuir significativamente a la patogénesis y expresión de la enfermedad

cardiovascular. De acuerdo con Rozanski, Blumenthal y Kaplan (1999), los principales dominios que ha investigado la psicología en relación con la patología cardiovascular serían los siguientes: la depresión, la ansiedad, las características de personalidad, el aislamiento social y el estrés. De todos ellos, los que más atención han recibido son el estrés y la búsqueda de características de personalidad asociadas con el padecimiento de enfermedades cardiovasculares.

Las enfermedades cardiovasculares, según Bueno y Buceta (1991), son la principal causa de muerte y morbilidad severa en la mayoría de los países desarrollados. De acuerdo a un informe de la American Heart Association (1996), el infarto de miocardio se encuentra entre las principales causas de muerte entre adultos en el mundo occidental y en nuestro país. Tal postulación ha sido confirmada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2004. En el mencionado año, la OMS sostuvo que las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares causan la muerte de unos 17 millones de personas al año, lo que representa casi una tercera parte de todas las defunciones del mundo.

En 2020 serán la principal causa de defunción y discapacidad en todo el mundo, y se prevé que el número de víctimas aumente a más de 20 millones al año y, para 2030, a más de 24 millones. (OMS, 2004)

A pesar de las elevadas tasas de mortalidad, el adelanto en la tecnología sanitaria, ha posibilitado un mayor índice de supervivencia en pacientes que han sufrido un primer infarto de miocardio. Esta situación implica un desafío para los profesionales relacionados con la salud mental,

en relación con el estudio y desarrollo de procedimientos cada vez más eficaces que permitan la adecuada recuperación de los pacientes.

Bueno y Buceta (1991), afirman que para la adecuada recuperación de los sujetos infartados, además de la imprescindible necesidad de la intervención médica, será preciso, en la mayoría de los casos, la adecuada ayuda psicológica que permita el entrenamiento del paciente en las habilidades conductuales y cognitivas que faciliten la superación del impacto negativo provocado por la ocurrencia del infarto, así como la exitosa modificación de hábitos comportamentales de riesgo coronario y de modos de funcionamiento laboral, familiar y social que permitan al paciente la reincorporación a sus actividades habituales en condiciones que garanticen su salud y bienestar personal, reduciendo, en la mayor medida posible, el riesgo de reinfarto.

El reconocimiento de la idea que sostiene que el apoyo social influye en el estado de salud y en las conductas de salud de los individuos no es nueva y se refleja en numerosos estudios (Sarason, I.G., Sarason, B.R., Potter, Antoni, 1985; Cohen y Horberman, 1983; Peterson y Weinert, 1987).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha identificado el fortalecimiento de las redes sociales y del apoyo social como una estrategia de promoción de la salud.

La asociación entre apoyo social y mejora en la supervivencia en pacientes con enfermedades crónicas ha sido estudiada en varias poblaciones, siendo su asociación comprobada, sin embargo el mecanismo a través del cual se produce es aún desconocido (Kimmel, 1998).

El apoyo social puede ser un significativo agregado y tener un fuerte efecto en la predicción de mortalidad cuando un gran número de variables médicas se controlan. De hecho la falta de apoyo social ha sido asociada con aumentos en la mortalidad y morbilidad en numerosos estudios realizados, y altos niveles de apoyo se asocian al uso de servicios de prevención en salud. (Kimmel, 1998).

Considerando que la literatura (Brezinka y Padmos, 1994; Brezinka y Kittel, 1996; Rosenfeld, 2000) informa de la existencia de diferencias significativas según el género, parece muy importante analizar la variable del apoyo social en sujetos que han sufrido algún accidente isquémico-cardiovascular discriminando las diferencias entre poblaciones de hombres y mujeres.

## *Apoyo social y enfermedades cardiovasculares*

La presente investigación se propone determinar las relaciones que podrían existir entre el apoyo social y la ocurrencia de episodios isquémicos agudos cardiovasculares. Se desea verificar la hipótesis de que el aumento del apoyo social se asocia a una reducción de la incidencia de episodios isquémicos agudos cardiovasculares. Adicionalmente, se propone explorar si existen diferencias de estas relaciones según el género.

### *El Apoyo social*

La relación del apoyo social con el bienestar físico y psicológico del individuo ha sido indicada por variedad de intelectuales. Autores como Aristóteles (s.IV A.C.) y Paracelso (s.XVI) ya señalaban esta relación.

La primera evidencia empírica sobre esta cuestión se produce en este siglo y fue desarrollada por Durkheim, que estudio el efecto positivo del matrimonio y la religión en la adquisición de comportamientos positivos y la disminución de suicidios.

Coob y Cassel fueron los primeros en señalar las relaciones interpersonales como moduladoras de las consecuencias negativas del estrés. Coob desde una perspectiva clínica estudio la relación entre el apoyo social y el estrés e intento mejorar la medida de este constructo. Cassel desde una perspectiva epidemiológica considero que el apoyo

social podía reducir gran número de enfermedades y trastornos.

A mediados del decenio de 1970, los profesionales de la salud pública y, más concretamente, los epidemiólogos “descubrieron” la noción de apoyo social al estudiar las relaciones causales entre estrés, mortalidad y morbilidad (Cassel 1974; Cobb 1976).

Cassel (1976) adaptó el concepto de apoyo social a la teoría de la salud pública como medio de explicación de las diferencias observadas en algunas enfermedades que se consideraban relacionadas con el estrés. El autor quería averiguar las causas de que algunos individuos fuesen más resistentes al estrés que otros. La teoría de que el apoyo social fuese un elemento del proceso causal de las enfermedades parecía plausible, ya que Cassel había observado que tanto las personas como los animales que experimentaban estrés en compañía de “semejantes significativos” parecían experimentar menos consecuencias adversas que los individuos aislados. Cassel aseguró que el apoyo social podía actuar como elemento de protección contra el estrés.

Cobb (1976) amplió este concepto al observar que la simple presencia de otra persona no supone un apoyo social, añadiendo que se precisa un intercambio de “información”, de la que identificó tres categorías:

- ✓ Información que induce a la persona a sentirse querida o cuidada (apoyo emocional)
- ✓ Información que produce la sensación de ser estimado y valorado (apoyo de la estima)
- ✓ Información que fomenta el sentimiento de pertenecer a un

sistema de intercomunicación y de obligaciones recíprocas.

Cobb observa que las personas que sufren episodios graves con carencia de apoyo social son diez veces más propensas a sufrir depresión, e indica que alguna forma de relación íntima o de apoyo social protege contra los efectos de las reacciones de estrés. Asegura igualmente que el apoyo social funciona a lo largo de la vida del sujeto y que afecta a diversas experiencias vitales, como el desempleo, las enfermedades graves y la pérdida de seres queridos.

Según Cobb, el apoyo social incrementa la capacidad de afrontamiento (manipulación del entorno) y facilita la adaptación (cambio autoinducido para mejorar la adaptación de la persona al entorno).

Es posible sostener, a partir de la revisión bibliográfica, que en las últimas décadas, el concepto de apoyo social ha recibido cada vez mayor atención, por parte de un inmenso número de investigadores y profesionales dedicados a la Salud.

El Apoyo social es un concepto que todo el mundo comprende de manera genérica e intuitiva. Ahora bien, cuando se trata de definir operativamente a este concepto, es cuando surgen los problemas y divergencias. La revisión de la literatura y la comparación de las definiciones que de este concepto se han propuesto, hacen evidentes los diferentes tipos de apoyo social que pueden existir y los diversos componentes que lo constituyen.

El apoyo social se considera un constructo multidimensional con multitud de acepciones. El término apoyo social se utiliza para definir e

identificar muy distintas dimensiones derivadas de las relaciones sociales. Así, algunos autores consideran en sus definiciones como apoyo social "cualquier factor ambiental que proporcione un buen estado de salud" (Beels, 1981), definición muy similar a la dada por Nuckolls y colaboradores (1972), que define los "recursos psicológicos como cualquier factor psicológico o social que contribuyen a la habilidad de las mujeres para adaptarse al embarazo". Estas definiciones funcionales, que consideran la variable independiente según las consecuencias en la variable dependiente, no proporcionan implicaciones que permitan operativizar la variable de apoyo social. A partir de definiciones, también imprecisas, como la de Kaplan et al (1977), que considera el apoyo social como "la relativa presencia o ausencia de recursos de apoyo social procedentes de personas significantes", o la de Lin et al (1979), que sugiere que el apoyo social "es ese apoyo accesible a un individuo a través de lazos sociales de otros individuos, grupos y de la comunidad", identificando el apoyo social con los recursos que cuenta un individuo en un periodo de crisis, se han desarrollado escalas de evaluación de apoyo social que, si bien incluyen indicadores referentes a la asistencia proporcionada por la existencia de relaciones sociales, consideran otros ítems no relacionados con contactos interpersonales. Por ejemplo, problemas económicos, baja autoestima, insatisfacción con el empleo, etc.; los instrumentos así elaborados se asemejan más a medidas de "dificultades en la vida" que a índices de la presencia o ausencia de apoyo social.

El apoyo social puede definirse (Vivas, Feldman, Bages, Vargas, y

Andrade, 1993) como la ayuda real o percibida que el individuo deriva de las relaciones interpersonales (familiares o de pares) tanto en el plano emocional como en el instrumental, para una situación específica.

El apoyo social también ha sido definido como la unión entre individuos o entre individuos y grupos, que mejorará la competencia adaptativa para enfrentar los desafíos, tensiones y privaciones a corto plazo. (Caplan, y Killilea, 1976). En esta línea de ideas se puede citar a Shumker y Brownel (1984) quienes definen apoyo social como un intercambio de recursos entre al menos dos individuos percibidos como el proveedor y el receptor.

Para comenzar a efectuar una delimitación teórica en torno del concepto del "apoyo social" resulta de suma relevancia efectuar una distinción conceptual entre los términos apoyo social y redes sociales. Si bien en diversas investigaciones ambas terminologías son utilizadas indistintamente, debemos aclarar que no son sinónimos.

Las redes sociales son la estructura de las relaciones de familiares, amigos, vecinos y otros significativos que proveen apoyo, esto se refiere a aspectos como: tamaño de la red, densidad de ésta, frecuencia de contactos con las personas que la forman, entre otros. (Peterson y Weinert, 1987). Las redes sociales proporcionan el marco estructural en que el apoyo social podría ser accesible al individuo (Dean Ensel, 1981).

El apoyo social se refiere, en cambio, a los aspectos psicosociales y a la ayuda tangible que provee la red social y que recibe la persona. (Peterson y Weinert, 1987). Se define como el grado en que las

necesidades del individuo de socialización, asistencia tangible, conducción cognitiva, reforzamiento social y sustento emocional, son adquiridos a través de la interacción con la red social (Wineman, 1990).

