

PREFACIO

En la actualidad, y durante varias décadas, un gran cúmulo de evidencia ha venido confirmando las hipótesis sobre la influencia que el apoyo social ejerce en la salud general de los individuos y específicamente en el riesgo de enfermedades coronarias cardíacas (ECC). Estas investigaciones incluyen una extensa literatura epidemiológica sobre las relaciones entre diferentes medidas de apoyo social y, por un lado, la morbilidad, así como todas las causas de mortalidad por enfermedades específicas, por el otro. Esta tesis representa un esfuerzo adicional para examinar y comprender las investigaciones y las teorías existentes en el área del apoyo social y la enfermedad coronaria, así como para sugerir prioridades para investigaciones futuras.

El término **apoyo social** ha venido siendo utilizado aún hoy, para describir tanto a la estructura del ambiente social de una persona, como a los recursos o funciones que ese ambiente le provee. Sin embargo para poder comprender el rol que juega el apoyo social en la enfermedad coronaria, es importante distinguir entre varias estructuras y funciones del ambiente social y muy específicamente como cada estructura o función puede incrementar o decrecer el riesgo de ECC.

Para intentar dilucidar todo lo anteriormente expuesto se ha desarrollado una primera parte de revisión teórica conformada por tres capítulos, el Capítulo 1 sobre la Enfermedad Coronaria Cardíaca, el Capítulo 2 centrado en el Apoyo Social y el Capítulo tres que enlaza los dos temas anteriores e investiga el posible papel del apoyo social sobre la etiología de la ECC. En el Capítulo 1 se verán los distintos aspectos de la ECC: sus características epidemiológicas, sus causas y consecuencias, y sus factores de riesgo. En el Capítulo 2 se desarrolla una extensa revisión sobre el apoyo social, donde se seguirá la evolución del concepto a través del tiempo, las conceptualizaciones diversas que se han planteado, las diferentes formas de medirlo y las teorías y modelos generados para su explicación. Por último, en el Capítulo 3 se vinculará el apoyo social y la enfermedad coronaria cardíaca.

En el Capítulo 4 se expondrán los Objetivos de la investigación.

En el Capítulo 5 se realizará un estudio de las cualidades psicométricas de los cuestionarios utilizados en la tesis que no tengan una adaptación hecha a priori a la población española.

En el Capítulo 6, en un estudio preliminar a los objetivos de esta investigación, se validará el informe retrospectivo del paciente cotejándolo con el informe de un familiar. Luego de controlar las variables pertinentes de acuerdo con la literatura, se expondrá la Metodología empleada y los Resultados obtenidos. Finalmente, en el Capítulo 7 se realizará la Discusión, y se plantearán las Conclusiones y Perspectivas Futuras que de ésta investigación se desprendan.

1

ENFERMEDAD CORONARIA CARDIACA

El término enfermedad coronaria cardíaca (ECC) hace referencia a un conjunto de enfermedades que incluyen el infarto agudo de miocardio, la angina de pecho y la insuficiencia coronaria. En éste capítulo, se ha caracterizado epidemiológicamente a los desórdenes en conjunto, haciendo incapié en la morbilidad y mortalidad de cada uno de ellos y dividiendo las tasas de prevalencia e incidencia por género y edad. Se plantean las características del desarrollo de estas enfermedades en España.

En el apartado Causas y Consecuencias de la enfermedad coronaria se explica el desarrollo biológico y los mecanismos facilitadores o generadores de la enfermedad. Por último, se habla de los factores de riesgo, que parecen estar asociados con una mayor incidencia, dividiéndolos en factores inherentes, tradicionales, emocionales y psicosociales.

1.1. CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS

La enfermedad coronaria representa, junto con otras enfermedades cardiovasculares, el mayor problema de salud pública de los países industrializados. Las enfermedades coronarias, según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), son la principal causa de mortalidad e invalidez en los países industrializados.

En estos países, son las responsables de alrededor del 50% de las muertes totales, mientras que en los países no desarrollados ocupan el tercer lugar en la mortalidad, con un porcentaje que va del 15% al 16%, pero presentando una tendencia creciente (Gyarfas, 1992). Asimismo, el 35% de las personas que mueren por esta causa son menores de 65 años, estando aún en una etapa productiva de su vida. Por lo tanto, las enfermedades coronarias son las que presentan la mayor trascendencia de cuantas existen en la actualidad, tanto por sus consecuencias humanas como económicas.

De estas enfermedades, el infarto de miocardio es su principal expresión. En los hombres representa el 43% del total de sucesos coronarios, mientras que el 39% corresponde a la angina de pecho, un tercio de la cual es concurrente con el infarto. Por su parte la muerte súbita supone el 10% y la insuficiencia coronaria el 8%. En las mujeres la angina de pecho representa casi el 60% de los sucesos coronarios, el infarto de miocardio constituye el 30%, y la muerte súbita y la insuficiencia coronaria comprenden alrededor del 10% (Lemer y Kannel, 1986).

La acción preventiva desarrollada en los últimos años en algunos países, ha conseguido una reducción significativa de las muertes debidas a esta enfermedad. Por contra, nuestro país se encuentra entre los que han experimentado uno de los mayores incrementos durante este tiempo. En España la mortalidad coronaria está aumentando alarmantemente, observándose un incremento de la morbilidad coronaria con 18.000 nuevos casos de ingresos hospitalarios anuales por infarto (Martí, 1987; Iturralde, 1988).

Descensos importantes son los observados en países como Estados Unidos y Australia, que en los últimos 15 a 20 años han conseguido reducir su tasa de mortalidad en más de un 30%. Canadá, Bélgica y Japón han experimentado una disminución significativa del 25% o más (Reig, 1988). Las causas de este llamativo descenso no están del todo claras, pero existen evidencias de que la disminución en el consumo de grasa animal, el mayor control de la hipertensión y el incremento de la práctica de ejercicio físico, podrían ser los factores determinantes de esta reducción (Jenkins, 1988).

El aumento observado en España podría estar indicando que los factores como la dieta y el estilo de vida, que antes nos protegían, han comenzado a modificarse. Por otra parte, no se han comenzado a desarrollar políticas de salud adecuadas dirigidas a reducir este problema (Balaguer, 1986). Por último hay que tener en cuenta la evolución en los métodos diagnósticos y que, según la OMS, podrían estar relacionados con los incrementos observados ya que el aumento de la mortalidad por cardiopatía isquémica es sensiblemente más fuerte que la progresión observada en todas las cardiopatías.

1.2 CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD CORONARIA CARDIACA.

El trastorno coronario, o cardiopatía isquémica, es un desequilibrio fisiológico producido por un aporte sanguíneo insuficiente al corazón por parte de las arterias que lo nutren, las arterias coronarias.

La lesión básica que se produce en la enfermedad coronaria es la **placa de ateroma**, que es una acumulación de tejido formado en el interior de las paredes de los conductos sanguíneos, que consiste en un núcleo de lípidos. Cuando estas placas aumentan de tamaño y número pueden impedir o incluso cortar el suministro de sangre a los tejidos. Si el suministro de sangre que irriga el corazón por las arterias coronarias es insuficiente, el resultado puede ser la cardiopatía isquémica o angina de pecho, y si la obstrucción es total y prolongada en el tiempo, se producen daños en los tejidos que tienen como consecuencia un infarto de miocardio o ataque al corazón. El inicio de este mecanismo es la lesión del forro interior endotelial de la arteria, donde se produce algún tipo de daño y, como consecuencia de esto, mueren células que son reemplazadas por un proceso denominado "decamación desnuda". En esta superficie desnuda, libre de endotelio se multiplican las células adyacentes, lo que facilita la acumulación de lípidos en la pared de la arteria ya que la reproducción de células endoteliales presenta un aumento de la permeabilidad a lipoproteínas de baja densidad, permitiendo la entrada de lípidos del plasma en el tejido. Se piensa también que las nuevas células regeneradas liberan sustancias mitogénicas capaces de producir en gran número células de músculo liso bajo el endotelio y promover un mayor trastorno del metabolismo de los lípidos y de su acumulación. El crecimiento continuado de placas fibrosas puede llevar a la estenosis arterial, a su oclusión y a la manifestación clínica de la enfermedad. Es entonces cuando la capacidad para suministrar sangre de la arteria coronaria se ve reducida, y sumando esto a un ejercicio o una experiencia emocional de fuerte intensidad, puede desarrollarse el dolor anginal o el infarto de miocardio.

Los mecanismos que pueden facilitar o generar la creación de la placa y sus posteriores complicaciones son de dos tipos: los factores mecánicos, debidos a la hemodinámica, y los factores químicos. Ambos pueden ser potenciados por correlatos comportamentales del sistema nervioso simpático y de la actividad adreno-cortical (Carruthers, 1969). Un ejemplo de mecanismo mecánico es la hipertensión arterial que es facilitadora de la enfermedad coronaria, acelerando el proceso arteriosclerótico. El mecanismo químico actúa principalmente a través de las lipoproteínas. En estos procesos tienen una gran importancia las catecolaminas (epinefrina y norepinefrina), que son

libradas en procesos emocionales, especialmente en respuesta al estrés.

Con la aceptación del factor dinámico, se ha replanteado la definición tradicional de cardiopatía isquémica formulada en Ginebra en 1957 por el "Grupo de estudio sobre arteriosclerosis y cardiopatía" patrocinado por la OMS. Según García y Tomás (1986) la redefinen como "la afección cardíaca, aguda o crónica, secundaria a una reducción o supresión del aporte sanguíneo al miocardio, motivada por una disminución del calibre de los vasos del sistema arterial coronario, que a su vez puede ser de origen orgánico, fija y/o de origen funcional (espasmódico) transitorio". (p.439). La cardiopatía isquémica puede manifestarse clínicamente de diversas formas. La OMS (1971) la sistematizó de la siguiente manera: angina estable o crónica, angina inestable, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca crónica, arritmias y bloqueos y muerte súbita. Las tres últimas constituyen entidades clínicas plurietiológicas y sus características son similares, cualquiera que sea su etiología. Con frecuencia aparecen como complicaciones de la angina o del infarto.

La angina de pecho consiste en un dolor agudo y episódico localizado normalmente en la región pectoral, que puede irradiarse al pecho o garganta, espalda, hombros y brazo izquierdo. El dolor está caracterizado por una tirantez, opresión, pesadez, y frecuentemente por una sensación de falta de respiración.

El infarto de miocardio es el resultado de una necrosis irreversible del tejido cardíaco tras una deprivación prolongada de sangre al corazón. El dolor del infarto es mas intenso y de mayor duración (mas de 30 minutos) que el dolor anginal. Su localización es similar, asociado con palidez, sudoración, náuseas o vómitos, fatiga y sensación de desmayo.

La naturaleza de los trastornos coronarios es compleja y no existe un único factor responsable de su aparición y desarrollo. Son trastornos multifactoriales, por lo que nos encontramos en la necesidad de hablar de **factores de riesgo**, como se ha demostrado epidemiológicamente, que parecen estar asociados con una mayor incidencia.

1.3 FACTORES DE RIESGO CORONARIO.

Las características por las que a un factor de riesgo se le atribuye un papel etiológico, según el "Informe del Comité de Expertos de la OMS" en 1988 (Plaza y Grupo de Expertos, 1991), son la presencia de éste antes del inicio de la enfermedad, la relación estrecha entre la dosis del factor de riesgo y la enfermedad, el valor predictivo

en poblaciones diferentes, la plausibilidad patogénica y la reducción o eliminación de la enfermedad una vez se encuentre reducido o eliminado el factor de riesgo.

Se dividirán a estos factores en tres grandes bloques, en función de sus componentes y el desarrollo en su estudio: factores de riesgo inherentes, factores de riesgo tradicionales y factores de riesgo psicosociales y emocionales (tomado de Fernández Abascal y Martín Díaz, 1995 y modificado).

1.3.1 FACTORES INHERENTES.

Son los que resultan de condiciones genéticas o físicas que no pueden ser cambiadas aunque se modifiquen las condiciones de vida y, por lo tanto, no son susceptibles de prevención.

La edad y el sexo: Estos dos son los principales factores de riesgo inherentes. La gente de más edad tiene mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad que la gente joven, aunque los hombres presentan la misma incidencia que las mujeres que tienen 15 años más (Jenkins, 1988). El sexo es un factor que tiene una estrecha relación con la edad. El estudio Framingham (Framingham Study of Coronary Risk) confirma este factor de riesgo después de 26 años de seguimiento, pero también indica que la diferencia no es tan grande como se sugería y que, en los sujetos de ambos sexos de edades entre 75 y 84 años, la incidencia es la misma (Lerner y Kannel, 1986). En varios estudios se ha señalado que por debajo de los 50 años los hombres tienen 10 veces más riesgo de contraer la enfermedad que la mujer. Esta diferencia va disminuyendo a medida que avanza la edad, siendo la menopausia el punto de inflexión claro en el aumento de dicha incidencia en las mujeres. Aunque todos los autores no están de acuerdo con esto, la menopausia produce una serie de alteraciones metabólicas que podrían poseer cierto riesgo aterogénico (Alegría, Alzamora, Bolao, Velasco, Fidalgo, e Iglesias, 1991).

La diabetes: Es la enfermedad metabólica más frecuente y grave de la raza humana y, tanto en su forma juvenil como en la del adulto, se asocia con un aumento de la prevalencia de aterosclerosis cardiovascular. En cuanto al sexo, el riesgo es similar en ambos sexos, evaluándose como aproximadamente el doble que en la población normal (Kannel y McGee, 1979). El 70% de la población diabética muere por causas coronarias (Escobar, 1988). El mecanismo no se ha descubierto en su totalidad. En pacientes insulino-dependientes parece existir una relación entre la lesión aterosclerótica y la acción de la insulina que induce a alteraciones de las células del músculo liso, dando origen a un incremento de la proliferación endotelial (Escobar, 1988).

La historia familiar: Las personas con una historia familiar de enfermedad coronaria, tienen mayor probabilidad de padecer un trastorno de este tipo que aquellos que no tienen antecedentes familiares. El aspecto hereditario de los trastornos coronarios ha sido objeto de numerosos estudios, la influencia genética desempeña un papel importante, sobre todo en los casos de aparición precoz de la enfermedad, no obstante, el riesgo de heredar la enfermedad varía ampliamente de unas familias a otras, dependiendo de las causas subyacentes. Aunque algunas influencias genéticas están mediadas vía reactividad, los resultados en gemelos y estudios familiares sugieren efectos genéticos significativos en responsividad cardiovascular al estrés (Ditto, 1993).

1.3.2 FACTORES TRADICIONALES

Este grupo comprende factores con un mayor componente físico-biológico como el colesterol y la hipertensión, aunque estos también tienen un factor emocional, y otros factores de tipo comportamental como el consumo de tabaco y de cafeína, pero que han sido establecidos como factores de riesgo tradicionales.

El colesterol: Existe una convergencia de la investigación epidemiológica, clínica y de laboratorio implicando la elevación del colesterol y otros lípidos plasmáticos, como uno de los factores de riesgo tradicional de la cardiopatía isquémica (Jeffery, 1988; Alegría y cols., 1991; Nafziger, Herrington, y Bush, 1991; Plaza y Grupo de Expertos, 1991). La relación entre colesterol y las enfermedades cardiovasculares se considera causal por ser de carácter firme, gradual, constante e independiente de otros factores de riesgo (Fernández-Abascal y Martín Díaz, 1995). En el torrente circulan una serie de sustancias lipídicas unidas a proteínas: colesterol, triglicéridos, fosfolípidos y ácidos grasos libres, formando complejos lipoproteicos. Cada lipoproteína posee una función diferente. Las de baja densidad (LDL) son las encargadas de transportar la mayor parte del colesterol de la sangre a los tejidos, permaneciendo en circulación varios días sin unirse a los receptores LDL y, por lo tanto, tarda varios días en ser metabolizada. Las lipoproteínas de alta densidad (HDL), por el contrario, recogen el colesterol celular y lo devuelven al hígado para ser procesado de nuevo, o bien, ser eliminado, evitando su acumulación en el organismo. Por lo tanto, su significado, derivado de su función, es también distinto: las LDL tienden a aumentar el riesgo coronario, considerándose las aterogénicas, mientras que las HDL tienden a disminuir dicho riesgo (Arderiu Freixa y Fernández Cortijo, 1987; Bierman, 1991). Si bien existe una asociación entre la concentración de colesterol en suero y la extensión de la aterosclerosis coronaria, existen grupos con altos niveles

de colesterol que no presentan evidencia de aterosclerosis coronaria. Por lo tanto, se considera que en la hiperlipidemia primaria, existe una predisposición genética que determina el rango de niveles de lípidos en plasma. Los otros factores que influyen dramáticamente en estas concentraciones son por un lado factores ambientales, como la dieta, el ejercicio físico y el consumo de alcohol y por otro, factores inherentes como el sexo, la diabetes y la edad. El National Institute of Health recomienda un fuerte tratamiento del colesterol a partir de los 240 mg/dl (Jeffery, 1988) y coincide con la sugerencia del National Cholesterol Education Program que apunta que por encima de 240 mg/dl existe alto riesgo (Bierman, 1991).

Los resultados de los principales estudios epidemiológicos demuestran una relación curvilínea, gradual entre los niveles séricos de colesterol y la incidencia y mortalidad por cardiopatía isquémica, en niveles inferiores a 200-220 mg/dl. A partir de este nivel la relación es lineal (Plaza y Grupo de Expertos, 1991). Según el seguimiento de 30 años del estudio Framingham, los hombres jóvenes, sanos de entre 31 y 39 años, cuyas línea base de niveles de colesterol era menor a 180 mg/dl, tuvieron la menor tasa de mortalidad, aumentando ésta, hasta convertirse en alarmante, en niveles por encima de 260 mg/dl. Los niveles bajos de lipoproteínas de alta densidad incrementaron el riesgo. En hombres y mujeres con tasas elevadas de HDL, por encima de 65 mg/dl, el riesgo fue extremadamente pequeño (Levy y Kannel, 1988).

Aunque la predisposición genética determina el rango de niveles de lípidos en plasma, los factores ambientales como una dieta alta en colesterol y grasas saturadas, influyen dramáticamente en las concentraciones de lípidos, por lo que hay que tener en cuenta la relación entre dieta y colesterol. Los estudios de comida en humanos establecen una relación cuantitativa entre algunos constituyentes de la dieta y el colesterol en sangre. Los ácidos grasos saturados y la grasa animal incrementa el nivel de colesterol, y los grasos polisaturados derivados de fuentes vegetales, reducen este nivel (Jeffery, 1988)

La hipertensión arterial: Es uno de los factores de riesgo cardiovascular mas importante, siendo el proceso que mas frecuentemente se asocia con la arteriosclerosis y sus complicaciones (Bots, Grobbee, y Hofman, 1991; Castro-Beiras, Juane y Muñiz, 1990). El Comité de Expertos de la OMS define a la hipertensión arterial como "una elevación crónica de la presión sanguínea sistólica, de la diastólica, o de ambas, en las arterias" (Nolla, Monmany, Roca-Cusach y Serra, 1986). Consideran como hipertensión aquellos valores de presión arterial en los que la presión sistólica es igual o superior a 160 mm Hg y la presión diastólica es igual o superior a 95 mm Hg. Las principales complicaciones cardíacas de la hipertensión son la insuficiencia cardíaca y la cardiopatía isquémica. Tanto en hombres como en mujeres la prevalencia de la hipertensión se

incrementa dramáticamente con la edad, y cuando no es tratada adecuadamente se relaciona con: fallo congestivo del corazón, fallo renal y muerte súbita, todas las causas importantes de muerte en sujetos de más de 65 años (Stoney y Matthews, 1988).

La regulación de la presión sanguínea es un fenómeno complejo y diversos factores, biológicos y psicológicos, pueden contribuir a que los niveles de presión arterial se incrementen de una forma anormal. Entre estos factores podemos citar la obesidad, el consumo excesivo de sal, el consumo excesivo de alcohol y el estrés psicosocial (Jenkins, 1988). El tratamiento farmacológico parece ser absolutamente necesario y dada su importancia, algunos autores han mencionado como factor de riesgo adicional, la no adherencia o adherencia inadecuada a la medicación hipotensiva (Dembroski, 1986).

Los datos del estudio Framingham muestran que la relación entre presión sanguínea y enfermedad cardiovascular es continua, empezando por niveles por debajo de los típicamente considerados como hipertensos (Levy y Kannel, 1988)

La obesidad: Este no es un factor de riesgo independiente, pero se asocia con mucha frecuencia a hipertensión arterial, diabetes del adulto, hiperlipidemia e hiperuricemia y a través de estos factores, produce un aumento del riesgo. El sobrepeso resulta de un desequilibrio entre el consumo calórico y el gasto energético. Cuando se reduce el consumo calórico y se incrementa el gasto energético se consigue un equilibrio calórico que conduce a una pérdida de peso. De todas formas, el mecanismo causal entre obesidad y trastornos coronarios no está del todo claro, habiendo sido cuestionado por algunos autores como factor de riesgo independiente (Keys, 1979).

Las estimaciones derivadas del estudio Framingham indican que si toda la población estuviera dentro del peso ideal, se reduciría un 25% la cardiopatía isquémica y un 35% la insuficiencia coronaria congestiva y el infarto cerebral.

Más que la obesidad o el sobrepeso, parece ser que es la distribución del tejido graso la que se correlaciona con la cardiopatía isquémica (Alegría y cols., 1991) Los individuos que tienen exceso de peso en el área abdominal tienen más alto riesgo que los que no lo presentan; las personas que suben de peso durante su adultez presentan más alto riesgo que aquellas cuyo peso siempre ha sido elevado. La obesidad abdominal está asociada con presión sanguínea elevada y elevación en plasma de lípidos y fibrinógeno (Larsson, Seidell, Svärdsudd, Tibblin, Wilhelmsen y Björntorp, 1989). Rääkönen, Hautanen, y Keltikangas-Järvinen (1994), examinando la relación entre la distribución de grasa regional y el estrés, han encontrado que en hombres moderadamente obesos, la obesidad abdominal se asoció con características contrarias a la obesidad abdominal en hombres delgados. En hombres moderadamente obesos, la obesidad abdominal se relacionó con bajo nivel de estrés, en cambio en hombres delgados, se relacionó con altos

niveles de estrés, lo que les ha llevado a diferenciar entre el riesgo de trastornos coronarios que tienen los hombres delgados y los obesos, ambos con obesidad abdominal.

El consumo de tabaco: Existe suficiente evidencia para afirmar que éste es un importante factor de riesgo coronario debido a los efectos patogénicos de la nicotina y el monóxido de carbono sobre el sistema cardiovascular (Robles y Fernández, 1991). Si bien no se considera un factor de riesgo independiente para los trastornos coronarios, se asocia con mucha frecuencia a hipertensión arterial, diabetes del adulto, hiperlipidemia e hiperuricemia, y, a través de estos factores, produce un aumento de riesgo. La asociación entre el tabaquismo y el incremento de cardiopatía isquémica no se ha podido explicar (Bierman, 1991). Parece ser que los mecanismos están relacionados con la inhalación. Así se explica que los fumadores de puros y pipas, que generalmente no inhalan el humo, estén menos expuestos que el fumador habitual de cigarrillos, que si lo hace. En España, de acuerdo a los datos presentados por el Comisionado para la Droga en Andalucía en 1988, el 66,2% es fumador habitual y el 33,9% no fuma o fuma ocasionalmente (Robles Ortega, Pérez Marfil, y Reyes del Paso, 1995). Los datos del estudio Framingham (Truett, Cornfield y Kannel, 1967) demostraron que el tabaco se relacionaba, básicamente, con el infarto agudo de miocardio y la muerte súbita, aumentando progresivamente a medida que lo hacía el número de cigarrillos consumidos. Los fumadores duplicaron el incremento de riesgo de enfermedad coronaria comparados con los no fumadores (Levy y Kannel, 1988). Sin embargo, en otras revisiones (Matthews, 1988) se encuentran trabajos donde el consumo de tabaco produce una menor mortalidad que la observada en los no fumadores. Estos datos, sumados a otros estudios con resultados supuestamente contradictorios muestran que, aparte del incremento del riesgo debido al consumo y al decremento después de su cese, fumar no tiene un impacto uniforme en todos los fumadores (Epstein y Perkins, 1988), por lo que es importante examinar las variables que interactúan o aumentan estos efectos independientes del tabaco en los trastornos cardiovasculares. Dentro de estos factores se hallan la edad del fumador, la dosis, la edad a la que comenzó a fumar y el sexo. Varios estudios han demostrado que los fumadores tiene un nivel mas alto de triglicéridos en plasma que los no fumadores (Goldbourt y Medalie, 1977). Un estudio norteamericano con 361.000 varones y un seguimiento de 6 años halló que en los varones con niveles de colesterol en el tercil superior de la distribución, no fumadores y con la presión arterial baja, la mortalidad por enfermedad coronaria fue del 3,9%, mientras que para los varones con el mismo nivel de colesterol, fumadores y con presión arterial alta, el riesgo fue del 14,6%, casi cuatro veces más (Castro Beiras y cols., 1990). También hay que tener en cuenta que la exposición a estresores puede influir directamente, por incrementar la

conducta de fumar. Por otro lado, fumar puede incrementar la exposición a situaciones de estrés psicológico, ya que fumar reduce la ansiedad subjetiva y la sensibilidad a un estímulo aversivo. Por último, el efecto del tabaco y del estrés en los trastornos coronarios puede ser aditivo o sinérgico, de tal manera que los fumadores estresados pueden tener más alto riesgo que los fumadores no estresados ya que los efectos del tabaco pueden combinarse con los de los estresores para incrementar la reactividad cardiovascular (Epstein y Jennings, 1986).

La cafeína: Si bien como factor de riesgo su papel no ha sido extensamente estudiado, se sabe que la cafeína es una droga estimulante que tiene un efecto significativo en una variedad de funciones fisiológicas, incluyendo la activación del sistema nervioso central, cardiovascular y neurohumoral (Lane, Adcock, Williams y Kuhn, 1990). Como estimulante del sistema nervioso central, aumenta los niveles de actividad, reduce la fatiga, intensifica el estado de alerta y la vigilancia, e interfiere con el sueño (Shapiro, Lane, y Henry, 1986).

Ni los resultados del Kaiser-Permanent Epidemiologic Study of Miocardial Infarction ni los del estudio Framingham mostraron que había una asociación independiente entre la ingesta de café (más de seis tazas al día) y un posterior infarto de miocardio (Shapiro y cols., 1986). Alegría y cols. (1991) consideran que, aunque no es un factor de riesgo reconocido con claridad, se ha observado que los grandes consumidores de café presentan un mayor riesgo de tener manifestaciones de cardiopatía isquémica que los que no lo toman, o lo hacen con moderación. Como norma general, los estudios realizados sugieren que la cafeína puede influir en la reactividad cardiovascular al estrés, bien por sumación al nivel alcanzado durante el estrés, o bien por potenciar, en sí misma, la respuesta al estrés (Lane y cols., 1990). Lane y cols., (1990) concluyen que la cafeína potencia la reactividad cardiovascular y neuroendocrina al estrés y que su uso habitual no está necesariamente asociado con desarrollo de tolerancia a estos efectos. France y Ditto (1992) consideran que el efecto cardiovascular de la cafeína puede interactuar de una manera sinérgica con los producidos por los estresores que estimulan la actividad simpática beta-adrenérgica. Sin embargo, hay estudios que no encuentran ningún efecto presor significativo debido a la relación cafeína-estrés (Strickland, Myers, y Lahey, 1989).

El sedentarismo: Se sabe que el estilo de vida sedentario conlleva una reducción de la capacidad funcional cardiorespiratoria y un aumento de la grasa corporal (Kalienback, 1984). Como un indicador de mayor riesgo, se ha determinado últimamente que un estilo de vida físicamente inactivo reduce la capacidad respiratoria y la fortaleza muscular e

incrementa la gordura. Pareciera que los sujetos que mantienen una actividad moderadamente intensa (bicicleta, natación, correr, etc.), tienen menor riesgo de ECC. El grado de reducción parece estar relacionado con la intensidad, duración y regularidad en la práctica del ejercicio. En USA el interés por el entrenamiento físico parece centrarse en los sujetos jóvenes o de edad intermedia y en los estratos socioeconómicos medios y altos. También en España se halló, de acuerdo a un estudio realizado por Sánchez-Barrera, Pérez García y Godoy García (1995), que las personas de edad más avanzada y menor nivel cultural son las que realizan menos actividad física, mientras que los más jóvenes y aquellos con niveles culturales más altos, realizan más actividad física. También señalan que a pesar de que los niveles de actividad son bajos en nuestro país, se le está otorgando una importancia cada vez mayor.

Existen varios mecanismos por los que la práctica regular de ejercicio físico puede reducir el riesgo de trastornos coronarios. La gente activa físicamente tiende a acumular menos grasa corporal, lo cual influye favorablemente en el nivel de presión sanguínea y en el nivel de concentración de lípidos en sangre. Además influye en la capacidad cardiorespiratoria, que a su vez tiende a aumentar el control parasimpático sobre el corazón y a reducir el nivel de presión sanguínea. Por otra parte, el ejercicio ha sido asociado con mayores niveles de colesterol HDL y con menores niveles de colesterol LDL. Por último, si tenemos en cuenta que es menos probable que los sujetos que practican ejercicio con regularidad sean fumadores habituales, veremos la compleja interrelación que puede existir entre los diversos factores de riesgo (Robles y cols., 1991).

Se necesitan estudios psicológicos y sociológicos para determinar los motivos que contribuyen a la inactividad de los grupos demográficamente considerados de alto riesgo de ECC (Jenkins, 1988).

1.3.3 FACTORES EMOCIONALES Y PSICOSOCIALES.

Dado que la mejor combinación de todos los factores de riesgo antes mencionados, sólo puede explicar aproximadamente la mitad de la varianza en la predicción de la incidencia de los trastornos coronarios, en los últimos 25 años se ha llevado a cabo una búsqueda activa de nuevos factores de riesgo. Una parte importante de esta búsqueda se ha dirigido hacia factores de riesgo considerados como psicológicos y comportamentales y que se han dado en llamar psicosociales y emocionales.

Es importante tener en cuenta que aunque en todos los factores de riesgo de los trastornos coronarios hay un componente conductual importante, tanto en su

manifestación como en su origen, esta enfermedad es una de las más relacionadas con el estilo de vida.

Dentro de los factores emocionales se incluyen el Patrón de conducta Tipo A y el constructo de ira y hostilidad, como los dos más importantes. Dentro de los factores de riesgo psicosociales se encuentran el estrés y la falta de los recursos sociales o apoyo social.

Estos factores no se presentan aisladamente, sino que se influyen mutuamente, no pudiéndose delimitar finalmente, donde comienza uno y donde lo hace el otro, y a su vez interactúan con los factores de riesgo tradicionales (Fernández-Abascal y cols., 1995). Sin embargo, no ha sido sino hasta hace poco tiempo que se ha sospechado de los antecedentes psicosociales y emocionales de la enfermedad cardíaca y que se han hecho investigaciones empíricas serias. En los últimos 10 años se han publicado un número suficiente de estudios epidemiológicos, clínicos y experimentales que permiten vislumbrar algunas conclusiones tentativas sobre el rol de las variables psicosociales en el ECC y el surgimiento de la arteriosclerosis.

1.3.3.1 Factores emocionales.

Cada vez es mayor la información que subraya la importancia clínica de las emociones y su incidencia sobre la salud de los individuos. Las personas que sufren de ansiedad crónica, largos episodios depresivos, tensión excesiva, irritación constante y escepticismo y desconfianza extremos, son doblemente más propensas a contraer enfermedades como el asma, la artritis, la jaqueca, la úlcera péptica y las enfermedades cardíacas (Friedman y Boothby-Kewley, 1987). Las emociones negativas son, pues, un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad y, por lo tanto, constituyen una seria amenaza para la salud.

Dentro de este ámbito se considera que los factores emocionales que más inciden en el desarrollo de la enfermedad coronaria son: a) el Patrón de conducta Tipo A, b) el constructo de ira y hostilidad y c) el Estilo de Afrontamiento del sujeto.

a) El patrón de conducta Tipo A:

Como bien comentan Manuck, Kaplan y Matthews (1986) el concepto de conducta de pronóstico coronario tiene una larga historia pero un corto pasado científico, y citan a Sir William Osler, quien ya en 1910 había notado que no era el individuo delicado y neurótico quien sufría comúnmente de angina sino el hombre entusiasta y ambicioso,

vigoroso de mente y cuerpo, cuya meta era el llegar por delante de los demás (Osler, 1910). De manera parecida otros clínicos han citado como características típicas de los pacientes coronarios una tendencia a dominar a los otros, excesivas metas en sus ocupaciones, un gran sentido de la insatisfacción personal, pobre control de la hostilidad, y precediendo al surgimiento de síntomas clínicos, un incremento agudo en los sucesos estresantes (Friedman, 1969). Friedman y Rosenman (1974) definen el Tipo A como : "Un complejo particular acción-emoción, que puede observarse en algunas personas comprometidas en una lucha relativamente crónica para lograr un número de cosas, usualmente ilimitadas, de su medio ambiente, en el menor tiempo posible, y si es necesario, contra los esfuerzos opuestos de otras personas o cosas de su mismo ambiente" (p.67).

Luego de un largo y controvertido debate, el National Institute for Heart, Lung and Blood aceptó al Tipo A como un factor de riesgo independiente para los trastornos coronarios (Review Panel, 1981).

Este patrón se concibe actualmente como un perfil multidimensional constituido por diversos factores: a) Componentes formales, b) Conductas abiertas o manifiestas, c) Aspectos motivacionales, d) Actitudes y emociones, y e) Aspectos cognitivos.

a) Los componentes formales que se aprecian son: actuar con prisa e impaciencia y hablar de una manera acelerada y enfática, parecer extraordinariamente alertas, con la musculatura facial tensa y frecuentemente exhibir una variedad de manierismos característicos (por ejemplo: el puño apretado o tamborilear el pie repetitivamente); b) Dentro de las conductas abiertas o manifiestas tenemos: urgencia de tiempo, velocidad, hiperactividad e implicación en el trabajo; c) En los aspectos motivacionales se observa que son sujetos con una gran motivación de logro, competitividad, orientación al éxito y ambición; d) Las actitudes y emociones típicas son: la hostilidad, la impaciencia, la ira y la agresividad; y, por último, e) en el aspecto cognitivo son sujetos que presentan una gran necesidad de control ambiental y un estilo atribucional característico. Los sujetos que muestran pocos de estos atributos se consideran en el Patrón de Conducta Tipo B.