El apoyo social se refiere a algo personal, cuyo componente más subjetivo es denominado "apoyo social percibido", en tanto que las "redes de apoyo" son algo socioestructural y objetivo que, como tal, admite análisis a un nivel social, diferente aunque complementario. (Sánchez, 1991)

A nivel conceptual están adquiriendo mucha vigencia en el último tiempo la propuesta de diversos autores, que plantean una progresiva subjetivación del concepto de apoyo social. Tales autores (Mansilla, 1993; Turner, 1983; Keane, Scott, Chavoya, Lamparski y Fairbank, 1993) proponen que la verdadera naturaleza del apoyo social hay que buscarla en los procesos perceptivos de los sujetos implicados, lo que tradicionalmente se ha denominado apoyo social percibido. Postulan la relevancia del "apoyo social percibido" ya que consideran que la realidad para el individuo es fundamentalmente la realidad percibida.

La percepción y la recepción de apoyo dependen, lógicamente, de la estructura de las redes sociales de la persona.

La percepción del apoyo social incluye dos componentes: el componente cognitivo y el componente evaluativo. El componente cognitivo incluye los sentimientos generales y la percepción de apoyo que experimenta el individuo. El componente evaluativo tiene en cuenta la satisfacción con quienes proporcionan el apoyo, se considera si el apoyo

social resulta pertinente en ese momento concreto. Esta distinción es confirmada teórica (Fiske y Taylor, 1984) y empíricamente (Vaux y Harrison, 1985; Weinert, 1984).

Hay que tener en cuenta que no todo el apoyo proporcionado puede ser percibido como suficiente y adecuado para el sujeto. El apoyo social percibido es más importante que el recibido, ya que es el que determina el bienestar físico y psicológico del sujeto. El apoyo percibido actúa a un nivel global aumentando los sentimientos de autovalía y eficacia y por tanto, incrementa la autoconfianza a nivel general, ésta se relaciona con un mejor afrontamiento de las situaciones de distrés. Sin embargo, el apoyo recibido es efectivo en periodos puntuales de experimentación de distrés y no a un nivel general y por ello debe tomarse en consideración.

Existen tres tipos de Apoyo que aparecen en casi todas las taxonomías y que son reconocidas por casi todos los autores. Estos son: apoyo emocional, instrumental o tangible e informacional.

El Apoyo emocional ha sido definido como el sentimiento de ser amado, de pertenencia e intimidad (Cobb, 1976; Cohen y McKay, 1984). Diferentes estudios revelan que este tipo de apoyo es el más importante para fomentar y mantener la salud y el bienestar (Cutrona, 1986). Una posible explicación al respecto, es que este apoyo aumenta la autoestima en las personas, al sentirse valorado y aceptado por los demás (Martín, Chacón, Martínez, 1988). Otra hipótesis, es que al comunicar los problemas a otras personas, los individuos se darían cuenta, que sus dificultades son compartidas y son relativamente frecuentes en la

población, lo cual, según la teoría de las atribuciones reduciría la gravedad y amenaza percibida de los eventos vitales y provocaría atribuciones externas sobre la causalidad de los mismos.

El Apoyo tangible o instrumental se ha definido como prestar ayuda directa o servicios (ayudas domésticas, prestar objetos o dinero, cuidar de los niños, etc.). Se relacionaría con el bienestar, porque disminuye las sobrecargas de tareas y deja tiempo libre para actividades de recreo (Wills, 1985). Resulta bastante efectivo cuando el receptor percibe la ayuda como adecuada (Cohen y McKay, 1984). Se pueden tener efectos negativos si el receptor siente amenazada su libertad o si fomenta sentimientos de estar en deuda (Shumaker y Brownell, 1985). Es particularmente importante en personas con bajos ingresos o pocos recursos materiales.

El Apoyo informacional es un proceso a través del cual las personas buscan información, consejo y/o guía que les ayude a resolver sus problemas (Schaefer, Coyne y Lazarus, 1981; Wills, 1985).

#### *El apoyo social y su vinculación con la salud y el bienestar de los individuos*

El apoyo social protege de la aparición de trastornos físicos y psíquicos (Brown, Birley, Wing, 1972); no obstante el impacto del apoyo social sobre síntomas psíquicos puede ser diferente del impacto en síntomas físicos (Cohen, y McKay, 1984). Las investigaciones (Olsen, 1993; Orth-Gomer, Rosengren y Wilhelmsen, 1993; Kawachi y colaboradores, 1996) sugieren que las personas con un nivel relativamente

alto de apoyo social presentan síntomas psicológicos y físicos menores e índices de mortalidad también menores que las personas con bajos niveles de apoyo social.

A pesar de que hasta ahora no es posible establecer una relación causal, la combinación de los datos provenientes de estudios con animales, experimentos socio-psicológicos y entrevistas sugieren que el apoyo social contribuye de manera importante en la salud de las personas. De la misma manera, se ha señalado que el apoyo social podría actuar como variable moderadora de los efectos negativos del estrés. (Stephoe, 2000; Orth-Gomer, 2000; Włodarczyk, 2000; Collins, 1999; Uchino, Uno y Holt-Lunstad, 1999; Kors, 2000)

Investigaciones realizadas muestran que el estrés tiene un efecto negativo en la salud, y que el apoyo social sería un catalizador que reduce estos efectos tóxicos. El mecanismo a través del cual actúa es desconocido, sin embargo, se plantean tres hipótesis al respecto. La primera hipótesis postula que el apoyo social previene la presencia del estrés; la segunda postula que el apoyo social actúa como catalizador una vez que el estrés está presente en los individuos, reduciendo sus efectos tóxicos y la tercera de las hipótesis postula que el apoyo social puede tener un efecto positivo directo sobre las conductas en salud de las personas, especialmente en las conductas de prevención y promoción de la salud. (Peterson y Weinert, 1987)

Las relaciones sociales son frecuentemente afectadas y pueden romperse bajo el estrés de la enfermedad crónica y la necesidad de

cuidado. Los problemas de salud crónica tienen una gran repercusión sobre la familia y los enfermos.

La asociación entre apoyo social y mejora en la supervivencia en pacientes con enfermedad crónica ha sido estudiada en varias poblaciones, siendo su asociación comprobada en la inmensa mayoría de los casos. El bajo apoyo social ha sido asociado con incremento en la mortalidad y morbilidad en poblaciones con diferentes enfermedades crónicas. (Kimmel, 1998)

El apoyo social puede ser un significativo agregado y tener un fuerte efecto en la predicción de mortalidad cuando un gran número de variables médicas se controlan. De hecho, la falta de apoyo social ha sido asociado con aumentos en la mortalidad y morbilidad en muchos estudios realizados en Estados Unidos, y altos niveles de apoyo se asocian al uso de servicios de prevención en salud. (Kimmel, 1998)

Existe una relación bidireccional entre salud y apoyo social; lo que implica que el continuo salud y enfermedad afecta el funcionamiento social. La enfermedad puede llegar a ser el mayor estresor relacionado con que un individuo tenga pocos contactos sociales, haya disminuido los recursos sociales y se produzca un alejamiento de su familia y redes sociales.

El vínculo entre los factores psicosociales y la enfermedad cardiovascular vendría de la mano de dos tipos de mecanismos patofisiológicos (Rozanski et al., 1999):

- Mecanismos conductuales: las condiciones psicosociales de la persona contribuyen a que esta realice conductas poco saludables

(por ejemplo, hábitos perjudiciales como el consumo de tabaco, sedentarismo, dieta rica en grasas, etc.) con el consiguiente riesgo que conlleva para la salud.

- **Mecanismos fisiológicos:** se trataría de mecanismos directamente implicados en la patología del trastorno (por ejemplo, excesiva activación neuroendocrina, activación plaquetaria, etc.). 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.

A lo largo de la última década, la importancia otorgada a los mecanismos fisiológicos frente a los conductuales ha ido aumentando de manera importante. La razón para ello hay que buscarla en la evidencia aportada por los estudios llevados a cabo con animales que han permitido establecer una relación directa entre determinados factores psicosociales (estrés, aislamiento social, carácter dominante) y el origen de la enfermedad arterial (Kaplan, Manuck, Weingrad y Clarkson, 1987; Kaplan, Manuck y Lusso, 1983; Manuck, Kaplan y Clarkson, 1983; Manuck, Kaplan, Adams y Clarkson, 1989; Manuck, Kaplan y Matthews, 1986; Manuck, Kasprowicz y Muldoon, 1990; Manuck, Olsson, Hjemdahl y Rehnqvist, 1992). Gracias a estos y a otra serie de investigaciones se ha podido determinar que aspectos psicológicos como el estrés crónico provocan un incremento de la actividad fisiológica mediada a través del sistema nervioso autónomo. Esta activación provocaría mayores niveles de aterosclerosis coronaria, disfunción del endotelio y, finalmente, la necrosis del mismo.

Otra aportación relevante de estos estudios es el hecho de mostrar que estas alteraciones se presentan independientemente de la dieta a la que se encuentre sometido el sujeto, con lo cual ésta se convertiría en un elemento facilitador, pero no sería la causa del trastorno. De igual manera, otro grupo de estudios ha mostrado que episodios agudos de estrés pueden provocar una mayor activación de la función plaquetaria y mayores niveles de hematocrito y hemoglobina (ambos identificados como factores de riesgo independientes para el desarrollo de enfermedades como son la hipertensión y la enfermedad coronaria) (Allen y Patterson, 1995). La presencia de estos factores incrementaría el riesgo de padecer alteraciones cardiovasculares y elevaría de forma importante la posibilidad de sufrir un episodio cardíaco en aquellas personas con antecedentes de alteraciones cardiovasculares (Krantz, Kop, Santiago y Gottdiener, 1996).

La evidencia presentada por todo este conjunto de estudios relacionando el estrés con la etiología de lesiones cardiovasculares ha promovido un mayor interés por el estudio de aquellos factores que pueden actuar disminuyendo o modulando la respuesta de estrés, bien en su aspecto crónico o en su manifestación aguda. Uno de los posibles factores moduladores que mayor interés ha suscitado a lo largo de esta última década lo constituye el *apoyo social*. Los estudios epidemiológicos realizados (Olsen, 1993; Orth-Gomer, Rosengren y Wilhelmsen, 1993; Kawachi et al. 1996) muestran una relación clara y evidente entre la existencia de elevados niveles de apoyo social y un menor riesgo de padecer trastornos cardiovasculares.

### *Cardiopatías Isquémicas*

Las enfermedades cardiovasculares constituyen desde hace varias décadas la principal causa de muerte e invalidez en los países industrializados. Ciertos estudios epidemiológicos han permitido identificar, en el campo de los trastornos coronarios, una serie de variables (los denominados factores de riesgo) que parecen estar relacionadas significativamente con la mayor incidencia de dichos trastornos. De los resultados de estos estudios se desprende que las enfermedades coronarias son complejas y, sobre todo, multicausales. (Dembroski, 1986).

Las cardiopatías isquémicas son causa de gran impacto físico y emocional en las personas. Después de un evento de esta naturaleza se genera una gran ansiedad por el miedo y peligro que representa el que se vuelva a repetir y además con consecuencias terminales. La literatura (Frasure-Smith y Lesperance, 1995; Bronstein y Fernández, 1999) señala que en estos pacientes los episodios depresivos son muy frecuentes.

Tradicionalmente, los factores de riesgo se han agrupado en dos categorías, los factores clásicos de riesgo o factores biológicos y los factores de riesgo relacionados con el estrés (Robles y Fernández, 1991).

El término cardiopatía se refiere a la alteración en el funcionamiento del corazón e involucra a la función primaria del mantenimiento de la circulación sanguínea. Como antecedente se debe recordar que una de las principales funciones del corazón es la de contraerse y relajarse (bombear) para hacer circular la sangre por todo el cuerpo.

Entre las afecciones cardiovasculares se mencionan las enfermedades valvulares, de origen reumático o de origen congénito, otras infecciosas, la insuficiencia cardíaca y las cardiopatías isquémicas. Estas últimas ocasionan el 80% de las muertes del gran total. He aquí su gran importancia (Alfonso, 2000).

La cardiopatía isquémica es un trastorno del miocardio provocado por el desequilibrio entre los requerimientos del músculo cardíaco y el flujo coronario a causa de alteraciones en la circulación coronaria, las cuales pueden ser agudas o crónicas, así como también funcionales o estar en relación con una enfermedad crónica. Se excluyen de esta entidad nosológica los trastornos motivados por los cambios en el flujo coronario que obedezcan a otras causas, tales como estenosis aórtica, hipertensión arterial, entre otros (Cecil, 1998).

El término cardiopatía isquémica es equiparable al de cardiopatía coronaria y cardiopatía aterosclerosa (patología isquémica del corazón como consecuencia de las lesiones obstructivas coronarias por aterosclerosis). Se entiende por isquemia la falta de O<sub>2</sub> debida a una perfusión insuficiente, a consecuencia de un desequilibrio entre el aporte y la demanda cardíaca de oxígeno.

La causa biológica de la cardiopatía isquémica es la aterosclerosis, que se debe a un disturbio del metabolismo de las grasas, y su resultado es la pérdida de la integridad de la estructura y función de los vasos sanguíneos arteriales coronarios; provocando infarto del tejido miocárdico, cuyas manifestaciones clínicas, en su mayoría, son por sí mismas una

emergencia médica. Esto determina una reducción variable del flujo sanguíneo y, por tanto, de oxígeno al miocardio. (Cecil, 1998).

Se pueden citar varios factores predisponentes y de riesgo entre los que podemos encontrar: los efectos de una dieta rica en grasas totales, colesterol, carbohidratos refinados, tabaquismo, herencia, edad y sexo, obesidad, sedentarismo, estrés, determinadas actitudes ante la vida y presiones sociales. Algunas enfermedades son factores de riesgo y pueden predisponer al individuo a presentar un evento cardiaco a causa de una aterosclerosis, pues esta es la responsable del 90 % de los padecimientos isquémicos del corazón (arterias coronarias), el otro 10 % lo constituyen anomalías congénitas, inflamatorias y artritis reumatoide entre otros. (Cecil, 1998).

La historia familiar del sujeto también influya en la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular, puesto que estamos hablando de factores endógenos del sujeto que son imposibles de modificar. Por tanto, es posible que un sujeto tenga mayor riesgo de sufrir una enfermedad coronaria si algún progenitor posee un historial de enfermedad cardiovascular a una edad temprana. De todos modos, aunque se pueden controlar los factores de riesgo que puede padecer este sujeto por herencia de sus antecesores, resulta muy complejo discriminar donde comienza la influencia de los factores externos del ambiente y donde los factores genéticos, puesto que ambos interactúan determinando la mayor o menor probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular.

### *Formas clínicas*

La aparición de un síndrome coronario agudo está producida por la erosión o rotura de una placa aterosclerótica, que determina la formación de un trombo intracoronario. La cantidad y duración del trombo, junto con la existencia de circulación colateral y la presencia de vasoespasmo en el momento de la rotura desempeñan un papel fundamental en la presentación clínica de los diferentes síndromes coronarios agudos. (Arós, 1999). En general, el infarto agudo de miocardio (IAM) se asociará a una trombosis más extensa y duradera, la angina inestable a un trombo más lábil, mientras que el IAM sin onda Q puede corresponder a una oclusión coronaria transitoria. (Fernández, 1999).

La cardiopatía isquémica tiene distintas formas de presentación en la población afectada. Por este motivo, la Organización Mundial de la Salud ha propuesto una nomenclatura internacional para identificar las manifestaciones clínicas de la enfermedad: Paro Cardíaco, Angina de Pecho, Infarto del Miocardio Agudo, Insuficiencia Cardíaca en la cardiopatía isquémica y arritmias. (Cecil, 1998).

\*Paro Cardíaco: Se presenta de forma súbita, presumiblemente a causa de inestabilidad eléctrica del corazón y sin que haya elementos de juicio para plantear otro diagnóstico. Queda excluida de este concepto la muerte que ocurre por el Infarto cardíaco agudo, pues esta es producida por un infarto cardíaco confirmado o sospechado y no por un paro. (Cecil, 1998).

\*Angina de Pecho: Es un síndrome clínico caracterizado por crisis paroxística de dolor u opresión, generalmente de localización retrosternal, que suele irradiarse a la región a la región precordial, al brazo izquierdo y a veces a otras zonas vecinas. Puede ser provocado por esfuerzos o ansiedad y otros factores ambientales que sean capaces de alterar las demandas de oxígeno del miocardio. (Cecil, 1998).

\*Infarto Agudo del Miocardio: Es un foco de necrosis producido por riego insuficiente del tejido. (Cecil, 1998).

Existen dos tipos de IAM: Transmural y subendocárdico. El más común es el infarto transmural en el cual la necrosis isquémica afecta todo o casi todo el espesor de la pared ventricular en la distribución de una sola arteria coronaria. Se suele asociar a aterosclerosis coronaria, ruptura de placa y trombosis sobreañadida. Por lo contrario el infarto subendocárdico constituye una zona de necrosis isquémica limitada al tercio interno o como máximo a la mitad de la pared ventricular y que a menudo se extiende lateralmente mas allá del territorio de irrigación de una sola arteria coronaria. La zona subendocárdica es la zona de peor perfundida del miocardio y la más vulnerable a cualquier reducción del flujo coronario. En la mayoría de los IAM subendocárdicos existe una aterosclerosis estenosante difusa y una reducción global del flujo coronario pero sin ruptura de la placa ni trombosis. El IAM es una interacción dinámica de alguno de los siguientes factores:

- 1) Aterosclerosis coronaria grave;
- 2) Alteración aguda de una placa

ateromatosa (ruptura, ulceración, fisura) con trombosis sobreañadida; 3) Activación plaquetaria; 4) Vasoespasmo.

Entre las causas del IAM se mencionan los siguientes: El 90% de los infartos transmurales esta producido por un trombo coronario oclusivo derivado de una placa aterosclerótica alterada. El 10% restante están producidos por vasoespasmo con o sin aterosclerosis coronaria ó émbolos provenientes de: trombosis mural, endocarditis vegetativa del lado izquierdo ó émbolos paradójicos( del lado derecho del corazón por comunicación por agujero oval permeable).

\*Insuficiencia Cardiaca en la cardiopatía isquémica: Puede ocurrir como complicación de un Infarto del Miocardio Agudo (IMA) o provocada por arritmias. La IC es un síndrome caracterizado por la presencia de síntomas y signos de hipertensión venosa pulmonar (disnea) y/o sistémica (edemas) o de gasto cardíaco bajo (fatiga), atribuibles a una disfunción mecánica del corazón. (Cecil, R. 1998).

La IC ha sido objeto de múltiples definiciones que suelen hacer referencia a tres aspectos fisiopatológicos esenciales: a) la disfunción mecánica del corazón (se contrae débilmente, se vacía mal o se llena con dificultad); b) la incapacidad de bombear sangre en la cantidad que requieren las necesidades metabólicas del organismo, en reposo o durante la actividad normal o el esfuerzo, y c) a pesar de que la presión de llenado es excesiva, existe congestión o hipertensión venosa pulmonar y/o sistémica, retención de agua y sal. (Guías de práctica

clínica de la Sociedad Española de Cardiología en Insuficiencia Cardíaca, 2002).

\*Arritmias: Es una anomalía de la frecuencia, regularidad o sitio de origen del impulso cardíaco o un trastorno de conducción que causa una secuela anormal de activación. Las arritmias pueden deberse a alteraciones en la generación de impulsos, su conducción, o ambas. (Cecil, 1998).

#### *Factores psicológicos en la cardiopatía isquémica*

Aunque todas las enfermedades tienen una determinación multicausal, las variables del ambiente social y las psicológicas pueden ser más relevantes en el origen y evolución de algunas enfermedades que en otras (Morales, 1999).

En todas las enfermedades están presentes estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de la condición patológica, las limitaciones que lleva aparejadas, las exigencias de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el pronóstico y el impacto para la vida futura. Cada paciente presentará entonces su propia "respuesta a la enfermedad", en la que se ponen de manifiesto no sólo las características regulares de esta como hecho biológico, sino también, y sobre todo, las del sujeto como persona actuando en una situación específica.

Al valorar cualquier estado personal, sea en la salud o en la enfermedad, se deben considerar factores biológicos (genéticos),

psicológicos (educacionales o vivenciales) y sociales que condicionan en gran medida la evolución. Sólo así es posible profundizar en la comprensión del enfermar humano sea cual sea su modalidad. (Álvarez, 2003).

#### *Diferencias según el sexo en la evolución de la patología coronaria*

Durante décadas la enfermedad coronaria ha sido la principal causa de muerte en hombres de mediana edad. Sin embargo esta misma enfermedad afecta a las mujeres, quienes presentan características diferenciales en el diagnóstico y tratamiento de la misma. Diferentes autores (Jacobs, 1951; White, 1955; Furman, 1968; Brezinka y Padmos, 1994; Barrett-Connors, 1995; Beery, 1995; Brezinka y Kittel, 1996; Sharp y Konen, 1997; Pramparo et. al. 1998; Foster y Mallik, 1998; Abadal, 1999; Rosenfeld, 2000; entre otros) se han abocado al estudio de este fenómeno, tanto en lo referente a las causas relacionadas con la gran incidencia en la población masculina de tal patología, cuanto en las razones de su menor incidencia en la población femenina.

Desde el punto de vista epidemiológico es sabido que éstas se hallan relativamente protegidas frente a la patología coronaria hasta edades avanzadas. Sin embargo, se ha sugerido que esa protección no es la única disimilitud entre ambos sexos en relación con la patología coronaria.

Durante más de diez años se ha centrado la atención de los investigadores en identificar la existencia de diferencias sexuales en las

formas de presentación clínica de los cuadros agudos coronarios, así como en el manejo de estas patologías por parte del sistema de atención médica, como también de los desenlaces de los pacientes afectados por enfermedades coronarias.

Las diferencias fisiopatológicas en la afección coronaria en ambos sexos no son del todo conocidas, no obstante se presume que los estrógenos desempeñan un papel central en este aspecto. También podrían estar relacionadas con la diversidad de la actividad trombolítica y fibrinolítica.

El proceso aterosclerótico parece influido posiblemente por la acción de los andrógenos e inhibido por los estrógenos, lo que explicaría la mayor incidencia en mujeres de más de 50 años (Jacobs, 1951) y la baja incidencia de enfermedades coronarias en hombres castrados ( White, 1955).