Recientemente los resultados de algunos estudios han aportado evidencia de la relación ECC-Patrón Tipo A, mientras que otros no. En los tres principales estudios prospectivos sobre el tema: el Western Collaborative Group Study (WCGS), el Framingham Study of Coronary Risk y el Belgian- French Pooling Project, los datos obtenidos confirman al Patrón de Conducta Tipo A como un factor de riesgo de trastornos coronarios. En el WCGS se hizo un seguimiento de 3.154 hombres, libres de trastornos coronarios durante 8,5 años y se vio que los sujetos que presentaban este patrón de conducta, medido con la Entrevista Estructurada, tuvieron el doble de probabilidad de desarrollar un trastorno coronario, que los sujetos que presentaron un

patrón de conducta Tipo B (Rosenman, Brand, Jenkins, Friedman, Strauss, y Wurm, 1975). En el estudio Framingham, a los 8 años de seguimiento de 1.674 individuos, se encuentra una incidencia significativa del Tipo A y la enfermedad coronaria, valorándolo con la Escala Framingham: en mujeres con Tipo A se encontró una incidencia del doble en enfermedad coronaria y del triple en angina de pecho, comparándolas con las mujeres del Tipo B y en hombres se encontró que, entre los 45 y los 64 años, este patrón de conducta se asoció con el doble de riesgo en angina, en infarto de miocardio y en enfermedad coronaria general; ésta asociación fue independiente de los demás factores de riesgo (Haynes, Levine, Feinleib y Kannel, 1980). En el Belgian-French Pooling Project, se encontró que los sujetos que puntuaban alto en la escala Bortner, tenían el doble de incidencia de trastornos coronarios que aquellos que puntuaron en el último cuarto de la escala. Otros estudios prospectivos hallaron también evidencia positiva en relación con este patrón de conducta: En el Recurrent Coronary Prevention Project, se siguieron a 1.012 pacientes que habían sufrido un infarto de miocardio durante 4.5 años. Los análisis multivariados mostraron que el Tipo A, medido con la Entrevista Estructurada, fue un predictor independiente de muerte cardíaca súbita, pero no de muerte cardíaca no súbita (Brackett y Powell, 1988). En el estudio Minnesota Heart Survey se halló una relación significativa entre el Tipo A, medido con el Inventario de Actividades Jenkins, y la prevalencia de enfermedad coronaria, aunque ésta varió con las razas, ya que en las personas de raza negra fue más alta la angina y el ataque cardíaco que en las de raza blanca.

Los estudios que no encontraron relaciones positivas en las predicciones de este patrón fueron: Multiple Risk Factor Intervention Trial, que con una población de 12.700 hombres libres de trastornos coronarios, realizó un promedio de 7 años de seguimiento no encontrando relación entre el patrón Tipo A, medido con la Entrevista Estructurada y el Inventario de Actividades Jenkins, y la incidencia de enfermedad coronaria (Shekelle, Hulley, Neaton, Billings, Borhani, Gerace, Jacobs, Lasser, Mittelmark y Stamler, 1985). Tampoco se encontró este valor de predicción en el Aspirin Myocardial Infarction Study, donde a 2.070 hombres y 244 mujeres que habían tenido infarto de miocardio, se les valoró el patrón de conducta Tipo A con el Inventario de Actividades Jenkins, no relacionándose con riesgo de recurrencia de sucesos coronarios mayores (Shekelle, Gale y Norris, 1985).

Las revisiones más importantes sobre este tema han sido las efectuadas por Booth-Kewley y Friedman (1987), Matthews (1988) y Goldstein y Niaura (1992). El metaanálisis hecho por Booth-Kewley y Friedman (1987) concluye que existe una relación entre este patrón de conducta y la enfermedad coronaria, siendo su efecto comparable al de otros factores de riesgo de la enfermedad. Llegan también a la conclusión de que el

diagnóstico realizado a través de la Entrevista Estructurada es mejor predictor que el efectuado mediante el Inventario de Actividades Jenkins, y los aspectos que más se relacionan con la enfermedad son la conducta dura y competitiva. En cambio, en la revisión por metanálisis realizada por Matthews (1988) los resultados no son tan optimistas, aunque llega a una conclusión similar: a lo largo de los estudios, el Tipo A, medido con la Entrevista Estructurada está relacionado significativamente con la incidencia de la enfermedad coronaria, mientras que medido con el Inventario de Actividades Jenkins no parece estarlo. Por último, Goldstein y Niaura (1992) resumen que la evidencia epidemiológica sugiere que el Patrón de conducta Tipo A es un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad coronaria, pero, al mismo tiempo, una vez que la enfermedad coronaria está presente, o el riesgo de que lo esté es alto, la presencia del patrón de conducta Tipo A global no incrementa el riesgo de tener posteriores sucesos mórbidos, excepto quizás muerte cardíaca súbita.

Si bien la relación entre el patrón de conducta Tipo A y los trastornos coronarios parece generalmente aceptada, los mecanismos que unen tal relación no han sido del todo definidos (Lane, White y Williams, 1984). En la actualidad existen varias líneas de trabajo que intentan encontrar un nexo de unión entre el Tipo A y los trastornos coronarios. En este contexto, la hiperreactividad fisiológica característica de los sujetos con este patrón de conducta sería un posible mediador entre ellos. La reactividad psicofisiológica contribuye al daño arterial, y es expresada en muchas de las características del Tipo A, como por ejemplo, el habla rápida. La revisión hecha por Krantz y Manuck (1984) sobre 37 estudios que compararon respuestas psicofisiológicas entre sujetos Tipo A y Tipo B, llegó a la conclusión de que las medidas psicofisiológicas no diferían en situación de descanso entre uno y otro Tipo. Del total de los estudios, 26 informaron de una gran reactividad en los sujetos Tipo A, durante circunstancias estresantes, en varias de las medidas tomadas, ya fueran cardiovasculares o endocrinas. De todas ellas, la más consistente fue la presión sistólica. El metaanálisis realizado por Suls y Wan (1989), confirma una alta reactividad en presión sistólica en los individuos Tipo A. Sin embargo, Delistraty, Greene, Carlberg y Raver (1992) encuentran una similitud de respuestas metabólicas y cardiovasculares al estrés en hombres Tipo A y B, lo que lleva a suponer que: o la relación entre Tipo A y reactividad cardiovascular es leve (Holmes, 1983), o que la disparidad de resultados se debe a la diversidad tanto de las poblaciones estudiadas, como de las respuestas medidas o de los estresores utilizados (Ward, Chesney, Swan, Black Parker y Rosenman, 1986). Delistraty y cols, (1992) plantea que es probable que la tipología A/B necesita un mayor fraccionamiento antes de generalizar su capacidad de predecir reactividad cardiovascular.

Dentro de otra línea de trabajo también se han investigado los componentes

específicos del gran constructo general, intentando averiguar la conexión entre los diferentes componentes del Tipo A y la enfermedad coronaria. Matthews, Glass, Rosenman y Bortner (1977) analizaron factorialmente las puntuaciones de la Entrevista Estructurada obtenidas en el WCGS, encontrando cinco factores con un patrón de características diferentes. Estas características individuales se analizaron con posterioridad, resultando que la hostilidad y ciertos estilos de voz eran los más predictivos de enfermedad coronaria.

Dembroski y McDougall (1985) han distinguido entre patrón de conducta Tipo A y conducta prono-coronaria y proponen como características relacionadas con la reactividad fisiológica, y en última instancia, con los trastornos coronarios, a la hostilidad y a la ira interna. Otros autores, hablan de ingredientes activos (hostilidad y urgencia de tiempo) y de ingredientes no-activos (implicación laboral y competitividad (Wright, 1988). También se ha planteado que los sujetos Tipo A (tanto hombres como mujeres) se diferencian básicamente de los Tipo B, en su mayor dificultad para dejar de reaccionar defensivamente en situaciones idénticas y en su mayor facilidad para recuperar la respuesta de defensa en situaciones ligeramente diferentes. Estos resultados apuntan hacia las posibles consecuencias negativas para la salud cardiovascular que pueden derivarse del mantenimiento de niveles elevados de activación fisiológica, debido a la menor facilidad para habituarse y la mayor facilidad para recuperar (Hart y Jamienson, 1983; Jamienson y Lavoie, 1987; y Robles, Fernández y Vila, 1991).

Dembroski, McDougall, Costa y Grandits (1989), empleando un sistema de puntuaciones diferentes a los anteriores investigadores, realizaron el mismo estudio con los datos del Multiple Risk Factor Intervention Trial, encontrando que la hostilidad fue significativa y positivamente asociada con incidencia de enfermedad coronaria. Cabe destacar que si bien no es el único, la hostilidad es el componente más destacado y fiable como predictor de enfermedad coronaria.

Houston, Chesney, Black, Cates y Hecker (1992) reanalizaron los datos del WCGS y encontraron que: 1) hay más de un patrón de características de Tipo A que está relacionado positivamente con la incidencia de enfermedad coronaria, 2) hay más de un patrón que no está relacionado y 3) hay más de un patrón que está inversamente relacionado. El más relacionado con el riesgo coronario, sin ajustar los análisis para los demás factores de riesgo, es un patrón compuesto por las características de voz elevada y hostilidad alta, y en análisis, tanto ajustados como sin ajustar, es un patrón compuesto por la combinación de competitividad y prisa, sin contener la variable hostilidad; este patrón resultó ser el más predictivo y se sugiere que puede representar hostilidad encubierta.

b) Ira y Hostilidad:

Como acabamos de ver, el patrón de conducta Tipo A está conformado por varios atributos conductuales y emocionales, aunque parece ser que no todos ellos contribuyen en igual medida al riesgo de la ECC. Como para designar a un individuo dentro del Patrón sólo se requiere evidencia de la preponderancia de las cualidades del Tipo A, si alguno de los atributos de este Patrón no se relacionan con el riesgo coronario, su inclusión en los estudios podría diluir la potencia de la asociación Patrón Tipo A-ECC.

Por esta razón estudios recientes buscaron identificar los componentes del Patrón Tipo A que más fuertemente estaban asociados con la arteriosclerosis y la ECC. Estos componentes resultaron ser características conductuales relacionadas específicamente con los sentimientos individuales de hostilidad y con la forma en la cuál los sujetos Tipo A expresan la ira (Matthews y cols., 1977).

En el re-análisis del Western Collaborative Group Study, Matthews, Glass, Rosenman y Bortner (1977), en una muestra de 186 varones con incidencia de ECC y 124 sujetos sanos de la misma edad, realizaron grabaciones de las respuestas de la Entrevista Estructurada, comparando a unos y otros sujetos y encontraron, a los 4 años de comenzar el estudio, que en mas de 40 casos lo que discriminaba la clasificación eran las respuestas de ira y hostilidad. Estas incluían "potencial de hostilidad", características explosivas de la voz e informes de ira frecuente y de sentimientos de irritación.

La definición de estos constructos es problemática, ya que en la literatura existe una gran confusión y ambigüedad, utilizándolos muchas veces, de manera intercambiable.

El potencial de hostilidad ha sido descrito por Mac Dougall, Dembroski, Dimsdale y Hackett (1985) como "una predisposición estable a responder a un surtido relativamente amplio de circunstancias frustrantes con variación de grados y combinación de ira, irritación, disgusto, arrogancia, desprecio, y resentimiento, que puede o no estar asociado con una conducta abierta dirigida nuevamente a la fuente causante de la frustración".

Los dos grandes metaanálisis de revisión sobre las conductas y los factores de personalidad asociados con los trastornos coronarios, hallaron a la ira y a la hostilidad como predictores significativos de trastornos coronarios, siendo la hostilidad la que correlacionó más alto (Booth-Kewley y Friedman, 1987; Matthews, 1988).

En un estudio realizado por Barefoot, Dahlstrom y Williams (1983), en 255 médicos que completaron el cuestionario Cook Medley Hostility Inventory en la Escuela de Medicina y luego de un seguimiento de 25 años, se halló que la relación específica de hostilidad con incidencia de ECC fue independiente de los efectos del tabaquismo, edad, historia familiar de hipertensión e hipertensión. Los sujetos que puntuaron alto en los registros del cuestionario no tuvieron diferencia apreciable de incidencia de ECC,

pero ambos tuvieron un riesgo mayor que los sujetos que puntuaron bajo en la escala.

El Western Electric Study (Shekelle, Gale, Ostfeld y Paul (1983), fue un estudio realizado con sujetos que trabajaban en la Western Electric desde los finales de los 50, y que investigó 10 años de incidencia de eventos mayores de ECC (IAM y Muerte Cardíaca Súbita), comparándolos con la estadística de 20 años de muertes en general. Se encontró una relación no lineal entre hostilidad, medida con el Cook Medley Hostility Inventory, e incidencia de ECC, al igual que en el estudio anterior. Esta asociación también fue independiente de los factores de riesgo "tradicionales", tales como edad, presión sanguínea, concentración de colesterol, tabaquismo e ingestión de alcohol.

En algunos estudios angiográficos los datos se orientan a considerar a la hostilidad como un importante factor de riesgo en la ECC. En el primero de estos estudios (Williams, Haney, Lee, Kong, Blumenthal y Walhen, 1980) se observó una asociación significativa entre las puntuaciones elevadas de hostilidad, medidas con el Cook Medley Inventory, y la extensión de la estenosis coronaria arterial en hombres y mujeres. En tres estudios, que investigaron el potencial de hostilidad a través de la EE, (Arrowood, Ulrich, Gomillion, Popio y Raft, 1982; MacDougall, Dembroski, Dimsdale y Hackett, 1985; Dembroski, MacDougall, Williams, Haney y Blumenthal, 1985), se halló que la hostilidad correlacionaba significativamente con la arteriosclerosis coronaria. Sin embargo, no se encontró asociación entre la arteriosclerosis y el Tipo A definido globalmente. En los dos últimos estudios se controlaron los factores tradicionales de riesgo: la edad, sexo, hipertensión, tabaquismo, hiperlipidemia e historia familiar de ECC.

Por otro lado, en algunos estudios se encontró que el no manifestar la expresión de la ira o no discutir los sentimientos de ira con los otros predecía una mayor incidencia de ECC. En un reanálisis del Framingham Heart Study, Haynes, Feinleib y Kannel (1980), usando la escala Framingham, hallaron en una muestra de ambos sexos, que entre los hombres oficinistas y las mujeres en general, el no expresar la ira externamente o discutir los sentimientos de ira con otros, predecía la incidencia de ECC, durante los 8 años de seguimiento.

En un principio, esta dimensión conductual a la que se denominó "ira interna", así como el "potencial de hostilidad" antes mencionado, fue investigada como un componente de la evaluación derivada de la Entrevista Estructurada. Se han desarrollado luego instrumentos que la miden directamente como el Cuestionario de Afrontamiento de Ira de Müller (CPD) (1994) (*Müller-Anger Coping Questionnaire, MAQ*, 1991). En estas investigaciones la ira interna y la hostilidad muestran que son predictores

significativos de trastornos coronarios (Haynes y cols., 1980; MacDougall y cols., Dimsdale y Hackett, 1985; Dembroski y MacDougall, 1985; Matthews, 1988). En investigaciones experimentales se hallaron evidencias de que la supresión o negación de la hostilidad en sujetos Tipo A está asociada con un incremento de la reactividad cardíaca (Robles Ortega, Pérez Marfil y Reyes del Paso, 1995).

Es notable que a pesar del uso de diferentes métodos de investigación conductual, los estudios epidemiológicos y clínicos comentados hallaron que un nivel elevado de ira interna y hostilidad en los sujetos estudiados, fueron predictores o correlacionaron significativamente con enfermedad coronaria. Estos hechos sugieren que los aspectos de ira y hostilidad representan un elemento "tóxico" del patrón de conducta Tipo A, mientras que otros componentes como competitividad y urgencia de tiempo pueden ser de menor importancia. Estos resultados también pueden ayudar a encontrar las inconsistencias de la literatura del Tipo A: como se dijo anteriormente el autorregistro de este patrón no mide los componentes de angustia y hostilidad de la conducta de pronóstico coronario y aún cuando los sujetos son evaluados por la EE, la clasificación en Tipo A puede estar basada en otros atributos y no en el potencial de hostilidad del sujeto.

c) Recursos o habilidades de afrontamiento:

Estas variables, atribuidas específicamente al sujeto, parecen desempeñar un importante papel mediador entre las experiencias del sujeto y su reacción a las mismas. Los estilos de afrontamiento han sido señalados como amortiguadores del estrés y, consiguientemente, reductores de riesgo de desórdenes psíquicos y físicos (Dunkel-Schetter, Folkman y Lazarus, 1987; Unger y Wandersman, 1985). Según ésta acepción, un estilo de afrontamiento efectivo podría jugar un importante papel en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad, y en una recuperación más rápida de la misma.

Aunque es un hecho admitido que el afrontamiento desempeña un papel fundamental entre los estresores y la salud, este constructo no se encuentra integrado en el cuerpo teórico de la psicopatología del estrés (Sandín, 1995). Puede que esto ocurra por la inexistencia de un cuerpo teórico o de un modelo de evaluación apropiado (Folkman, 1984). Prueba de esta inconsistencia teórica es la existencia de dos aproximaciones distintas para el mismo término. Entre los diferentes usos del término afrontamiento, hay que diferenciar entre considerarlo como un "estilo" o un modo

habitual de afrontar el estrés, o como un "proceso", entendiendo los distintos esfuerzos que el individuo realiza para enfrentar o manejar al estrés o a sus componentes. La primera acepción, que hace sinónimo el concepto de afrontamiento con "estilo de afrontamiento", sería entonces algún tipo de disposición o característica personal del sujeto para hacer frente de un modo habitual o estereotipado a las posibles situaciones estresantes (Carrobbles, 1996). La finalidad o función de estos estilos cognitivos sería la de adaptarse a las diferentes situaciones de estrés, tratando de reducir los posibles efectos negativos del mismo. Esta perspectiva se encuentra influida por las teorías psicoanalíticas, que hacen referencia al concepto de "defensa del yo", que incluye a los mecanismos psicológicos que emplea el sujeto contra cualquier agente que atente a su integridad.

La segunda gran acepción, que considera al afrontamiento como un "proceso" ha sido desarrollada principalmente por Lazarus y su grupo (Lazarus, 1966, 1993; Lazarus y Kolkman, 1986; Folkman y Lazarus, 1988), fue definida como el esfuerzo conductual y cognitivo realizado por un individuo para tolerar, controlar o reducir las demandas que se imponen o exceden a los recursos que posee (Pearlin y Schooler, 1978; Cohen y Lazarus, 1979). Este modelo se apoya en el supuesto de que el afrontamiento es circunstancial y dependiente del contexto o de las demandas específicas de la situación que ha de afrontar el sujeto y no atribuible a un rasgo o a una disposición estable, existente previa al mismo. El modelo también sugiere la existencia de dos tipos de funciones del afrontamiento considerando a los esfuerzos del individuo para controlar el estrés, focalizadas en el problema, es decir, tratando de reducir o manejar la fuente de estrés, o focalizadas en la emoción, tratando de mitigar o regular la respuesta emocional al estrés. La utilización de una u otra de estas dos posibilidades dependerá de la evaluación que el sujeto haga de la situación. Si la considera como plausible de modificar, utilizará un afrontamiento focalizado en el problema, mientras si considera que él no puede hacer nada, recurrirá a un afrontamiento focalizado en la emoción. Es decir que la forma en que evalúan los sujetos a las situaciones estresantes, sería un mediador importante de la relación estrés-enfermedad (Cohen, 1984).

Si bien este segundo modelo, que considera al afrontamiento como un proceso, ha recibido algún apoyo empírico (Vitaliano, Katon, Russo, Maiuro, Anderson y Jones, 1987; Bolger, 1990), especialmente respecto a la utilidad de unas u otras estrategias de afrontamiento, las focalizadas en el problema o en la emoción de acuerdo a las características del entorno y por otro lado a su posible relación con algunos problemas de salud, estos apoyos no han sido muy considerables. Es por esto que el modelo fue nuevamente considerado, planteando que de las varias estrategias de afrontamiento que puede utilizar un sujeto en las distintas situaciones de estrés, unas son más estables o

consistentes que otras, es decir, que finalmente habría un rasgo o estilo de respuesta típico de cada individuo.

En cierta medida, los modelos propuestos por Moos, Cronkite, Billing y Finney (1986) pueden solucionar el problema de la clasificación, al proponer como sistema de clasificación de las diferentes estrategias dos dimensiones diferentes: el método y la clasificación. Billing y Moos (1981) han considerado al afrontamiento como un complejo conjunto de procesos dirigidos a moderar el impacto de los eventos vitales estresantes en el funcionamiento físico, social y emocional. Centrarón su atención en las reacciones individuales, tanto conductuales como cognitivas, en respuesta a los eventos estresantes recientes. Así es que desarrollaron un cuestionario que evaluase el afrontamiento a los eventos estresantes, clasificando a las estrategias cognitivas y conductuales por un lado y a grupos de respuestas que evitan el problema o reducen la tensión emocional asociada con el estresor. Tendríamos entonces al **afrontamiento activo-cognitivo** que incluye los intentos de manejar la propia evaluación de los eventos estresantes ("tratar de ver el lado positivo de la situación"), al **afrontamiento activo-conductual**, que se refiere a los intentos conductuales del sujeto para tratar directamente con el problema y sus efectos ("hice algo positivo para intentar resolverlo") y por último al **afrontamiento evitativo**, que se refiere a los intentos de evitar directamente la confrontación con el problema ("Me preparé para lo peor") o para reducir indirectamente la tensión emocional a través de conductas como comer o fumar más. La otra dimensión se compone de dos categorías relacionadas con la **focalización del afrontamiento**: focalizado en el problema o en la emoción. **Focalizado en el problema** incluye intentos de modificar o eliminar las fuentes de estrés a través de una conducta propia. **Focalizado en la emoción** abarca las respuestas cognitivas o conductuales cuya función primaria es manejar las consecuencias emocionales del estresor y ayudar a mantener el equilibrio emocional.

Por otro lado, si bien el Tipo A se considera como una estilo especial de afrontamiento, existen otros estilos que deben ser tenidos en cuenta ya que manifiestan la forma que tiene cada individuo de procesar y actuar frente a situaciones de estrés y que va dirigido a moderar el impacto de tales eventos en el funcionamiento físico, social y emocional.

Sin embargo, un problema más difícil de solucionar es la imposibilidad de establecer perfiles de riesgo y perfiles saludables en función del uso de las distintas estrategias de afrontamiento de las situaciones estresantes. Según Lázarus, la solución de problemas y la reevaluación positiva suelen mostrarse como estrategias adaptativas, mientras que la confrontación y la evitación suelen asociarse a resultados negativos. No obstante, no existen suficientes datos empíricos que comprueben estas hipótesis.

Así como el apoyo social puede determinar estrategias de afrontamiento, el estilo

de afrontamiento puede determinar estrategias de apoyo social. Se ha observado que el sujeto Tipo A, a través de sus elecciones y auto-evaluaciones, opera activamente en su ambiente influyendo la frecuencia, duración e intensidad del estresor y da como resultado episodios de reactividad cardiovascular (Smith y Rhodewalt, 1986).

1.3.3.2 Factores psicosociales: El Estrés y Los Recursos Sociales

A partir de los años 70, tras la publicación de los influyentes artículos de Caplan (1974), Cassel (1974, 1976), Cobb (1976) y Weiss (1974), se ha ido aceptando progresivamente el papel del ambiente social, ya sea como reductor del estrés o como promotor del mismo. Es decir, que el sistema social es entendido tanto como poseedor de elementos estresores como de elementos amortiguadores del estrés (Barrón y Chacón, 1992).

En relación a los elementos estresores del ambiente, Martin (1989) distingue tres tipos de eventos estresores: a) Los sucesos vitales intensos y extraordinarios, b) Los sucesos diarios de menor intensidad y c) Las situaciones de tensión crónica mantenida.

Respecto a los elementos reductores del estrés se ha prestado especial atención al denominado **Apoyo Social**, aspecto que se desarrollará en el siguiente capítulo. Se hipotetiza que la presencia de una serie de recursos sociales en el momento de experimentar una situación estresante reduce los efectos nocivos de la misma. Sin embargo se trata de un concepto complejo que incluye varios niveles de análisis y que cumple una amplia serie de funciones.

El término "*stress*" (estrés) surge en 1936, cuando Selye lo introduce en el ámbito de la salud. Sin embargo los conceptos sobre la simplicidad, potencia y amplitud de los efectos del estrés comenzaron a desarrollarse a partir de la temprana formulación de la idea ya latente en los conceptos de Cannon (1932). En la década del 70 ha habido un interés creciente en el concepto de estrés como factor que contribuye al desarrollo de desórdenes físicos y psicológicos. En un contexto donde es fácil hallar explicaciones incompletas para numerosos tipos de enfermedades, el estrés se ha utilizado como un concepto integrador que ha contribuido a la progresiva fusión de procesos biológicos con finales eventualmente patológicos. Existen dificultades en obtener consenso en la definición de estrés, ya que la revisión de conceptos muestra el alto grado en el que el estrés es una parte fundamental de la vida diaria, por lo que es difícil extraer una medida limpia de estrés, separándola de otros rasgos del individuo y del medio ambiente. En ausencia de un conjunto de definiciones claras, existen algunas perspectivas que proveen sus propias definiciones y conceptos de acuerdo a las teorías o modelos en las que se basan. De aquí que surgen tres grandes bloques de teorías sobre el estrés: las que se

basan en la respuesta, las que se basan en el estímulo y las que lo consideran el producto de la interacción entre ambos.

El prototipo de las teorías basadas en la respuesta lo constituye la teoría de Selye quien lo define como "la respuesta general e inespecífica del organismo a un estresor o situación estresante". Al conjunto de manifestaciones de esta respuesta inespecífica que constituye el estrés se denomina síndrome de estrés o Síndrome General de Adaptación (SGA). Las críticas a este planteo han sido de dos tipos: 1) En la redundancia de la definición de estresor o estímulo estresante considerándolo como productor de la respuesta de estrés, sin establecer las características necesarias para considerar un estímulo como estresor (Vingerhoets, 1985) y 2) la característica de inespecificidad atribuida al estresor, por lo que cualquier estímulo produciría una respuesta de estrés.

Las teorías del estrés basadas en el estímulo postulan que el estrés reside fuera del individuo, como una propiedad inherente de los estímulos a los que son expuestos los individuos y que al sobrepasar ciertos límites de tolerancia de las personas, estas experimentarían estrés (Cox, 1978). Este planteo presenta el inconveniente de no lograr delimitar cuáles son las características de las situaciones para que sean consideradas estresantes, teniendo en cuenta la variabilidad de los individuos frente a lo que puede o no ser considerado estresante.

Como alternativa a estas limitaciones, han comenzado a surgir las llamadas teorías interactivas o transaccionales del estrés. En ellas se le da especial importancia a los factores psicológicos, especialmente los de naturaleza cognitiva, cuya función básica sería la de mediar entre los estímulos estresantes y las respuestas de estrés (Lazarus y Folkman, 1986). En este sentido, el estrés es un proceso determinado por evaluaciones subjetivas donde las respuestas de los sujetos pueden ser distintas, dependiendo de la evaluación que hagan de los estímulos potencialmente aversivos, por lo tanto en unos individuos habrá cogniciones amenazadoras donde en otros hay estímulos placenteros, con lo cuál, el riesgo real asociado al estrés como factor de riesgo psicológico depende del contexto social y cultural en el que sus efectos ocurran.

Luego de considerar las múltiples teorías y definiciones formuladas sobre el estrés Carrobles (1996) define al fenómeno del estrés como: "un estado de activación sostenido experimentado por una persona ante distintas situaciones consideradas o evaluadas como excesivas o amenazantes y que ocurren bajo condiciones de escasos recursos o habilidades de solución o control y de escaso apoyo social por parte del sujeto" (pag.: 415).

La evidencia de la asociación entre el estrés y los trastornos coronarios se ha establecido en base a dos conjuntos de datos: a) Los que relacionan al estrés con la aparición inmediata del trastorno, y b) los datos que relacionan al estrés con correlatos

fisiológicos específicos. Dentro del primer conjunto de datos están los estudios que se basan en las teorías centradas en el estímulo y que muestran evidencias de que las experiencias vitales estresantes ejercen una influencia negativa sobre el riesgo o la aparición efectiva del trastorno coronario. El concepto de experiencia vital estresante se crea con el fin de objetivar la incidencia de las experiencias psicosociales generadoras de estrés. Para tal fin se confecciona la Escala de Acontecimientos Vitales o Schedule of Recent Experiences (SRE) (Holmes y Rahe, 1967), donde se focaliza la atención hacia los acontecimientos vitales estresantes, concepto que hace referencia al cambio o reajuste que suponen los acontecimientos en la vida de las personas y a su deseabilidad. En las investigaciones clínicas y epidemiológicas el estrés vital es definido como una acumulación numérica de acontecimientos vitales: cambios en la ocupación, en las finanzas, en el estatus marital o en las actividades, que ocurren en un intervalo específico de tiempo (por ejemplo: 12 meses). Algunos autores (Rahe y Lind, 1971) coinciden en señalar la existencia de una acumulación de acontecimientos vitales en un espacio de tiempo relativamente pequeño antes de la aparición del trastorno coronario. Por ejemplo, se ha encontrado que el riesgo aumenta cuando se produce un cambio en el lugar de residencia habitual del individuo (Syme, Borhani y Buechley, 1965), cuando surgen discrepancias entre su cultura de origen y la situación socio-cultural en la que se encuentra actualmente (Medalie, Kahn, Neufeld, Riss, Goldbourt, Perlstein y Oron, 1973), cuando existen frustraciones laborales o dificultades económicas (Sales y House, 1971, así como las tensiones maritales y familiares (Brhun, Wolf y Lynn, 1968) y la pérdida de algún ser querido (Engel, 1971). Sin embargo, se considera que la asociación entre una situación de intensa excitación emocional y la aparición del trastorno, sólo ocurriría en personas que ya estuvieran predispuestas a contraerlo (Spain, Broders y Mohr, 1960). Otra corriente investigadora, que estaría dentro de las teorías interactivas o transaccionales, considera que es la percepción o vivencia subjetiva que se hace de las experiencias de vida adversas y no de su cantidad o número, lo que más influyen en el desarrollo de trastornos patológicos (Monroe y Peterman, 1986), y por ello se utilizan escalas de percepción subjetiva del estrés y/o entrevistas estructuradas. Por otro lado, para reafirmar la hipótesis de la contribución directa del estrés a la patología, investigaciones recientes han remarcado la importancia de una serie de variables socioambientales protectoras llamadas "recursos sociales" que pueden modificar al estrés y/o a su impacto hipotético. Así como existen diferencias individuales en la apreciación del estrés, la inclusión de estas variables moderadoras en la investigación podría ayudar a explicar con más facilidad el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad. Una variable que parece particularmente influíble en los efectos deletéreos del estrés vital es el apoyo social (Cohen y Syme, 1985; Sarason y Sarason, 1985), y se tratará

extensamente en el siguiente capítulo.

El segundo conjunto de datos relaciona al estrés con cambios psicológicos y bioquímicos específicos, que a su vez podrían conducir a una insuficiencia vascular primero, y finalmente, a una enfermedad coronaria. Dentro de este marco se ha investigado como situaciones estresantes específicas elevaban los niveles de colesterol en sangre (Friedman, Rosenman y Carrol, 1958; Rahe y cols., 1971). Fisiológicamente hay que tener en cuenta que cuando existe una situación suficientemente amenazante o desafiante se incrementa el nivel de activación del Sistema Nervioso Simpático y se desencadenan una serie de respuestas de emergencia (lucha-huída), lo que le permitirá al individuo defenderse adecuadamente de la amenaza. Sin embargo, cuando esta respuesta se repite con demasiada frecuencia e intensidad puede llegar a dañar los tejidos. Por ejemplo, las glándulas adrenales segregarán mayor cantidad de adrenalina y noradrenalina (Mason, 1972) y la tasa cardíaca y la presión sanguínea se incrementarán por encima de los niveles considerados normales.

En resumen, los datos epidemiológicos actuales no aportan evidencia empírica clara sobre el estrés como factor de riesgo coronario, debido sobre todo a la dificultad de operacionalizar y medir el estrés en estudios prospectivos. Sin embargo, numerosos datos experimentales y clínicos confirman su importancia en el ámbito de los trastornos coronarios, tanto a nivel de factor etiológico, como a nivel de factor precipitante (Fernández Santaella y Vila, 1991).

En el siguiente capítulo se tratará en extenso el tema del apoyo social a través de una profunda revisión desde sus orígenes hasta nuestros días.

2

EL APOYO SOCIAL

Es evidente que, desde un punto de vista etológico, existen animales solitarios y animales gregarios. Un ejemplo de animal solitario puede ser el Tigre de Bengala, quien al ser un potente depredador necesita unos 80 km. cuadrados de territorio donde poder cazar y vivir. El tigre sólo se junta con otros de su especie cuando llega el período de apareamiento. Luego, retorna a la soledad de su amplio territorio. El ser humano, en cambio, es un animal gregario al que le encanta vivir rodeado de sus congéneres. La lista de ejemplos es realmente interminable, comenzando por el hecho de que muchos vivimos en grandes ciudades de millones de habitantes, y a pesar de que muchas veces nos quejemos de esto, se observa incluso, un proceso migratorio constante del campo hacia la ciudad. También durante nuestras vacaciones, solemos hacinarnos en playas populosas donde nuestro vecino se encuentra a pocos centímetros de nosotros. Si bien estos ejemplos son tal vez un tanto extremos y no a todo el mundo le gusta estar apiñado con el otro, tenemos que tener en cuenta como contraparte que la figura del ermitaño es realmente atípica. Es decir que las personas que reniegan del contacto con los otros son un porcentaje realmente muy pequeño de la raza humana, y son considerados, como mínimo, por la mayoría de los sujetos, como individuos "raros". La mayoría de la población se encuentra dentro de cierta franja donde unos más y otros menos, todos necesitamos de otra persona. Esa necesidad obvia ha comenzado a estudiarse de manera científica hace relativamente poco tiempo, y el concepto creado para su descripción general es "apoyo social", concepto que aglutina un importante número de subconceptos como: red social, integración social, sentido de pertenencia social y un largo etc. Comenzaremos este capítulo haciendo un breve resumen histórico del concepto de apoyo social. Plantearemos distintas definiciones y a través de ellas rastreamos la evolución del concepto, clasificaremos distintas conceptualizaciones del apoyo social, describiremos

las medidas, las perspectivas teóricas, que abarcan las teorías y los modelos más relevantes, finalizando con los aspectos positivos y negativos del apoyo social.