De igual manera, se ha sugerido que existen diferentes grados de severidad de la enfermedad coronaria entre hombres y mujeres, y distinta circulación colateral coronaria.

Diversos autores se han centrado en el estudio de tales disparidades de género en la consecución de las enfermedades cardiovasculares. Por ejemplo, Beery (1995) encontró que las mujeres llegaban a las unidades coronarias con mayor edad y en peores condiciones de salud que los hombres e incluso, presentaban más hipertensión, diabetes, estadía más prolongada en las unidades de cuidados intensivos y peores resultados. Sugiere que podría deberse a la forma en que la mujer experimenta los

síntomas cardíacos, relacionado con la percepción de sí misma y de su enfermedad. En estrecha relación con lo anterior, se ha determinado que la supervivencia y el pronóstico a largo plazo post Infarto Agudo de Miocardio se encuentran directamente asociados con la decisión de los individuos de buscar ayuda médica; en el caso de las mujeres (a diferencia de los hombres) esta búsqueda está demorada a causa de la creencia de que el dolor agudo de pecho no es necesariamente un síntoma de infarto (Foster y Mallik, 1998).

Numerosos estudios dan cuenta de la incidencia de las diferencias de género en la enfermedad cardíaca (Brezinka y Padmos, 1994; Brezinka y Kittel, 1996; Rosenfeld, 2000) aunque en la Argentina la información epidemiológica es escasa. Una excepción la constituye la Tercera Encuesta Nacional de la Sociedad Argentina de Cardiología que define el perfil del Infarto Agudo de Miocardio destacando el mayor promedio de edad en el género femenino que constituyó el 25% de la muestra total. En la Argentina, según con los datos del Consejo de Emergencias de la Sociedad Argentina de Cardiología, las cardiopatías isquémicas constituyen la segunda causal de muerte en mujeres a partir de los 50 años. Con relación a las causales de la incidencia de IAM en la población femenina, inicialmente se suponía que el cambio en el rol social de las mujeres y su ingreso masivo en el mercado laboral implicaría una reproducción de los patrones de morbilidad registrados en la población masculina. Posteriormente se añadieron otras hipótesis que hicieron hincapié en el peso de los factores biopsicosociales distintivos de cada

género, como por ejemplo el factor protector de los estrógenos en las mujeres ya que generalmente no presentan incidentes cardiovasculares hasta después de la menopausia. Pramparo y colaboradores (1998) sugieren que en las mujeres se incrementa el riesgo de padecer un evento cardiovascular luego de la menopausia, generalmente entre 7 y 10 años más tarde que los hombres, pues durante la etapa fértil están protegidas por los estrógenos.

Varios estudios se han orientado en la misma dirección. Según Rosenfeld (2000), las mujeres menores de 75 años poseen menor riesgo de padecer enfermedades coronarias que los hombres de la misma edad, y destaca que el promedio de edad del IAM en la población femenina es de 75 años, es decir, 10 años más tarde que en la masculina. Después de esa edad son similares las probabilidades de riesgo para ambos sexos. Sharp y Konen (1997) también se han ocupado de describir los efectos de la menopausia y los estrógenos en la enfermedad coronaria, y su relación con los niveles de colesterol, la hipertensión, la actividad física, el control del peso, el hábito de fumar y la diabetes, destacando la importancia de controlar estos factores para la prevención.

Ha sido ampliamente verificada en el Framingham Study (Kannel y colaboradores, 1976) la mayor incidencias entre hombres (entre dos y cuatro veces) respecto del padecimiento de la mencionada cardiopatía.

Concentrándose en otras variables psicosociales, Con, Linden, Thompson e Ignaszewski (1999) condujeron un estudio con pacientes coronarios que habían sufrido cirugía de bypass, encontrando datos que

indicaron que las mujeres mostraban significativamente más síntomas depresivos que los hombres. En las mujeres esta sintomatología, junto con el impedimento funcional, correlacionaba positivamente con el dolor. Además se encontró que la variable apoyo social también contribuía significativamente al incremento en la varianza del dolor (43%). Los resultados apoyan el criterio de que estas variables juegan diferentes papeles en la recuperación tanto de hombres como de mujeres; en consecuencia, estos datos deberían ser tomados en consideración para que los programas de rehabilitación sean más efectivos.

Un estudio reciente (“Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction”. Welin, Lappas, Wilhelmsen, 2000), con un seguimiento de 10 años, apoya los estudios citados, destacando que en el género femenino, los altos niveles de depresión y la carencia de apoyo social son los factores de mayor riesgo de mortalidad coronaria, entre otros factores psicosociales que incluyen edad, estado civil, nivel de educación, tensión mental en el trabajo o en el matrimonio, ansiedad, insatisfacción con la vida familiar, problemas con los hijos, insatisfacción con la situación financiera, sucesos de vida, enojo no expresado, irritabilidad, conducta tipo A o locus de control de la salud.

Como hemos visto, las enfermedades cardiovasculares, en general, y el infarto de miocardio, en particular, se presentan como el mayor problema de salud en las mujeres después de los 50 años, en los países desarrollados. Hasta la fecha las investigaciones en este campo se han focalizado, principalmente, en la población masculina; sin embargo, la

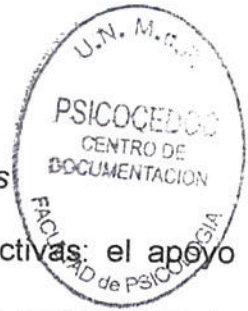
limitada evidencia sugiere que las implicaciones biopsicosociales del IAM son significativas y diferentes en ambos géneros.

Como ya ha sido mencionado precedentemente, un gran número de investigaciones (Jacobs, 1951; White, 1955; Furman, 1968; Brezinka y Padmos, 1994; Barrett-Connors, 1995; Beery, 1995; Brezinka y Kittel, 1996; Sharp y Konen, 1997; Pramparo et. al. 1998; Foster y Mallik, 1998; Abadal, 1999; Rosenfeld, 2000; entre otros) han abordado la temática de la disparidad en el desenlace de la patología coronaria en ambos sexos, arrojando resultados contradictorios.

En contraposición a las ideas antes presentadas, podemos citar a Abadal (1999), quien afirma que las estadísticas vitales demuestran que la mortalidad coronaria aumenta con la edad de forma constante y continuada en ambos sexos.

Una de las causas que dificulta la obtención de conclusiones claras es que el pronóstico de la enfermedad coronaria está relacionada con múltiples circunstancias como los antecedentes personales, las patologías concomitantes, la severidad del cuadro y la terapéutica instituida. Por ello, evaluar la influencia de un factor de riesgo particular como es la condición de género requiere de técnicas estadísticas complejas que permitan estimar la contribución independiente de cada variable en el desarrollo de un resultado final.

### *Relación Apoyo social-alteraciones cardiovasculares*



Esta relación puede estudiarse desde dos perspectivas: el apoyo social como modulador de los efectos negativos de otras variables en la salud cardiovascular (efectos amortiguadores) y apoyo social y su efecto directo sobre las alteraciones cardiovasculares (efectos principales).

#### *\*El Apoyo social como una variable moduladora entre los eventos estresantes y los episodios isquémicos agudos*

Una de las cuestiones que ha sido ampliamente estudiada en los últimos años, es el rol del apoyo social como amortiguador del impacto del estrés sobre la reactividad cardiovascular (Steptoe, 2000 Orth-Gomer, 2000; Wlodarczyk, 2000; Collins, 1999; Uchino; Uno y Holt-Lunstad, 1999). Kors, (2000) destaca que si bien el apoyo social es un factor moderador del impacto del estrés, esto principalmente sucede si la persona tiene una alta predisposición a la búsqueda de ese apoyo en situaciones estresantes. Sin embargo no todos los estudios apoyan esta hipótesis; por ejemplo, Anthony y O'Brien (1999) reportan en los resultados de un estudio experimental que no existen diferencias significativas en la reactividad cardiovascular entre aquellas personas que reciben apoyo y las que no.

Por otra parte, Tennant (1999) afirma que el bajo apoyo social no aparece como moderador de la relación entre los eventos de vida estresantes y la enfermedad cardiovascular. Mientras que los eventos de vida estresantes y el escaso apoyo social son factores de riesgo, el mecanismo exacto por el cual ambos tienen impacto sobre la enfermedad

cardiovascular no ha sido aún elucidado, siendo las alteraciones del estado de ánimo una de las variables intervinientes más probable.

Según Gracia, Herrero y Musitu (1995), los estudios que han relacionado la carencia de apoyo social y el aislamiento social con la mortalidad constituyen la evidencia más dramática de la relación entre el apoyo social y la salud. Los estudios prospectivos sobre la relación entre el aislamiento social y los índices de mortalidad que se iniciaron a mediados de los años 60 se encuentran entre los más conocidos y citados. Uno de estos estudios fue llevado a cabo en Suecia por Baron y otros (1992; citado en Barrón, 1996), en el cual se comprobó que los varones con niveles más bajos de apoyo social tenían tasas de mortalidad cuatro veces mayores a las de aquellos con niveles altos de apoyo.

Una ilustración si cabe todavía más dramática de la importancia del apoyo social en la salud y el bienestar, y de los efectos negativos que la carencia o la pérdida de fuentes relevantes y significativas de apoyo, nos la proporciona lo que se ha denominado como el efecto del “corazón roto” (Gracia y colaboradores, 1995); donde se establece una relación causal entre la muerte de una persona y la mayor probabilidad de que su pareja enferme o muera posteriormente.

Según un reporte de la Fundación española del corazón (1995) el apoyo social amortiguaría las consecuencias negativas de la ira y de la hostilidad sobre nuestro corazón mediante la reducción de determinados comportamientos antagonistas y opositoristas ante el medio. El apoyo social positivo reduce la probabilidad de muerte por problemas

cardiovasculares, animando al paciente a seguir las prescripciones médicas y facilitando un estilo de vida saludable. Así por ejemplo, los datos señalan cómo una vez sufrido un infarto, los pacientes que viven solos tienen mayor probabilidad de reinfarto que aquellos que viven en compañía de otras personas.

La falta de apoyo social se relaciona con la aparición de enfermedades físicas (Berkman y Syme, 1979; House et al., 1982; Schwarger y Leppin, 1992) y con la aparición de enfermedades mentales, tales como la depresión (Henderson, 1992; Linn, 1986).

Se hallaron en la revisión bibliográfica (Christenfeld, Glynn, Gerin, Linden y Sanders, 1997; Gerin et al., 1992; Kors, Linden y Gerin, 1997; Landeta, 1999; Lenz, 1995; Lepore et al. 1993.) un número importante de investigaciones que sostienen cierto enlace entre el apoyo social y la disminución de accidentes cardíacos agudos.

Concluyendo, el apoyo social podría actuar sobre diversas variables psicosociales (estrés, patrón de conducta tipo A, ira y hostilidad, etc.) mitigando o aumentando la reactividad o el riesgo de los trastornos coronarios.

#### *\*EL apoyo social y su efecto directo sobre las alteraciones cardiovasculares*

Se considera que el apoyo social puede tener un efecto directo sobre las alteraciones cardiovasculares, actuando en los procesos fisiopatológicos implicados en este tipo de enfermedades.

Numerosas Investigaciones han demostrado que el aumento de la actividad simpática (considerada como uno de los mecanismos patogénicos que median la enfermedad coronaria) correlaciona positivamente con un apoyo social reducido, sin embargo, un alto apoyo social correlaciona con una disminución de la reactividad cardiaca. (Benages S. y Crespo E., s/f)

Es importante mencionar que el proceso aterogénico que interviene en la producción de lesiones en las capas internas de las arterias coronarias comienza en etapas tempranas del desarrollo, por tanto, será desde la infancia cuando el apoyo social empiece a paliar este proceso.

El problema que aún se plantea desde esta perspectiva es el desconocimiento del mecanismo a través del cual el apoyo social incide específicamente en las cardiopatías isquémicas agudas, dado que se ha encontrado una relación de esta variable con la mortalidad en general. Sería necesario analizar el proceso por el cual el apoyo social incide concretamente en las alteraciones de tipo cardiovascular.

## **Propósito del Trabajo**

\*Hipótesis: Altos niveles de apoyo social se asocian a una menor ocurrencia de episodios isquémicos agudos cardiovasculares.

\*Objetivo: Explorar el grado en que el apoyo social se asocia a la incidencia de episodios isquémicos agudos cardiovasculares. Explorar si existen diferencias significativas de esta relación por género.

## **Diseño Metodológico**

\*Participantes y muestra: La población utilizada en la presente investigación pertenece a un proyecto mayor realizado en la Universidad Nacional de Mar del Plata, denominado "Personalidad y episodios isquémicos. Diagnóstico, prevención e intervención psicológica", dirigido por el Dr. Urquijo. La muestra está conformada por sujetos de la ciudad de Mar del Plata internados a causa de accidentes isquémicos agudos cardiovasculares en unidades coronarias del Hospital General de Agudos y algunas clínicas privadas de la ciudad y por un grupo control. Dicha muestra fue dividida por sexo y en grupos etareos. La media de edad de la muestra fue 55,95 años: 55,92 años para los pacientes de sexo masculino y 56,03 años para los de sexo femenino.

La muestra se conformó con 286 sujetos, de ambos sexos, con edades entre 36 y 80 años, divididos en un grupo clínico (incidental)

compuesto por 143 sujetos (34 femeninos y 109 masculinos) internados a causa de episodios isquémicos agudos en la Unidad Coronaria del Hospital Interzonal General de Agudos de Mar del Plata, Argentina, y un grupo control de 143 sujetos pareados por sexo, edad y nivel socio-económico y educacional, sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares.

El tipo de diseño utilizado fue correlacional, descriptivo, con hipótesis de diferencias de grupos entre sujetos con y sin patologías isquémico-cardiovasculares de la ciudad de Mar del Plata.

\*Instrumentos: La información requerida, para el cumplimiento del objetivo propuesto en la presente investigación, fue recolectada a través de un cuestionario específico administrado en forma personal, en el que se recabaron datos biográficos, antecedentes familiares de trastorno o riesgo cardíaco, sucesos estresantes vivenciados como angustiosos o perturbantes en los últimos seis meses, hábitos conductuales. El mismo estaba compuesto por un instrumento de exploración psicológica estandarizado: "la Escala para la Evaluación del Apoyo Social" (California Department of Mental Health, adaptación española de Conde y Franch, 1984 (Bueno, A. M., Buceta, J. M. (1991) *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Editorial Pirámide).

\*Procedimiento: Se evaluó a los sujetos del grupo clínico, siempre y cuando las condiciones lo permitieran, durante los dos días posteriores a su ingreso a la Unidad Coronaria. Los criterios de exclusión fueron los

siguientes: pacientes sin patología coronaria aguda, específicamente Angina Inestable o Infarto Agudo de Miocardio (por ejemplo: valvulares, arritmias, etcétera), y aquellos que no podían ser entrevistados a causa de su estado (asistencia respiratoria, shock, etcétera).

Para controlar diferencias de niveles culturales y el estado de los pacientes, los reactivos de los instrumentos fueron leídos por los administradores. El mismo procedimiento se utilizó con los sujetos del grupo control.

\*Análisis de datos: Los datos obtenidos fueron sometidos a análisis estadísticos. Se utilizó un análisis de correlación con el fin de determinar los niveles de asociación entre el apoyo social y los episodios isquémicos agudos cardiovasculares. Adicionalmente se utilizó la prueba t, con el objetivo de establecer diferencias significativas según género.

## RESULTADOS

Se presentan a continuación los datos obtenidos en el transcurso de la investigación. La tabla 1 presenta los estadísticos descriptivos en los que se pueden apreciar algunas diferencias entre el grupo clínico de sujetos que sufrieron episodios isquémicos agudos y el grupo control de sujetos sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares, en relación al apoyo social efectivo. Existen diferentes variables que evalúan distintas dimensiones del apoyo social efectivo. La variable 1 corresponde a la comunicación; la variable 2 hace referencia a la solidaridad; la variable 3 refleja la compañía; la variable 4 aborda las relaciones familiares, la variable 5 representa las relaciones sociales y, por último, la variable 6 describe la participación en grupos sociales.

**Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la Escala de Apoyo Social discriminados por grupo**

Escalas de Apoyo social	Grupo	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Comunicación	Control	2,0115	,92125	,09877
	Cardíacos	2,0000	,92582	,07610
Solidaridad	Control	2,9540	1,07734	,11550
	Cardíacos	3,2838	,99002	,08138
Compañía	Control	3,3837	1,14961	,12397
	Cardíacos	3,0612	1,29923	,10716
Relaciones familiares	Control	2,8391	,97496	,10453
	Cardíacos	2,9796	1,21897	,10054
Relaciones sociales	Control	2,2759	,74224	,07958
	Cardíacos	2,1757	,80573	,06623
Participación en grupos sociales	Control	2,4535	1,20447	,12988
	Cardíacos	1,9392	1,22461	,10066
Apoyo Social total	Control	15,8506	3,29739	,35352
	Cardíacos	15,3986	3,52395	,28967

En estos resultados y, a primera vista, se observan pequeñas diferencias entre ambos grupos. Los sujetos del grupo clínico presentan niveles superiores en las variables que evalúan solidaridad y relaciones familiares; niveles inferiores en compañía, relaciones sociales y participación en grupos sociales y niveles semejantes en la comunicación y el apoyo social total.

Con el objeto de determinar si estas diferencias son estadísticamente significativas, se ha efectuado una prueba t de comparación de medias. Los resultados se presentan en la tabla 2.

**Tabla 2. Resultados del análisis de la Prueba t para muestras independientes**

Escalas de Apoyo Social	t	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia
Comunicación	,092	,927	,01149	,12485
Solidaridad	-2,386	,018	-,32976	,13822
Compañía	1,906	,058	,32250	,16919
Relaciones familiares	-,916	,361	-,14051	,15348
Relaciones sociales	,947	,344	,10019	,10577
Participación en grupos sociales	3,116	,002	,51430	,16505
Apoyo Social total	,972	,332	,45193	,46501

Los resultados indican que tan sólo las diferencias entre la comunicación y la participación en grupos sociales son estadísticamente significativas ( $t_2=-2,386$ ;  $p_2=0,018$ ); ( $t_6=3,116$ ;  $p_6=0,002$ ).

Dado que, uno de los objetivos de la correspondiente investigación era el explorar las posibles diferencias según el género y su asociación con

las cardiopatías isquémicas agudas, a continuación, en la tabla 3, se presentan los estadísticos descriptivos, discriminados por género.

**Tabla 3. Estadísticos descriptivos, discriminados por género y por grupo**

Sexo	Escala de apoyo social	Grupo	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Fem	Comunicación	Control	2,0385	,87090	,17080
		Cardíacos	2,0769	1,06090	,16988
	Solidaridad	Control	2,9231	,97665	,19154
		Cardíacos	3,2821	1,05003	,16814
	Compañía	Control	3,3462	1,19808	,23496
		Cardíacos	3,2308	1,22392	,19598
	Relaciones familiares	Control	3,1154	,99305	,19475
		Cardíacos	3,2368	1,10121	,17864
	Relaciones sociales	Control	2,2692	,60383	,11842
		Cardíacos	2,1538	,77929	,12479
Participación en grupos sociales	Control	2,5385	1,17408	,23026	
	Cardíacos	1,8718	1,26032	,20181	
Apoyo Social total	Control	16,2308	2,50292	,49086	
	Cardíacos	15,7692	3,57963	,57320	
Masc	Comunicación	Control	2,0000	,94868	,12147
		Cardíacos	1,9725	,87622	,08393
	Solidaridad	Control	2,9672	1,12498	,14404
		Cardíacos	3,2844	,97270	,09317
	Compañía	Control	3,4000	1,13794	,14691
		Cardíacos	3,0000	1,32552	,12755
	Relaciones familiares	Control	2,7213	,95098	,12176
		Cardíacos	2,8899	1,24974	,11970
	Relaciones sociales	Control	2,2787	,79856	,10225
		Cardíacos	2,1835	,81837	,07839
Participación en grupos sociales	Control	2,4167	1,22532	,15819	
	Cardíacos	1,9633	1,21660	,11653	
Apoyo Social total	Control	15,6885	3,58953	,45959	
	Cardíacos	15,2661	3,51094	,33629	

A primera vista, se observan pequeñas diferencias respecto de las variables evaluadas por la Escala del Apoyo Social en el grupo clínico y el grupo control tomando en consideración el género. Las mujeres del grupo control presentan valores superiores en participación en grupos sociales e

inferiores en solidaridad respecto del grupo cardíaco. El resto de las variables no presenta diferencias que parecieran ser significativas. Con relación a los datos de los hombres, se observa, que los sujetos del grupo control presentan niveles superiores en compañía y participación en grupos sociales y valores menores en solidaridad. El resto de las variables presenta valores similares.

De la misma forma que fueron analizados los datos de toda la muestra, y a los fines de determinar si las diferencias de las distintas variables del Apoyo Social entre género y grupo fueron estadísticamente significativas, se ha efectuado la prueba t de comparación de medias para muestras independientes, de acuerdo al sexo de los sujetos evaluados. En la tabla 4 se presentan los resultados

**Tabla 4. Resultados de la prueba t para muestras independientes (sexo para toda la muestra)**

Sexo	Escala de Apoyo social	t	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. De la diferencia
Femenino	Comunicación	-,153	,879	-,03846	,25062
	Solidaridad	-1,388	,170	-,35897	,25864
	Compañía	,375	,709	,11538	,30730
	Relaciones familiares	-,451	,654	-,12146	,26951
	Relaciones sociales	,638	,526	,11538	,18099
	Participación en grupos sociales	2,146	,036	,66667	,31061
	Apoyo Social total	,570	,570	,46154	,80920
Masculino	Comunicación	,191	,849	,02752	,14435
	Solidaridad	-1,927	,056	-,31719	,16464
	Compañía	1,968	,051	,40000	,20321

	Relaciones familiares	-,915	,361	-,16860	,18420
	Relaciones sociales	,734	,464	,09520	,12973
	Participación en grupos sociales	2,312	,022	,45336	,19607
	Apoyo total	,747	,456	,42247	,56592

Los resultados indican que tan solo las diferencias de sexo en participación en grupos sociales, de acuerdo al grupo, fueron estadísticamente significativos ( $t_{fem}=2,146$ ;  $p_{fem}=0,036$  para las mujeres); ( $t_{masc}=2,312$ ;  $p_{masc}=0,022$  para los hombres).