2.1 EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE APOYO SOCIAL: **Antecedentes históricos y Definición**

El concepto de apoyo social ha recibido mucha atención en la literatura social, conductual y médica durante la década pasada. Se ha vinculado la disminución o ausencia de los recursos familiares de apoyo social con enfermedad coronaria cardíaca, desórdenes en el embarazo, accidentes, suicidios, úlcera, cáncer, esquizofrenia y longevidad (Pilisuk y Frolan, 1978; Lin y cols., 1981; Cohen y Lázarus, 1979). Estos hechos sugieren que los efectos "nutritivos" del apoyo social pueden llegar a ser una buena medicina preventiva.

2.1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El concepto de apoyo social es tan viejo como el mundo. Ya Aristóteles decía, alrededor del año 350 A.C., que la amistad era una necesidad humana básica como el vestir o el comer, que necesitábamos amar a otros humanos y ser amados por ellos (Alcalay, 1983). Cientos de años más tarde, Paracelso (1599), un famoso médico, alquimista y naturalista de la época, prescribe: "el amor es la mejor cura posible de la mayoría de las enfermedades" (Orth-Gomér, 1994). Las ideas iniciales en relación con el apoyo social, como se conoce en la actualidad, provienen de diversos hallazgos en la literatura donde se percibió que los individuos integrados socialmente estaban considerablemente mejor en una variedad de dimensiones psicológicas y físicas, que los sujetos peor integrados. Si bien las implicaciones potenciales del compromiso social fueron subrayadas en un sentido general por otros autores (Cannon, 1931; Durkheim, 1951), las ideas sobre la variedad de los procesos involucrados y las aproximaciones a la medición de componentes más específicos, sólo se vuelven importantes durante la década de los 70 (Monroe, 1989). Es decir que la historia del apoyo social y de los conceptos relacionadas con él, es relativamente reciente y podrían distinguirse dos

grandes períodos: uno que abarcaría desde comienzos del siglo hasta finales de los años 60, y otro que se extendería hasta nuestros días (Fernández Ríos, Torres y Díaz, 1992).

2.1.1.1 Desde principios de siglo hasta los años 70.

Dentro del primer período, la primera evidencia científica de un vínculo entre el apoyo social y la salud fue obtenida por Durkheim (1897-1951), quien en su extenso estudio sociológico sobre el suicidio y las conductas autodestructivas, escribió que el matrimonio y la religión eran los mejores protectores para evitar esas conductas desviadas. También Kropotkin (1908), psicobiólogo y etólogo ruso, planteó que "la ayuda y el apoyo mutuos es un factor de gran significado para el mantenimiento de la vida y la salud en animales y en humanos" (Orth-Gomér, 1994).

A finales de los años 30 y comienzo de la década de los 40 se realizaron las primeras investigaciones sistemáticas sobre los efectos que los factores socioculturales producían en la etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad mental. Allí se vió que la pobreza, la desorganización sociocultural, la desintegración social, la ausencia de sentimientos de afiliación y el aislamiento social suelen correlacionar con una mayor incidencia de patología mental (Bastide, 1978).

Por otro lado, la Psicología Social aporta, en esta primera parte del siglo, una serie de teorías de las que mencionaremos cuatro por su especial interés para el tema:

- a) La teoría de Cooley (1909) sobre los "grupos primarios" y los "grupo secundarios". En los primeros existe una interacción cara a cara con vínculos emocionales intensos, mientras que en los segundos no se produce una interacción cara a cara, siendo los vínculos emocionales débiles.
- b) La teoría de la "comparación social" de Festinger (1954), quien postula que los individuos tienden a evaluar sus opiniones a través de comparaciones con normas conductuales de otros y se afiliarán a estos bajo condiciones de estrés.
- c) La teoría de la psicología de la "afiliación" (Schachter, 1966), que afirma que las personas tenemos necesidades que solo pueden ser satisfechas en las relaciones interpersonales, quienes actuarían como reductoras de ansiedad. También plantea que los sujetos con patrones de conducta estresantes, tienden a buscar la compañía de personas con el mismo nivel de estrés.
- d) Por último, Zajonc (1965) plantea desde la perspectiva de la "facilitación social" que los demás pueden producir estrés. Es decir, que mientras en la teoría de la "afiliación" los otros sirven para disminuir el estrés, desde la perspectiva de la "facilitación social" los demás la pueden producir, con lo que toma

relevancia el hecho de que "los otros" pueden actuar como fuentes de estrés o de apoyo social.

Estas cuatro aportaciones ponen de manifiesto la universalidad del apoyo social, quién en su más amplia acepción, podría incluir casi cualquier tipo de interacción, ya sea positiva o negativa, entre las personas (Fernández Ríos y cols., 1992).

También se puede considerar al estudio de los vínculos afectivos, cuyos principales exponentes fueron Harlow (1958) y Bowlby (1976), como un importante antecedente en la evolución del concepto. Este planteamiento pone de manifiesto que los vínculos de apego (*attachment*) entre madre-hijo, no se explican por la teoría del impulso secundario, sino que constituyen una "necesidad primaria". A partir de esta línea de investigación se desarrollaron gran cantidad de trabajos sobre comportamiento, tanto animal como humano, que trataron de probar que ese vínculo, cuando se desarrolla de forma adecuada, contribuye en niños y adultos a mejorar las estrategias de afrontamiento y a un mejor bienestar general.

Por último, durante la década de los años 60, cobra en Estados Unidos especial importancia la deshospitalización de los enfermos mentales. Es en ese momento donde comienza a reconocerse en la práctica, la importancia de los sistemas de apoyo comunitarios formales e informales (Gottlieb, 1981).

Estas aportaciones independientes al campo del apoyo social, no se configurarán en un marco teórico más consistente hasta la década de los 70.

2.1.1.2 Desde los años 70 hasta la actualidad.

Durante esta década comienzan a aparecer trabajos sistemáticos que empiezan a integrar las diversas aportaciones que estaban contribuyendo de forma aislada al tema del apoyo social.

Por la profunda revisión de trabajos que realizó, se suele señalar a Cassel (1974) como el iniciador de la investigación sistemática sobre los beneficios psicológicos del apoyo social. Si bien no ofreció ninguna definición explícita del término, señaló que el apoyo social es el ofrecido por los grupos primarios más importantes para el individuo. En ese mismo año, Gerald Caplan (1974) apuntó por primera vez las funciones del apoyo social, caracterizándolas por aportar al individuo "feedback, validación y dominio sobre su ambiente". Por su parte, Weiss (1974) señala específicamente seis contribuciones del apoyo social: sentido de logro, integración social, aprendizaje, reafirmación del valor de

uno mismo, sensación de alianza segura y posibilidad de obtener consejo. Cobb (1976), otro de los pioneros en la investigación sobre el apoyo social, sugirió que sus beneficios se derivan de la información que ofrece a los individuos sobre si son amados, estimados y valorados como miembros de un grupo social.

Tenemos también como antecedente directo, la publicación de la *Task Panel Reports Submitted to the President's Commission on Mental Health* (Prevention Task Panel Report, 1978), en la que se reconoce que estar vinculados a otros, y recibir apoyo social cuando es necesario y poderlo ofrecer a su vez, constituye un factor importante de protección y promoción de la salud mental. Esta Comisión, en su *Report Task Panel on Community Support Systems*, adopta una perspectiva realmente amplia del concepto de apoyo. Bajo la denominación de Sistemas de Apoyo Comunitario, incluye aspectos como: cuestiones de desinstitucionalización psiquiátrica, grupos de apoyo religioso, redes de ayuda comunitaria, organizaciones comunitarias, agrupaciones de ayuda mutua, sistemas de justicia, contextos de trabajo y estrés ocupacional, sistemas de cuidado de los técnicos de salud, etc. Desde un nivel comunitario, esta amplia conceptualización de apoyo social conduce al reforzamiento del "sentido psicológico de comunidad". Así, desde esta perspectiva se postula que un sistema de apoyo debe realizar como mínimo, las siguientes funciones:

- Ayudar a obtener sentido de autocontrol sobre la vida.
- Reducir la alineación social.
- Ser capaz de solucionar problemas nuevos.
- Mantener la motivación para superar las frustraciones de la sociedad moderna.

Finalmente, otra aportación relevante al tema en esta época, es el papel que comenzaron a jugar los llamados "paraprofesionales". Desde hace tiempo era reconocida la utilización frecuente, por parte de la mayoría de la población, de sistemas de apoyo no formales para solucionar problemas cotidianos. De esta forma, "la mayor parte de la gente utiliza recursos informales (familia, amigos, amistades) para ayudarles en tiempos problemáticos" (Veroff, Kulka y Douvan, 1981, p.: 268).

Hoy en día la situación del concepto de apoyo social es confusa y controvertida, tanto desde su perspectiva teórica como empírica. También le sucede lo mismo a todos los conceptos relacionados o derivados de él. Existen dificultades tanto en su conceptualización, en su evaluación y en la obtención de posibles mecanismos a través de los cuales produce sus efectos.

2.1.2 DEFINICIÓN.

Al igual que se puede observar en su evolución histórica, no existe una conceptualización clara de lo que se entiende por apoyo social y, a lo largo del tiempo, el apoyo social se ha definido de muchas formas y se le han asignado numerosas funciones.

Autores como Cassel (1974), aún refiriéndose a él, omiten su definición. Moos (1973) considera que es "el sentimiento subjetivo de ser aceptado y amado, necesitado por ser uno mismo, más que por lo que uno pueda hacer" (p.: 237). Para Caplan (1976) son "agregados continuos...que proveen a los individuos de oportunidades de feedback acerca de sí mismos, y para validar sus expectativas acerca de otros, que pueden compensar deficiencias en estas comunicaciones dentro del contexto comunitario más amplio" (p.: 19). Coob (1976) afirma que el apoyo social es la "información que guía al individuo a creer si es amado..., estimado y valorado...y que pertenece a una red de comunicación y obligación mutua" (p.: 300). House (1981) introduce una definición más conductual, u orientada a la acción, intentando llegar a una síntesis con la bibliografía disponible hasta ese momento. En este sentido el apoyo social se define como una transacción real entre dos o más personas en las que se da una implicación emocional, una ayuda instrumental, información y/o valoración (información relevante para la autoevaluación).

Más recientemente Shumaker y Brownell (1984) también enfatizan la acción, definiéndolo como un intercambio entre, al menos, dos individuos, con el objetivo, percibido por el proveedor o el receptor, de incrementar el bienestar del receptor.

Mientras las primeras definiciones acentuaban el objetivo de integración social, reforzando el sentido de valía y de ser querido del individuo al percibirse a sí mismo como miembro aceptado de un grupo social, las segundas enfatizan más el carácter de ayuda del apoyo social.

Gottlieb, (1985) opina que existe un "desacuerdo caótico" con el concepto de apoyo social y que "con cada nuevo estudio emerge una nueva definición de apoyo", pero tal vez deberíamos preguntarnos si no existe un solapamiento entre las distintas perspectivas apuntadas por los expertos. Uniendo ambos aspectos, Hobfoll y Stokes (1988) ofrecen una interpretación amplia e integradora del mismo, definiéndolo como "aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como querida o amada".

Sarason, Shearin, Pierce y Sarason (1987), investigaron sobre las posibles interrelaciones entre las múltiples escalas empleadas por diferentes autores para evaluar el apoyo social, concluyendo que lo que realmente evalúan las distintas escalas es la aceptación de un individuo, es decir, si este es amado o se haya implicado en relaciones

sociales en las que la comunicación es abierta. Argumentan que quizá sea más útil la conceptualización del apoyo social que implica considerar al individuo como hayándose comprometido en un número de relaciones de cuidado diferentes en calidad y profundidad. En definitiva, según estos autores, una relación de apoyo implica una relación de aceptación y amor: percibimos que somos amados y valorados y que nuestro bienestar es la preocupación de alguien significativo para nosotros. Eso es lo que hace que el apoyo sea protector. Es decir, que el efecto principal de esa comunicación de sentimientos es, más que proteger a los individuos de un posible daño, favorecer en ellos el sentimiento de que son miembros dignos de atención, capaces y valorados por un grupo de personas. Los sujetos se asegurarían así de que disponen de los recursos necesarios para la búsqueda y el logro de sus metas, tanto por sí mismos como a través de los esfuerzos combinados propios y de los otros significativos. Además la función que el apoyo social juega en los adultos es, probablemente, una extensión de las experiencias de apego en la infancia. Sin embargo, mientras éstas favorecen un sentido de dignidad personal y proveen al niño de una base segura desde la que explorar sus alrededores, las relaciones de apoyo en la vida adulta mantiene y mejoran el sentido personal de sentirse valorado y amado.

Por último, también es necesario indicar que existen autores que cuestionan la utilidad del concepto de apoyo social (Barrón, 1996). Barrera (1986), por ejemplo, plantea que si bien es difícil que el término apoyo social desaparezca de nuestro vocabulario, tiene poco valor positivo para clarificar los vínculos entre estrés y desorden, ya que es insuficientemente específico para ser útil como un concepto de investigación.

Por otro lado, autores tan relevantes como Sarason (1988) consideran al apoyo social como una variable de personalidad, al relacionarlo con las habilidades sociales y la competencia social (Schwarzer y Leppin, 1991; Sarason y cols., 1990).

Es decir que en definitiva, el concepto de apoyo social todavía continúa siendo algo confuso. En ciertos casos parece ser tan amplio que puede llegar a abarcar casi cualquier relación social. Es por ello que convendría utilizar este concepto de forma más restringida (Fernández Ríos, Torres y Díaz, 1992).

2.2 CONCEPTUALIZACIONES DEL APOYO SOCIAL.

Existen distintas conceptualizaciones del apoyo social a ser tenidas en cuenta. En

algunas definiciones de apoyo social se resaltan los aspectos estructurales de las redes sociales, mientras que en otras ocasiones, las definiciones ofrecidas subrayan los aspectos funcionales del apoyo social. Por otro lado, existen otras perspectivas que ven al apoyo social como un metaconstructo, conformado por diversos subconstructos o dimensiones del mismo.

2.2.1 EL CONCEPTO ESTRUCTURAL Y EL CONCEPTO FUNCIONAL

Se puede utilizar el término "apoyo social" para describir a un concepto o para describir a un conjunto de factores sociales interrelacionados, como son los "recursos sociales", "ventajas psicosociales", "fuerzas sociales protectoras", "matriz social estable", "redes sociales", "sistemas de apoyo", "redes de apoyo" (Bruhn y Philips, 1984). Cuando se lo utiliza para describir un concepto, el término implica investigar la ayuda que brindan las relaciones sociales. Cuando el apoyo social es utilizado para describir un conjunto de factores sociales, lo que se implica es que el tener mas amigos íntimos, el ser miembro de organizaciones y el poseer vínculos familiares íntimos hacen que esa persona sea mas saludable y feliz.

Estas dos perspectivas pueden históricamente diferenciarse como la perspectiva estructural y la perspectiva funcional. La primera se focaliza en la existencia e interconexión entre los individuos y sus vínculos sociales, como un mapa de redes de afiliación, que envuelven una variedad de dimensiones componentes (por ej.: número de vínculos, interrelación entre los miembros de la red, homogeneidad de los miembros de la red). Usualmente se la denomina: el estudio de las redes sociales. La perspectiva funcional concierne al contenido de los vínculos sociales, la provisión actual de apoyo social y los procesos involucrados en ella. Específicamente, cuales son los recursos que el individuo posee y como accede a ellos (Monroe, 1989).

2.2.1.1 El Concepto Estructural: La Red Social.

Mitchell (1969) definió a la red social como un "conjunto específico de vinculaciones entre un conjunto definido de personas" o, alternativamente, "el conjunto de relaciones de un individuo particular". Una red puede ser descrita en términos de su composición y estructura (por ejemplo, el número de gente involucrada y cuántos conocen a cada uno) o por el contenido de las relaciones particulares (por ejemplo: amistades vs. parientes). Siguiendo la línea de Mitchell, Kaplan y cols. (1977) sugirieron

un número de propiedades de las redes sociales que podrían ser relevantes para la salud, siendo de este modo, uno de los primeros estudios que utilizaron una medida del tamaño de la red.

Los primeros trabajos que mostraron interés en el rol del apoyo social en la salud, lo operacionalizaron, simplemente, evaluando si existía la presencia de una esposa o un confidente. Si bien era fácil de medir, esta definición unía a los emocionalmente satisfechos con las relaciones conflictivas. También fueron utilizadas otras medidas de las relaciones sociales como la frecuencia de contactos con amigos y conocidos, el número de tales relaciones, y el hecho ser miembros de grupos organizados y/o comunitarios. Al igual que el estatus marital, esta información es relativamente sencilla de recoger y cuantificar. Una medida combinada que incluye a estos items es el Social network Index, desarrollada por Berkman y Syme (1979) para el estudio de Alameda County. Este era un índice de red social, que consistía en valorar el estatus matrimonial, el número de amigos íntimos y si los sujetos eran miembros de organizaciones comunitarias. La pobreza de la red fue predictora de la tasa de mortalidad general en una gran población durante 9,5 años de seguimiento. Su investigación, que es metodológicamente superior a la mayoría de los estudios hechos en el campo, demostró la importancia de los vínculos sociales, aunque quedó sin explicación el cómo los vínculos sociales afectan a la salud y si es el apoyo social, antes que otro efecto de las relaciones, el factor realmente beneficioso.

Cuando se utilizan éstas medidas estructurales del tamaño de la red, se presuponen dos hechos de alguna manera cuestionables: por un lado, que cualquier beneficio es directamente proporcional al tamaño y rango de la red y, por otro lado, que tener relaciones es equivalente a tener apoyo. Estas suposiciones ignoran las demandas, las restricciones y los conflictos asociados con las relaciones sociales. Inclusive estos problemas comprenden una cuota significativa de las experiencias de estrés de los individuos en sus vidas diarias. El balance entre los costos y beneficios de los vínculos sociales probablemente difieren entre las personas, las situaciones y los roles sociales. Por ejemplo, existen evidencias de que el matrimonio no confiere el mismo grado de protección frente a la morbilidad y la mortalidad en hombre que en mujeres (Ortmeyer, 1974; Ernster, Sacks, Selvin y Petrakis, 1979). Por otro lado, los costos de los vínculos sociales son también evidentes en una gran cantidad de investigaciones que identifican a la familia como una fuente de estrés (Croog, 1970) y como un factor en la etiología de psicopatología (Liem y Liem, 1978). Por todo ello, se llegó a la conclusión de que era tan importante examinar la calidad del apoyo social como su disponibilidad, ya que estos puede variar aún en el mismo tipo de relación social, como por ejemplo, el matrimonio (Monroe, 1989).

El siguiente paso fué el poder comprender el significado de la asociación entre la presencia de una relación íntima y la salud. Para ello, un número de teóricos en el campo de la epidemiología y la sociología, comenzaron a conceptualizar al apoyo social en términos de las funciones satisfactorias de las relaciones.

2.2.1.2 El concepto funcional: la percepción del Apoyo Social.

Este concepto se distingue del concepto más estructural de red, porque pone la atención en la naturaleza de las interacciones que tienen lugar en las relaciones sociales y cómo son evaluadas por el individuo. La percepción del apoyo social involucra una evaluación (*appraisal*) previa, por parte del sujeto, de si una relación es útil o no y, en caso afirmativo, cuan útil es.

Esta aproximación puede ser ilustrada por dos estudios (Andrews y cols., 1978 y Gore, 1978). Gore utilizó un índice de 13 ítems para investigar la percepción del apoyo dado por sus esposas, amigos y familiares, en 100 hombres que habían perdido su trabajo por el cierre de una fábrica y relacionó esta medida con su salud. Halló que aquellos hombres que no fueron reempleados inmediatamente y que no se sentían apoyados tuvieron mayor colesterol y mas síntomas de enfermedad. Por otro lado, Andrews y cols. (1978), utilizando una muestra australiana, hallaron que las expectativas de obtener ayuda de los amigos, parientes y vecinos en una crisis, correlacionó negativamente con prejuicios psicológicos mientras que las medidas de la red no.

El motivo más importante para distinguir entre la percepción del apoyo social y las redes sociales es que pueden llegar a tener efectos distintos en la salud, la moral y el funcionamiento psicológico. Es posible que la percepción de apoyo social pueda estar más fuertemente asociada con la salud que con la red, ya que es una medida mas directa del apoyo ofrecido a una persona, suponiendo que el apoyo social antes que otros aspectos de las relaciones sociales, sea el importante para los resultados. Por el otro lado, las redes sociales abarcan muchos procesos psicológicos dentro de la misma medida, no siendo todos positivos para la adaptación del individuo. Los procesos positivos incluyen el pertenecer a una red de personas, quienes podrían proveer diversos tipos de apoyo cuando fueran necesarios, en especial frente a los acontecimientos estresantes. Las redes sociales podrían también ser vistas como fuentes potenciales de apoyo, que pueden utilizarse o no dependiendo de las actitudes de las personas para aceptar la ayuda o para acceder a estrategias de adaptación alternativas. Los procesos negativos incluyen las demandas estresantes hechas por otros, las obligaciones que ejercitan sobre sus propias elecciones, los esfuerzos requeridos para mantener la red y los desacuerdos inherentes

a tales relaciones cuando la ayuda es necesaria pero no es provista. Las demandas y obligaciones de los miembros de la red pueden diluir o viciar los efectos benéficos, y así, debilitar cualquier relación que pudiera ser saludable (Barrón, 1996).

2.2.2 EL APOYO SOCIAL COMO METACONSTRUCTO: Dimensiones.

Según algunos investigadores lo más adecuado es ver al apoyo social como un metaconstructo, compuesto por varios constructos (Cook y Campbell, 1979; Vaux y Harrison, 1985; Vaux, Burda y Stewart, 1986; Vaux, Riedel y Stewart, 1987; Vaux y Athanassopoulou, 1987; Vaux, 1988; Barrón, 1996). Estos constructos podrían clasificarse de la siguiente manera:

- 1) Recursos de la red de apoyo,
- 2) Actos de apoyo específicos, y
- 3) Evaluación subjetiva del apoyo.

Los recursos de la red de apoyo serían, por ejemplo, el tamaño, la estructura y las relaciones características de las redes de apoyo. Los actos de apoyo específicos serían conductas determinadas, como escuchar, confortar, aconsejar, prestar dinero, socializar, o ayudar en determinadas tareas. Por último, la evaluación subjetiva del apoyo, estaría conformada por las percepciones y/o creencias del individuo de que está incluido, cuidado por, respetado, y que es tenido en cuenta en sus necesidades.

Se presupone que los recursos de apoyo proveen el contexto a los actos de apoyo y ambos, los actos y las relaciones en sí mismas, dirigen las evaluaciones sobre la adecuación o no del apoyo. Sin embargo este proceso es indudablemente complejo. ¿Qué características de las redes de apoyo (tamaño, densidad, composición, intimidad de las relaciones, etc.) son las que promueven adecuadas conductas de apoyo (escuchar, brindar asistencia práctica, aconsejar)? ¿Qué características, tanto de la red como de las conductas de apoyo, promueven una evaluación subjetiva positiva del apoyo en el individuo?. Las vinculaciones entre estas facetas del apoyo social, han comenzado a estudiarse hace poco tiempo (Stokes, 1983; Stokes y Wilson, 1984; Vaux y Harrison, 1985; Vaux y Wood, 1985, Vaux, 1988).

2.2.2.1 Dimensiones del Apoyo Social

La variedad de definiciones operacionales que aparecen en la literatura, son el resultado de las múltiples interpretaciones hechas sobre el significado del apoyo social.

Tardy (1985), en un intento de clarificar y organizar las diferencias entre las aproximaciones utilizadas por varios investigadores, desarrolla cinco aspectos o dimensiones del apoyo social: la direccionalidad, la disposición, la descripción/evaluación, el contenido y la conexión (Vaux, 1988; Barrón, 1996).

1. **Direccionalidad:** El apoyo social posee fundamentalmente dos direcciones claras y estas son, por un lado, lo que se recibe de los otros y, por el otro, lo que se da a los otros, o ambas cosas a la vez. La mayoría de las investigaciones se focalizan en la recepción del apoyo antes que en el aspecto de brindar apoyo (Fischer, 1982; McFarlane, Neale, Norman, Roy y Streiner, 1981; Tolsdorf, 1976).

2. **Disponibilidad:** Por un lado, una persona puede tener apoyo social disponible, aunque no lo esté utilizando, lo que hace referencia a la cantidad y calidad del apoyo a la que la persona tiene acceso (Barrera, 1981; Sarason, Levine, Basham, y Sarason, 1983; Sarason y Sarason, 1994), mientras que por el otro lado está la utilización real (*enacted*) de dichos recursos (Barrera, Sandler y Ramsay, 1981; Burke, 1978; Carveth y Gotlieb, 1979; Fernández Ríos y cols., 1992).

3. **Descripción/Evaluación:** Estas constituyen dos facetas distintas del apoyo social. Ejemplos de evaluación son los estudios sobre la satisfacción de la gente con su apoyo social (Barrera, 1981; Cauce, Felner y Primavera, 1982). Por el otro lado algunos estudios sólo proponen la descripción del apoyo social (Barrera y cols., 1981; Hammer, 1981), mientras que otros examinan a ambos (Monroe, 1983; Sarason y cols., 1983). Esto plantea una de las principales críticas que se realizan a los primeros estudios sobre apoyo social, y es el hecho de que no tuvieron en cuenta sus posibles efectos negativos. Actualmente se reconoce que el mismo apoyo social puede, en algunos casos, ser el origen de problemas y conflictos para las personas que lo reciben (Dunkel-Schetter y Wortman, 1982).

4. **Contenido:** Como existe una gran variación del contenido del apoyo en distintas situaciones, quizás la tipología más útil para describirlo y clasificarlo es el planteamiento original de House (1981), quien diferenció formalmente entre distintos tipos de apoyo social: el "apoyo emocional", el "apoyo informativo", el "apoyo instrumental", y el "apoyo valorativo", señalando además, que los distintos tipos de apoyo pueden tener efectos distintos. La necesidad de evaluar los efectos diferenciales de los distintos componentes del apoyo, ha sido puesta de manifiesto en diferentes estudios cuyos resultados muestran que, ante una misma situación estresante, un determinado tipo de apoyo social puede ser beneficioso, mientras que en esa misma situación estresante, otra forma diferente de apoyo social puede incrementar el efecto negativo (Costanza, Derlega y Winstead, 1988).

5. **Conexión:** La dimensión social del apoyo constituye la quinta medida y se

refiere a la fuente de donde proviene el apoyo social, es decir, quien aporta ese apoyo: la familia, los amigos, una red de apoyo artificial, etc. En este sentido, los estudios señalan que la efectividad de un determinado tipo de apoyo, depende muchas veces, de quién aporte ese apoyo. Parecería existir una interacción entre el tipo y la fuente del apoyo social. Dunkel-Schetter (1984), en un estudio realizado con pacientes con cáncer mostró que el apoyo informativo era beneficioso únicamente si provenía del médico, mientras que se consideraba inútil e incluso perjudicial, si era ofrecido por la familia o los amigos. A su vez, estas fuentes de apoyo más allegadas al paciente, eran más eficaces cuando ofrecían apoyo de tipo emocional (Sarason y Sarason, 1994). Otras alternativas y clasificaciones han sido sugeridas por Fiore, Becker and Coppel (1983); Gotlieb (1978, 1983) y Schwarzer y Leppin, 1991).

Teniendo en cuenta esta multidimensionalidad del constructo de apoyo social, se puede lograr una evaluación más fiable de sus efectos, al poder delimitar qué tipo de apoyo, real o recibido, y ofrecido por quién, es positivo o negativo para la salud psicofísica del individuo.

2.3 MEDIDAS DE APOYO SOCIAL

Lo que hemos visto hasta ahora indica que una gran cantidad de disciplinas se han interesado en el apoyo social y que, como resultado de este multidisciplinario interés, la definición de apoyo social refleja una gran variedad de puntos de vista. Sin embargo es de suma importancia el clarificar el concepto de apoyo social y, por ende, de sus medidas ya que existe una evidencia indiscutible de que el ajuste personal y la conducta social, así como el mantenimiento de la salud y la recuperación de la enfermedad, está significativamente influenciada por la posibilidad de los sujetos de acceder a las personas que puedan brindar apoyo. Si se ha observado que la deficiencia en apoyo social se relacionan con resultados negativos y si es importante identificar a la gente que varía en el continuum del apoyo social, se necesita un método adecuado para poder medir la importancia de los recursos sociales. Durante la década pasada se ha intentado cuantificar el apoyo social y se dispone en la actualidad, de un gran número de instrumentos para tal fin. Es de suma importancia que se tenga en cuenta que los instrumentos de apoyo social que difieran en sus bases conceptuales, pueden también diferir en aquellos aspectos de las relaciones sociales que se estén investigando y en su adecuación como instrumentos de medición. Según Sarason y Sarason (1994), una de las principales confusiones sobre el apoyo social es que el término se vincula tanto con los eventos objetivos (la

disponibilidad actual de los otros) como con las estimaciones subjetivas (la percepción de la necesidad de ayuda que tienen los otros). La gran variedad de medidas utilizadas por los investigadores, de forma arbitraria, ha llevado a una confusión teórica y empírica de los diferentes constructos del apoyo. Muchas de estas medidas, que implícitamente reconocen la riqueza del concepto de apoyo, tratan de capturar todas sus facetas en una sola, siendo de poca utilidad para investigar cualquiera de ellas. A pesar de la diversidad de instrumentos desarrollados para evaluar el apoyo social, existe un cierto acuerdo en que estos se pueden agrupar en estas tres grandes categorías generales: 1) Medidas de la red, 2) Medidas del apoyo recibido en la actualidad o que se informa que ha sido recibido, y 3) Medidas de la cantidad de apoyo que la persona percibe que está disponible.

2.3.1 MEDIDAS DE LA RED.

Estos instrumentos pueden ser considerados como "medidas estructurales", en el sentido de que evalúan el "rango e interconexión de recursos que posibilitan el apoyo social" (Ganster y Victor, 1988). Desde esta perspectiva se utilizan indicadores tales como el tamaño, la densidad, la frecuencia de utilización, o la accesibilidad de determinadas redes de apoyo social. Así, por ejemplo, se han utilizado como indicadores de apoyo social el estado civil, la participación en actividades de una comunidad o la frecuencia de contacto con los amigos. Estas medidas han dado pie a numerosos cuestionarios y técnicas, aunque no todos gozan de la suficiente fiabilidad y validez (Leavy, 1983). Se centran principalmente, en el ajuste de una persona en un grupo y sus interrelaciones con la matriz de la red. Las características de esta aproximación son:

- a) se conoce la extensión de las relaciones examinadas,
- b) provee un método para describir el patrón estructural de las relaciones y permite el análisis del impacto de patrones diferentes, y
- c) puede ayudar a clarificar múltiples aspectos y efectos, positivos y negativos, de las relaciones mencionadas (Wellman, 1981; Wilcox, 1981).

Aunque su utilidad es clara, no ayuda a comprender las relaciones causales entre las relaciones sociales y la salud (House y Kahn, 1985). A pesar de esta limitación, brinda una información útil para comprender el papel del apoyo social. Las características de la red más comunmente investigadas incluyen las propiedades estructurales e interaccionales (tamaño, densidad, vínculos entre los miembros de la red, y reciprocidad) o los aspectos cualitativos (el contenido y calidad de las relaciones; Israel, 1982). Se han hallado correlaciones contradictorias entre el bienestar y las características estructurales

e interaccionales de las medidas de la red. Por ejemplo, Hirsch (1980) estudió el efecto de patrones diferentes de redes sociales en salud mental en un grupo de mujeres en una situación de transición: viudas recientes, relativamente jóvenes y mujeres maduras que retornaban a la Universidad a tiempo completo. Halló que la estructura de los vínculos de las familias y amigos fue el factor mejor relacionado con el nivel de síntomas, humor y autoestima: a mayor densidad de red, mayor nivel de síntomas, depresión y baja autoestima. En cambio Gallo (1982), halló una asociación positiva entre densidad de la red y bienestar. Este tema se retomará más adelante cuando se hable de los efectos positivos y negativos del apoyo social.

El análisis de la red puede también focalizarse en la reciprocidad de las relaciones. En general, las relaciones en las cuáles el sujeto y la persona de la red inician contacto, promueven la salud. En contraste, aquellas en las que la iniciación del contacto es de un sólo lado (unilateral) no promueven la salud. Hay que tener en cuenta que, en las relaciones íntimas, ésta noción de reciprocidad está basada en un período extenso de tiempo y no en una serie de intercambios inmediatos de la misma (Levitt, 1991).

El tamaño de la red puede afectar también a la satisfacción con el apoyo. Stokes (1983) halló una relación curvilínea entre el número de confidentes y la satisfacción con el apoyo entre estudiantes universitarios. Las demandas y responsabilidades del mantenimiento de numerosas relaciones puede contrarrestar los beneficios que estos producen; ni el tamaño de la red ni el tamaño del grupo de personas con quienes el entrevistado siente intimidad es predictivo del apoyo que dicen recibir. (Stokes y Wilson, 1984).

A pesar de que las medidas de red dieron algunas pistas prometedoras, hay poca evidencia de su utilidad en el estudio de la salud y el apoyo social (House y Khan, 1985).

2.3.2 MEDIDAS DE APOYO RECIBIDO

El apoyo social también puede ser visto como aquel apoyo que ha recibido el sujeto o que percibe que estará disponible cuando la necesidad se presente. Investigaciones recientes hallaron, sin embargo, que hay pocas similitudes entre las dos definiciones. Por ejemplo, Ward, Sherman y LaGory (1984), hallaron que la valoración subjetiva de la red, era sólo una parte de la actual disponibilidad y compromiso de la red de los sujetos y que la percepción de tener vínculos sociales suficientes es más importante para determinar el bienestar en ancianos, que la valoración que hicieron los sujetos de la disponibilidad actual de apoyo de la red. Antonucci e Israel (1986), hallaron que la percepción de disponer de apoyo social, es un mejor predictor de bienestar que el

informe del sujeto que actualmente brinda el apoyo. McCormick, Siegert y Walkey (1987) compararon una medida de apoyo percibido con una medida de apoyo recibido y comprobaron que se valoraban empíricamente distintos constructos. En un estudio que examinaba la experiencia de estrés en estudiantes odontológicos, Cooper (1986) halló que el apoyo funcional percibido y las transacciones de apoyo juegan un papel potencialmente importante, aunque bastante diferente. Los dos estaban débilmente correlacionados. La percepción de apoyo juega un rol en los procesos de evaluación del estrés y sirve como una habilidad de afrontamiento. Las transacciones de apoyo, en cambio, sirven como una asistencia en el afrontamiento que facilita o impide el ajuste, como un factor complejo de la adaptación entre las demandas del estresor, el tipo de apoyo dado y las características del individuo. Rosenberg (1985) comparó los efectos del apoyo recibido y percibido en relación con un estresor y halló que el bienestar estaba incrementado por la percepción de apoyo, pero no por el apoyo recibido específicamente. El apoyo recibido también parece hallarse relacionado positivamente con el estrés, mientras que la mayoría de las medidas de apoyo percibido están inversamente relacionadas con el estrés (Cummins, 1987).

2.3.3 MEDIDAS DE PERCEPCIÓN DEL APOYO

Estos instrumentos evalúan al apoyo social a través de las acciones que los otros realizan para ayudar a una persona. Como hemos visto, Tardy (1985) denominó a las descripciones de las conductas de apoyo como "apoyo real" (*enacted*), para diferenciarlo del apoyo "disponible" que evaluó con las escalas de disponibilidad percibida o incluso con medidas de conexión social (Barrera y Balls, 1983; Carveth y Gotlieb, 1979; Henderson, Byrne, Duncan-Jones y Scott, 1980, Sandler y Lakey, 1982). La mayoría de estos instrumentos son escalas de autoinforme que se basan en las evaluaciones retrospectivas del propio sujeto, por lo que podríamos considerar que, en realidad, lo que miden es el apoyo "recibido percibido" (Durá y Garcés, 1991).

La percepción de disponer apoyo enfatiza el papel de la evaluación subjetiva del individuo en la relación entre el apoyo social y la salud. Una considerable cantidad de investigaciones ha demostrado una relación entre la satisfacción con el apoyo, la percepción de disponer apoyo y el estatus psicológico (Procidano y Heller, 1983; Sandler y Barrera, 1984; Sarason y cols., 1983). En general, una baja satisfacción con el apoyo percibido está asociado con el aumento del distrés psicológico. Se ha llegado a la conclusión de que es éste aspecto (la percepción de disponer de apoyo social), antes que el apoyo recibido actual, el que protege la salud (Antonucci e Israel, 1986; Wethington

y Kesler, 1986)

Estos instrumentos tienen en común la consideración de los aspectos más cognitivos del apoyo social, puesto que no cuantifican el número de apoyos o la cantidad de contacto social, como se hacía en los primeros, sino que se refieren a la valoración cognitiva que hace el sujeto de estar conectado con otros. Este tipo de medidas se corresponden con las definiciones vistas anteriormente y que señalaban como funciones básicas del apoyo social, las de información o feedback. En este sentido, estas medidas han sido denominadas como "funcionalistas", opuestas a las medidas puramente estructurales señaladas anteriormente (Ganster y Víctor, 1988). La mayoría de las medidas sobre apoyo social percibido incorporan dos dimensiones: "disponibilidad percibida de lazos sociales" y "adecuación percibida de los mismos" (Cohen y Hoberman, 1983; Holahan y Moos, 1981; Procidano y Heller, 1983; Turner, Frankl y Levin, 1983). Otros instrumentos se centran exclusivamente en la segunda dimensión, es decir, en la satisfacción con el apoyo (Barrera, 1981; Henderson, Byrne y Duncan-Jones, 1981; Sarason y cols., 1983).

El apoyo recibido y la percepción de disponer de apoyo pueden jugar diferentes roles en la moderación de los efectos del estrés en la salud. La cantidad de apoyo recibido está influenciado directamente por la existencia de una situación estresante. También se ve afectada por la presencia de relaciones que proveen el apoyo potencial y la percepción que tienen esas otras personas de que el individuo está estresado y/o incapaz de ocuparse de la situación. El apoyo percibido puede tener un efecto positivo en la salud porque disminuye el impacto de los estresores, o sus efectos negativos ya que afecta a los esfuerzos de adaptación o a la percepción de la persona de la efectividad de su afrontamiento. En cambio, si el apoyo social es percibido como una característica estable que se desarrolla en función de las relaciones anteriores y actuales, puede servir para aumentar la adaptación del individuo y para generar sentimientos de autoestima y autoeficacia, que pueden reducir la cantidad de estrés percibido. Estas dos consecuencias intentan incrementar los esfuerzos de afrontamiento y de esa forma, incrementar el cambio para obtener resultados positivos.

Por último, el apoyo percibido puede ser visto en términos de apoyo global y funcional. La perspectiva global incluye las apreciaciones de las personas del apoyo que podría estar disponible si lo necesitaran, y la satisfacción que sienten con la apreciación de disponer de este apoyo. La perspectiva funcional está interesada en la importancia de igualar el apoyo disponible con las necesidades de la persona (Sarason y Sarason, 1994). A continuación, vamos a revisar estas dos apreciaciones del apoyo social percibido.

2.3.3.1 La perspectiva global

La perspectiva global o de conjunto, enfatiza la importancia de los sentimientos de amor y cuidado de los otros como el elemento central en el efecto protector del apoyo social. Se argumenta que si la persona tiene relaciones de intimidad y de cuidado, ese individuo puede contar con una provisión de apoyo; si eso no fuera posible, podría recurrir a una persona que buscara y/o encontrara a otras que pudieran proveerle el apoyo necesario. Lo básico de esta perspectiva es la idea de que los sentimientos de sentirse amado y cuidado podrían aumentar tanto la autoeficacia de la persona, como su evaluación de la amenaza y su repertorio de afrontamiento (Sarason, Shearin, Pierce y Sarason, 1987; Sarason y Sarason, 1994).

Existen evidencias de que el apoyo social definido de esta forma puede ser mejor conceptualizado como una variable de personalidad. Sarason y cols. (1986) han demostrado que tanto la percepción de disponer de apoyo como la satisfacción con el apoyo son variables más estables a través del tiempo, aún si esos años abarcaran transiciones significativas del desarrollo, o ciclo vital, con los consiguientes cambios en la red de apoyo que estas transiciones implican.

Esta perspectiva, proviene en parte, de los trabajos de Bowlby (1969, 1979, 1980) sobre el apego y las relaciones como resultado de experiencias tempranas. Además, algunos estudios han demostrado una relación entre la percepción del apoyo social y tanto la percepción de los otros, como la evaluación de sus experiencias (Sarason y cols., 1990).

Cuando se investiga al apoyo como una protección sobre los efectos negativos del estrés, deben ser considerados tanto los recursos de estrés como los recursos de apoyo. Por ejemplo, la resistencia al estrés en el lugar de trabajo, está asociado a un mayor nivel de percepción de disponer de apoyo en el ambiente de trabajo, antes que el apoyo brindado por la familia o los amigos (Holahan y Moos, 1982).

2.3.3.2 Medidas de Apoyo Funcional

Las primeras investigaciones sobre el apoyo social caracterizaron sus funciones como proveedor de bienestar y de salud (Cobb, 1976; Kaplan, 1977; Weiss, 1974). Se consideró que la idea de investigar los efectos del apoyo social en términos de necesidades específicas, podría ser de utilidad no sólo para comprender como las funciones del apoyo promueven la salud y previenen la enfermedad, sino para clarificar como diseñar intervenciones efectivas. Esta perspectiva ha contado con muchos seguidores que desarrollaron medidas para evaluar los componentes funcionales del

apoyo. Entre las medidas que se han centrado en el apoyo percibido están, por ejemplo, el *Interpersonal Support Evaluation List* (ISEL; Cohen, Mermeltein, Kamarck y Hoberman, 1985) y el *Social Provision Scale* (SPS; Cutrona y Russell, 1987). Cohen y Wills (1985) han propuesto que el efecto amortiguador del apoyo social, que sirve para proteger parcialmente a las personas en estado de vulnerabilidad por la acción del estrés, es una función que surge del juego entre la necesidad generada por el estresor y el tipo de apoyo dado. Postulan que la mala igualación del apoyo es el motivo de que muchas investigaciones hayan obtenidos resultados conflictivos con el modelo de la amortiguación. Cutrona y Russel (1987) han realizado una investigación programada con el SPS, donde se halló que las funciones de necesidad de apoyo son diferentes según el nivel del desarrollo y la situación de vida.

Otros investigadores, no satisfechos con la perspectiva funcional, desarrollaron instrumentos de medición de otras funciones diferentes (House y Kahn, 1985; Orth-Gomér y Undén, 1987; Sarason y cols., 1987; Stokes, 1983). El problema que existe con los actuales instrumentos de apoyo funcional es que las escalas que miden las diferentes funciones, normalmente están altamente correlacionadas. Aún si las subescalas de los instrumentos han sido analizadas factorialmente, la alta correlación entre los factores sugiere que la existencia de un factor común de apoyo social general, sea el origen de los diferentes componentes del apoyo social (Brookings y Bolton, 1988). Es posible que estos resultados se deban a que la mayoría de las escalas miden apoyo emocional y que éste puede diferenciarse, algunas veces, del apoyo real.

Por otro lado, Broadhead, Kaplan, James, Wagner, Schoenbach, Grimson, Heyden, Tibblin y Gehlbach (1983), hallaron que las medidas de apoyo funcional y las medidas estructurales y cualitativas del apoyo, tienen una correlación mínima.

Sarason y Sarason (1994), después de realizar un estudio sobre las cualidades psicométricas de distintas medidas de apoyo social, plantean que los instrumentos derivados de perspectivas diferentes de apoyo social no miden lo mismo. Inclusive instrumentos derivados de las mismas perspectivas pueden producir resultados distintos, dependiendo del formato que posean. Por lo tanto, es muy importante que, para la selección de medidas, los investigadores tengan especialmente en cuenta sus características psicométricas. Por ejemplo, una medida de apoyo social tendría que tener al menos un coeficiente de fiabilidad de 0.80. Otra cosa a tener en cuenta, según estos autores, es como está conceptualizado y medido el apoyo social. Por ejemplo, Blazer (1982) halló que la magnitud de la correlación entre el apoyo social y el riesgo de mortalidad en un período de 30 meses, dependía de la definición del apoyo. Una medida de apoyo percibido correlacionaba más con la mortalidad que el apoyo definido como la frecuencia de interacción entre amistades y familiares. Antonucci e Israel (1986) también hallaron

que la apreciación de la gente de disponer de apoyo puede ser aún más importante que sus contactos interpersonales actuales. Las medidas de la red parecen estar relacionadas en general con resultados de salud; las medidas de integración social predicen mortalidad en hombres blancos, pero su correlación con grupos de otras razas ha sido débil (Berkman y Seeman, 1986; House, Landis y Umberson, 1988). Estas medidas de integración social también predicen el riesgo de mortalidad en hombres que han sufrido al menos un infarto de miocardio (Rubberman, Weinblatt, Goldberg y Chaudhary, 1984). Las medidas de integración social pueden considerarse menos válidas para las mujeres y el entorno rural o de pueblo, como contrario a una gran ciudad (House y cols., 1988). En cambio para investigar la morbilidad las medidas de integración social no parecen ser demasiado útiles, siendo las medidas de apoyo social percibido las que tienen mejor posibilidad de mostrar asociaciones con el desarrollo del desorden. Por ejemplo, Seeman y Syme (1987) hallaron que la percepción de sentirse amados fue el predictor más significativo de Enfermedad Arterial Coronaria entre tres medidas de apoyo social. La red de apoyo instrumental fue un predictor menos fuerte y el apoyo emocional orientado hacia un problema no correlacionó significativamente. De esta forma se puede observar la importancia de utilizar distintas definiciones de apoyo social en un intento de clarificar el concepto y sus relaciones con la enfermedad coronaria.

Muchas veces las medidas de apoyo recibido se confunden con situaciones vitales estresantes, porque la gente que sufre estas situaciones generalmente recibe más apoyo. Es aconsejable utilizar junto con esta medida otra de eventos vitales e incluir medidas de variables de personalidad que se relacionaran o pudieran relacionarse con un incremento del riesgo. Por ejemplo, medir al patrón de conducta Tipo A podría ser importante para comprender la compleja relación entre el apoyo social y la enfermedad coronaria (Blumenthal y cols., 1987).

Si bien las pruebas de la relación entre la ECC y el apoyo social parecen más fuertes que la evidencia de la conducta Tipo A, que fue evaluada como factor de riesgo, y el nivel de tabaquismo (House y cols., 1988), se necesitan mejores teorías y datos más fidedignos para establecer los vínculos de esas relaciones. Quizás una de las maneras para mejorar la situación es utilizar una variedad de definiciones actuales de apoyo social para comprender, de manera más eficiente, cuáles de ellas se relacionan con la ECC y bajo qué circunstancias (Sarason y Sarason, 1994).

2.4 PERSPECTIVAS TEÓRICAS SOBRE EL APOYO SOCIAL:

Teorías y Modelos

La evidencia de los efectos beneficiosos del apoyo social sobre la salud es muy

grande, lo que ha llevado a la aparición de numerosas estrategias de intervención, dirigidas a crear o movilizar las redes de apoyo de las personas. Sin embargo, para poder llevar esto adelante es imprescindible aclarar los mecanismos a través de los cuales el apoyo social se relaciona con la salud, qué tipos de efectos tiene, en qué condiciones, qué aspectos del apoyo son más beneficiosos, etc. En este apartado se expondrán las perspectivas teóricas principales y algunos de los modelos más relevantes

2.4.1 TEORÍAS SOBRE EL APOYO SOCIAL

Las investigaciones sobre el apoyo social y su importancia para los individuos se han desarrollado a lo largo de tres perspectivas teóricas principales: 1) El apoyo social tiene **efectos directos** sobre la salud física y mental de los individuos; 2) El apoyo social **reduce directamente** el impacto de los eventos estresantes que afectan a las personas; 3) El apoyo social **amortigua** el impacto de los eventos estresantes sobre la salud de las personas.

2.4.1.1 Teoría de los efectos directos del Apoyo Social

La perspectiva de que el apoyo social tiene **efectos directos** sobre la salud física y mental de los individuos se basa en estudios que se han centrado en los efectos que las relaciones sociales tienen sobre la morbilidad y mortalidad de las personas.

Según se demostró en tres estudios prospectivos, con un seguimiento de 9, 12 y 25 años, realizados por Berkman y Syme (1979), House, Robbins y Metzner (1982) y Blazer (1982), la mortalidad general fue mayor entre las personas que tenían bajos niveles de apoyo social. De forma similar, en algunos estudios prospectivos que utilizaron medidas de salud mental, se halló una correlación positiva entre apoyo social y salud mental (Aneshensel y Frerichs, 1982; Billings y Moos, 1982; Henderson, Byrne y Duncan-Jones, 1981; Turner, 1981; Williams, Ware y Donald, 1981).

En definitiva, se trata de una perspectiva epidemiológica que evalúa el impacto directo del apoyo social sobre la salud de las personas, a corto o largo plazo: a mayor nivel de apoyo social menor malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social mayor incidencia de trastornos, independientemente de los acontecimientos vitales estresantes que pudieran sufrir estas personas. Esto no quiere decir que en presencia de estresores sociales deje de actuar, sino que el apoyo social ejerce una influencia independiente (Gottlieb, 1983). Desde esta perspectiva, el apoyo social se ha definido en

función de los contactos sociales, es decir, en base a medidas estructurales sobre el rango y amplitud de las interconexiones del individuo, por ejemplo: "estar o no estar casado", "pertenecer a alguna organización", "acudir a actos sociales", etc. Payne y Jones (1987) han revisado la evidencia empírica a favor de esta perspectiva teórica, aunque basándose exclusivamente en los estudios que analizan la relación apoyo social y sintomatología psicológica (no física), concluyendo que la disponibilidad de apoyo social explica alrededor del 10% de la varianza de la variable dependiente. Según Barrón (1996), esta hipótesis también ha recibido abundante apoyo experimental (Veiel, Brill, Haffner y Welz, 1988; Orth-gomer y Undén, 1990).

2.4.1.2 Teoría del efecto reductor directo del Apoyo Social

Según ésta perspectiva, el apoyo social reduce directamente el impacto de los eventos estresantes que afectan a las personas. Es decir, que el apoyo social se relacionaría, no con la salud general de las personas, como postulaba el planteamiento anterior, sino con el ajuste a un evento estresante particular. Así, se ha estudiado la relación que guarda el apoyo social con la adaptación, tanto física como psicológica del individuo, ante la pérdida del trabajo, el estrés en el mismo, la maternidad-paternidad, la viudez, el infarto, la hipertensión, la enfermedad coronaria y otras enfermedades graves y crónicas. Los problemas que enfrentan estos trabajos es que se han realizado generalmente, en ambientes específicos (hospitales o industrias), con muestras excesivamente pequeñas y con conceptualizaciones del apoyo social y de la adaptación al estrés excesivamente simplistas.

Según la revisión efectuada por Payne y Jones (1987), la evidencia empírica a favor de la relación entre apoyo social y estrés es mucho más débil que la encontrada para la relación directa entre apoyo y síntomas psicológicos. En ninguno de los estudios revisados por estos autores, la varianza común entre las dos variables superaba el 6%.

2.4.1.3 Teoría del efecto amortiguador del Apoyo Social

Según ésta perspectiva, el apoyo social amortigua el impacto de los eventos estresantes sobre la salud de las personas. Esta conceptualización más compleja sobre los efectos del apoyo social, postula que éste no influye directamente ni sobre la salud, ni sobre los estresores, sino que modula la relación entre ambos. Se la ha denominado "la hipótesis del efecto amortiguador" (*the buffering hypothesis*) (Cobb, 1976; Cohen y

McKay, 1984; Cohen y Wills, 1985; Cohen y Ashby, 1985; Cohen y Syme, 1985). Esta hipótesis afirma que cuando las personas están expuestas a estresores sociales, estos tendrán efectos negativos sólo entre los sujetos cuyo nivel de apoyo social sea bajo. Sin embargo, sin estresores sociales el apoyo social no tiene influencia sobre el bienestar, es decir que su papel se limita a proteger a las personas de los efectos patogénicos del estrés, siendo esencialmente un moderador de los efectos patogénicos de los acontecimientos vitales estresantes. Payne y Jones (1987) concluyen en su revisión que aunque lógicamente existen estudios que apoyan tanto a la hipótesis del efecto amortiguador como estudios que no logran verificarla, sin embargo, la balanza parece inclinarse hacia los segundos. A pesar de ello, existen estudios que continúan sobreestimando la evidencia a favor de la hipótesis de la amortiguación (Thoits, 1982; Cohen y Wills, 1985; Brown y Bifulco, 1985; Parker y Barnett, 1987). Barrera (1988) hace una reformulación de la hipótesis del amortiguamiento. Plantea que ésta hipótesis se fundamenta en dos supuestos: a) el apoyo social tiene efectos beneficiosos incluso en niveles extremadamente altos de estrés; y b) los sujetos con apoyo social pobre experimentan niveles de distrés que se incrementan en la medida en que el estrés se intensifica. Estos dos supuestos deberían reformularse de la siguiente manera: a) el apoyo social no disminuye los niveles de estrés, al menos de forma significativa, cuando éstos son extremadamente altos; y b) en los individuos con bajo apoyo social, si se aumentan los niveles de distrés, eso no significa que se incrementen en la misma medida los niveles de apoyo social. Es decir que lo que Barrera (1988) afirma es que la relación entre estrés y salud es curvilínea.

Por último, podríamos decir que tanto las hipótesis de los efectos directos como la de los efectos indirectos no son incompatibles entre sí, como piensan gran cantidad de investigadores y, de hecho, varios estudios han hallado ambos tipos de efectos (Gore, 1978; Turner, 1983; Aneshensel y Stone, 1982; Cohen y Hoberman, 1983; Kessler y McLeod, 1985). Algunos autores hipotetizan que el apoyo social percibido tiene efectos directos, mientras que el apoyo recibido o real tiene efectos de protección (Cohen y Wills, 1985; Lakey y Heller, 1988).

2.4.2 MODELOS DE APOYO SOCIAL

Un modelo es, según Anguera (1989), un portador y facilitador de mecanismos de representación conceptual, y constituye un instrumento importante para la investigación.

Han sido varios los modelos formulados por distintos autores para describir,

explicar y diseñar estrategias de intervención en base a las confluencias teóricas entre eventos vitales, apoyo social y salud/enfermedad. Si bien la selección se ha hecho sobre los modelos y/o autores más relevantes, no se trata de modelos exclusivos y puede observarse entre ellos cierto solapamiento. Estos modelos están basados en evidencias empíricas del funcionamiento del planteamiento de apoyo social propuestos por estos autores: Dohrenwend y Dohrenwend (1981), House (1981) y Cohen (1988).

2.4.2.1 Modelos de Dohrenwend y Dohrenwend (1981)

Estos autores plantean seis modelos básicos que describen la interacción entre la situación, los recursos personales y los eventos vitales. Estos modelos son: a) modelo de victimización, b) modelo de tensión-estrés, c) modelo de vulnerabilidad, d) modelo de carga aditiva, e) modelo de carga crónica y f) modelo de propensión.

- a) Modelo de victimización: Plantea que la acumulación de eventos vitales estresantes extremos causa patología (por ejemplo: situaciones de combate).
- b) Modelo de tensión-estrés: Indica que las respuestas o procesos fisiológicos median entre el impacto de los eventos vitales y su probable influencia en la enfermedad.
- c) Modelo de vulnerabilidad: Describe como las variables de personalidad y los distintos aspectos del apoyo social moderan la relación causal entre los eventos vitales y la patología.
- d) Modelo de carga aditiva: Este modelo contrasta con el anterior, ya que en este caso las disposiciones personales y las sociales, en vez de moderar o mediar el impacto de los eventos vitales, son consideradas como contribuidoras causales independientes a la patología.
- e) Modelo de carga crónica: Plantea que son las disposiciones personales y sociales las que producen patología, quitándole relevancia al rol de los eventos vitales transitorios.
- f) Modelo de propensión: Afirma que la presencia de desórdenes psicológicos, produce eventos vitales estresantes, produciéndose un círculo vicioso, donde estos eventos vitales incrementan la patología.

2.4.2.2 Modelos de House (1981)

Este autor sintetiza en sus modelos las tres formas en que el apoyo social puede

modificar o neutralizar el efecto nocivo del estrés, protegiendo y promocionando la salud. Plantea la existencia de dos efectos principales y uno de amortiguamiento. De los dos efectos principales, uno actúa directamente sobre la salud proveyendo confort emocional y contrarrestando los efectos negativos del estrés. El otro efecto principal actúa haciendo que el apoyo social reduzca directamente el estrés que afecta al individuo, y contribuye indirectamente a mejorar su salud. Por último, el efecto de amortiguamiento actúa mitigando el efecto del estrés sobre la salud.

Esta síntesis surge de acuerdo a las tres teorías relevantes, vistas en el apartado anterior, que consideran la forma en que el apoyo social y el estrés se combinan para afectar a la salud.

2.4.2.3 Modelos de Cohen (1988)

Este autor parte del supuesto del cúmulo de evidencia que existe sobre la influencia del apoyo social en la mortalidad y morbilidad de las personas, buscando vincular al apoyo social en el comienzo de la enfermedad. Para tal fin plantea la existencia de tres tipos de modelos: a) modelos genéricos; b) modelos centrados en el estrés y c) modelos de procesos psicosociales.

a) Modelos Genéricos. Existen tres tipos de modelos genéricos: el primero plantea que el apoyo social está vinculado a la enfermedad a través de la influencia que ejerce sobre patrones conductuales, que incrementan o reducen el riesgo de enfermedad (Modelo 1); el segundo afirma que el apoyo social está vinculado a la enfermedad a través de los efectos que produce sobre respuestas biológicas que influyen en la enfermedad (Modelo 2); y el tercero converge los dos modelos anteriores en cuanto el apoyo social afecta a la conducta que influye en la enfermedad mediados por respuestas biológicas (Modelo 3).

Las conductas saludables hacen referencia a estilos de alimentación adecuados, vida no sedentaria, la evitación del consumo excesivo de tabaco, alcohol, etc., buscando disminuir o erradicar la llamada "patología conductual". Las respuestas biológicas incluyen a factores neuroendocrinos, inmunológicos y hemodinámicos.

b) Modelos centrados en el estrés: estos modelos plantean la importancia del apoyo social en sujetos que se hallan bajo estrés (modelo de la amortiguación), o si el apoyo social es potencialmente benéfico al margen del nivel de estrés (modelo de efecto principal). En ambos casos se supone que el apoyo social se relaciona con los distintos trastornos mediante los procesos biológicos y/o conductuales descritos anteriormente.

c) Modelos de procesos psicosociales: son aquellos modelos que describen los procesos psicosociales que median los efectos del apoyo social sobre la salud, tratando de especificar los procesos biológicos y psicológicos implicados en dicha relación, y evalúan por separado los efectos protectores y directos. Es decir, que también se distinguen en modelos de efecto principal y modelos de amortiguamiento. Los modelos de efectos principales predicen la influencia del apoyo social sobre la salud, independientemente del nivel de estrés, señalando diversas vías a través de las que la integración social puede influir en la salud. Los modelos de amortiguamiento del estrés hacen énfasis en que el apoyo social disponible, accesible y adecuado tiene efectos positivos sólo cuando los individuos se hallan en situaciones de estrés. Las vías o modelos que utilizan unos y otros son: 1) Modelo basado en la información; 2) Modelo de autoestima e identidad;

3) Modelo de influencia social y 4) Modelo de recursos tangibles:

1) Modelos basados en la información: Cuanto más amplia es una red, dispone de más fuentes de información que pueden influir en la adherencia a conductas de salud o a ayudar a los sujetos a evitar situaciones de riesgo. También hay que tener en cuenta que dichas redes pueden fomentar conductas contrarias a las anteriores. Este punto se tratará más adelante.

2) Modelos de autoestima e identidad: El apoyo social produce un aumento en la autoestima, lo que a su vez provoca una supresión de la respuesta neuroendocrina en situaciones estresantes y un mejor funcionamiento inmunológico.

3) Modelos de influencia social: Las personas integradas socialmente están sometidas a una mayor presión y control normativo. Si estas presiones promueven conductas de salud, la integración social fomentaría el bienestar y la salud, mientras que en la situación contraria, estaríamos frente a los aspectos negativos del apoyo social, de los que hablaremos más adelante.

4) Modelos de recursos tangibles: La red social puede ayudar a prevenir trastornos, proporcionando una serie de recursos económicos y materiales que redunden en una salud mejor.

2.5 EFECTOS DEL APOYO SOCIAL: Efectos positivos y negativos.

Existen una serie de trabajos que ponen de manifiesto la aceptación generalizada

de que el apoyo social siempre tiene efectos positivos para la salud (Mitchell, Billings y Moos, 1982; Leavy, 1983; Berkman, 1984 y Kessler, Price y Wortman, 1985). Sin embargo, el apoyo social también puede actuar de manera negativa. Esto fué bien descrito por Argile (1967), quien plantea que: "las relaciones sociales con los otros pueden ser fuente de la más profunda satisfacción y de la desventura más tétrica" (pag.: 11).

2.5.1. EFECTOS POSITIVOS: Mecanismos causales

Siguiendo el desarrollo teórico de Fernández Ríos y cols. (1992), uno de los efectos positivos descritos consiste en el apoyo social brindado a los enfermos. Berkman (1984) formula cuatro vías que relacionan a las redes sociales con el apoyo al enfermo:

- a) La provisión de consejo, servicios y acceso a nuevos contactos sociales;
- b) La facilitación de ayuda, servicios, etc. que posea una red de apoyo determinada;
- c) Los mecanismos de regulación asociados a la integración social y que se relacionan con el control social y la presión de los iguales.
- d) El apoyo social proporcionaría intimidad, sentido de pertenencia, afirmación de la dignidad, etc., y las personas que carecieran de él serían más vulnerables, tanto física como psicológicamente, al estrés.

Otros mecanismos a través de los que hipotetizar la actuación del apoyo social serían:

- 1) Reducir el estrés: ya sea a través de influir los procesos de evaluación primaria y secundaria, o a través de brindar ayuda en los procesos de afrontamiento (Cohen y Wills, 1985). La evaluación primaria hace referencia al proceso de valoración que hace el sujeto sobre el perjuicio o beneficio de un hecho o situación. La evaluación secundaria se refiere a la posibilidad de actuar del sujeto, para superar la situación estresante. La reevaluación o afrontamiento, sería una nueva evaluación del sujeto, supuestamente más útil, de una situación estresante (Lazarus y Folkman, 1986).
- 2) Incrementando la autoestima de los sujetos, definiéndose ésta como la forma en que el individuo se evalúa a si mismo (Bandura, 1987).
- 3) Elevando el humor, lo que influirá sobre los aspectos fisiológicos del estrés y los procesos de afrontamiento.

Para Shumaker y Brownll (1984) los aspectos positivos del apoyo social serían los siguientes: sentimiento de ser querido o amado; apuntalamiento de estados de humor positivos y de la autoestima; sentimientos de integración social; percepción incrementada del número de amigos y su utilidad; incremento de la autoeficacia; reducción de la ansiedad; autorrecriminación; indefensión y ambigüedad, facilitación de la liberación emocional; ayuda a interpretar claramente posibles eventos amenazantes y refuerza el sentimiento de seguridad.

Por último, para explicar la relación hallada entre el apoyo social y la salud, es necesario comentar, teniendo en cuenta los mecanismos psicosociales y fisiológicos implicados, que se han formulado explicaciones alternativas sobre estos efectos. Por ejemplo:

1) La asociación entre el apoyo social y la salud es inversa a la comentada. Para Wortman y Dunkel-Schetter (1987) es el nivel de salud y bienestar del sujeto en un momento dado, el que va a condicionar la cantidad de apoyo disponible.

2) Heller (1979) argumenta que una variable importante que influye en el nivel de apoyo del individuo y, por lo tanto, en la relación entre el apoyo social y la salud, es la competencia social. Las personas más competentes y por lo tanto, más inmunes al estrés, estarían en situación de tener mejores redes sociales. En cambio, una baja competencia social, implicaría un déficit de destrezas que influiría negativamente en la iniciación y mantenimiento de relaciones sociales que faciliten el apoyo (Sarason, Sarason, Hacker y Basham, 1985).

3) Las variables de personalidad también podrían "contaminar" los efectos del apoyo social. Entre ellas, la "personalidad dura" (*hardness*) (Kobasa y Pucetti, 1983), la conducta Tipo A (Strube, Boland, Manfredo y Al-Kalaj, 1987) y, a nivel general, aquellas características que facilitan la adquisición, el desarrollo y el mantenimiento de relaciones mutuamente satisfactorias (Friedman y Booth-Kewlwy, 1987). Según Sarason y cols. (1987) poder conceptualizar al apoyo social como una característica de la personalidad en desarrollo, contribuiría en gran manera al avance de la teoría del apoyo social.

2.5.2 EFECTOS NEGATIVOS DEL APOYO SOCIAL.

Las relaciones interpersonales son complicadas. Muchas veces las personas hacen o dicen cosas, que desde la perspectiva de quien lo dice (el proveedor de ayuda), pueden parecer positivas, pero, en la práctica, resultan negativas para las personas a las que se las dicen (el receptor de ayuda).

Así distintos investigadores han encontrado indicios de éstos aspectos negativos del apoyo social. Por ejemplo, se ha visto que muchos "consejos" dados a los padres, con la intención de apoyarles en la pérdida de un hijo, son negativos (Helmuth y Steinitz, 1978). Otro estudio mostró que el 80% del apoyo sentido por familiares que habían sufrido la muerte de un ser querido, había sido negativo (Dadidowitz y Myrick, 1984). Hobfoll y London (1986) hallaron en Israel, que las mujeres cuyos novios o esposos habían sido movilizados para la guerra de 1982, experimentaban mayor estrés psicológico si tenían amigos o vecinos con quien hablar de ello. Otro estudio pone de manifiesto que ante cónyuges que habían perdido su compañero/a en accidentes de tráfico, darles consejos, minimizar la situación, producirles una alegría forzada, tratar de identificarse con sus sentimientos (decirles: "sé como se siente"), facilitar ayuda real no deseada, interferir en su ritmo de vida, constituyen algunos de los aspectos negativos del apoyo social (Lehman, Ellard y Wortman, 1986).

Por último, el apoyo social puede producir un proceso de "regulación negativa" de la interacción humana; es decir, puede fomentar actos de desviación social, estimulando no sólo la ejecución de roles inestables, sino también la patología conductual. Todo ello se produce a través del refuerzo de conductas inapropiadas, por modelos inadecuados y por no disuadir la ejecución de conductas negativas. En la Tabla 1, se muestran comparativamente los efectos positivos y negativos del apoyo social sobre la salud (tomado y modificado por Fernández Ríos y cols., 1992, de Suls, 1982) (ver Tabla 1).

TABLA 1: Comparación de los efectos positivos y negativos del Apoyo Social sobre la salud.

	EFFECTOS POSITIVOS	EFFECTOS NEGATIVOS
PREVENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ·Reducir la incertidumbre y la preocupación. ·Modelos adecuados. ·Compartir problemas. ·Distracción. 	<ul style="list-style-type: none"> ·Crear incertidumbre y preocupación. ·Crear nuevos problemas. ·Modelos inadecuados. ·Distracción. ·Gérmenes.
AFRONTAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ·Etiquetado benéfico. ·Proveer simpatía. ·Dar información útil. 	<ul style="list-style-type: none"> ·Etiquetado negativo. ·Sujeto irritado y resentido. ·Dar información engañosa.
RECUPERACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ·Mantener el régimen. ·Contraste con la salud (incentivo). ·Creación del deseo de eliminar la molestia en el sujeto. 	<ul style="list-style-type: none"> ·Desistir del régimen. ·Contraste con la salud (depresivo). ·Creación de necesidad de poder/dependencia.