A continuación, consecuentemente con los objetivos propuestos, se presentan en la Tabla 5 los estadísticos descriptivos, discriminando los datos, según el grupo y el género.

**Tabla 5. Estadísticos descriptivos discriminados por grupo y por género**

Grupo	Escala de Apoyo social	Sexo	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Control	Comunicación	Fem	2,0385	,87090	,17080
		Mas	2,0000	,94868	,12147
	Solidaridad	Fem	2,9231	,97665	,19154
		Mas	2,9672	1,12498	,14404
	Compañía	Fem	3,3462	1,19808	,23496
		Mas	3,4000	1,13794	,14691
	Relaciones Familiares	Fem	3,1154	,99305	,19475
		Mas	2,7213	,95098	,12176
	Relaciones Sociales	Fem	2,2692	,60383	,11842
		Mas	2,2787	,79856	,10225
	Participación en Grupos sociales	Fem	2,5385	1,17408	,23026
		Mas	2,4167	1,22532	,15819
Apoyo Social total	Fem	16,2308	2,50292	,49086	
	Mas	15,6885	3,58953	,45959	
Cardíaco	Comunicación	Fem	2,0769	1,06090	,16988
		Mas	1,9725	,87622	,08393
	Solidaridad	Fem	3,2821	1,05003	,16814
		Mas	3,2844	,97270	,09317

Compañía	Fem	3,2308	1,22392	,19598
	Mas	3,0000	1,32552	,12755
Relaciones Familiares	Fem	3,2368	1,10121	,17864
	Mas	2,8899	1,24974	,11970
Relaciones Sociales	Fem	2,1538	,77929	,12479
	Mas	2,1835	,81837	,07839
Participación en Grupos sociales	Fem	1,8718	1,26032	,20181
	Mas	1,9633	1,21660	,11653
Apoyo total	Fem	15,7692	3,57963	,57320
	Mas	15,2661	3,51094	,33629

A simple vista, se observan mínimas diferencias en las variables, según el género. En el grupo control, las mujeres presentan niveles superiores en las relaciones familiares respecto a los hombres, y niveles semejantes en el resto de las variables. En el grupo clínico, la smujeres presentan niveles superiores en compañía y relaciones familiares con relación a los hombres, y niveles semejantes en las restantes variables.

Seguidamente, como en cada uno de los pasos precedentes, se ha efectuado la prueba t con la finalidad de arribar a conclusiones confiables respecto de diferencias observadas. La tabla 6 muestra los resultados de la prueba t para muestras independientes

**Tabla 6. Resultados de la prueba t para muestras independientes (grupo clínico / control según sexo)**

Grupo	Escalas de Apoyo Social	T	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia
Control	Comunicación	,177	,860	,03846	,21699
	Solidaridad	-,174	,862	-,04414	,25376
	Compañía	-,198	,843	-,05385	,27146
	Relaciones familiares	1,746	,084	,39407	,22567
	Relaciones sociales	-,054	,957	-,00946	,17486

	Participación en grupos sociales	,429	,669	,12179	,28417
	Apoyo Social total	,700	,486	,54224	,77459
Cardíacos	Comunicación	,603	,547	,10445	,17312
	Solidaridad	-,013	,990	-,00235	,18536
	Compañía	,950	,343	,23077	,24280
	Relaciones familiares	1,518	,131	,34693	,22862
	Relaciones sociales	-,197	,844	-,02964	,15083
	Participación en grupos sociales	-,399	,690	-,09151	,22916
	Apoyo Social total	,764	,446	,50318	,65846

Los resultados muestran que ninguna de las diferencias son estadísticamente significativas.

Finalizando, de acuerdo a lo supuesto por los lineamientos teóricos del instrumento utilizado para evaluar el nivel de apoyo social, se han transformado los puntajes del apoyo social total en dos grupos: apoyo social bajo y apoyo social alto. Corresponde un apoyo social bajo a aquellos que puntuaron por debajo de 15 y un apoyo social alto a aquellos que puntuaron por encima de dicha cifra. La tabla 7 muestra los porcentajes de distribución de las puntuaciones transformadas de apoyo social total discriminadas por grupo.

**Tabla 7- Porcentajes de distribución de las puntuaciones transformadas de apoyo social total, discriminado por grupo.**

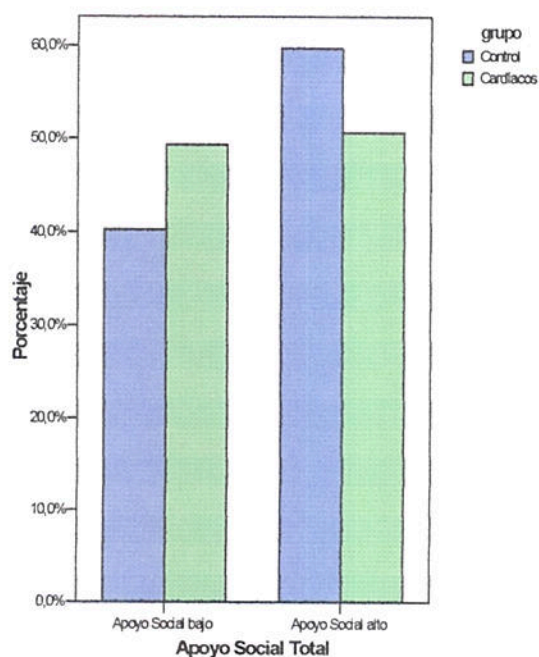
Grupo	Apoyo Social	Porcentaje
Control	Apoyo social bajo	40,2
	Apoyo social alto	59,8
	Total	100,0

Cardíacos	Apoyo social bajo	49,3
	Apoyo social alto	50,7
	Total	100,0

Cuando se tomo en consideración la variable grupo, distinguiendo la muestra entre aquellos que padecieron episodios isquémicos y quienes pertenecían al grupo control sin efectuar diferencias de género, se observa que el grupo cardíaco posee mayores niveles de apoyo social bajo que el grupo control; mientras que respecto al apoyo social alto la relación es inversa.

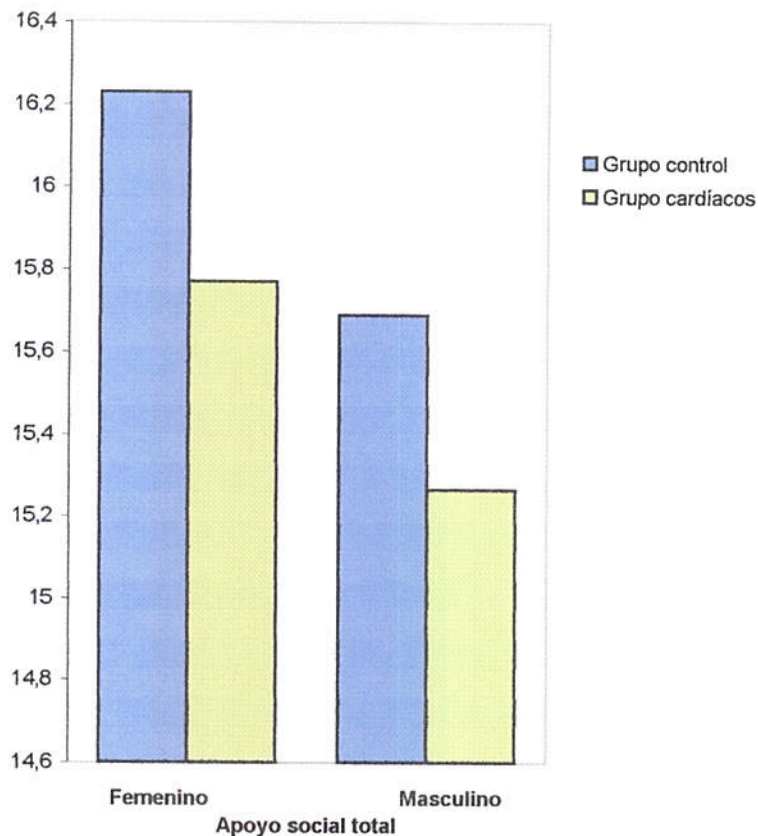
El gráfico 1 presenta gráficamente los resultados obtenidos. En el mismo se evidencian claramente, las diferencias con respecto al apoyo social alto y bajo en el grupo cardíaco y en el grupo control.

**Gráfico 1 - Apoyo social alto y bajo en grupo cardíaco y grupo control**



El gráfico 2, representa las diferencias del apoyo social según el género, distinguiendo al grupo cardíaco del grupo control.

Gráfico 2 - Apoyo social por género diferenciando grupo control y cardíaco

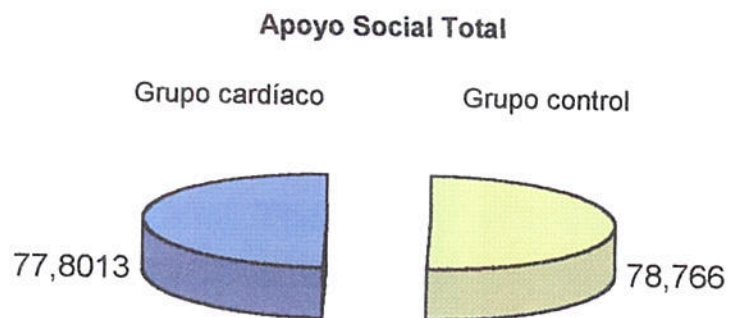


Con relación a los objetivos relacionados a las posibles influencias de la variable de género con relación al apoyo social efectivo, los datos permiten sostener la idea de que existen diferencias en el apoyo social entre el sexo femenino y el masculino. Las mujeres parecerían tener mayor apoyo social que los hombres, tanto en el grupo de pacientes que han sufrido accidentes isquémicos agudos cardíacos como en el grupo control. Otro dato reportado gráficamente es que las mujeres que padecieron episodios

isquémicos agudos presentaron mayor apoyo social que el grupo masculino de control. Sin embargo todos estos datos que se evidencian gráficamente como relevantes no resultan ser significativos estadísticamente.

El gráfico 3 permite graficar la ausencia de diferencias significativas respecto del Apoyo social entre el grupo de cardíacos y el grupo de control.

Gráfico 3 – Apoyo social total diferenciando grupo control y cardíaco.



## **Análisis e Interpretación de los resultados**

De acuerdo a los objetivos propuestos en este trabajo, los resultados permiten afirmar que no existen diferencias estadísticamente significativas en el apoyo social percibido y efectivo entre los sujetos que han padecido episodios isquémicos agudos y un grupo de control. Por lo tanto, nuestra hipótesis debe ser refutada. Estos resultados coinciden con un grupo importante de investigaciones ( Edens, Larkin y Abel, 1992; Sheffield y Carrol, 1994,1996; Anthony y O'Brien,1999; Tennant,1999) que tampoco han encontrado el mecanismo por el cual el apoyo social incide en la ocurrencia de episodios isquémicos agudos.