Una de las dudas que surgen en relación al apoyo social negativo es el motivo del impacto significativo que tiene sobre las personas, si, en realidad, la mayor parte de las interacciones suelen ser positivas. Según Rook y Pietromonaco (1987), existirían tres posibles causas:

- 1) Si bien los efectos positivos son más frecuentes que los negativos, cuando una relación negativa ocurre, se hace más significativa por su poca frecuencia.
- 2) En la mayor parte de las conductas de apoyo social resulta difícil discernir si se trata de facilitar ayuda al sujeto voluntariamente o por obligación social. Esta ambigüedad atribucional puede diluir las funciones reforzantes del apoyo social. Por otro lado, cuando la conducta es claramente contraria a la norma y no proporciona apoyo, no da lugar a ambigüedad atribucional, pero lleva al sujeto a realizar rápidas inferencias de las interacciones maliciosas para las acciones

negativas de los otros. Dichos sujetos, es probable que sean mucho más lentos para inferir buenas intenciones de las acciones positivas.

3) Se supone que el ser humano tiene una tendencia innata para estar más atento a amenazas o riesgos potenciales que a los posibles beneficios. Además, parece que disponemos de un "sistema de vigilancia" que nos hace más reactivos a las situaciones negativas para la supervivencia, lo que incluiría a las interacciones sociales negativas.

En definitiva, contrariamente a lo que suele ser aceptado por muchos profesionales de la salud, el apoyo social puede provocar efectos negativos. De ahí la necesidad de tener en cuenta estos efectos en los programas de intervención (Barrón, 1996).

2.6 EL APOYO SOCIAL Y SU VINCULACION CON LA ENFERMEDAD CORONARIA CARDIACA

Si bien varios estudios comunitarios han demostrado una relación entre los vínculos sociales y la mortalidad, todavía se sabe relativamente poco acerca del posible rol de las relaciones sociales en la etiología de la principal causa de fallecimiento, la enfermedad coronaria cardíaca (ECC). Reconociendo la importancia de esta cuestión, científicos de dos conferencias subvencionadas por el *National Heart Lung Blood Institute*, avalaron de forma entusiasta la investigación de los vínculos entre el entorno social y la ECC. Una recomendación adicional fue el buscar conexiones teóricas y empíricas entre el apoyo social y otros factores de riesgo de la ECC (Cohen y Matthews, 1987).

Actualmente, es necesario considerar que existen múltiples concepciones del apoyo social y que estas diferentes concepciones pueden tener asociaciones independientes con la enfermedad. En el próximo capítulo se revisará la evidencia existente de las posibles asociaciones entre el apoyo social y la ECC, para proveer datos específicos que permitan explicar y comprender como cada concepción del apoyo social influye en la etiología de la ECC, y cómo el ambiente social desencadena cambios biológicos asociados con la patogénesis de esta enfermedad.

3

EL PAPEL DEL APOYO SOCIAL EN LA GENESIS DE LA ENFERMEDAD CORONARIA CARDIACA

La ECC es una de las causas más frecuentes de discapacidad física y muerte prematura, por lo que el hecho de averiguar su patogénesis se convierte en algo de vital importancia. Sin embargo, como hemos visto en el capítulo anterior, dichas causas son complejas. Se han encontrado varios factores de riesgo biológicos, pero las investigaciones apuntan a que los factores psicológicos y sociales también tienen un papel relevante en su etiología. Durante las dos últimas décadas se ha incrementado el interés en averiguar cómo influye y el papel que tiene la red de apoyo en este interjuego multifactorial, desarrollándose para esto el concepto de apoyo social. En este capítulo, siguiendo la división propuesta por Eriksen (1994), se hace una revisión de la literatura que investiga el apoyo social en cuanto factor directo (el apoyo social y la morbilidad/mortalidad de la ECC) o factor indirecto (el apoyo social y los factores de riesgo de ECC), que influye en la patogenia de la ECC. Por último, se discuten los elementos que generan incertidumbre asociados con la interpretación de los resultados y se hipotetiza los posibles mecanismos que vinculan el apoyo social con la ECC.

3.1 EFECTOS INDIRECTOS: APOYO SOCIAL Y FACTORES DE RIESGO DE LA ECC.

En este apartado se hace una revisión de los estudios que plantean un efecto indirecto del apoyo social al relacionar el apoyo social con los factores de riesgo de ECC. Siguiendo la clasificación descrita en el Capítulo 1, se divide a los factores de riesgo en: 1) tradicionales, como el tabaquismo, el nivel de colesterol en sangre y la tensión sanguínea y 2) factores de riesgo emocionales y psicosociales, como las emociones negativas y los factores de personalidad.

Se ha considerado que las posibles asociaciones entre el apoyo social y los factores de riesgo de la ECC son importantes por dos motivos básicos:

1. Pueden dar alguna clave de los posibles mecanismos a través de los cuales el apoyo social influye en la patogénesis de la ECC, y
2. Si el apoyo social ejerce sus efectos a través de otras vías, pueden confundirse los factores de riesgo de la ECC asociados con el apoyo social, en la relación entre apoyo social y ECC.

3.1.1 FACTORES DE RIESGO GENERALES

El apoyo social parece estar asociado positivamente con un desarrollo temprano del riesgo cardiovascular (tensión sanguínea, colesterol y tabaquismo), (O'Railley y Thomas, 1989).

3.1.2 TABAQUISMO

Algunas investigaciones han hallado que los adultos fumadores tienen una red formal más pequeña (Haug, Aaro y Fugelli, 1992; Venters, Jacobs y Pirie, 1986) y perciben menos apoyo social que los no fumadores (Alexander y Beck, 1990; Viinamaki, Koskela, Niskanen y Arnkill, 1993; Westman, Edenn y Shirom, 1985). Sin embargo, Reed, McGee, Yano y Fleinleib (1983) no han encontrado ninguna correlación significativa entre la integración social y el tabaquismo. Existe una fuerte evidencia que asocia el dejar de fumar con una alta percepción de poseer apoyo social (Westman, Eden

y Shirom, 1985; Horwitz, Hindi-Alexander y Wagner, 1985; Hanson, Isacson y Janzon, 1990). En dos estudios se sugiere que los sujetos fumadores tienen menos habilidades sociales que los no fumadores (Swan, Carmelli y Rosenman, 1988; Hover y Gaffney, 1988).

3.1.3 COLESTEROL

Existen resultados contradictorios en la asociación entre colesterol y características de la red social (Venters y cols., 1986; Reed y cols., 1983; Rosengren, Wedel y Wilhelmsen, 1989; Wilson y Edmunson, 1991). Doherty y cols., (1983) hallaron que entre 150 hombres sanos con elevados índices de colesterol, la adherencia al tratamiento de medicamentos reductores del colesterol, correlacionó positivamente con el apoyo provisto por las esposas.

3.1.4 PRESIÓN SANGUÍNEA

En algunas investigaciones epidemiológicas se hallaron correlaciones negativas entre el nivel de la presión arterial y la integración social (Bland, Krogh y Winkelstein, 1991; Livingstone, Levine y Moore, 1991; Dressler, Dos Santos y Viteri, 1986; Sommers-Flanagan y Greenberg, 1989) o la percepción de poseer apoyo social (Dressler, 1991; Dressler, Grell, Gallaher y Viteri, 1992; Isaksson, Konarski y Theorell, 1992). Otros autores se han centrado en el papel de los sujetos que brindan el apoyo, en relación con los regímenes médicos para controlar la tensión, pero en algunos de estos estudios es difícil tener una visión clara del apoyo proporcionado. En su revisión, Sommers-Flanagan y Greenberg (1989) concluyen que los pacientes hipertensos pueden ser caracterizados como tendentes a presentar una relativa ansiedad a las relaciones interpersonales.

3.1.5 EMOCIONES NEGATIVAS

Nuevos estudios señalan el efecto potencialmente dañino de las emociones negativas, como la tristeza, la desesperanza, la ira y la ansiedad (Mendes de León y

Meesters, 1991; Goldstein y Niaura, 1992; Grossart-Matisek y Eysenck, 1991). Las emociones negativas que más parecen influir en el riesgo de la ECC son la depresión y la ira (Mendes de León y cols., 1991; Goldstein y Niaura, 1992). No se ha hallado una relación clara entre la ECC y la ansiedad (Goldstein y Niaura, 1992).

Existen algunas teorías sobre cómo y porqué el apoyo social puede influir en las emociones de la gente y en su salud mental. Davidson y Shumaker (1987) plantean que las relaciones sociales pueden proveer un conjunto de identidades, recursos para una autoevaluación positiva y bases para sentir que se posee control o dominio sobre el propio ambiente. Por otro lado, el apoyo social también puede actuar como un recurso de afrontamiento o de amortiguación del estrés.

Muchos investigadores han estudiado el papel del apoyo social como moderador del estrés psicológico (Cobb, 1976; Cassel, 1976; Caplan, 1981; Kiritz y Moos, 1974). Según Caplan (1981), el ambiente social puede confirmar y reforzar las defensas del individuo contra la negación y la soledad, es decir que puede validar, tácita o explícitamente, su percepción sobre si existe o no amenaza, si ésta es inocua, si el individuo la puede manejar adecuadamente y si las consecuencias pueden ser serias o no.

El ambiente social también puede ayudar al sujeto a focalizar su atención en otras cosas, distrayéndolo de ciertos temas. Inclusive, puede reducir su activación emocional directamente, aumentando la cantidad de afecto disponible, proveyendo elementos para cubrir las necesidades de dependencia que han sido frustradas, absorbiendo la hostilidad, neutralizando la desesperanza y disipando la vergüenza y la culpa.

Algunas investigaciones epidemiológicas han investigado la relación entre estrés, apoyo social y depresión (Vilhjalmson, 1993), hallándose una relación inversa entre la depresión y el apoyo social.

3.1.6 FACTORES DE PERSONALIDAD

Desde finales de los años ochenta, algunas revisiones han apoyado la conclusión de que el patrón de conducta Tipo A, medido a través de la Entrevista Estructurada (EE), es un predictor fiable de ECC (Rhodewalt y Smith, 1990). Algunos estudios indican que las personas con una gran ira potencial y/o una sobreexpresión de la ira, tienen mayor riesgo de desarrollar ECC (Mendes de León y cols., 1991).

La asociación entre Tipo A/hostilidad y apoyo social se ha estudiado a través de métodos epidemiológicos. Algunos autores hallaron una correlación negativa entre hostilidad y apoyo social (Barefoot, Dahlstrom y Williams, 1983; Smith y Frohm, 1984;

Blumenthal, Barefoot, Burg y Williams, 1987; Hardy y Smith, 1988). Sin embargo, en dos estudios no se halló correlación entre hostilidad y apoyo social (Smith y Houston, 1987; Seeman y Syme, 1987).

Scherwitz, Perkins, Chesney y Hughes, 1991) realizaron una investigación con 5115 adultos jóvenes de Estados Unidos y encontraron una correlación negativa entre la hostilidad y el apoyo social, medido por el cuestionario Cook-Medley de hostilidad ($p=0.0001$). Los análisis fueron ajustados por edad, sexo, raza y educación.

En dos estudios se hallaron correlaciones negativas entre Tipo A y apoyo social (Lynch y Schaffer, 1989; Malcolm y Janisse, 1991), mientras que en otros dos estudios no se encontraron correlaciones significativas (Seeman y Syme, 1987; Blumenthal, Burg, Barefoot, y Williams, 1987).

3.2 EFECTOS DIRECTOS: APOYO SOCIAL Y ECC.

En este apartado, se revisa la literatura que plantea efectos directos del apoyo social sobre la ECC. Se han seleccionado los estudios que relacionan el apoyo social con la mortalidad, la morbilidad y el pronóstico de los pacientes con ECC.

3.2.1 ESTUDIOS DE MORTALIDAD

Varios estudios prospectivos hallaron que la gente menos integrada socialmente presentaba una tasa de mortalidad total, ajustada en edad y sobre los próximos 6-15 años, de dos a cuatro veces mayor, que la gente más integrada socialmente (Berkman y Syme, 1979; House, Robbins y Metzner, 1982; Welin, Tibblin y Svärdsudd, 1985; Orth-Gomer y Johnson, 1987, Orth-Gomer y Undén, 1990; Kaplan, Salonen y Cohen, 1988; Vogt, Mullooly, Ernst, Pope y Hollis, 1992). Esta asociación es más fuerte y consistente en hombres que en mujeres (House, Landis y Umberson, 1988).

Orth-Gomer y Undén (1990) investigaron a 150 hombres suecos de mediana edad, durante un seguimiento de 10 años. Durante ese período, murieron 37 sujetos. De esta mortalidad, el 69% de los sujetos Tipo A (medido a través de la EE) sufrían soledad social, contra el 17% de los sujetos Tipo A que estaban bien integrados socialmente ($p=0.05$). Sin embargo no hubo diferencias significativas entre los sujetos Tipo B, ya estuvieran bien o mal integrados socialmente.

Otros estudios también indican que la gente menos integrada tiene una mayor tasa de muerte por ECC (Berkman y Syme, 1979; Orth-Gomer y Johnson, 1987; Kaplan, Cohn, Cohen y Guralnik, 1988; Vogt y cols., 1992; Williams, Barefoot y Califf, 1992).

Kaplan y cols. (1988), estudiaron durante 9 años a 5302 hombres de California, blancos y negros, a partir de los 40 años. Después de controlar la edad, el sexo, la raza, y la línea de base de las condiciones/síntomas de enfermedad cardíaca isquémica, hallaron, durante ese período, que la tasa de mortalidad por enfermedad cardíaca isquémica de los individuos solitarios comparados con los sujetos no-solitarios, fue de 1.63 ($p=0.0009$). La desigual tasa en los individuos que no eran miembros de grupos, tanto sociales como de trabajo, comparados con los sujetos que si pertenecían a estos grupos, fue de 1.34 ($p=0.03$).

Kaplan y cols. (1988), realizaron un seguimiento prospectivo de 5 años en 13.301 sujetos, hombres y mujeres, del este de Finlandia, con edades comprendidas entre los 39 y los 59 años de edad en el momento en que se examinaron. El porcentaje de participación fue de más del 90%. Con análisis multivariados hallaron que, durante esos 5 años, la tasa de mortalidad por enfermedad cardíaca isquémica en los hombres menos integrados socialmente, comparados con los de mayor integración social, fue de 1.73 ($p=0.057$). También encontraron que no existían diferencias significativas entre las mujeres, ya estuvieran peor o mejor integradas. En los análisis se controlaron los siguientes factores: la edad, el nivel de educación, el índice de masa corporal, si el lugar de residencia era rural o urbano, el tabaquismo, el colesterol, la presión arterial, la prevalencia de ECC, la prevalencia de diabetes y la prevalencia de enfisema.

3.2.2 ESTUDIOS DE MORBILIDAD

Algunos estudios prospectivos han hallado una correlación negativa entre el nivel de apoyo social y la ECC (Reed y cols., 1989; Vogt y cols., 1992; Case, Moss, Case, McDermott y Eberly, 1992; Medalie y Goldbourt, 1976; Orth-Gomér, Rosengren y Wilhelmsen, 1993). Sin embargo estas asociaciones no son tan fuertes como las que se hallaron entre el apoyo social y la mortalidad por ECC.

Vogt y cols. (1992), estudiaron a 2603 hombres y mujeres, de USA, durante 15 años. Luego de los primeros 5 años, hallaron que el tamaño, la frecuencia y el alcance (como una medida de la amplitud de la red), fueron un factor predictivo para el desarrollo de una nueva enfermedad cardíaca isquémica. Sin embargo, a los 15 años sólo la amplitud de la red se relacionaba negativamente con la incidencia de una nueva enfermedad ($p=0.03$). En este estudio se controlaron la edad, el sexo, el estatus

socioeconómico, el tabaquismo y el estado de salud subjetivo del individuo como línea de base.

Reed y cols. (1983), estudiaron a 4653 hombres descendientes de japoneses en Hawaii. Luego de 7 años de seguimiento, hallaron una correlación negativa entre la integración social, por un lado, y las tasas de incidencia de infartos no-fatales y del total de la ECC, por el otro. No se hallaron asociaciones significativas con análisis multivariados. Sin embargo, hubo una asociación cercana a la significatividad ($p=0.08$) entre los infartos no-fatales y una de las escalas de integración social. Las otras variables independientes en los análisis multivariados fueron: la edad, el estatus socioeconómico, el índice de masa corporal, la presión arterial, el colesterol, el tabaquismo, la actividad física, el consumo de alcohol, el nivel de glucosa, el nivel de ácido úrico y la capacidad de fuerza vital.

Medalie y cols. (1976), hallaron correlaciones negativas entre el apoyo social percibido y la incidencia de ECC. Estudiaron a 1000 israelíes durante 5 años y hallaron que entre los hombres con altos niveles de ansiedad, los sujetos que tenían una esposa que los quería y los apoyaba, tuvieron una tasa de incidencia de angina significativamente menor (93/1000 a 52/1000), que entre los hombres con altos niveles de ansiedad y que no tenían una esposa que los apoyara. En este estudio la ansiedad fue un factor predictivo independiente del desarrollo de una nueva angina.

Orth-Gomér y cols., (1993), midieron el apoyo emocional ("apego") y el apoyo provisto por la extensión de la red ("integración social"), conjuntamente con otras medidas de factores de riesgo tradicionales en una muestra compuesta por 736 hombres de 50 años, nacidos en Gothenborg en 1933, durante 6 años. Hallaron que tanto el apego como la integración social fueron menores en los sujetos que sufrieron episodios de ECC, siendo significativo el efecto de la integración social ($p=0.04$) y cercano a la significatividad el efecto del apego ($p=0.07$). Al controlar los otros factores de riesgo a través de análisis de regresión logística, ambos factores de apoyo social fueron predictores significativos de nuevos eventos de ECC. El tabaquismo y la falta de apoyo social fueron los mayores factores de riesgo de ECC en esta muestra.

En dos estudios transversales se halló una correlación inversa entre la percepción de apoyo social y la extensión de la arteriosclerosis coronaria entre pacientes angiográficos (Seeman y Syme, 1987; Blumenthal y cols., 1987).

Seeman y Syme (1987) estudiaron a 119 hombres y 40 mujeres que tuvieron que someterse a una angiografía, porque se sospechaba que padecían una enfermedad coronaria arterial. A través de análisis multivariados ajustados por edad, sexo, ingresos económicos, angina, historia de hipertensión, nivel de colesterol, tabaquismo, diabetes, historia familiar de ECC, patrón de conducta Tipo A y hostilidad, hallaron que en los

sujetos con un fuerte apoyo instrumental y una buena percepción de apoyo emocional (sentirse amado), la arteriosclerosis evaluada por la angiografía, fue significativamente menor que en los sujetos con menos apoyo. El tamaño de la red social no se asoció con el grado de arteriosclerosis.

Blumenthal y cols. (1987) investigaron a 113 pacientes que se sometieron a una angiografía coronaria como método diagnóstico. Los pacientes Tipo A con poco apoyo social percibido, tuvieron un diagnóstico de ECC, obtenido a través de la angiografía, significativamente más grave que los paciente Tipo A con un alto apoyo social percibido. En los pacientes Tipo B la tendencia fue opuesta: aquellos que tenían mucho apoyo social, también tenían una enfermedad más grave, pero esta tendencia no fue significativa.

3.2.3 PRONÓSTICO DE PACIENTES DE ECC

Algunos investigadores han hallado que el riesgo de mortalidad o de una mayor recurrencia de eventos cardíacos, es mayor si el sujeto se siente solo, vive solo y no tiene un confidente con quien hablar (Williams y cols., 1992; Case y cols., 1992; Berkman, Leo-Summers y Horwitz, 1992; Chandra, Szklo, Goldberg y Tonascia, 1983; Ruberman, Weinblatt, Goldberg y Chaudhary, 1984; Fontana, Kerns, Rosenberg y Colonese, 1989).

Williams y cols. (1992), hicieron un seguimiento prospectivo de 1368 pacientes, que padecían una estenosis significativa (igual o mayor del 75% en la angiografía), de al menos una arteria coronaria mayor. Del total de pacientes, aquellos que no estaban casados y no tenían un confidente, el 50% murió dentro de los 5 primeros años. De aquellos pacientes que estaban casados y/o tenían un confidente, sólo murieron el 18% durante el mismo período de tiempo. La asociación fue fuertemente significativa, aún luego de controlar las variables médicas. Ninguno de los sujetos no casados y sin confidente tuvieron otra enfermedad que hubiera podido empeorar el pronóstico.

Case y cols. (1992), estudiaron a 1234 pacientes que habían sufrido un infarto de miocardio recientemente. Se los siguió por un período de 1-4 años. De aquellos pacientes que vivían solos, el 15.8% repitió un evento cardíaco dentro de los primeros 6 meses, comparado con el 8.8% de aquellos pacientes que no vivían solos ($P=0.03$).

Berkman y cols. (1992), hallaron correlaciones positivas entre los sobrevivientes de un infarto de miocardio y el nivel del apoyo emocional, pero la asociación no fue significativa con el grado de integración social.

Helgeson (1991), halló que, un año después del infarto de miocardio, la falta de "revelación o intimidad" de uno de los cónyuges, predijo un mayor riesgo de rehospitalización, dolor de pecho *post* infarto, y percepción de poca salud.

Fontana y cols. (1989) hallaron que el grado de apoyo social percibido (medido como intimidad) correlacionó negativamente con síntomas cardíacos durante el primer año inmediatamente posterior a haber sido hospitalizado por un infarto de miocardio o para recibir una cirugía de "by pass" coronario.

Por último, en una revisión sobre el apoyo social y la ECC, Riegel (1989) concluye que la calidad del apoyo social o "nutrición" (*nurture*) es el factor predictivo más importante de conductas cardíacas perjudiciales o de dependencia que se desarrollan luego de sufrir un infarto.

3.3 ELEMENTOS QUE GENERAN INCERTIDUMBRE

La literatura revisada en los apartados anteriores indica que existe una correlación negativa entre el nivel de apoyo social y la mortalidad, la morbilidad y el pronóstico de los pacientes de ECC. Las asociaciones son más consistentes en hombres que en mujeres. También existe una asociación inversa entre el nivel de apoyo social y la prevalencia de factores de riesgo de ECC, como el tabaquismo, la hipertensión, la depresión y la hostilidad. Por otro lado, muchos estudios experimentales muestran que el apoyo social es capaz de moderar la respuesta cardiovascular potencialmente dañina al cambio psicológico. Estas asociaciones observadas pueden deberse a efectos de protección o de promoción de la salud. Sin embargo, se observan ciertos elementos que generan incertidumbre en algunos de los resultados hallados.

En relación a la revisión hecha hay que tener en cuenta que existe una serie de factores o elementos que generan confusión y/o incertidumbre en el estudio de la relación entre el apoyo social y la ECC (Eriksen, 1994):

- 1) Uno de los principales problemas a la hora de comparar estudios es la gran diversidad de instrumentos de medición utilizados en las investigaciones. La mayoría de las investigaciones han utilizado las características de la red para describir el apoyo social. Esto limita la información sobre los procesos de interacción, que hubieran estado mejor representados a través del concepto de apoyo social percibido, que ha sido utilizado por una minoría de estudios. Inclusive, se debe tener en cuenta que existe una asociación inconsistente entre las características de la red social y la percepción del apoyo social
- 2) En muchos de dichos estudios tampoco se menciona la fiabilidad de los instrumentos utilizados.
- 3) El estatus socioeconómico y el nivel de educación se asocian con la morbilidad de la ECC, pero sólo han sido controlados en algunos de los estudios.

- 4) El lugar de residencia podría influir en la salud y las relaciones sociales, pero sólo un artículo controla ésta variable (Kaplan y cols., 1988).
- 5) Los inmigrantes probablemente experimenten más estrés psicológico, tanto por los procesos adaptativos a los que están sometidos, como por motivos de soledad. Sólo el estudio de Orth-Gomér y cols. (1987) controlan este factor.
- 6) La edad es otro factor a tener en cuenta y que puede llevar a conclusiones erróneas. Cuánto mayor es la población estudiada, las redes son más reducidas y la morbilidad aumenta. Este elemento ha sido controlado en la mayoría de los estudios.
- 7) Los factores de personalidad pueden tener un considerable efecto interactivo en la relación entre apoyo social y ECC. Sólo tres artículos controlaron estos factores (Seeman y Syme, 1987; Blumenthal y cols., 1987; Orth-Gomer y Undén, 1990), lo que genera dificultades a la hora de interpretar los resultados.

3.4 POSIBLES MECANISMOS QUE VINCULAN EL APOYO SOCIAL CON LA ECC

Asumiendo que el apoyo social influye en la patogénesis de la ECC, ¿cuáles serían los posibles mecanismos a través de los cuáles ejerce su influencia?

Siguiendo a Eriksen (1994) y a Cohen (1988), los modelos sobre el papel del apoyo social en la etiología de las enfermedades físicas pueden resumirse en tres: 1) modelo genérico, 2) modelo centrado en el estrés y 3) modelo de procesos psicosociales.

Utilizando el modelo genérico se desprenden tres hipótesis:

1. El apoyo social impacta en la patogénesis de la ECC a través de su influencia en los estados afectivos y en la actividad del sistema nervioso autónomo y neuroendocrino.
2. El apoyo social impacta en la patogénesis de la ECC a través de su influencia en las conductas de pronóstico coronario.
3. El apoyo social impacta en la patogénesis de la ECC por proveer ayuda práctica y cuidados de la salud que previenen que enfermedades menores se conviertan en otras más serias.

Algunos estudios indican que las emociones negativas y la alta reactividad cardiovascular juegan un rol importante en la patogénesis de la ECC y probablemente el apoyo social pueda moderar la influencia de estos factores. Inclusive, algunos estudios muestran una asociación inversa entre la percepción del apoyo emocional y la morbilidad/mortalidad de la ECC. Esto apoyaría a la primera hipótesis.

Otros estudios indican que el apoyo social está asociado negativamente con la prevalencia del tabaquismo y asociado positivamente con el dejar de fumar. Esto apoyaría la segunda hipótesis.

No se han encontrado estudios empíricos que apoyen claramente la tercera hipótesis. Sin embargo, el hecho de que los pacientes de ECC que no viven solos tengan un mejor pronóstico que aquellos que viven solos puede ser debido, en parte, a diferencias en el nivel de apoyo instrumental.

4 OBJETIVOS

Hemos visto, a través de lo expuesto en los capítulos anteriores, que si bien los investigadores han realizado un gran esfuerzo para establecer una relación entre el apoyo social y la ECC, los estudios que centran su atención en cómo influye el apoyo social en la patogénesis de la ECC son relativamente pocos e insuficientemente estructurados. Además, no existen trabajos de este tipo en muestras españolas.

Por ello, el objetivo general de esta Tesis Doctoral ha sido **evaluar en muestras españolas el papel del apoyo social en la patogénesis de la ECC.**

Este objetivo general se ha subdividido en dos objetivos específicos:

- 1. Evaluar el papel del apoyo social en la patogénesis de la ECC a través de sus efectos indirectos, relacionados con los factores de riesgo, y**
- 2. Evaluar el papel del apoyo social en la patogénesis de la ECC a través de sus efectos directos.**

Para cumplir con el primer objetivo específico se decidió seleccionar como factores de riesgo: la edad, el sexo, el consumo exagerado de carne, sal, grasa y café, el sedentarismo, el sobrepeso de la persona, el tabaquismo, el padecer alguna enfermedad que incida en el pronóstico coronario, el patrón de conducta Tipo A y la hostilidad

Para cumplir con el segundo objetivo específico se decidió examinar la cantidad y calidad del apoyo social que tenían previamente los sujetos que luego desarrollaron la enfermedad, comparándolos con sujetos sanos.

En la presente investigación se ha prestado especial atención a aquellos factores que han llevado a confusiones y que han generado incertidumbre en anteriores investigaciones. De acuerdo con la revisión de la literatura realizada en los capítulos anteriores, los principales factores a controlar son los siguientes:

- 1) Las dificultades generadas por el tipo de conceptualización del apoyo social y los instrumentos elegidos de acuerdo a dicha conceptualización. En la presente investigación se controlarán midiendo, además de la amplitud de la red, el apoyo social percibido por el sujeto, las conductas de apoyo social percibidas por el sujeto, y la satisfacción que ambas percepciones le producen.**

- 2) Las características psicométricas y la independencia de las medidas de los instrumentos seleccionados.
- 3) El nivel educacional de los sujetos.
- 4) El lugar de residencia de los sujetos.
- 5) El hecho de ser inmigrante o no en los sujetos.
- 6) La edad y el sexo de los sujetos.
- 7) Determinados factores de personalidad de los sujetos.

En cuanto a los objetivos teóricos, siguiendo el modelo genérico de Cohen (1988), se comprobará:

1. Si el apoyo social impacta en la patogénesis de la ECC a través de su influencia en los estados afectivos.
2. Si el apoyo social impacta en la patogénesis de la ECC a través de su influencia en las conductas de pronóstico coronario, y
3. Si el apoyo social impacta en la patogénesis de la ECC por proveer ayuda práctica y cuidados de la salud que previenen que ciertas enfermedades se conviertan en otras más serias (en este caso, la ECC). Esta evidencia será una comprobación indirecta ya que se supone que si los sujetos que han desarrollado la enfermedad presentan menos amplitud de la red, menos percepción, menos conductas y menos satisfacción con el apoyo que aquellos que no desarrollaron la enfermedad, la falta de apoyo ha influido en el desarrollo de la misma.

De los Objetivos específicos y teóricos se desprenden las dos hipótesis que se plantean a continuación:

1. Hipótesis de los factores directos:

Se espera que los pacientes coronarios presenten antes del desarrollo de su enfermedad y en comparación con los sujetos del grupo control una menor extensión de su red social, una menor percepción del apoyo emocional, un menor número de conductas de apoyo social y/o una menor satisfacción con el apoyo social, sino en su totalidad, en algunos de los aspectos evaluados del apoyo social,

2. Hipótesis de los factores indirectos:

Se espera que los pacientes coronarios presenten, antes del desarrollo de su enfermedad y en comparación con los sujetos del grupo control una mayor correlación negativa entre las medidas de apoyo social (la red, la percepción, las conductas y la satisfacción con el apoyo social) y los factores de riesgo coronario (inherentes, tradicionales y emocionales). Sin embargo, existe una alta probabilidad de que esta hipótesis no se confirme en los factores de personalidad (patrón Tipo A y Hostilidad) controlados previamente como posibles variables intervinientes y homologados en las dos poblaciones. Se presupone que este proceso de homologación sesgue la muestra de los pacientes coronarios en estas características de personalidad. No obstante, se ha creído oportuno examinar estas dos variables en una muestra más amplia de sujetos normales utilizada para la comprobación psicométrica de los cuestionarios.

5 **COMPROBACIONES PSICOMETRICAS E INDEPENDENCIA DE LAS MEDIDAS**

5.1 COMPROBACIONES PSICOMETRICAS

5.1.1. INTRODUCCION

Una de las principales críticas que se han hecho a los estudios sobre el apoyo social deviene de las dificultades que presenta la utilización de una gran diversidad de instrumentos, que no han sido siempre los más idóneos para ese tipo de estudio.

Según Monroe (1989), toda investigación en apoyo social tendría que proveer información sobre la validez y fiabilidad de las medidas utilizadas. Desafortunadamente, muchas de las investigaciones sobre el tema utilizan grupos de items reunidos a posteriori, lo que no permite reflejar correctamente el constructo. Este autor continúa exponiendo que, en esas investigaciones, se observa una sorprendente despreocupación por los requisitos psicométricos de los instrumentos de medida utilizados.

En su revisión sobre el rol del apoyo social en la etiopatogenia de la ECC, Eriksen (1994) plantea como un elemento que genera incertidumbre y confusión en esta área, la falta de información sobre los instrumentos utilizados en los estudios revisados que abarcaban un período de 10 años (1983-1993) y que incluían a 15 artículos.

Sarason y Sarason (1994), después de realizar un estudio sobre las cualidades

psicométricas de distintas medidas de apoyo social, plantean que los instrumentos derivados de perspectivas diferentes de apoyo social no miden lo mismo. Inclusive instrumentos derivados de las mismas perspectivas pueden producir resultados distintos, dependiendo del formato que posean. Por lo tanto, estos investigadores sugieren que es muy importante para la selección de las medidas que se tengan especialmente en cuenta sus características psicométricas.

De acuerdo con esto, y considerando como un punto vulnerable dentro de la investigación el utilizar cuestionarios sin adaptar a la población española, se decidió investigar la fiabilidad test-retest, la fiabilidad de las dos mitades y la consistencia interna de las siguientes escalas:

- 1) La versión breve del Cuestionario de Apoyo Social (*Social Support Questionnaire, short form SSQ6*) de Sarason, Sarason, Shearin y Pierce (1987).
- 2) Una adaptación de la Escala de Recursos de Apoyo Social (*Social Support Resources, SS-R*) de Vaux (1982; Vaux y Harris, 1985).
- 3) Escala de Actividad de Jenkins para estudiantes, forma T (*Jenkins Activity Scale-form T for students, JASE-T*), (Krantz, Glass y Snyder, 1974; Bermúdez, Sánchez-Elvira y Pérez-García, 1991).

No se incluyó en este listado el Cuestionario de Procesamiento de Disgusto, (CPD) (*Müller-Anger Coping Questionnaire, MAQ*, Müller, 1991), también utilizado en la siguiente investigación, ya que ha sido adaptado a población española por Robles, Valencia, García León, Pérez Marfil y Vila (1994).

La elección del primer instrumento de medida vino determinada por la constatación previa de que era uno de los más usados en aquellas investigaciones dirigidas al análisis y la evaluación del apoyo social percibido y su satisfacción; la decisión de realizar una adaptación del segundo instrumento fué debida a que ninguna de las medidas de apoyo instrumental analizadas, satisfacían los requerimientos psicométricos y se ajustaban exactamente al constructo que se deseaba medir (conductas de apoyo social percibido y su satisfacción con el mismo); la opción por el tercero se produjo porque la finalidad con la que fue construido y validado el original (JAS) y su adaptación posterior, garantizaba que podía ser uno de los instrumentos con mejores propiedades psicométricas para evaluar el patrón de conducta Tipo A, además de ser uno de los más utilizados en las investigaciones (Davis y Cowles, 1985).