La revisión de la literatura científica permite corroborar que, a pesar de la supuesta importancia que se le adjudica al papel amortiguador del apoyo social en las cardiopatías, no se encontraron evidencias concluyentes sobre cómo se ejerce dicho papel. Entre las posibles causas, las distintas investigaciones acuerdan en que se podría explicar por la imprecisión o inadecuación de los instrumentos utilizados para evaluar el apoyo social y la complejidad de esta variable.

Podemos pensar que el Apoyo Social es un constructo sumamente complejo y multideterminado y que las formas e instrumentos para evaluarlo no terminan de coincidir en los factores que intervienen en este fenómeno. Todo esto nos lleva a considerar que, las futuras investigaciones ha realizar con respecto a tal temática deberían utilizar más de un instrumento o enfocarse en la construcción de herramientas más amplias, precisas y confiables.

Adicionalmente, el análisis detallado de los resultados, permite establecer que el promedio de edad de las personas internadas en Unidades Coronarias a causa de episodios isquémicos agudos es prácticamente el mismo en hombres (55,92 años) que en mujeres (56,03 años), lo que difiere de los resultados reportados por Beery (1995), quien sugirió que las mujeres llegaban a las unidades coronarias con mayor edad, y también de los datos de la Tercera Encuesta Nacional de la Sociedad Argentina de Cardiología (Hirschson, Prado y colaboradores, 1998) que destacó el promedio mayor en edad del género femenino. También se opone a los resultados presentados por Pramparo y colaboradores (1998) que sugirieron que las mujeres incrementan el riesgo de padecer un evento cardiovascular luego de la menopausia, generalmente entre 7 y 10 años más tarde que los hombres, pues durante la etapa fértil están protegidas por los estrógenos. Según Rosenfeld (2000), el promedio de edad del IAM en la población femenina es de 75 años, es decir 10 años más tarde que en la masculina, y este dato también resulta contradictorio con nuestros resultados.

Podría suponerse que los factores socioeconómicos y culturales particulares de esta muestra, caracterizada por ser de nivel medio-bajo, con poca instrucción y desempleados, podrían influir en los resultados, considerando que la mayoría parte de las mujeres internadas, eran sostenes de hogar. También podría pensarse que la pertenencia a un nivel socioeconómico desfavorecido y la necesidad de afrontar problemas de

cobertura de necesidades básicas, anteriormente resueltas por los hombres, someten a las mujeres a situaciones estresantes que antes no enfrentaban y eso podría proveer alguna explicación para la disminución de la edad de riesgo de IAM en estas mujeres. La literatura (Brezinka y Padmos, 1994; Brezinka y Kittel, 1996; Rosenfeld, 2000) reporta la existencia de diferencias significativas en las variables psicológicas asociadas con accidentes isquémicos cardiovasculares, según el género. Sin embargo, al analizar la variable apoyo social en una población de internados en Unidad Coronaria caracterizada por el desempleo, la carencia de obra social y un nivel socioeconómico y cultural desfavorecido no encontramos tales diferencias.

El apoyo social tampoco muestra diferencias estadísticamente significativas cuando se discrimina el sexo de los sujetos. El único factor que podría tener algún tipo de incidencia es la participación en grupos sociales.

Concluyendo, podemos afirmar que los resultados obtenidos en la presente investigación, con las particularidades que la misma reviste (niveles socio-económicos y culturales bajos, evaluación en la Unidad Coronaria o el tipo de instrumentos utilizados) no permiten sostener la hipótesis de que un mayor apoyo social se asocia a una menor ocurrencia o incidencia de episodios isquémicos agudos cardiovasculares.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abadal, 1999 citado en Urquijo, Sebastián, Giles, Mariela V., Richard's, María y Pianzola, Enrique L. (2003) *Vinculaciones psicológicas asociadas a las patologías isquémico-cardiovasculares. Un estudio de género.*
- Alfonso, C. (2000) *No morir del corazón.* Recuperado de <http://www.trabajadores.co.cu/salud-enfermedadescronicas.htm> en 05/2005.
- Allen, M.T. y Patterson, S.M. (1995) Hemoconcentration and stress: a review of physiological mechanisms and relevance for cardiovascular disease risk. *Biological Psychology*, 41, (1), 1-27.
- Álvarez, M. (2003) *Medicina psicosomática: Ciencia, técnica y arte.* Recuperado de <http://www.fundacion-repetto.org/verano99.htm/> en 04/2005.
- American Heart Association Journal Report (1996) *Being, chronically "blue" raises risk of heart attack, all cause mortality.* May 31, 1996 NR-96-4416 (Circ/Barefoot).
- Anthony, J.L y O'Brien, W. H. (1999) An evolution of the impact of social support manipulations of cardiovascular reactivity to laboratory stressors. *Behavioral Med.* 1999, verano; 25(2); 78-87
- Arechabala Mantuliz, M.C.; Palma Castro, E.E.; Catoni Salamanca, M.I. (2001) *Apoyo social percibido por un grupo de pacientes sometidos a hemodiálisis crónica.* Chile. Recuperado de <http://www.psiconet.com> en 04/2005
- Barrett-Connors, 1995 citado en *Circulation* (1999) 99: 2639-2644.
- Barrón A. (1996) *Apoyo social. Aspectos teóricos y publicaciones.* Madrid: Siglo XXI.
- Beels, C (1981) Social Support and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 58-72.
- Beery Ta (1995) Gender bias in the diagnosis and treatment of coronary artery disease. *Heart Lung*; 24: 427-435.
- Benages y Crespo (s/f) El apoyo social como modulador del riesgo coronario. *Jornades de Foment de la Investigació.*
- Brezinka, V. y Kittel, F. (1996) Psychosocial factors of coronary heart disease in women: a review. *Soc Sci Med*; 42: 1351-1465.
- Brezinka, V. y Padmos, I. (1994) Coronary heart disease risk factors in women. *Eur Heart J*; 15: 1571-1584.
- Bronstein y Fernández, 1999 citado en Veloso Rodríguez, A. (2003) *Depresión en el paciente portador de cardiopatía isquémica.* Recuperado de <http://www.psicocentro.com.ar>

- Brown, G.; Birley, J.; Wing, J. (1972) Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic disorders: A Replication. *British Journal of Psychiatry*, (121), 241-258.
- Bueno, A.M., Buceta, J.M. (1991) *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Caplan, G. y Killilea, M. (1976) *Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations*. Grune and Stratton Ed., New York.
- Cassel, 1974 citado en D. Wayne Corneil (2004) *Apoyo Social. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*.
- Cecil, R. (1998) *Tratado de medicina interna I*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Cobb, S. (1976) Social Support as a Moderator of Life Events. *Psychosomatics Medicine*; 38(5): 300-314.
- Cohen, s. y Hoberman, H.M. (1983) Positive events and social support as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*; 12: 99-125.
- Cohen, S. y McKay, G. (1984) Social Support, Stress, and the Buffering Hypothesis: A theoretical Analysis. En: A. Baum, J.E.; Singer y S.T. Taylor (Eds.) *Handbook of Psychology and Health*. N.J. Erlbaum. Hillsdale; 4, 253-267.
- Collins, R. (1999) The moderating effects of SES and Social support on the stressful life events relationship between and blood pressure; A reactivity study. Dissertation Abstract International: Section B, *The Sciences & Engineering*, 60 (3-B): 1344. UMI.
- Con, A.H., Linden, W., Thompson, J.M. y col., (1999) The psychology of men and women recovering from coronary artery bypass surgery. *J Cardiopulm Rehabil*; 19: 152-161.
- Conde, V. y Franch, J.I. (1984) *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid, Upjohn 1984.
- Consejo de Emergencias de la Sociedad Argentina de Cardiología: Encuesta Nacional de Unidades Coronarias (1991) *Rev Argent Cardiol*; 58.
- Consejo de Emergencias de la Sociedad Argentina de Cardiología: Encuesta Nacional de Unidades Coronarias (1993) *Rev Argent Cardiol*; 61.
- Christenfeld, N., Glynn, L., Gerin, W., Linden, W. y Sanders, M., (1997) Contingencies of social support and gender effects on cardiovascular reactivity. *Psychosomatic Medicine*, 59 (4), 388-398.

- Cutrona, C. (1986) Behavioral Manifestations of Social Support: A Microanalytic Investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*; 51, 201-208.
- Dembroski, T.M. (1986) Overview of classic and stress related risk factors: Relationships to substance effects on reactivity. En K.A. Matthews, S.M. Weiss, T. Detre, T.M. Dembroski, B.Falkner, S.B. Manuck y R.S. Williams (Eds.) *Handbook of Stress, Reactivity and Cardiovascular Disease*. 275289. New York: John Wiley & Sons.
- 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.
- Dueñas Herrera, Alfredo y Ramírez Rodríguez, Milvia (2001) Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación de la Cardiopatía Isquémica. Editorial MINSAP. *RESUMED 2001*; 14(4): 157-9.
- Eaker, 1992 citado en Urquijo, Sebastián, Giles, Mariela V., Richard's, María y Pianzola, Enrique L. (2003) *Vinculaciones psicológicas asociadas a las patologías isquémico-cardiovasculares. Un estudio de género*.
- Edens, J.L., Larkin, T.K. y Abel, J. (1992) The effect of social support and physical touch on cardiovascular reactions to mental stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 36 (4), 371-382.
- Fernández Ballesteros, R. (1989) Evaluación del apoyo social. Cap. 5 En *El ambiente. Análisis psicológico*. Madrid: UNED.
- Fernández, O. (1999) Fisiopatología de la angina inestable. Papel de la rotura y trombosis de la placa aterosclerótica. *Revista Española de Cardiología*; 5(1).
- Fernández-Abascal, E. (1994) *Intervención comportamental en los trastornos cardiovasculares*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Fiske y Taylor, 1984 citado en Benages Sonia (s/f) El apoyo social como modulador del riesgo coronario. *Jornades de Foment de la Investigació*.
- Foster, S. y Mallik, M. (1998) A comparative study of differences in the referral behaviour patterns of men and women who have experienced cardiac-related chest pain. *Intensive Crit Care Nurs*; 14: 192-202.
- Fraure-smith y Lesperance, 1995 citado en Veloso Rodríguez, A. (2003) *Depresión en el paciente portador de cardiopatía isquémica*. Recuperado de <http://www.psicocentro.com.ar>

- Fundación española para el corazón, 2005 Recuperado de <http://www.fec.com.ar> en 05/2005
- Furman, 19681951citado en *American Journal of cardiology* (2000) 85: 1401-1408
- Gerin, W., Pieper, C., Levy, R. y Pickering, T. G. (1992) Social support in social interaction: A moderator of cardiovascular reactivity. *Psychosomatic Medicine*, 54, 324-336.
- Guías de la práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en insuficiencia cardíaca.* (2002) Recuperado de <http://www.secardiologia.es/publicaciones/icardiaca.htm> en 05/2005.
- Gracia, E.; Herrero, J. y Musitu, G. (1995) *El apoyo social*. Barcelona: PPU.
- Gracia, E., García, F. y Musitu, G. (1995) Macrosocial determinants of social integration: Social class and area effect. *Journal of community and applied social psychology*. 5: 105-119.
- Henderson, S. (1992) Social relationships, Adversity and Neurosis. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 138. 391-398.
- Harvey, 1628 citado en Urquijo, Sebastián, Giles, Mariela V., Richard's, María y Pianzola, Enrique L. (2003) Vinculaciones psicológicas asociadas a las patologías isquémico-cardiovasculares. Un estudio de género.
- Hirschson Prado, A.; Trivi, M.; Tajer, C. y col. (1996) Infarto agudo de miocardio en la Argentina. Tercera Encuesta Nacional de la Sociedad Argentina de Cardiología. *Rev Argent Cardiol* 1998; 66: 63-72.
- House, J. (1982) *Work Stress and Social Support*. Reading M.A. Addison-Wesley.
- Jacobs, 1951citado en *American Journal of cardiology* (2000) 85: 1401-1408
- Jaramillo, N. (2000) *Infarto agudo del miocardio*. Recuperado de <http://www.contusalud.com/website/folder/cnt-main-shtml/> en 05/2005
- 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 et al, 1977 citado en D. Wayne Corneil (2004) Apoyo Social. *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*.

- 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.
- Keane, T.; Scott, W.; Chavoya, G.; Lamparski, D. y Fairbank, J., (1985) Social Support in Vietnam veterans with post-traumatic stress disorder: A Comparative Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 53, 95-102.
- Keane, T.; Scott, W.; Chavoya, G.; Lamparski, D. y Fairbank, J., (1993) Social supports in patients with risk pathologies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 63, 87-92
- Kimmel P, et al. (1998) Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney International*; 54: 245-254.
- Kors, D. J., Linden, W. y Gerin, W. (1997) Evaluation interferes with social support: effects on cardiovascular stress in reactivity women. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 16, 1, 1-23.
- Kors, (2000) citado en Richard's, M. y Giles, M. (2001) Vinculaciones entre estrés, personalidad y apoyo social en las enfermedades cardiovasculares. *Estrés y Salud, Newsletter de la Sociedad Argentina de Medicina del Estrés (SAMÉS)*, Vol. 5, marzo-abril 2001, pp. 6-9.
- Krantz, D.S., Kop, W.J., Santiago, H.T. y Gottdiener, J.S. (1996) Mental stress as a trigger of myocardial ischemia and infarction. *Cardiological Clinical*, 14, (2), 271-287.
- Landeta, O. (1999) *Efecto modulador del apoyo social en la respuesta de estrés*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Deusto, Bilbao.
- Lepore, S. J., Allen, K. M. y Evans, G. W. (1993) Social support lowers cardiovascular reactivity to an acute stressor. *Psychosomatic Medicine*, 55,518.
- Lenz, J. W. (1995) *Cardiovascular response to agreement and disagreement: Towards explaining the beneficial effect of social support*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de la Columbia Británica, Vancouver, Canada
- Lin, N. et al, 1979 citado en Lin, N.; Dean, A. y Ensel, W. (1986) *Social Support, life events and depression*. Academic Press, London.
- Lin, N.; Dean, A. y Ensel, W. (1986) *Social Support, life events and depression*. Academic Press, London.
- Mansilla, F. (1993) Red Social y Apoyo Social en Enfermos Mentales sin Hogar. *Revista Asociación Española de Neopsiquiatría*; 13(45), 46-51; 124-129.

- Manuck, Kaplan, Adams y Clarkson, 1989 citado en Landeta Rodríguez, Oscar (1997) Efecto amortiguador del apoyo social ante situaciones de estrés: revisión de los mecanismos implicados. *R.E.M.E.*
- Manuck, Kaplan y Clarkson, 1983 citado en Landeta Rodríguez, Oscar (1997) Efecto amortiguador del apoyo social ante situaciones de estrés: revisión de los mecanismos implicados. *R.E.M.E.*
- Manuck, Olsson, Hjemdahl y Rehnqvist, 1992 citado en Landeta Rodríguez, Oscar (1997) Efecto amortiguador del apoyo social ante situaciones de estrés: revisión de los mecanismos implicados. *R.E.M.E.*
- Manuck, Kaplan y Matthews, 1986 citado en Landeta Rodríguez, Oscar (1997) Efecto amortiguador del apoyo social ante situaciones de estrés: revisión de los mecanismos implicados. *R.E.M.E.*
- Manuck, Kasprovicz y Muldoon, 1990 citado en Landeta Rodríguez, Oscar (1997) Efecto amortiguador del apoyo social ante situaciones de estrés: revisión de los mecanismos implicados. *R.E.M.E.*
- Martín, A.; Chacón, F.; Martínez, M. (1988) *Psicología Comunitaria*. Barcelona: Textos Visor.
- Miguel Tobal, J.J. y Fernández López, V. (S/F) ¿Influye lo que hacemos y sentimos en nuestro corazón?. *Fundación española para el corazón*. Recuperado de <http://www.fec.com.ar> en 05/2005
- Morales, F. (1999) *Psicología de la Salud*. La Habana: Científico – Técnica.
- Nuckolls et. al. 1972 citado en Beels, C (1981) Social Support and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 58-72.
- 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, 22 de septiembre de 2004 (Comunicado de prensa). La OMS Publica un atlas decisivo sobre la epidemia mundial de cardiopatías y accidentes cerebrovasculares. *World Heart Federation*. Recuperado de [www.oms.com.ar](http://www.oms.com.ar) en 06/2005
- 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, 2000 citado en Richard's, M. y Giles, M. (2001) Vinculaciones entre estrés, personalidad y apoyo social en las enfermedades cardiovasculares. *Estrés y Salud, Newsletter de la Sociedad Argentina de Medicina del Estrés (SAMÉS)*, Vol. 5, marzo-abril 2001, pp. 6-9.
- Palmero, F.; Brea, A.; Espinosa, M. (1996) El apoyo social como modulador del riesgo coronario. En: Palmero, Francesc y Codina

- (Eds) *Trastornos cardiovasculares. Influencia de los procesos emocionales*. Valencia. P.495-530.
- Peterson, V. y Weinert, C. (1987) Social Support and the Chronically Ill Individual. *Nursing Clinics of North America*; 22(3): 613-621.
- Pramparo, P.; Urthiague, M.E., Romera, G. y col. (1998) La menopausia como factor de riesgo cardiovascular: valoración del tratamiento de sustitución hormonal. *Rev Argent Cardiol*; 66: 75-85.
- Ramírez, M. (2002) *El problema de la cardiopatía isquémica en Cuba*. Recuperado de <http://www.bvs.sld.cu/revista/res/vol14-4-02/res02401.htm> en 05/2005
- Richard's, M. y Giles, M. (2001) Vinculaciones entre estrés, personalidad y apoyo social en las enfermedades cardiovasculares. *Estrés y Salud, Newsletter de la Sociedad Argentina de Medicina del Estrés (SAMÉS)*, Vol. 5, marzo-abril 2001, pp. 6-9.
- Robles, H.; Pérez, M.N.; Reyes, G.; Fernández-Figares, R. (1997) Indicadores Psicológicos y Psicofisiológicos de riesgo coronario: Un estudio transversal en pacientes cardíacos. *Iber Psicología* 2.2.5. Recuperado de <http://www.psiconet.com> en 04/2005.
- Robles, H. y Fernández, M.C. (1991) Enfermedad coronaria y factores de riesgo. *Boletín de Psicología*, 33, 93-117.
- Robles, H., Fernández, M.C., Pérez, M.N. y Vila, J. (1994) Effect of Adaptation Period and Environmental light in the psychophysiological assessment of the cardiac defense response. *European Journal of psychological assessment*, 10 (1), 43-53.
- Rosenfeld, J.A. (2000) Heart disease in women: gender-specifics statistics and prevention strategies for a population at risk. *Postgraduate Medicine*; 107: 111-116.
- 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.
- Sánchez, A. (1991) *Psicología Comunitaria. Bases Conceptuales y Operativas. Métodos de Investigación*. Barcelona: Editorial PPU
- Sarason, I.G., Sarason, B.R.; Potter, E., Antoni, M.H. (1985) Life events, social support and illness. *Psychosomatic Medicine*; 47(2), 156-163.
- Schaefer, C.; Coyne, J. y Lazarus, R. (1981) The Health Related Functions of Social Support. *Journal of Behavioral Medicine*; 4(4), 381-406.
- Sharp, P.C. y Konen, J.C. (1997) Women's cardiovascular health. *Prim Care*; 24: 1-14.
- Sheffield, D. y Carroll, D., 1994 Social support and cardiovascular reactions to active laboratory stressors. *Psychology and health*, 9,305-316.

- Sheffield, D. y Carroll, D., 1996 Task-induced cardiovascular activity and the presence of a supportive or undermining other. *Psychology and health*, 11,583-591.
- Shumaker, S. y Brownell, A. (1985) Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps. *Journal of Social Issues*; 40(4), 11-36.
- Shumker y Brownel , 1984 citado en Barros Lezaeta, Carmen y Herrera Ponce, Soledad, (2003) Percepción de Apoyo Social y su relación con el bienestar psicosocial de los adultos mayores en el Gran Santiago. *IV congreso latinoamericano de Geriatria y Gerontología*.
- Steptoe, A. (2000) Stress, social support and cardiovascular activity over the working day. *Int J Psychophysiology*; 37: 299-308.
- Steptoe, A. (1981) *Psychological factors in cardiovascular disorders*. Londres: Academic Press.
- Stewart, M. y Tilden, V. (1995) The contributions of nursing science to social support. *International Journal Nursing Studies*; 32(6): 535-544.
- Tennant 1999 citado en Richard's, M. y Giles, M. (2001) Vinculaciones entre estrés, personalidad y apoyo social en las enfermedades cardiovasculares. *Estrés y Salud, Newsletter de la Sociedad Argentina de Medicina del Estrés (SAMÉS)*, Vol. 5, marzo-abril 2001, pp. 6-9.
- Turner, R. (1983) Direct, indirect and moderating effect of social support on psychological distress and asociated conditions. En *Psychosocial Stress: Trends in Theory and Research*. (Kaplan, H. Ed.), Academic Press, New York. 105-155.
- Uchino, B.N.; Uno, D. y Holt-Llunstad, J. (1999) Social support, psychological process and Health. *Currents Direction in Psychological Science*. 8 (5): 145-148.
- Vaux y Harrison, 1985 citado en en Benages Sonia (s/f) El apoyo social como modulador del riesgo coronario. *Jornades de Foment de la Investigació*.
- Vivas, E.; Feldman, L.; Bages, N.; Vargas, C. y Andrade, L. (1993) Propuesta de Medición del apoyo Social. Universidad Simón Bolívar, Caracas. Trabajo presentado en el XXIV Congreso Interamericano de Psicología, Santiago de Chile.
- Weinert, 1984 citado en Benages Sonia (s/f) El apoyo social como modulador del riesgo coronario. *Jornades de Foment de la Investigació*.
- Welin, C.; Lappas, G.; Wilhelmsen, L. (2000) Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. *J Intern Med*; 247: 629-639.
- White, 19551951citado en *American Journal of cardiology* (2000) 85: 1401-1408