5.1.2 METODOLOGIA

5.1.2.1 MUESTRA

Los participantes iniciales en este estudio fueron 66 sujetos de ambos sexos (17 hombres y 49 mujeres), con una edad media de 32.56 años (DT = 8.24 años; Rango = 21-70 años) y con un nivel educacional medio de 19.03 años (DT = 2.57 años; Rango = 7-20 años). De estos 66 sujetos iniciales, sólo completaron el retest 45 sujetos (14 hombres y 31 mujeres), con una edad media de 32.75 años (DT = 7.43 años; Rango = 23-62 años) con un nivel educacional medio de 19.71 (DT = 2.27 años; Rango = 10-21 años) (ver Tabla 1).

Los sujetos eran alumnos de diversos másters de la Universidad de Granada (Máster de Logopedia y Máster de Drogodependencias) y los alumnos de la asignatura "Psicología de la Personalidad" de la carrera de Psicopedagogía cuyas edades estaban comprendidas entre 30 y 45 años.

TABLA 1. Características demográficas y socioculturales de los sujetos de los grupos utilizados en el análisis de estabilidad temporal (test-retest).

GRUPOS	EDAD $\bar{X} \pm \sigma_x$	SEXO		AÑOS DE ESCOLARIDAD $\bar{X} \pm \sigma_x$
		H	M	
TEST	32.56 ± 8.24	17	49	19.03 ± 2.57
RETEST	32.75 ± 7.43	14	31	19.71 ± 2.27

5.1.2.2 MATERIAL

Los cuestionarios a los que se les aplicaron los análisis psicométricos pertinentes fueron:

- 1) Cuestionario de Apoyo Social, versión breve (*Social Support Questionnaire, short form, SSQ6*) de Sarason, Sarason, Shearin y Pierce (1987). Este cuestionario

examina el apoyo social emocional a dos niveles: el apoyo percibido por el sujeto (PAS) (items del 1 al 6) y la satisfacción con el mismo (items del 1_1 al 6_6) (SAT.P). Esta escala surge como una versión breve de otro cuestionario de apoyo social de 27 items (el Cuestionario de Apoyo Social; *Social Support Questionnaire, SSQ*) desarrollado por Sarason, Levine, Basham y Sarason (1983) y que, por sus bondades psicométricas, ha sido utilizado en gran cantidad de investigaciones para la medida del apoyo social percibido y su satisfacción (Alexander y Beck, 1990; Smith y Frhom, 1985; Hardy y Smith, 1988; Malcolm y Janisse, 1991, etc.). Esta versión está compuesta solamente por 6 items. Los estudios sobre su similitud con la escala de la que surge, donde ambas presentan una alta fiabilidad (0.90 a 0.93 tanto para PAS como para SAT.P) y consistencia, y su rapidez de administración la han convertido en una escala muy utilizada tanto en el aspecto clínico como en la investigación (McDowell y Newell, 1987; Wardle y Steptoe, 1991; Steptoe y Wardle, 1992). A pesar de ello, no hay datos publicados de estudios dedicados al análisis de la estructura interna y contenido de este instrumento en una muestra española de sujetos.

2) Una adaptación de la Escala de Recursos de Apoyo Social (*Social Support Resources, SS-R*) de Vaux (1982; Vaux y Harris, 1985). Este cuestionario evalúa las conductas de apoyo social a dos niveles: las conductas de apoyo percibidas por el sujeto (items del 1 al 8) (CAS) y la satisfacción con las mismas (items del 1_1 al 8_8) (SAT.C). Si bien no se tienen valores psicométricos de fiabilidad de la escala original, ésta ha sido utilizada en varias investigaciones con buenos resultados (Vaux y Harrison, 1987; Vaux y Athanassopoulou, 1987). También se ha traducido y adaptado al español para un Estudio de Salud por Bermúdez, Pérez García y Sánchez-Elvira, 1988) si bien no se estudiaron sus cualidades psicométricas.

3) La Escala de Actividad de Jenkins para estudiantes, forma H (*Jenkins Activity Scale for students-form T, JASE-T*). Es uno de los instrumentos empleados con mayor frecuencia en la investigación para la medida del patrón de conducta Tipo A (PCTA). A pesar de ello, no son demasiados los estudios dedicados al análisis de la estructura interna y contenido de este instrumento, y menos aún los que se han centrado sobre su supuesta fiabilidad o precisión (Davis y Cowles, 1985; Bermúdez y cols., 1991).

Estos cuestionarios se describirán con más detalle en el Capítulo 6, apartados

6.3.2.2 y 6.3.2.3.

5.1.2.3 PROCEDIMIENTO

Se procedió a administrar por primera vez los cuestionarios a los alumnos de forma colectiva, durante dos horas y en aulas de la facultad de Psicología. El retest se administró a los dos meses y medio, también de forma grupal, en igual orden y en las mismas dependencias de la Facultad.

En todos los casos, el evaluador dió unas breves instrucciones previas de carácter general sobre la naturaleza de la tarea que tenían que realizar; sin embargo, las instrucciones específicas para completar cada uno de los instrumentos, al estar incluidas en la primera página de los mismos, permitían su lectura individual, limitándose el evaluador a resolver las pequeñas dudas que surgiesen en la comprensión de dichas instrucciones.

5.1.3. RESULTADOS

Los análisis aplicados a los datos están relacionados con fiabilidad de las pruebas incluidas en el estudio. A continuación, vamos a presentar los datos relacionados con la fiabilidad, a través de los siguientes procedimientos: test-retest, el de las dos mitades y la consistencia interna.

5.1.3.1. FIABILIDAD

5.1.3.1.1 Test-retest y las dos mitades

El nivel de fiabilidad de las escalas relacionadas con la percepción del apoyo social (PAS y CAS) se obtuvo mediante la correlación de Pearson. En las escalas relacionadas con la satisfacción por el apoyo (SAT.P y SAT.C) se aplicó la correlación de Spearman.

El índice de fiabilidad para el Cuestionario de Apoyo Social, versión breve, en los ítems relacionados con el apoyo percibido por los sujetos (PAS) era de 0.558 (DT= 0.1), mientras que en los ítems relacionados con la satisfacción con la percepción (SAT.P) era de 0.517 (DT= 0.137) (ver Tablas 2 Y 3). Esta fiabilidad incrementó a

0.916 para PAS y a 0.965 para SAT.P cuando el procedimiento de análisis utilizado era el de las dos mitades (ver Tabla 7).

Los resultados para la adaptación de la Escala de Recursos de Apoyo Social, nos indican que la fiabilidad en las conductas de apoyo social (CAS) era de 0.447 (DT= 0.291) mientras que en relación a su satisfacción (SAT.C) era de de 0.415 (DT= 0.274) (ver Tablas 4 y 5). Al igual que en el caso del Cuestionario de Apoyo Social, los niveles de fiabilidad muestran valores superiores cuando el procedimiento para obtenerla es el de las dos mitades. En este caso, la fiabilidad para CAS era de 0.903 y de 0.928 para SAT.C (ver Tabla 7).

En relación a la escala utilizada para evaluar el Patrón de Conducta Tipo A (Escala de Actividad de Jenkins para estudiantes, forma T) se obtuvo, mediante correlaciones de Spearman, una fiabilidad global test-retest de 0.567 (DT= 0.122) (ver Tabla 6). De nuevo, este valor de fiabilidad era inferior a la obtenida mediante el procedimiento de las dos mitades (0.725) (ver Tabla 7).

TABLA 2: Fiabilidad test-retest del Cuestionario de Apoyo Social Percibido (PAS), con correlaciones de Pearson.

ITEM	N	CORRELACIONES DE PEARSON
1. Item 1 de PAS	41	0.6013
2. Item 2 de PAS	41	0.6759
3. Item 3 de PAS	41	0.3731
4. Item 4 de PAS	41	0.5040
5. Item 5 de PAS	41	0.5553
6. Item 6 de PAS	41	0.6427
$\bar{X} \pm \sigma_x$	0.5587166	± 0.100048

TABLA 3: Fiabilidad test-retest de la Satisfacción con el Apoyo Social Percibido (SAT.P), con correlaciones de Spearman.

ITEM	N	CORRELACIONES DE SPEARMAN
1. Item 1_1 de SAT.P	44	0.514659
2. Item 2_2 de SAT.P	43	0.447137
3. Item 3_3 de SAT.P	44	0.45379
4. Item 4_4 de SAT.P	43	0.343558
5. Item 5_5 de SAT.P	42	0.556990
6. Item 6_6 de SAT.P	44	0.785888
$\bar{X} \pm \sigma_x$	0.5170036	\pm 0.1371519

TABLA 4: Fiabilidad test-retest del Cuestionario de Conductas de Apoyo Social (CAS), con correlaciones de Pearson.

ITEM	N	CORRELACIONES DE PEARSON
1. Item 1 de CAS	12	0.2762
2. Item 2 de CAS	12	-0.1033
3. Item 3 de CAS	12	0.4008
4. Item 4 de CAS	12	0.5110
5. Item 5 de CAS	12	0.2308
6. Item 6 de CAS	12	0.7547
7. Item 7 de CAS	12	0.6975
8. Item 8 de CAS	12	0.8154
$\bar{X} \pm \sigma_x$	0.4478875 \pm 0.2911437	

TABLA 5: Fiabilidad test-retes de la Satisfacción con las Conductas de Apoyo Social (SAT.C), con correlaciones se Spearman.

ITEM	N	CORRELACIONES DE SPEARMAN
1. Item 1_1 de SAT.C	12	0.829268
2. Item 2_2 de SAT.C	12	0.195982
3. Item 3_3 de SAT.C	12	0.488627
4. Item 4_4 de SAT.C	12	0.512512
5. Item 5_5 de SAT.C	12	0.530134
6. Item 6_6 de SAT.C	12	-0.155700
7. Item 7_7 de SAT.C	12	0.5775317
8. Item 8_8 de SAT.C	12	0.345323
$\bar{X} \pm \sigma_x$	0.4154597	± 0.274941

TABLA 6: Fiabilidad test-retest del Cuestionario de Actividad de Jenkins, forma T (JASE-T), con correlaciones de Spearman.

ITEM	N	CORRELACIONES DE SPEARMAN
1. Item 1 de JASE-T	45	0.539022
2. Item 2 de JASE-T	42	0.737093
3. Item 3 de JASE-T	45	0.632705
4. Item 4 de JASE-T	44	0.726197
5. Item 5 de JASE-T	44	0.848089
6. Item 6 de JASE-T	44	0.446990
7. Item 7 DE JASE-T	45	0.578427
8. Item 8 de JASE-T	45	0.423129
9. Item 9 de JASE-T	45	0.621936
10. Item 10 de JASE-T	45	0.590538
11. Item 11 de JASE-T	44	0.660007
12. Item 12 de JASE-T	45	0.476129
13. Item 13 de JASE-T	44	0.322562
14. Item 14 de JASE-T	44	0.662922
15. Item 15 de JASE-T	44	0.615798
16. Item 16 de JASE-T	45	0.800948
17. Item 17 de JASE-T	45	0.481504
18. Item 18 de JASE-T	45	0.459428
19. Item 19 de JASE-T	45	0.693227
20. Item 20 de JASE-T	45	0.563266

21. Item 21 de JASE-T	45	0.505840
22. Item 22 de JASE-T	45	0.513548
23. Item 23 de JASE-T	45	0.366946
24. Item 24 de JASE-T	45	0.459428
25. Item 25 de JASE-T	44	0.508401
26. Item 26 de JASE-T	45	0.496839
27. Item 27 de JASE-T	44	0.583965
28. Item 28 de JASE-T	44	0.579028
$\bar{X} \pm \sigma_x$	0.5676397 \pm 0.1227597	

Tabla 7: Índices de fiabilidad por el método de las dos mitades para las medidas globales de los tres instrumentos.

CUESTIONARIO	N	SPLIT HALF
1. Cuestionario de Apoyo Social Percibido (PAS)	43	0.916960
2. Satisfacción con el Apoyo Social Percibido (SAT.P)	42	0.9656926
3. Cuestionario de Conductas de Apoyo Social (CAS)	43	0.903992
4. Satisfacción con las Conductas de Apoyo Social (SAT.C)	43	0.928169
5. Cuestionario de Actividad de Jenkins (JASE-T)	41	0.725084

5.1.3.1.2 Consistencia interna

La consistencia interna para el apoyo social percibido tanto emocional (PAS) como de conducta (CAS) indicó unos valores de alfa de Cronbach de 0.875 y 0.893, respectivamente. En relación a la satisfacción con cada uno de esos apoyos, el índice alfa era de 0.896 (SAT.P) y de 0.913 (SAT.C), respectivamente.

El valor de alfa de Cronbach en la escala utilizada para evaluar el Patrón de Conducta Tipo A (Escala de Actividad de Jenkins para estudiantes, forma T) era de 0.934 (ver Tabla 8).

Tabla 8: Consistencia Interna ("alfa de Cronbach") de los cuestionario utilizados.

CUESTIONARIO	N	ALFA DE CRONBACH
1. Cuestionario de Apoyo Social Percibido (PAS)	43	0.875027203
2. Satisfacción con el Apoyo Social Percibido (SAT.P)	42	0.896024942
3. Cuestionario de Conductas de Apoyo Social (CAS)	43	0.893455657
4. Satisfacción con las Conductas de Apoyo Social (SAT.C)	43	0.913985044
5. Cuestionario de Actividad de Jenkins (IASE-T)	41	0.834254720

5.1.4 DISCUSION

El objetivo principal del presente estudio psicométrico se centraba en el análisis de algunas características y cualidades psicométricas (fiabilidad) del Cuestionario de Apoyo Social, versión breve (SSQ6) de Sarason y cols. (1987), de la adaptación de la Escala de Recursos de Apoyo Social de Vaux (1982) y de la Escala de Actividad de Jenkins para estudiantes, forma T de Krantz y cols. (1974) y adaptada por Bermúdez y cols. (1991). Otro de los motivos de su elección fue que existían traducción, adaptación y estudios psicométricos en población española (Bermúdez y cols., 1991).

5.1.4.1. ESCALA DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO, Versión breve.

Los datos relativos a la fiabilidad obtenida a través de los procedimientos de las dos mitades (0.91 y 0.96) y la consistencia interna (0.87 y 0.89) indican una buena fiabilidad del instrumento, similar a la obtenida por sus creadores (alfa de Cronbach 0.97 y 96 y par-impar 0.90 y 0.93). Sin embargo, en el procedimiento test-retest los valores obtenidos distan de parecerse a los originales, siendo mucho menores que aquellos. Es posible que la discrepancia producida entre ellos se deba al excesivo plazo de tiempo transcurrido entre una y otra administración (casi tres meses). En el original, el plazo test-retest fue de cuatro semanas (Sarason y cols., 1987).

Si bien se considera necesario realizar en el futuro nuevos estudios psicométricos, sobre todo el que se refiere al test-retest, con un plazo de administración entre uno y otro no mayor de un mes, de acuerdo con los resultados obtenidos, se recomienda la utilidad de este instrumento para medir con precisión el subconstructo de apoyo social que evalúa la percepción de disponer de apoyo social emocional y la satisfacción con el mismo.

5.1.4.2. ESCALA DE RECURSOS DE APOYO SOCIAL (adaptada).

Los resultados de los análisis presentan valores de consistencia interna y de fiabilidad par-impar superiores a 0.89, lo que determina una muy buena fiabilidad del instrumento. Sin embargo, nuevamente los análisis de test-retest indican una estabilidad temporal moderada del instrumento. Aún se necesitan estudios de validez de ésta medida en los cuáles la percepción de las conductas y la satisfacción con las conductas sean evaluadas independientemente.

De todas formas, teniendo en cuenta los altos puntajes obtenidos en el índice de

consistencia interna y de las dos mitades, se puede decir que la escala es adecuada para ser utilizada en población española. Sin embargo, dado que no se tiene más información sobre las características psicométricas de la escala, es necesario en principio, aplicar un uso precavido de la misma, hasta que haya más estudios sobre sus propiedades psicométricas.

5.1.4.3 ESCALA DE ACTIVIDAD DE JENKINS PARA ESTUDIANTES, Forma T.

En relación a la fiabilidad, en el estudio original de Bermúdez y cols., (1991) se encontró una consistencia interna de la escala global de 0.87 (alfa de Cronbach). En los análisis referentes a la fiabilidad par-impar el valor fué de 0.88 y 0.89 (split-half), la fiabilidad test-retest (en un intervalo de 4 semanas) fue de 0.85. Podemos afirmar que los datos obtenidos en nuestro estudio en cuanto a la consistencia interna, que alcanza un valor de 0.934, sirven para reafirmar lo mencionado en el estudio de Bermúdez; al mismo tiempo, el valor de 0.725 conseguido en la fiabilidad par-impar, si bien no excesivo, tiende a dar soporte a la fiabilidad de este instrumento de medida del PCTA en población española. En nuestro caso, se obtuvo una fiabilidad global test-retest de 0.559. Nuevamente parece confirmarse la hipótesis de un excesivo período de tiempo entre una y otra administración de las Escalas.

5.1.5. CONCLUSIONES

En resumen, el análisis de nuestros datos nos permite llegar a las siguientes conclusiones generales:

- 1) La aplicación de la Escala de Apoyo Social, versión breve a la población española, es recomendada de acuerdo a la fiabilidad obtenida que es altamente satisfactoria desde un punto de vista psicométrico.

- 2) La Escala de Recursos Sociales presenta buenos índices de consistencia interna y fiabilidad par-impar, y su utilización en estudios americanos muestra una adecuada validez (Vaux y Harrison, 1987; Vaux y Athanassopoulou, 1987), quedando supeditado a un futuro cercano, el realizar otros estudios en población española, que acrediten esos datos.

3) Los datos extraídos con respecto al JASE-T en población española en este estudio, confirman lo hallado por Bermúdez y cols. (1991), quienes obtienen una fiabilidad notable del instrumento, siendo, por lo tanto, un buen instrumento para la evaluación del PCTA. El índice de consistencia interna obtenido es claramente superior al obtenido por Yarnold, Mueser, Grau y Grimm (1986) (de 0.40 a 0.62), y más alto que el obtenido por Bermúdez y cols. (1991), en su adaptación española (0.87).

5.2 INDEPENDENCIA DE LAS MEDIDAS

5.2.1 ANÁLISIS FACTORIAL DE LOS CUESTIONARIOS.

Finalmente, se consideró adecuado aplicar un análisis factorial incluyendo las tres medidas de apoyo social utilizadas en esta investigación con la finalidad de comprobar si realmente se estaban midiendo distintos subconstructos, tal como se hipotetiza en las bases teóricas a partir de las cuáles los instrumentos fueron contruidos o, en realidad, se estaba midiendo un único nivel o constructo del apoyo social. El objetivo era escoger la solución factorial de mayor poder discriminante, explicativo y comprensivo desde el punto de vista de las diferentes escalas, intentando potenciar al máximo la definición y delimitación de cada componente del apoyo social que teóricamente se estaba midiendo.

Medidas: Si bien incluidas dentro de cada uno de los cuestionarios pertinentes, se decidió considerar a la satisfacción con la percepción de apoyo emocional y a la satisfacción con la percepción de conductas de apoyo como escalas diferentes, dado que miden distintos aspectos del constructo, por lo que el número de escalas de apoyo incluidas en los análisis fueron cinco:

1) **Red de apoyo social (RED)**, compuesta por 7 items dónde se investigaba sobre si el sujeto tenía o no pareja, estaba casado o no, tenía hijos y cuántos, tenía amigos de confianza y cuántos, tenía amistades y cuántas, se relacionaba con la familia y con cuántos, era miembro de alguna institución, peña o sociedad.

2) **Percepción de Apoyo emocional (PAS)**, compuesta por 6 items.

3) **Satisfacción con la percepción de apoyo (SAT.P)**, compuesta por 6 item.

4) **Percepción de Conductas de apoyo (CAS)**, compuesta por 8 items.

5) **Satisfacción con las conductas de apoyo (SAT.C)**, compuesta por 8 items.

Estos cuestionarios han sido adecuadamente descritos en este Capítulo, apartado

5.2.2 y en el Capítulo 6, apartado 6.3.2.

Muestra: Para aplicar el proceso de factorización se utilizaron todos los sujetos participantes en los diferentes estudios de ésta tesis, quedando conformada la muestra utilizada de la siguiente manera:

- 1) El grupo de sujetos sanos utilizados en la evaluación psicométrica de los cuestionarios (ver este Capítulo, apartado 5.2.1).
- 2) El grupo de sujetos coronario y control empleados en la comprobación de las hipótesis (ver Capítulo 6, apartado 6.3.1.).
- 3) El grupo de familiares de los pacientes que sirvieron para validar el cuestionario retrospectivo (ver Capítulo 6, apartado 6.2.1.).

La muestra final quedó constituida por 202 sujetos, de los cuáles fueron aceptados 170 individuos por disponer de la totalidad de las puntuaciones.

Análisis de la estructura factorial: Lo que se buscaba era confirmar la existencia de soluciones factoriales discriminatorias de las distintas escalas empleadas y de los diferentes constructos que medían cada una de las medidas.

En un primer análisis exploratorio con los 35 items se probaron varias soluciones factoriales, optándose al final por una solución de 5 factores, que explicaban el 58% de la varianza total. Para extraer los factores de los instrumentos se siguió el método de los componentes principales y para obtener una buena interpretación de esos factores se realizó la rotación varimax normalizada. Se eligieron aquellos factores con valores propios superiores a uno y, dentro de ellos, aquellos items que saturaron igual o por encima de 0.55 en ese factor y menos de ese valor en cualquiera de los otros y que, a grandes rasgos, coincidía bastante con cada una de las escalas utilizadas. A estos factores se les ha llamado con el mismo nombre de los subconstructos que miden: Satisfacción con el apoyo emocional (items PAS 1-1, PAS 2-2, PAS 3-3, PAS 4-4, PAS 5-5 y PAS 6-6), Conductas de apoyo (items CAS 2, CAS 3, CAS 4, CAS 6, CAS 7 y CAS 8. Dentro de éste factor también saturan tres items que corresponden a la percepción de apoyo emocional y que son los items PAS 1, PAS 2 y PAS 5), Percepción de apoyo emocional (items PAS 3, PAS 4 y PAS 6. Dentro de éste factor también se encuentra un item que corresponde al cuestionario de Conductas de apoyo CAS 1); Red social (items RED-PARE, RED-CASA, RED HIJO, RED-INST) y Satisfacción con las conductas percibidas (items CAS 1-1, CAS 2-2, CAS 3-3, CAS 5-5, CAS 6-6 CAS 7-7 y CAS 8-8).

Los datos mencionados en el párrafo anterior pueden observarse en la Tabla 21.

TABLA 21. Matriz factorial rotada

VARIABLE	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5
RED-PARE				0.7824	
RED-CASA				0.8971	
RED-HIJO				0.7315	
RED-INST				0.55601	
SAT.P 1-1	0.7458				
SAT.P 2-2	0.7756				
SAT.P 3-3	0.6522				
SAT.P 4-4	0.6462				
SAT.P 5-5	0.6851				
SAT.P 6-6	0.7378				
PAS 1		0.6885			
PAS 2		0.6569			
PAS 3			0.6756		
PAS 4			0.7038		
PAS 5		0.7091			
PAS 6			0.6116		
CAS 1			0.6054		
CAS 2		0.6394			
CAS 3		0.5560			
CAS 4		0.6836			
CAS 6		0.6903			
CAS 7		0.7368			
CAS 8		0.7377			
SAT.C 1-1					0.6337
SAT.C 2-2					0.8325
SAT.C 3-3					0.7002
SAT.C 5-5					0.6376
SAT.C 6-6					0.8336
SAT.C 7-7					0.6692
SAT.C 8-8					0.7429
Var. Expl.	3.9028	5.4588	3.2213	2.4616	4.7509
V. Propio	0.1147	0.1605	0.0947	0.0724	0.1397

N = 170

En la tabla puede observarse que el Factor 1 agrupa a todos los items que componen la escala de satisfacción con el apoyo emocional percibido. El Factor 2 nuclea a 6 de los 8 items de la escala de conductas de apoyo percibidas. Si bien dentro de éste factor también aparecen discriminadas tres items que corresponden al apoyo emocional percibido, cuando se observan que tipo de items son se puede ver que los tres interrogan sobre las personas del entorno en quienes se puede confiar en determinadas situaciones. Es lógico suponer que son a esas personas de confianza a las que se les solicitarían favores relacionados con el apoyo instrumental, económico y/o de guía o consejo. El Factor 3 se corresponde con los 4 items que restan de la percepción de apoyo emocional. El Factor 4 incluye 4 de los 6 items de red social y, por último, el Factor 6 hace referencia a 7 de los 8 items de la escala de satisfacción con las conductas de apoyo.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el análisis factorial puede verse con claridad que las escalas de apoyo social utilizadas en esta tesis son adecuadas y miden cada una de ellas los diferentes aspectos del apoyo que se pretendía originalmente.

6

EL APOYO SOCIAL EN LA ETIOPATOGENIA DE LA ENFERMEDAD CORONARIA CARDIACA

6.1 INTRODUCCION

Si bien la metodología más apropiada para estudiar las influencias de determinados factores en la etiología de cualquier enfermedad es el método longitudinal prospectivo, en la presente investigación se optó por utilizar el método longitudinal retrospectivo. En este caso se trataba de estudiar la relación entre un determinado fenómeno A (la enfermedad coronaria), presente en el momento de la evaluación, y algún suceso anterior B (el apoyo social).

Para ello, se decidió administrar los cuestionarios a los sujetos coronarios preguntándoles sobre lo que recordaban antes del desarrollo de la enfermedad (antes del infarto o del diagnóstico de la angina de pecho). De acuerdo con Martínez Arias (1995), el principal problema de este procedimiento radica en la dificultad de obtener medidas fiables que no estén contaminadas por las posibles distorsiones del recuerdo.

Para controlar esta variable se decidió administrar los mismos cuestionarios a un familiar del paciente, con el fin de comprobar si la percepción del familiar era idéntica o similar a la que el paciente proporcionaba y, por lo tanto, si sus recuerdos eran fiables o no. Sólo en el caso de no encontrarse diferencias significativas en los datos retrospectivos del paciente y del familiar se podría mantener la interpretación etiopatogénica del apoyo social sobre la enfermedad coronaria utilizando la presente metodología.

Los procedimientos seguidos y los resultados obtenidos se exponen a continuación.

6.2 COMPROBACION PRELIMINAR

6.2.1 MUESTRA

El total de participantes de esta parte del estudio fueron 32 pacientes coronarios (los mismos que participaron en el estudio principal) y 31 familiares. Los datos demográficos y socioculturales de los pacientes coronarios se presentan en la Tabla 9. Un resumen de estos datos relativos a la edad, sexo y años de escolaridad, tanto de los pacientes coronarios como de los familiares, se presenta en la Tabla 1:

TABLA 1. Características demográficas y socioculturales de los sujetos de los grupos de pacientes y familiares utilizados para validar el cuestionario retrospectivo.

GRUPOS	EDAD $\bar{X} \pm \sigma_x$	SEXO		AÑOS DE ESCOLARIDAD $\bar{X} \pm \sigma_x$
		H	M	
PACIENTES	55.84 \pm 10.02	20	12	7.15 \pm 3.22
FAMILIARES	50.12 \pm 15.81	9	22	8.41 \pm 4.12

Los criterios de selección de la muestra de pacientes se describen en el apartado 6.3.1. El principal criterio de selección de la muestra de familiares fue que el familiar elegido viviera con el paciente en la misma residencia.

6.2.2 MATERIAL

Los mismos instrumentos utilizados en el estudio principal: la Escala de Actividad de Jenkins para estudiantes, forma T (*Jenkins Activity Scale for students-form T, JASE-T*),

el Cuestionario de Procesamiento de Disgusto (CPD), *Müller-Anger Coping Questionnaire, MAQ* (Müller, 1992; Robles, Valencia, García León, Pérez Marfil y Vila, 1994), el Cuestionario de Apoyo Social, versión breve (*Social Support Questionnaire, short form, SSQ6*) de Sarason, Sarason, Shearin y Pierce (1987) y una adaptación de la Escala de Recursos de Apoyo Social (*Social Support Resources, SSR*) de Vaux (1982; Vaux y Harris, 1985) (Apéndice 3). Para una mayor información sobre el protocolo y las escalas utilizadas, remitirse al Capítulo 5, apartado 5.2.2. y a este mismo Capítulo 6, apartado 6.3.2.

El material administrado a los familiares de los pacientes fue la misma encuesta retrospectiva, pero en relación con el paciente (Apéndice 2).

Las preguntas retrospectivas en relación con el paciente fueron del tipo "se te harán preguntas sobre tu estilo de vida antes de que tuvieras el primer episodio de tu enfermedad actual".

Las preguntas retrospectivas en relación con el familiar fueron del tipo: "se te harán preguntas sobre el estilo de vida de tu familiar antes de que tuviera el primer episodio de su enfermedad actual".

6.2.3 PROCEDIMIENTO

Los cuestionarios fueron administrados de forma individual por una misma persona. En el caso de los pacientes coronarios, en el mismo servicio de cardiología donde se los contactaba. En el momento de realizar esta primera entrevista, se establecía una cita en la casa de los pacientes, dónde se le administraban los cuestionarios al familiar. Algunos familiares de los enfermos agudos contestaron los cuestionarios en dependencias del Hospital, ya que vivían fuera de Granada, pero siempre de forma individual y separados del paciente.

6.2.4. RESULTADOS

El grado de acuerdo entre la información proporcionada por los pacientes coronarios y sus familiares se evaluó, tanto en relación a los factores relacionados con el apoyo social, como en relación a los factores de riesgo coronario. En el primer caso, se aplicó un ANOVA (Análisis de Varianza) unifactorial entre grupos para estudiar el

acuerdo entre los pacientes coronarios y sus familiares en la información proporcionada sobre la red de apoyo social. Para estudiar el acuerdo sobre la percepción y las conductas de apoyo social (y la satisfacción con cada una de ellas) se aplicaron MANOVAs (Análisis Multivariados de la Varianza) entre grupos. En el segundo caso, la concordancia entre ambas fuentes de información sobre los factores de riesgo se examinó a través de tablas de contingencia, dada la naturaleza categórica de las variable

A continuación se presentan los resultados.

6.2.4.1. APOYO SOCIAL

6.2.4.1.1. Red social

Los resultados del ANOVA Unifactorial entre grupo muestra que no existen diferencias significativas ($F_{1,59} = 1.659$, $p > 0.05$) respecto al número de personas que componen la red social según los pacientes cardíacos (Media = 37.812, DT = 19.416) y según los familiares (Media = 45.133, DT = 25.129) (ver Tabla 2).

TABLA 2: ANOVA de la variable Red Social entre los grupos coronario y familiares.

GRUPOS	RED SOCIAL $\bar{X} \pm \sigma_x$	F	P
CORONARIOS	37.81 ± 19.41	1.659	0.202
FAMILIARES	45.13 ± 25.12		

6.2.4.1.2. Percepción del apoyo y las conductas de apoyo social

La percepción del apoyo y las conductas de apoyo social de los pacientes cardíacos se contrastó con la percepción del apoyo social y las conductas de apoyo social de sus familiares. Para ello se aplicó un MANOVA, utilizando como medidas

dependientes la escala de apoyo social percibido del Cuestionario de Apoyo Social (PAS) y la escala de conductas de apoyo social de la Escala de Recursos Sociales (CAS) y como factor entre grupo la variable fuente con dos niveles (pacientes cardíacos y familiares). Este análisis indicó que la percepción de ambos grupos de informantes no difería de forma significativa ($\text{Lambda de Wilks}_{(2,58)} = 0.969, p > 0.05$) (ver Tabla 3).

6.2.4.1.3 Satisfacción con el apoyo percibido y las conductas de apoyo social

Se seleccionó un MANOVA como forma de analizar las posibles diferencias entre la satisfacción con el apoyo social percibido y con las conductas relacionadas con el apoyo social, informadas retrospectivamente por el paciente cardíaco y la satisfacción que percibía el familiar. Los factores introducidos en el análisis fueron, como factor entre grupo, la variable fuente con dos niveles (pacientes cardíacos y familiares) y como medidas dependientes la escala de satisfacción con el apoyo social percibido del Cuestionario de Apoyo Social (SAT.P) y la escala de satisfacción con las conductas de apoyo de la Escala de Recursos Sociales (SAT:C). Los resultados de este análisis muestran que el grado de satisfacción informada por el paciente es similar al grado de satisfacción informada por el familiar, según la información proporcionada por los familiares sobre el paciente ($\text{Lambda de Wilks}_{(1,58)} = 0.934, p > 0.05$) (ver Tablas 3 y 4).

TABLA 3: MANOVA de las variables Percepción del Apoyo Social (PAS); conductas de Apoyo Social y Satisfacción con el Apoyo Social (SAT.P) y Satisfacción con las Conductas de Apoyo (SAT.C) entre los grupos coronario y familiares.

GRUPOS	<i>Lambda de Wilks</i>	<i>P</i>
PAS y CAS	0.969	0.403
SAT.P y SAT.C	0.934	0.144

TABLA 4: Medias y Desviaciones típicas de los grupos coronario y familiar, en las variables de apoyo social: PAS, CAS, SAT.P y SAT.C.

GRUPOS	CORONARIO $\bar{X} \pm \sigma_x$	FAMILIARES $\bar{X} \pm \sigma_x$	N
1. PAS	2.88 ± 1.24	3.385 ± 1.685	32
2. CAS	1.976 ± 0.983	2.357 ± 1.542	29
3. SAT.P	4.682 ± 0.953	5.005 ± 0.954	32
4. SAT.C	4.593 ± 0.614	5.308 ± 1.972	28

6.2.4.2. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo incluidos en este estudio fueron: sobrepeso, tabaquismo, consumo excesivo de grasas y café, sedentarismo, enfermedades relacionadas con el desarrollo de la ECC, patrón de conducta Tipo A y Hostilidad.

6.2.4.2.1. Factores de riesgo tradicionales

La similitud entre la información proporcionada por los pacientes coronarios y sus familiares en relación a estos factores en las etapas iniciales de la enfermedad, se examinó a través de análisis de contingencia. Los resultados de este análisis mostraron que la información de ambas fuentes no difería significativamente en ninguno de los factores estudiados, tal como se presenta en la Tabla 5. Las probabilidades asociadas a los valores de chi-cuadrado varían entre 0.573 y 0.904, en todos los casos muy alejado del criterio de significatividad estadística ($p < 0.05$).

TABLA 5: Análisis de Contingencia entre los grupos de sujetos cardíacos y sus familiares, y los factores de riesgo tradicionales.

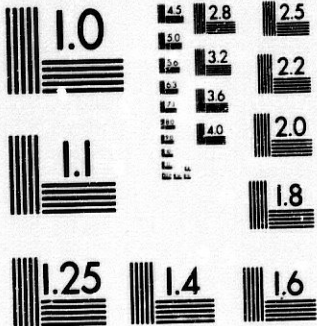
Factores de Riesgo Tradicionales	Chi-Cuadrado	P
1. Sobrepeso	0.689	0.792
2. Tabaquismo	0.144	0.904
3. Consumo excesivo de alimentos grasos	1.903	0.662
4. Consumo excesivo de café	0.317	0.573
5. Sedentarismo	0.016	0.898
6. Enfermedades relacionadas con el desarrollo de la ECC	0.132	0.716

6.2.4.2.2. Patrón de conducta tipo A

Los análisis de contingencia que evaluaron la concordancia entre las puntuaciones del JASE-H de los pacientes coronarios y sus familiares, mostraron que la información procedente de unos y otros es similar tanto en la escala general (PCTA_TOT), como en las subescalas de COM, SOB e IMP (ver Tabla 6).

TABLA 6: Análisis de Contingencia entre los grupos de sujetos cardíacos y sus familiares, y el factor de riesgo emocional Patrón de conducta Tipo A total y sus subescalas.

Factores de Riesgo Emocionales (PCTA)	Chi-Cuadrado	P
1. Patrón de Conducta Tipo A Total (PCTA_TOT)	0.0677609	0.79463
2. Competitividad (COM)	1.915646	0.16635
3. Sobrecarga Laboral (SOB)	0.3708498	0.54255
4. Impaciencia (IMP)	0.9183673	0.33791



MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART
 NATIONAL BUREAU OF STANDARDS
 STANDARD REFERENCE MATERIAL 1010a
 (ANSI and ISO TEST CHART No. 2)

TABLA 5: Análisis de Contingencia entre los grupos de sujetos cardíacos y sus familiares, y los factores de riesgo tradicionales.

Factores de Riesgo Tradicionales	Chi-Cuadrado	P
1. Sobrepeso	0.689	0.792
2. Tabaquismo	0.144	0.904
3. Consumo excesivo de alimentos grasos	1.903	0.662
4. Consumo excesivo de café	0.317	0.573
5. Sedentarismo	0.016	0.898
6. Enfermedades relacionadas con el desarrollo de la ECC	0.132	0.716

6.2.4.2.2. Patrón de conducta tipo A

Los análisis de contingencia que evaluaron la concordancia entre las puntuaciones del JASE-H de los pacientes coronarios y sus familiares, mostraron que la información procedente de unos y otros es similar tanto en la escala general (PCTA_TOT), como en las subescalas de COM, SOB e IMP (ver Tabla 6).

TABLA 6: Análisis de Contingencia entre los grupos de sujetos cardíacos y sus familiares, y el factor de riesgo emocional Patrón de conducta Tipo A total y sus subescalas.

Factores de Riesgo Emocionales (PCTA)	Chi-Cuadrado	P
1. Patrón de Conducta Tipo A Total (PCTA_TOT)	0.0677609	0.79463
2. Competitividad (COM)	1.915646	0.16635
3. Sobrecarga Laboral (SOB)	0.3708498	0.54255
4. Impaciencia (IMP)	0.9183673	0.33791

6.2.4.2.3. Hostilidad

El grado de acuerdo entre familiares y pacientes coronarios en relación a la información proporcionada sobre la hostilidad, se estudió mediante análisis de contingencia. Este análisis mostró que la información procedente del paciente coronario coincide con la información proporcionada por sus familiares tanto en la escala total (HOST_TOT), como en las subescalas AGR, SEN, CUL e INH (ver Tabla 7).

TABLA 7: Análisis de Contingencia entre los grupos de sujetos cardíacos y sus familiares, y el factor de riesgo emocional: Hostilidad total y sus subescalas.

Factores de Riesgo Emocionales (HOST)	<i>Chi-Cuadrado</i>	<i>P</i>
1. Hostilidad Total (HOST_TOT)	0.807994	0.36872
2. Agresividad (AGR)	1.048951	0.30576
3. Control de los Sentimientos (SEN)	2.315789	0.12808
4. Culpa (CUL)	0.688518	0.40667
5. Inhibición (INH)	0.861538	0.35332

6.2.5 CONCLUSIONES

Los resultados de esta parte del estudio sobre la concordancia entre los datos retrospectivos de los pacientes y de los familiares, confieren validez inicial al uso de la metodología retrospectiva como fuente de información sobre la influencia del apoyo social en la etiopatogenia de la enfermedad coronaria cardíaca.

6.3 ESTUDIO PRINCIPAL

6.3.1 MUESTRA

El total de participantes de este estudio fueron 64 sujetos de ambos sexos, divididos en 32 pacientes coronarios (20 hombres y 12 mujeres), con una edad media de 55.84 años (DT = 10.02 años; Rango = 32-71 años) y con un nivel educacional medio de 7.156 años (DT = 3.22 años; Rango = 0-14 años) y 32 sujetos controles (19 hombres y 13 mujeres), con una edad media de 56.5 años (DT = 9.62 años; Rango = 31-70 años) y con un nivel educacional medio de 8.31 (DT = 4.4 años; Rango = 0-18 años) (ver Tabla 8).

TABLA 8. Características demográficas y socioculturales de los sujetos de los grupos coronario y control.

GRUPOS	EDAD $\bar{X} \pm \sigma_x$	SEXO		AÑOS DE ESCOLARIDAD $\bar{X} \pm \sigma_x$
		H	M	
CORONARIOS	55.84 ± 10.02	20	12	7.15 ± 3.22
CONTROLES	56.5 ± 9.62	19	13	8.31 ± 4.4

La muestra de pacientes coronarios estaba compuesta por 15 pacientes agudos y 17 pacientes crónicos, por considerar que de esta forma se cubrían distintos aspectos de la ECC que podían influir en los resultados. Los pacientes agudos se encontraban ingresados en el momento de la encuesta, en el Servicio de Cardiología del Hospital de Especialidades "Virgen de las Nieves", Area Norte de Granada y los pacientes crónicos eran los que concurrían a sus revisiones periódicas en la consulta de Cardiología del

Centro Periférico de Especialidades del barrio del Zaidín de Granada. El criterio de selección de los pacientes agudos fue que no sobrepasaran los 71 años de edad, que en el momento de la encuesta tuvieran un diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) o angina de pecho, y estuvieran en condiciones clínicas de contestar las preguntas. El criterio de selección de los pacientes crónicos fue que no sobrepasaran los 71 años de edad, que su último infarto hubiera acontecido dentro de los 4 años anteriores a la encuesta y estuvieran dispuestos a contestar las preguntas.

El criterio de selección de la muestra control fue que los sujetos elegidos no presentaran síntomas ni tuvieran un diagnóstico de ECC y tuvieran las siguientes variables homologadas con los pacientes coronarios: sexo, edad, años de escolaridad, lugar de residencia, patrón de conducta Tipo A y hostilidad.

La Tabla 9 presenta una visión global de las características demográficas y socioculturales de los pacientes coronarios y sus controles.

TABLA 9. Descripción de las variables homologadas de los sujetos de los grupos coronario y control.

SUJ = Sujeto; SEX = Sexo; EDA = Edad; AE = Años de Escolaridad; LR = Lugar de Residencia; TA = Tipo A; HOS = Hostilidad

GRUPO CORONARIO							GRUPO DE CONTROL						
SUJ	SEX	EDA	AE	LR	TA	HOS	SUJ	SEX	EDA	AE	LR	TA	HOS
1	H	70	5	P	90	67	33	H	68	4	P	70	56
2	H	53	8	P	114	70	34	H	57	8	P	57	46
3	H	54	3	C	126	69	35	H	58	8	P	81	53
4	M	58	8	P	81	37	36	M	57	8	P	92	55
5	M	63	8	P	104	53	37	M	62	5	P	85	55
6	M	56	8	P	113	84	38	M	59	8	P	30	43
7	H	62	8	P	86	52	39	H	63	8	P	86	54
8	M	50	7	C	117	90	40	H	48	7	C	114	71
9	H	43	4	P	122	78	41	M	70	4	P	102	79
10	H	47	8	P	75	54	42	H	46	10	P	108	63
11	H	69	3	P	74	69	43	H	63	i	P	72	43
12	M	64	0	P	74	60	44	M	66	3	C	77	47
13	H	51	8	C	108	60	45	H	48	10	C	57	55
14	M	64	8	P	90	44	46	M	66	6	P	68	57
15	H	32	14	P	113	59	47	H	38	18	C	92	64
16	H	64	14	C	97	83	48	H	57	18	C	52	42
17	H	48	6	P	135	70	49	H	50	10	P	109	62
18	M	57	1	C	75	51	50	H	53	3	P	65	47
19	H	52	8	P	75	51	51	H	54	8	P	45	49
20	H	34	5	P	45	87	52	H	31	8	P	59	59
21	H	61	0	P	52	46	53	H	61	0	P	40	40
22	H	56	3	P	76	62	54	H	56	4	P	99	55
23	H	38	8	C	107	53	55	H	39	11	C	80	54
24	H	52	8	P	113	79	56	H	57	13	P	72	66
25	H	66	8	P	106	91	57	H	60	8	C	105	72
26	M	65	8	C	80	68	58	M	65	8	C	89	62
27	H	63	6	P	32	37	59	H	64	8	C	116	68
28	H	58	8	C	102	74	60	H	58	8	C	108	60
29	H	64	8	C	68	53	61	H	66	8	C	40	41
30	M	71	8	C	89	46	62	M	70	8	C	87	63
31	M	45	13	C	83	67	63	M	43	18	P	97	50
32	M	54	12	C	85	55	64	M	53	8	C	102	60

6.3.2 MATERIAL

El material utilizado en los pacientes coronarios fue una batería de cuestionarios retrospectivos estructurada en dos partes. En la primera parte se interrogaba a los sujetos sobre los factores de riesgo inherentes y tradicionales, por un lado, y sobre el tamaño de la red social, por el otro. La segunda parte estaba conformada por distintas escalas seleccionadas para medir los factores de riesgo emocionales (Tipo A y hostilidad) la Escala de Actividad de Jenkins para estudiantes, forma T (*Jenkins Activity Scale for students-form T, JASE-T*) y el Cuestionario de Procesamiento de Disgusto (CPD) (Robles, Valencia, García León, Pérez Marfil y Vila, 1994); *Müller-Anger Coping Questionnaire, MAQ*, Müller, 1991), respectivamente; para medir el apoyo social: el Cuestionario de Apoyo Social, versión breve (*Social Support Questionnaire-short form, SSQ6*) de Sarason, Sarason, Shearin y Pierce (1987) y una adaptación de la Escala de Recursos de Apoyo Social (*Social Support Resources, SS-R*) de Vaux (1982) (Apéndice 1).

El material utilizado en la muestra control fue la misma encuesta, pero contestada en tiempo presente (Apéndice 3).

6.3.2.1 Descripción del protocolo

El inventario se desarrolló basándose en el cuestionario adaptado para la versión española del Estudio Europeo sobre Conducta y Salud (Wardle y Steptoe, 1991; Steptoe y Wardle, 1992, Robles, Pérez y Vila, 1996). Existe información sobre la estabilidad a corto plazo del instrumento (Wardle y Steptoe, 1991). Si bien el protocolo original incluía una amplia variedad de conductas, creencias y conocimientos vinculadas al proceso general de salud-enfermedad, para esta tesis se seleccionaron sólo aquellas que influyeran en el desarrollo de la ECC. A continuación, se procederá a explicar detalladamente el sistema utilizado para evaluar las variables dependientes, de la hipótesis indirecta, y las variables dependientes de la hipótesis directa. Dicha información puede ser clasificada de la siguiente manera:

6.3.2.2 Variables dependientes de la hipótesis indirecta.

Las variables dependientes examinadas a través del cuestionario en la hipótesis indirecta, están conformadas por factores de riesgo inherentes y tradicionales.

1. Se interrogó a los sujetos sobre las variables Sexo y Edad.
2. La variable sobrepeso, se obtuvo interrogando a los sujetos sobre su peso y altura y aplicando luego el Índice de Masa Corporal (IMC) (Beumont, Al Alami, y Touyz, 1988), considerando con sobrepeso y/o obesos a los sujetos con un IMC a partir de una puntuación de entre 25 y 30 kg/m² (30 y 40 kg/m² y 40 o más kg/m²)
3. El consumo excesivo de tabaco o tabaquismo, se averiguó través de un continuo que iba de 1 a 8, desde "no haber fumado nunca, ni siquiera un solo cigarrillo"

(1) hasta "fumar más de 20 cigarrillos diarios" (8). Se consideraron personas adictas al tabaco las que contestaron positivamente en el nivel 7 y 8, que incluía de 20 cigarrillos por día (7) y más de 20 cigarrillos diarios (8).

4. El consumo excesivo de alimentos grasos incluía tres sub items que eran: consumo de carnes rojas, consumo de grasas y consumo de sal, quedando agrupados al final en uno sólo los sujetos con el más alto nivel de consumo en las tres cosas. El consumo de carne se evaluaba a través de un continuo que iba de 1 a 5, desde "no consumir en absoluto" (1) hasta "consumir al menos una vez al día" (5). La evitación de alimentos ricos en grasas y colesterol se midió en formato SI/NO. El consumo de sal se investigaba preguntando si los pacientes solían agregar sal a los alimentos ya preparados y con que frecuencia, desde "nunca" (1) a "usualmente" (4).

5. El consumo excesivo de café fue una gradiente de 1 a 4, desde "no beber café" (1) a "beber más de 5 tazas diarias" (4). Se incluyeron como grandes consumidores de café los que puntuaron en este último item.

6. Se consideraron personas sedentarias aquellas que no tenían ninguna actividad física, o aquellas personas cuya actividad física no llegaba a 4 veces en 15 días.

7. Se encuestó a los sujetos sobre la presencia de determinadas enfermedades relacionadas con el desarrollo de la ECC: diabetes, hipertensión, altos niveles de colesterol, asma, gota, etc.

8. El patrón de conducta Tipo A se investigó a través de la Escala de Actividad de Jenkins para estudiantes, forma T (Bermúdez y cols., 1991). Esta Escala está constituida por 27 items que miden el patrón de conducta Tipo A de forma global así como sus componentes. Ha sido adaptada a población española utilizando varios procedimientos para obtener fiabilidad y validez, por Bermúdez, Sánchez-Elvira y Pérez-García (1991), a partir de la Escala de Actividad de Jenkins en su versión para estudiantes (*Jenkins Activity Scale for students-form T, JASE-T*) elaborada por Krantz, Glass y Snyder, (1974). Consta de 3 subescalas:

1) **Competitividad.** Compuesta por 8 items. Los sujetos con puntuaciones altas en la misma se caracterizan por ser personas luchadoras, dominantes, ambiciosas y que suelen destacar en las numerosas actividades que emprenden.

2) **Sobrecarga laboral.** Formada por 6 items. Los sujetos que la poseen en gran medida son individuos con una elevada implicación laboral, siempre ocupados por cuestiones referentes al trabajo y realizando más de un trabajo o actividad a la vez.

3) **Impaciencia.** Constituida por 7 items. Los sujetos con una elevada puntuación en esta escala son personas con una gran urgencia temporal, al tiempo que manifiestan características hostiles y agresivas, sobre todo cuando se les obstaculiza el ritmo normal de sus actividades.

La Escala presenta un formato de respuesta múltiple (cada item consta de 6 opciones de respuesta), permitiendo obtener una puntuación para cada una de las tres subescalas y una puntuación total, fruto de la suma de todos los items. De acuerdo al estudio presentado en el Capítulo 5, apartado 5.3.3, presenta una fiabilidad satisfactoria tanto para la escala completa como para las diferentes subescalas, en población española (ver Tabla 7 y 8 del Capítulo 5).

9. La hostilidad de los sujetos se midió a través del Cuestionario de Procesamiento de Disgusto, (CPD) que ha sido traducido y adaptado a la población española por Robles, Valencia, García León, Pérez Marfil y Vila, (1994); La versión original (*Müller-Anger Coping Questionnaire, MAQ*), ha sido desarrollada por Müller, 1991).

Esta escala está constituida por 28 items y 4 subescalas:

1. **Agresividad:** conducta de agresión espontánea.
2. **Control de los sentimientos:** forma asertiva de expresar la ira.
3. **Culpa.** sentimientos de culpa relacionados con la expresión de la ira.
4. **Inhibición social:** aspectos cognitivos relacionados con la supresión de la ira.

Los 28 items del cuestionario presentan una serie de reacciones y pensamientos que suelen manifestarse cuando las personas están enfadadas y mediría la capacidad de afrontamiento del estado de ira de los individuos. De esta forma se puede considerar como un instrumento que investiga la ira-rasgo antes que la ira-estado. La Escala presenta un formato de respuesta múltiple (cada item consta de 4 opciones de respuesta), que describen la frecuencia con la que se reacciona de ese modo desde "prácticamente nunca" (1) a "casi siempre" (4), permitiendo obtener una puntuación para cada una de las cuatro subescalas y una puntuación total, fruto de la suma de todos los items. Dos de los items, el 6 y el 22 tiene puntuaciones invertidas. Presenta una fiabilidad satisfactoria (alfa de Cronbach 0.86 y par-impar 0.86) para la escala completa y una consistencia interna adecuada, evaluada a partir de su relación con otras medidas y de su estructura factorial, para la validez de constructo y a través del procedimientos de grupos contrastados, para la validez de criterio (Robles y cols., 1994).

6.3.2.3 Variables dependientes de la hipótesis directa

Las variables independientes en la hipótesis directa fueron: 1) el tamaño de la red social, 2) el apoyo social percibido y la satisfacción con el mismo y 3) las conductas de apoyo social percibidas y su satisfacción. A continuación se describirán las medidas que se utilizaron para su evaluación:

1. La red social: El tamaño de la red social se midió contabilizando retrospectivamente (antes del inicio de la enfermedad) los familiares, amigos y amistades con quienes se relacionaban los sujetos coronarios al menos una vez al mes. En los sujetos sanos utilizados como controles, se contabilizaba de idéntica manera, pero en tiempo presente. Esta medida incluía al cónyuge y a los hijos. También se averiguó si el sujeto participaba activamente en alguna institución. El puntaje trasluce la cantidad de personas o instituciones con las cuáles se relacionaba y son una medida del tamaño de la red.

Esta medida se basó en la utilizada por Seeman y Syme (1987), en un estudio angiográfico. En dicho estudio, la medida estructural de la red se investigó a través de la presencia de cuatro tipos de vínculos sociales:

- a) Estar o no casado.

b) Número de amigos íntimos, o a los que se los ve o se habla con ellos al menos una vez al mes.

c) Asistencia regular a la iglesia.

d) Ser miembro de grupos formales.

En este caso las modificaciones fueron:

1. Se agregó el número de hijos al listado de vínculos;

2. Se separó el ítem b) en amigos y amistades, definiéndose a los amigos como "de confianza" ya que la palabra "íntimos" prestaba a confusiones y a las amistades como a personas a las que se ve o se habla, al menos una vez al mes.

3. Se interrogó a los sujetos sobre los familiares con los que se relacionaban, por considerar que en general en nuestra cultura, la familia no nuclear es una fuente importante de apoyo, y

4. Se fusionó en un solo ítem el hecho de que asistieran a la iglesia o que fueran miembro de un grupo formal, por considerar a la iglesia una institución más.

2. Apoyo Social Percibido y Satisfacción con el Apoyo Social Percibido: El apoyo social percibido y la satisfacción con el mismo se evaluó a través del Cuestionario de Apoyo Social, versión breve (*Social Support Questionnaire-short form, SSQ6*) de Sarason, Sarason, Shearin y Pierce (1987). Este cuestionario surge como una versión breve de otro cuestionario de 27 ítems (el Cuestionario de Apoyo Social; *Social Support Questionnaire, SSQ*) desarrollado por Sarason, Levine, Basham y Sarason (1983) y que, por sus bondades psicométricas, ha sido utilizado en gran cantidad de investigaciones (Alexander y Beck, 1990; Smith y Frhom, 1985; Hardy y Smith, 1988; Malcolm y Janisse, 1991, etc.). Esta versión está compuesta por sólo 6 ítems que reflejan el apoyo emocional percibido. Cada pregunta del cuestionario tiene dos partes: la primera parte interroga sobre el número de sujetos que el individuo percibe que están disponibles para satisfacer sus necesidades en distintas situaciones, vinculadas a distintas formas de apoyo emocional, con un máximo de 9 personas y un mínimo de 0 (nadie). La segunda parte de cada ítem mide el grado de satisfacción global con la percepción de disponer de apoyo en dicha situación, utilizando una escala tipo Likert desde muy satisfecho (6) a muy descontento (1). En el estudio original, la validez interna (coeficiente alfa) oscila en el SSQ entre 0.96 y 0.98, tanto en el número de individuos como en la satisfacción y en el SSQ6 entre 0.90 y 0.93 para ambas (Sarason y cols., 1987). El estudio realizado sobre población española se puede ver en el Capítulo 5, apartado 5.3.1., Tablas 7 y 8.

3. Conductas de Apoyo Social Percibidas y Satisfacción con las Conductas de Apoyo Social Percibidas: Las conductas de apoyo social se investigaron a través de una adaptación de la Escala de Recursos de Apoyo Social (*Social Support Resources, SS-R*) (Vaux, 1982; Vaux y Harrison, 1987).

Originalmente, esta encuesta (SS-R) fue diseñada para investigar la percepción de cinco formas de conductas de apoyo: Apoyo emocional, relaciones sociales, asistencia práctica, asistencia financiera y guía/consejos. Sin embargo, se decidió seleccionar solamente los ítems que agrupaban al apoyo informacional, a la asistencia financiera y a la asistencia práctica, por considerar que el cuestionario SSQ6 de Sarason y cols.

(1987), cubría los otros aspectos. Otra modificación fue adaptar el formato de la Escala, homologándola con el formato del SSQ6, manteniendo, sin embargo, lo que originalmente medía: el número de personas y la satisfacción con las conductas de apoyo. El cuestionario se basa en la conceptualización de Vaux, que plantea que el apoyo social se puede ver como un meta-constructo, referido a 3 constructos subsidiarios: recursos de la red social, conductas de apoyo y evaluación subjetiva del apoyo (Vaux, 1988).

Se averiguan las conductas de apoyo percibidas preguntando a los sujetos (que se basan en su experiencia previa) con cuántas personas contarían, si la situación hipotética se presentara, para cada uno de los distintos subconstructos (con un máximo de 9 personas) y cuán satisfechos se encuentran con eso, en una escala de 6 (muy satisfecho) a 1 (muy descontento).

La diferencia con otros cuestionarios, como por ejemplo el Inventario de Conductas de Apoyo Social (*Inventory of Socially Supportive Behaviors, ISSB*) de Barrera, Sandler y Ramsay (1981), radica en que éste interroga sobre la experiencia real pasada, por lo que los individuos que informan más apoyo, sean los que, probablemente, hayan tenido más situaciones estresantes. La distinción entre disponibilidad y percepción es importante ya que el apoyo varía en función del número, tipo y severidad de los problemas recientemente vividos. Es decir, que aquellos que informen una gran cantidad de apoyo, probablemente sea porque hayan tenido más cantidad de problemas y/o de índole más grave.

Con este tipo de consigna, que puede hacerse extensiva al Cuestionario de Apoyo Social, versión breve (*Social Support Questionnaire, SSQ6*) de Sarason, Sarason, Shearin y Pierce (1987), se controlaría la incidencia del estrés en las respuestas a los cuestionarios de apoyo social.

Lamentablemente, el cuestionario original fué desarrollado en un manuscrito no publicado (Vaux, 1982), por lo que no se tienen medidas psicométricas sobre su validez y fiabilidad, si bien ha sido utilizado en varias investigaciones (Vaux y Harrison, 1987; Vaux y Athanassopoulou, 1987). Se pueden observar los datos de fiabilidad obtenidos en población española en el Capítulo 5, apartado 5.3.2., Tablas 7 y 8.

6.3.3 PROCEDIMIENTO

Los cuestionarios fueron administrados de forma individual por una misma persona. En el caso de los pacientes coronarios, en el lugar donde se los contactaba, ya fuera en el servicio de cardiología del Hospital de Especialidades "Virgen de las Nieves", Area Norte de Granada para los agudos, como en el Centro Periférico de Especialidades del barrio del Zaidín, para los crónicos. En el caso de los sujetos controles, luego de constatar que estuvieran libres de ECC y que tuvieran las variables antes mencionadas homologadas con los sujetos coronarios, se establecía una cita en su casa, dónde se les administraba el conjunto de cuestionarios.

6.3.4. RESULTADOS

Antes de examinar la relación entre el apoyo social y los factores de riesgo de la ECC, por una parte, y el apoyo social y la ECC, por la otra, es necesario comprobar si en el estudio están controladas ciertas variables relevantes que pueden influir sobre los resultados. Estas variables son, de acuerdo con la literatura examinada: sexo, edad, años de escolaridad, lugar de residencia, patrón de conducta Tipo A y hostilidad. Estos análisis son los que se examinan a continuación.

6.3.4.1. Variables de control utilizadas.

6.3.4.1.1. Edad.

La diferencia de edad entre los miembros de los grupos definidos en este estudio (controles y coronarios) se evaluó a través de ANOVA unifactorial entre grupos. Este ANOVA mostró que no existían diferencias significativas ($F_{(1,62)} = 0.071, p > 0.05$) entre la edad media del grupo de sujetos controles (Media = 56.5, DT = 9.62) y la edad media de los sujetos coronarios (Media = 55.84, DT = 10.02) (ver Tabla 10).

6.3.4.1.2. Años de escolaridad

La segunda variable de control estudiada fue el número de años de escolarización, como una forma de medir el nivel educacional de cada sujeto. Para ello, se utilizó ANOVA unifactorial entre grupos. Los resultados indicaron que no existen diferencias significativas ($F_{(1,62)} = 1.437, p > 0.05$) entre el número de años que los sujetos controles han asistido al colegio (Media = 8.31, DT = 4.40) y el número de años de escolarización de los sujetos coronarios (Media = 7.15, DT = 3.22) (ver Tabla 10).

TABLA 10. ANOVA de las variables edad y nivel educacional entre los sujetos de los grupos coronario y control.

GRUPOS	EDAD $\bar{X} \pm \sigma_x$	<i>F</i>	<i>P</i>	AÑOS DE ESCOLARIDAD $\bar{X} \pm \sigma_x$	<i>F</i>	<i>P</i>
CORONARIO	55.84 ± 10.02	0.71	0.79	7.15 ± 3.22	1.43	0.235
CONTROL	56.50 ± 9.62			8.31 ± 4.40		

6.3.4.1.3. Lugar de residencia

La procedencia o no de entornos de características similares (lugar de residencia) de los sujetos participantes en este estudio se estudió a través de la correlación de Pearson. Las variables entre las que se estableció la correlación fueron: lugar de residencia con dos niveles (rural, urbano) y el grupo al que pertenecen, también con dos niveles (controles, pacientes cardíacos). El valor alcanzado por esta correlación fue de = 0.94 (ver Tabla 11).

TABLA 11. Tabla de Contingencia de la variable Lugar de Residencia entre los grupos coronario y control.

VARIABLES	RURAL <i>N</i>	URBANO <i>N</i>	<i>Chi Cuadrado</i>	<i>P</i>
CORONARIOS	13	18	0.005	0.942
CONTROLES	12	16		

6.3.4.1.4. Características de personalidad

Las características de personalidad que se han controlado en este estudio han sido el Patrón de conducta Tipo A (PCTA) y la Hostilidad.

La diferencia en el patrón de conducta tipo A entre los miembros de los grupos de participantes en este estudio (controles y cardíacos) se examinó a través de MANOVA utilizando como variables dependientes las diferentes subescalas recogidas en el

Cuestionario de Actividad de Jenkins para estudiantes, forma T (PCTA_TOT, PCTA_COM, PCTA_SOB, PCTA_IMPA). Los resultados indican que no existen diferencias significativas en las puntuaciones en ninguna de las subescalas entre los participantes de los dos grupos ($F_{(4,35)} = 0.924, p > 0.05$) (ver Tabla 12).

En relación al factor de riesgo Hostilidad, la posible diferencia entre los dos grupos de participantes en este estudio (controles y cardíacos) se estudió a través de MANOVA. Las variables dependientes incluidas en este estudio fueron las subescalas recogidas en el Cuestionario de Procesamiento de Disgusto de Müller (MAQ_TOT, MAQ_AGRE, MAQ_SENT, MAQ_CUL, MAQ_INHI). Los resultados indicaron que no existían diferencias significativas ($F_{(5,51)} = 0.924, p > 0.05$) entre los sujetos controles y los pacientes cardíacos en el grado de hostilidad medido a través de las diferentes subescalas (ver Tabla 12).

TABLA 12. MANOVAs de las variables de personalidad: Patrón de conducta Tipo A y Hostilidad entre los grupos coronario y control.

VARIABLES	<i>Lambda de Wilks</i>	<i>R</i>	<i>P</i>
PCTA+SUBESCALAS	0.923604	0.723758	0.58163
MAQ+SUBESCALAS	0.847177	1.839988	0.121614

6.3.4.2. COMPROBACIÓN INDIRECTA: FACTORES DE RIESGO CORONARIO

Luego de realizar los estudios preliminares y el control de las variables, con resultados satisfactorios, se procedió a la comprobación de las dos hipótesis de ésta Tesis Doctoral:

- 1) La comprobación indirecta, relacionada con los factores de riesgo y
- 2) La comprobación directa.

A continuación se expondrán primero los resultados obtenidos de la comprobación indirecta y luego los resultados de la comprobación directa.

El grado de relación entre los factores de riesgo coronarios y los distintos aspectos implicados en el apoyo social se evaluaron en relación a los pacientes coronarios. Como factores de riesgo se incluyeron la edad, el sexo, el consumo excesivo de carne, sal, grasa y café, el sedentarismo, el sobrepeso, el tabaquismo, el padecer alguna enfermedad que incida en el pronóstico coronario, la sumatoria de los factores asociados denominada factores asociados, el patrón de conducta Tipo A y la hostilidad. Como aspectos implicados en el apoyo social se estudió la red social, la percepción del apoyo emocional, la percepción de las conductas de apoyo social y la satisfacción con ambas.

El grado de relación entre las variables en el grupo de pacientes coronarios, se

analizó mediante correlación de Pearson y de Spearman, en función del tipo de variable. La correlación de Pearson (1896) se utilizó cuando las variables eran continuas, mientras que la correlación de Spearman (1904) se aplicó cuando las variables eran ordinales, es decir, aplicado, no a las puntuaciones originales sino a las puntuaciones transformadas en rangos (Pardo y San Martín, 1994).

La correlación de Spearman se utilizó para determinar la relación entre factores de riesgo y el apoyo social en las siguientes variables: sobrepeso, tabaquismo, consumo excesivo de carne, grasa y café, sedentarismo, enfermedades y factores asociados.

Como se puede observar en la Tabla 13, los resultados indican que la variable SOBREPESO presenta una sola correlación significativa negativa con la red social ($R = -0.399$, $p < 0.05$). Se puede observar también que la orientación de las correlaciones es en todos los casos negativa.

En la variable TABAQUISMO, no hay ninguna correlación significativa y la valoración de las mismas no está tan clara como las anteriores ya que se observan dos correlaciones positivas con la red y la SAT.P, siendo negativas las correlaciones con PAS, CAS y SAT.C.

Tampoco se hallan correlaciones significativas en la variable CONSUMO EXCESIVO DE GRASAS, (que incluye el consumo excesivo de carne, alimentos grasos y sal), siendo todas las correlaciones negativas menos la Percepción del apoyo social (PAS) que es positiva.

En la siguiente variable: CONSUMO EXCESIVO DE CAFE tampoco existen correlaciones significativas, siendo la orientación de las mismas en todos los casos positiva. De todas maneras, ésta fue la única variable dónde el número de sujetos con un alto consumo de café (más de 5 tazas diarias) fué sólo de 4.

En cambio, sí existe una correlación significativa positiva entre el SEDENTARISMO y las conductas de apoyo social ($R = 0.435$, $p < 0.05$), y una correlación marginal también positiva entre esta variable y la percepción de apoyo social ($R = 0.328$, $p > 0.05$). Los valores de las otras correlaciones son negativos salvo en la satisfacción con la percepción de apoyo que vuelve a ser positivo.

También se puede observar que la variable ENFERMEDADES (asociadas con el desarrollo de la ECC) mostró una correlación significativa negativa con las conductas de apoyo social (CAS) ($R = -0.356$, $p < 0.05$), siendo la orientación de todas las correlaciones negativa.

Por último no se hallaron correlaciones significativas en la variable FACTORES ASOCIADOS, aunque se sigue manteniendo la orientación negativa de las correlaciones.

Estos datos se describen detalladamente en la Tabla 13.

TABLA 13: Correlaciones de Spearman entre las variables de Apoyo Social y Factores de Riesgo Coronario tradicionales.

VARIABLES	N	RED r_{xy}	PAS r_{xy}	CAS r_{xy}	SAT.P r_{xy}	SAT.C r_{xy}
1. SOBR.PESO	32	-0.399 $p=0.023^*$	-0.061 $p=0.740$	-0.037 $p=0.838$	-0.197 $p=0.278$	-0.237 $p=0.189$
2. TABAQUIS	32	0.101 $p=0.579$	-0.244 $p=0.177$	-0.156 $p=0.391$	0.037 $p=0.838$	-0.156 $p=0.392$
3. C.E.GRASA	32	-0.206 $p=0.257$	0.119 $p=0.516$	-0.038 $p=0.833$	-0.066 $p=0.716$	-0.150 $p=0.409$
4. C.E.CAFÉ	32	0.202 $p=0.265$	0.070 $p=0.703$	0.112 $p=0.540$	0.042 $p=0.818$	0.049 $p=0.789$
5. SEDENT	32	-0.033 $p=0.853$	0.328 $p=0.066$	0.435 $p=0.012^*$	0.126 $p=0.491$	-0.020 $p=0.911$
6. ENFERM	32	-0.258 $p=0.152$	-0.238 $p=0.189$	-0.356 $p=0.045^*$	-0.256 $p=0.156$	-0.166 $p=0.363$
7. FAC.ASO	32	-0.284 $p=0.114$	-0.018 $p=0.918$	-0.044 $p=0.808$	-0.096 $p=0.599$	-0.280 $p=0.120$

SOBR.PESO = Sobrepeso; TABAQUIS = tabaquismo; C.E.GRASA = consumo excesivo de grasa; C.E.CAFÉ = Consumo excesivo de café; SEDENT = sedentarismo; ENFERM = enfermedad; FAC.ASO = factores asociados.

En el caso de variables continuas introducidas en este estudio, puntuaciones obtenidas de los cuestionarios JASE-H y MAQ, se utilizó la correlación de Pearson.

Los resultados nos indican que, tal como se sugirió previamente en el Capítulo 4, no existen correlaciones significativas entre las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de personalidad (JASE-H y MAQ) y los factores relacionados con el apoyo social en los pacientes coronarios de este estudio (ver Tabla 14).

TABLA 14: Correlaciones de Pearson entre las variables de Apoyo Social y Factores de Riesgo Coronario emocionales (Patrón de conducta Tipo A y Hostilidad) en los sujetos coronarios.

VARIABLES	RED r_{xy}	PAS r_{xy}	CAS r_{xy}	SAT.P r_{xy}	SAT.C r_{xy}
1. PCTA_TOT	-0.163 N=23 p=0.455	0.057 N=23 p=0.794	-0.066 N=23 p=0.764	0.145 N=23 p=0.508	0.793 N=23 p=0.719
2. PCTA_COM	-0.210 N=25 p=0.312	0.217 N=25 p=0.296	0.054 N=25 p=0.795	-0.102 N=25 p=0.626	0.092 N=25 p=0.659
3. PCTA_SOB	0.053 N=25 p=0.770	0.926 N=32 p=0.614	-0.140 N=32 p=0.443	-0.089 N=32 p=0.625	-0.031 N=32 p=0.865
4. PCTA_IMPA	-0.038 N=32 p=0.837	0.051 N=32 p=0.781	0.231 N=32 p=0.203	-0.292 N=32 p=0.105	-0.204 N=32 p=0.263
1. MAQ_TOT	0.046 N=28 p=0.815	0.091 N=28 p=0.645	0.214 N=28 p=0.274	-0.102 N=28 p=0.605	-0.085 N=28 p=0.664
2. MAQ_AGRE	-0.037 N=32 p=0.840	-0.119 N=32 p=0.516	0.097 N=32 p=0.596	-0.214 N=32 p=0.238	-0.253 N=32 p=0.161
3. MAQ_SENT	-0.061 N=32 p=0.740	-0.182 N=32 p=0.317	-0.021 N=32 p=0.905	-0.149 N=32 p=0.414	-0.115 N=32 p=0.528
4. MAQ_CUL	0.274 N=28 p=0.157	0.147 N=28 p=0.453	0.131 N=28 p=0.505	0.035 N=28 p=0.505	-0.166 N=28 p=0.396
5. MAQ_INHI	-0.045 N=32 p=0.806	0.165 N=32 p=0.365	0.167 N=32 p=0.360	-0.142 N=32 p=0.436	-0.259 N=32 p=0.151

Esta falta de correlaciones significativas puede deberse a que la manipulación de estas dos variables de personalidad para su homologación han podido sesgar el grupo de pacientes coronarios, no siendo ésta muestra representativa en estos dos factores. A partir de éstos datos se plantea repetir estos análisis en otra muestra. Los resultados se exponen a continuación:

6.3.4.3. CORRELACION ENTRE LAS VARIABLES DE PERSONALIDAD EN UNA MUESTRA NO HOMOLOGADA

De acuerdo con el planteamiento de la hipótesis indirecta, se consideró que esta ausencia de correlación entre los factores relacionados con el apoyo social y las características de personalidad del sujeto, contraria a la expuesta en la literatura, estaba motivada, básicamente, por dos factores: 1) el escaso número de sujetos (32 pacientes) incluidos en el estudio y 2) el hecho de haber manipulado la muestra en este sentido, para poder controlar estas variables (Patrón de conducta Tipo A y Hostilidad). Al no hallarse diferencias significativas entre los grupos coronario y control en estos factores, inducía a pensar en un cierto sesgo, si bien necesario, en estas variables. Como una manera de comprobar esta hipótesis, se decidió aplicar los mismos análisis a una muestra más numerosa compuesta por sujetos que no padecían problemas coronarios y que se obtuvo de la muestra utilizada para la validación psicométrica de los cuestionarios: 66 sujetos de ambos sexos (17 hombres y 49 mujeres), con una edad media de 32.56 años (DT= 8.24 años; Rango= 21-70 años) y con un nivel educacional medio de 19.03 años (DT= 2.57 años; Rango= 7-20 años. Para mayor información remitirse al Capítulo 5, apartado 5.2.1., Tabla 1).

Este nuevo análisis se realizó con el mismo procedimiento que el anterior y los resultados mostraron la existencia de tres correlaciones significativas negativas entre la subescala de agresividad del cuestionario de hostilidad (MAQ), y el apoyo percibido ($R = -0.355$, $p < 0.05$) y las conductas de apoyo ($R = -0.315$, $p < 0.05$) así como entre la subescala de inhibición del cuestionario de hostilidad (MAQ) y la satisfacción con el apoyo percibido ($R = -0.265$, $p < 0.05$). De forma marginal, se encuentran cuatro correlaciones negativas: entre la satisfacción con el apoyo percibido y las puntuaciones totales del PCTA ($R = -0.256$, $p = 0.06$) y de la subescala de impaciencia del PCTA ($R = -0.239$, $p = 0.07$), entre la subescala de inhibición del cuestionario de hostilidad (MAQ) con la red social ($R = -0.229$, $p = 0.07$) y con el apoyo percibido ($R = -0.239$, $p = 0.06$). También se puede observar que la orientación de la gran mayoría de las correlaciones es negativa.

Estas correlaciones de describen en la Tabla 15.

TABLA 15: Correlaciones de Pearson entre las variables de Apoyo Social y Factores de Riesgo Coronario emocionales (Patrón de conducta Tipo A y Hostilidad), en una muestra de sujetos sanos.

VARIABLES	RED r_{xy}	PAS r_{xy}	CAS r_{xy}	SAT.P r_{xy}	SAT.C r_{xy}
1. PCTA_TOT	-0.046 N=56 $p=0.731$	-0.073 N=54 $p=0.576$	-0.076 N=46 $p=0.612$	-0.256 N=52 $p=0.066$	0.027 N=45 $p=0.860$
2. PCTA_COM	0.163 N=58 $p=0.220$	-0.070 N=56 $p=0.603$	-0.087 N=48 $p=0.556$	-0.145 N=54 $p=0.293$	0.019 N=47 $p=0.898$
3. PCTA_SOB	-0.167 N=63 $p=0.987$	0.078 N=61 $p=0.546$	0.115 N=50 $p=0.423$	-0.035 N=58 $p=0.794$	-0.049 N=49 $p=0.735$
4. PCTA_IMPA	-0.218 N=62 $p=0.088$	-0.122 N=60 $p=0.350$	-0.102 N=50 $p=0.481$	-0.239 N=58 $p=0.070$	-0.069 N=49 $p=0.637$
1. MAQ_TOT	-0.174 N=60 $p=0.182$	-0.214 N=58 $p=0.106$	-0.143 N=48 $p=0.332$	-0.078 N=56 $p=0.567$	-0.135 N=47 $p=0.363$
2. MAQ_AGRE	-0.052 N=62 $p=0.686$	-0.355* N=60* $p=0.005*$	-0.315* N=50* $p=0.026*$	-0.113 N=58 $p=0.396$	-0.203 N=49 $p=0.160$
3. MAQ_SENT	-0.037 N=62 $p=0.771$	-0.087 N=60 $p=0.505$	-0.054 N=50 $p=0.707$	0.026 N=58 $p=0.842$	-0.202 N=49 $p=0.163$
4. MAQ_CUL	-0.139 N=61 $p=0.285$	0.156 N=59 $p=0.236$	-0.157 N=49 $p=0.281$	0.170 N=57 $p=0.204$	0.238 N=48 $p=0.102$
5. MAQ_INHI	-0.229 N=61 $p=0.076$	-0.239 N=59 $p=0.068$	-0.102 N=49 $p=0.485$	-0.265* N=57* $p=0.046*$	-0.154 N=48 $p=0.294$

Si bien no concluyente, éste segundo análisis parece demostrar que las relaciones existentes entre las características de personalidad y el apoyo social comienzan a perfilarse en una población más numerosa.

6.3.4.4. COMPROBACIÓN DIRECTA: INFLUENCIA DEL APOYO SOCIAL EN LA ETIOLOGÍA DE LA ECC.

Seguidamente se expone la comprobación de los efectos directos del apoyo social en la etiología de la enfermedad o hipótesis directa.

La influencia de los factores relacionados con el apoyo social (la red social, la percepción del apoyo emocional, la percepción de las conductas de apoyo social y la satisfacción con ambas) sobre el desarrollo de la enfermedad coronaria se examinó a través de ANOVA y MANOVA.

6.3.4.4.1. Red social

La diferencia en el número de personas con las que se relaciona el sujeto evaluado se estudió a través de ANOVA unifactorial entre grupos. La variable entre grupos, Ngrupo, estaba compuesta por dos niveles: controles y coronarios.

En la Tabla 16 se puede observar que los resultados de éste análisis indicaron la existencia de diferencias significativas en el número de personas con las que se relacionan los miembros de los dos grupos definidos ($F_{(1,62)} = 5.828$, $p < 0.05$), siendo mayor el número de personas con las que se relacionan los sujetos del grupo control (Media = 49.343, DT = 18.79) respecto a los sujetos del grupo coronario (Media = 37.812, DT = 19.416).

La comparación de la Red Social en los grupos coronario y control se puede ver claramente en la Figura 1.

TABLA 16. ANOVA de la variable Red Social entre los grupos coronario y control.

GRUPOS	RED SOCIAL $\bar{X} \pm \sigma_x$	F	P
CORONARIO	37.81 ± 19.41	5.82	0.018
CONTROL	49.34 ± 18.79		

6.3.4.4.2. Apoyo social percibido y conductas de apoyo social

La influencia del apoyo social percibido y la conducta de apoyo social en el desarrollo de la ECC se examinó mediante MANOVA y ANOVA. Si el MANOVA resultaba estadísticamente significativo se realizaba ANOVA univariado para cada variable dependiente utilizando el mismo factor.

En este caso las variables dependientes incluidas fueron PAS y CAS en su efecto sobre la variable Ngrupo compuesta por los grupos coronario y control.

Los resultados muestran que existen diferencias significativas (*Lambda de Wilks* = 0.666, $p < 0.001$) en el efecto de PAS y CAS entre los dos grupos de sujetos (ver Tabla 17).

TABLA 17. MANOVA de las variables Apoyo Social Percibido (PAS) y Conductas de Apoyo Social (CAS) de los sujetos de los grupos coronario y control.

VARIABLES	<i>Lambda de Wilks</i>	<i>R</i>	<i>P</i>
PAS+CAS	0.660449	15.68072	0.000003

El análisis unifactorial (ANOVA) de la variable PAS vuelve a indicar la existencia de diferencias significativas ($F_{(1,62)} = 26.293$, $p < 0.001$), entre los dos grupos de sujetos, con valores superiores en el grupo control (Media = 4.651, DT = 1.508) respecto al grupo coronario (Media = 2.88, DT = 1.24) (ver Tabla 18).

Resultados similares se encuentran para la otra variable dependiente, CAS. En este caso, el análisis unifactorial muestra que las conductas de apoyo social difieren significativamente entre los dos grupos de sujetos ($F_{(1,62)} = 24.318$, $p < 0.001$), siendo de nuevo mayor el número de conductas percibidas de apoyo social en el grupo control (Media = 3.679, DT = 1.687) respecto al grupo coronario que claramente percibe menos conductas (Media = 1.876, DT = 0.983) (ver Tabla 18).

TABLA 18. ANOVA de las variables de Apoyo Social PAS y CAS entre los grupos coronario y control.

GRUP.	PAS $\bar{X} \pm \sigma_x$	F	P	CAS $\bar{X} \pm \sigma_x$	F	P
CORON.	2.88 ± 1.24	27.0	< .0001	1.87 ± 0.98	24.3	< .0001
CONTR.	4.65 ± 1.50			3.67 ± 1.68		

6.3.4.4.3. Satisfacción con el apoyo social percibido y las conductas de apoyo social.

También en este caso la satisfacción de los sujetos incluidos en los dos grupos de participantes en este estudio (controles y coronarios) se investigó a través de MANOVA y ANOVA. Al igual que en el caso anterior, si el MANOVA resultaba estadísticamente significativo se realizaba posteriormente un ANOVA univariado.

Se utilizaron las variables SAT.P y SAT.C (Satisfacción con la percepción de apoyo emocional y Satisfacción con la percepción de conductas de apoyo) como variables dependientes en su efecto sobre la variable Ngrupo (coronarios y controles).

Nuevamente los resultados del MANOVA muestran que existen diferencias significativas en el grado de satisfacción de los miembros de los grupos incluidos en relación a la percepción del apoyo social emocional y a las conductas de apoyo social percibidas (*Lambda de Wilks* = 0.729, $p < 0.001$) (ver Tabla 19).

TABLA 19. MANOVA de las variables Satisfacción con el Apoyo Social Percibido (SAT.P) y Satisfacción con las Conductas de Apoyo Social (SAT.C) de los sujetos de los grupos coronario y control.

VARIABLES	<i>Lambda de Wilks</i>	R	P
SAT.P+SAT.C	0.729838	11.29010	0.000067

Los ANOVAs unifactoriales posteriores mostraron en relación a la variable dependiente SAT.P, que también existen diferencias significativas en el grado de satisfacción con el apoyo social emocional percibido por los sujetos ($F_{(1,62)} = 5.003$, $p < 0.05$), estando más satisfechos y, por lo tanto, siendo mayor esta satisfacción en los sujetos controles (Media = 5.166, DT = 0.769) respecto a los sujetos del grupo coronario (Media = 4.682, DT = 0.953) (ver Tabla 20).

Finalmente, en relación a la otra variable dependiente (la satisfacción con las conductas de apoyo social percibidas), el ANOVA unifactorial también indicó la presencia de diferencias significativas en el grado de satisfacción con las conductas de apoyo ($F_{(1,62)} = 20.904$, $p < 0.001$). La satisfacción era superior en los miembros del grupo control (Media = 5.21, DT = 0.453) a la obtenida por los sujetos del grupo coronario (Media = 4.593, DT = 0.614). Los resultados se exponen en la Tabla 20.

La comparación entre el apoyo percibido, las conductas de apoyo, la satisfacción con la percepción de apoyo y la satisfacción con las conductas de apoyo social en los dos grupos (coronario y control), puede observarse en la Figura 2.

TABLA 20. ANOVA de las variables de Apoyo Social SAT.P y SAT.C entre los grupos coronario y control

GRUPOS	SAT.P $\bar{X} \pm \sigma_x$	F	P	SAT.C $\bar{X} \pm \sigma_x$	F	P
CORONARIO	4.68 ± 0.95	5.0	0.028	4.59 ± 0.61	20.9	< .0001
CONTROL	5.16 ± 0.76			5.21 ± 0.		

7

DISCUSION, CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS

7.1. DISCUSIÓN

De acuerdo con la literatura examinada se observa que los indicadores de mayor riesgo de la ECC están determinados en gran parte por mecanismos conductuales y psicosociales. Parece ser que a pesar de que los mecanismos patogénicos involucrados son biológicos, las causas que contribuyen a la ECC son principalmente conductuales (Jenkins, 1988). Todos los datos apuntan a la importancia potencial del estrés y los recursos sociales como antecedentes psicosociales de la enfermedad coronaria. También podemos observar que durante los últimos 10 años, se ha publicado un número suficiente de estudios epidemiológicos, clínicos y experimentales que permiten conclusiones tentativas sobre el rol de las variables psicosociales en la génesis de la ECC (Manuck, Kaplan y Matthews, 1986). Con la finalidad de proseguir en esta línea de investigación, el objetivo general de ésta Tesis Doctoral fue evaluar en muestras españolas el papel del apoyo social en la patogénesis de la ECC. Para ello, este objetivo general se subdividió en dos objetivos específicos. Por un lado, evaluar el papel del apoyo social en la patogénesis de la ECC a través de sus efectos indirectos, relacionados con los factores de riesgo, y por otro, evaluar el papel del apoyo social en la patogénesis de la ECC a través de sus efectos directos. Para alcanzar los objetivos planteados y las hipótesis que de ellos se desprenden, se encuestaron a 32 sujetos coronarios y a 32 sujetos sanos, que oficiaron de control de la investigación, investigando sobre distintos aspectos del apoyo social (la amplitud de la red, el apoyo emocional percibido, las conductas de apoyo social percibidas y la satisfacción que ambas percepciones producen) y se seleccionaron diversos factores de riesgo (edad, sexo, consumo exagerado de carne, sal, grasa y café, sedentarismo, sobrepeso de la persona, tabaquismo, padecer alguna enfermedad que incida en el pronóstico coronario, patrón de conducta Tipo A y hostilidad).

7.1.1 ESTUDIOS PRELIMINARES

Previo a la investigación en sí, se realizaron una serie de estudios para adecuar los instrumentos utilizados, validar la encuesta retrospectiva y controlar variables que han llevado a confusiones en anteriores investigaciones. A continuación se exponen brevemente los resultados obtenidos en estos estudios preliminares:

7.1.1.1. Comprobación psicométrica de los cuestionarios.

Se analizaron las características psicométricas de los siguientes instrumentos, fiabilizándolos en población española: Cuestionario de Apoyo Social, versión breve (*Social Support Questionnaire, short form SSQ6*) de Sarason y cols., (1987); Escala de Recursos de Apoyo Social, adaptada (*Social Support Resources, SS-R*) de Vaux (1982) y Escala de Actividad de Jenkins para estudiantes, forma T (*Jenkins Activity Scale-form T, JASE-T*), (Krantz y cols., 1974; Bermúdez y cols., 1991), hallándose buenos valores de consistencia interna y fiabilidad par-impar en los tres cuestionarios analizados, que alcanzaron valores entre 0.87 y 0.93. A pesar de que los valores referidos a la estabilidad temporal de los cuestionarios no sobrepasaron en ninguno de los test el valor de 0.56, se cree que esto fue debido a un plazo de tiempo excesivamente largo entre una y otra administración (Capítulo 5, apartado 5.3.1.).

7.1.1.2 Validación del cuestionario retrospectivo

Se realizó una validación del cuestionario retrospectivo, no encontrándose diferencias significativas entre la información obtenida de los pacientes coronarios y la que proporcionaron sus familiares sobre ellos, ya sea en los factores de riesgo como en los distintos niveles de apoyo social (Capítulo 6, apartado 6.3.1.). Esta concordancia entre los datos retrospectivos de los pacientes y de los familiares, confieren validez inicial al uso de la metodología retrospectiva como fuente de información sobre la influencia del apoyo social en la etiopatogenia de la enfermedad coronaria cardíaca.

7.1.1.3. Control de variables

Las variables que, de acuerdo con la literatura, se decidieron controlar fueron: nivel educacional, lugar de residencia, el hecho de ser inmigrante o no, la edad, el sexo y determinados factores de personalidad (Tipo A y hostilidad). Se buscó homologar dichas variables en uno y otro grupo, no hallándose en los análisis realizados diferencias significativas entre ambos (Capítulo 6, apartado 6.3.4.1). A partir de este proceso de homologación se consideró probable que la muestra de pacientes coronarios estuviera sesgada en estas variables, sugiriéndose la posibilidad de repetir los análisis en otra muestra.

7.1.2. ESTUDIO PRINCIPAL

Luego de realizar esta serie de comprobaciones previas al estudio en sí, se realizaron los análisis relacionados con los objetivos y las hipótesis que se plantean en ésta Tesis.

7.1.2.1. HIPÓTESIS INDIRECTA: Apoyo Social y Factores de Riesgo Coronarios

En relación con la comprobación de la hipótesis indirecta se hallaron pocas correlaciones significativas entre los distintos aspectos del apoyo social y los factores de riesgo coronario. La correlación positiva fue entre el sedentarismo y las conductas de apoyo social ($R= 0.435, p < 0.05$) y las correlaciones negativas fueron entre el sobrepeso y la red social ($R= -0.399, p < 0.05$), así como entre las enfermedades asociadas al pronóstico coronario y las conductas de apoyo social ($R= -0.356, p < 0.05$) (ver Tabla 13). Dicho de otra forma, el apoyo social no parece influir en las siguientes conductas de riesgo: tabaquismo, consumo excesivo de grasa y café y la sumatoria de los factores de riesgo. Por otra parte, las correlaciones significativas indican que mientras que los sujetos sedentarios perciben más conductas de apoyo, los sujetos enfermos perciben menos conductas de apoyo y los sujetos con sobrepeso se relacionan con menos gente. En relación con los factores emocionales y psicosociales, no se hallaron correlaciones significativas entre las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de personalidad (Tipo A y Hostilidad) y los factores relacionados con el apoyo social. Se consideró que la ausencia de correlación entre los factores relacionados con el apoyo social y las características de personalidad del sujeto podía estar motivada por el escaso número de sujetos incluidos en el estudio o por el control que se había hecho de estas variables de

personalidad. Para comprobar esta subhipótesis, se aplicaron los mismos análisis a una muestra más numerosa compuesta por sujetos que no padecían problemas coronarios. Los resultados de este nuevo análisis mostraron la existencia de correlaciones significativas negativas entre la subescala de agresividad del cuestionario de hostilidad y el apoyo percibido ($R = -0.355, p < 0.05$) y las conductas de apoyo ($P = -0.315, p < 0.05$) así como entre la subescala de inhibición del cuestionario de hostilidad y la satisfacción con el apoyo percibido ($R = -0.265, p < 0.05$). De forma marginal, se encontraron correlaciones negativas entre la satisfacción con el apoyo percibido y las puntuaciones totales del PCTA ($R = -0.256, p = 0.06$) y la subescala de impaciencia del PCTA ($R = -0.239, p = 0.07$), entre la subescala de inhibición del cuestionario de hostilidad con la red social ($R = -0.229, p = 0.07$) y con el apoyo percibido ($R = -0.239, p = 0.06$). Dicho de otra forma, dentro del subgrupo de sujetos hostiles, la gente con características más agresivas percibe menos tanto el apoyo emocional como las conductas de apoyo, mientras que las personas con una hostilidad inhibida o interna se relacionan con menos gente, tienen menos percepción de apoyo emocional y están menos satisfechas con el apoyo emocional que perciben. Por otro lado, dentro del subgrupo de sujetos con patrón de conducta Tipo A se observa una disminución global de la satisfacción que sienten con la percepción del apoyo emocional, siendo especialmente relevante esta disminución de la percepción en los sujetos con características de prisa e impaciencia.

A continuación se discutirá cada factor de riesgo por separado.

7.1.2.1.1. Tabaquismo

En relación con el tabaquismo, la bibliografía al respecto es contradictoria, por lo que el hecho de no encontrar una relación con el apoyo social coincide con los estudios realizados por Reed, McGee, Yano y Fleinleib (1983) y Patterson, Haffner, Stern y Hazuda (1986), quienes no hallaron correlaciones significativas entre la integración social y el tabaquismo y por Orth-Gomér y cols. (1993), quienes tampoco hallaron correlaciones significativas entre el apego y el tabaquismo. También existe coincidencia con otro estudio en el que se investigaron varios aspectos del apoyo social (medidas cualitativas del tamaño de la red, la participación e influencia social y el apoyo material, informacional y emocional), y el tabaquismo (Hanson, Mattison y Steen, 1987). Sin embargo, estos resultados no coinciden con algunos estudios que hallaron que los adultos fumadores tienen una red formal más pequeña (Haug, Aaro y Fugelli, 1992; Venters, Jacobs y Pirie, 1986 y Orth Gomér y cols., 1987, 1993) y perciben menos apoyo social que los no fumadores (Alexander y Beck, 1990; Viinamaki, Koskela, Niskanen y Arnkill,

1993; Westman, Edenn y Shirom, 1985).

7.1.2.1.2. Sobrepeso

El hecho de que en este estudio, la gente con sobrepeso u obesa se relacione con menos gente o tengan una red social más pequeña confirmaría aquellos resultados que sugieren que los individuos pobremente integrados socialmente tienen mayores dificultades para mantener hábitos alimenticios saludables. Sin embargo, dentro de los estudios que utilizaron el Índice de Masa Corporal como factor de riesgo, solamente Orth-Gomér y cols., (1993) hallaron una correlación marginal entre hombres con sobrepeso y baja integración social ($p = 0.07$).

7.1.2.1.3. Sedentarismo

La gente con poca o ninguna actividad física percibe, según los resultados obtenidos, mayor número de conductas de apoyo social. Este resultado es difícilmente explicable, salvo por el bajo número de sujetos empleados. También es opuesto a la literatura examinada. Por ejemplo, Orth-Gomér y cols., 1993, hallaron que los sujetos sedentarios tienen menor integración social y relaciones de apego, que los físicamente activos. Hanson y cols., (1987) hallaron que los sujetos físicamente inactivos tenían menores niveles de adherencia al apoyo. También Reed y cols., (1983) hallaron resultados similares donde los sujetos con una red social más amplia eran físicamente más activos.

7.1.2.1.4. Consumo excesivo de grasas

Según Jeffery (1988) los factores ambientales, como una dieta alta en colesterol y grasas saturadas, influyen dramáticamente en las concentraciones de lípidos, por lo que hay que tener en cuenta la relación entre dieta y colesterol, independientemente de la predisposición genética que tiende a determinar el rango de niveles de lípidos en plasma. A través de investigaciones sobre comida en humanos, se ha establecido una relación cuantitativa entre algunos constituyentes de la dieta y el colesterol en sangre. Los ácidos grasos saturados y la grasa animal incrementa el nivel de colesterol, y los grasos polisaturados derivados de fuentes vegetales, reducen este nivel. Por otro lado Cohen

(1988) y Cohen y Matthews (1987) plantean que el apoyo social puede influir en los factores tradicionales de riesgo, disminuyendo los niveles de lípidos en sangre (animando a los sujetos a seguir dietas de bajo colesterol), y ayudando en el control de la presión sanguínea (aumentando la conformidad con los regímenes médicos adecuados). Sin embargo, no se ha encontrado esta asociación en el estudio, ya que no ha habido relaciones significativas entre este factor y ninguno de los aspectos del apoyo social evaluados. Dentro de la literatura examinada, solamente dos estudios han incluido los hábitos nutricionales de los sujetos examinados como factor de riesgo coronario. En el primero (Honolulu Heart Program, 1971-1979), se investigó sobre una población compuesta por japoneses americanos que vivían en Hawaii y se midió si los individuos estaban adscritos a una dieta japonesa o no (beneficiosa para los trastornos coronarios), hallando resultados estadísticamente significativos entre las prácticas de conductas saludables (donde la dieta era una de ellas) y los sujetos que recibían menos apoyo, medido como red social (Reed y cols., 1983). En el otro estudio, realizado en Suecia en la ciudad de Malmö, la nutrición inadecuada se definió como bajo consumo de proteínas, calcio, hierro y vitaminas, de acuerdo a lo recomendado por el Consejo de Alimentación y Nutrición. Los resultados mostraron que la baja adherencia al apoyo (también se midió participación e influencia social y apoyo material, informacional y emocional) se relacionó de forma independiente y significativa con hábitos nutricionales inadecuados (Hanson y cols., 1987).

De todas formas, es poco probable que estos resultados sean comparables con los de este estudio, dado que, en primer lugar, se ha medido con distintos criterios el consumo inadecuado de alimentos y, por otro lado, este es un factor influenciado por una serie de variables, tales como características socio-culturales, ambientales y el nivel cultural de los sujetos participantes.

7.1.2.1.5. Consumo excesivo de café

Tampoco se han hallado correlaciones significativas en este factor, si bien el número de sujetos con un alto consumo (más de cinco tazas al día) fue mínimo (3 sujetos). Tampoco se encontraron investigaciones que hayan tomado este factor como independiente en sus estudios.

7.1.2.1.6. Enfermedades relacionadas con el desarrollo de la ECC.

En este caso, los sujetos con una historia de enfermedad previa al evento cardíaco, relacionada con el posterior desenlace, han tenido una menor percepción de conductas de apoyo. Estos resultados pueden explicarse de dos formas diferentes. La primera es que los sujetos que padecen alguna enfermedad tienen, por este mismo motivo, un nivel de necesidad de apoyo instrumental alto y la percepción de no obtener estas conductas puede deberse a su nivel de exigencia. La otra explicación es que la baja percepción de conductas podría ser histórica (previa al desarrollo de ésta primera enfermedad), lo que los haría más vulnerables a padecerla, desarrollando luego la coronariopatía. Este planteamiento estaría avalado por el único estudio donde se ha incluido un factor similar (Orth-Gomér y cols., 1993). En este estudio, realizado en una población compuesta por los hombres de la ciudad de Gothenborg nacidos en 1933, se recabó información sobre el padecer Diabetes Mellitus o no. Los resultados son coincidentes en el sentido de que los sujetos que padecían la enfermedad y que tenían una baja integración social, presentaban una prevalencia tres veces mayor que los sujetos con alta integración, aunque esta diferencia no fue significativa ($p = 0.08$).

7.1.2.1.7. Factores asociados

Finalmente se decidió realizar una sumatoria de los factores de riesgo medidos y ver si aquellos sujetos que presentaban un número mayor de factores de riesgo previos a la enfermedad presentaban alguna relación con alguna de las medidas de apoyo social. Sin embargo, ninguna de las correlaciones resultó significativa. Tampoco se han hallado estudios que hayan implementado un factor similar a éste.

7.1.2.1.8. Patrón de conducta Tipo A y Hostilidad

Dado que el análisis efectuado sobre la muestra de sujetos coronarios no dió ninguna correlación significativa, se discutirá sobre el estudio realizado sobre la muestra más numerosa de sujetos sanos. Se considera que, al ser el patrón de conducta Tipo A y la hostilidad factores de riesgo de la ECC, la presencia de correlaciones negativas entre estas variables de personalidad y algunos de los aspectos del apoyo social es un índice indirecto de la influencia del apoyo social en el desarrollo de la enfermedad.

En relación con la hostilidad, los resultados obtenidos confirmarían lo hallado por

Mendes de León y cols. (1991), quienes plantean que la ira es una de las emociones negativas que más parecen influir en el riesgo de la ECC: las personas con una gran ira potencial (en este caso definida como: inhibición de la expresión) y/o una sobreexpresión de la ira (definida en este estudio como: agresividad), tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. También Barefoot, Dahlstrom y Williams, (1983); Smith y Frohm, (1984); Blumenthal, Barefoot, Burg y Williams, (1987) y Hardy y Smith, (1988) han hallado correlaciones negativas entre hostilidad y apoyo social.

En relación con el patrón de conducta Tipo A, estos resultados se corresponden con lo hallado por Lynch y Schaeffer (1989), quienes en una muestra de 129 sujetos sanos evaluaron el Tipo A a través del Cuestionario de Actividad de Jenkins (JAS) y el apoyo social a través del Cuestionario de Apoyo Social (SSQ) de Sarason y cols., (1983) y hallaron, que existía una correlación negativa entre la escala de Impaciencia y la Satisfacción con la percepción de disponer de apoyo emocional ($p=0.01$). Al dividir la muestra por sexos, encontraron la misma correlación inversa entre Impaciencia y Satisfacción con la percepción, en mujeres pero no en hombres. Según estos autores el rasgo de prisa e impaciencia es el que más afecta a las relaciones sociales y está correlacionado con medidas conductuales de hostilidad (Van Egeren, (1979), por lo que se considera que ésta subescala es especialmente sensible para detectar rasgos que caractericen al Tipo A (Lynch y cols., 1989). En otro estudio se halló una interacción entre el apoyo social y el patrón de conducta Tipo A con la enfermedad coronaria (Blumenthal y cols., 1987): el grado de arteriosclerosis determinado por angiografía, estaba inversamente relacionado con el apoyo social en sujetos A pero no en sujetos B. También Orth-Gomer y Undén (1990) hallaron una asociación entre apoyo social y patrón de conducta Tipo A en la mortalidad de pacientes cardíacos.

Existen diferentes explicaciones posibles para interpretar esta influencia:

·Según Cohen y Matthews (1987), es probable que la soledad social (bajos niveles de integración social) sea más dañina para los hombres Tipo A que para los Tipo B. Los sujetos Tipo A reprimirían y negarían más sus síntomas y preocupaciones que los Tipo B.

·Estos investigadores plantean que el cuidado de una esposa en estos casos podría ser un mediador en este estilo de afrontamiento, ayudando al sujeto a incorporar un estilo de vida más saludable y presionándolo para recurrir al médico cuando fuera necesario.

·Otra interpretación podría ser que existe un subgrupo de sujetos Tipo A que tienen relaciones problemáticas con su red, obteniendo por tal motivo menos apoyo social. Esta carencia los tornaría más vulnerables a la ECC (Cohen y Syme, 1985).

·Otra explicación posible es que los sujetos tipo A operan de tal forma en su ambiente que incrementan la frecuencia, duración e intensidad de los estresores así como

de los episodios de reactividad cardiovascular (Rhodewalt y Smith, 1990).

También podría existir un subgrupo de sujetos hostiles que tuvieran una alta reactividad cardiovascular. Suárez y Williams (1990) hallaron en un estudio experimental con tareas de laboratorio que la hostilidad estaba positivamente asociada con la respuesta cardiovascular. En otro estudio experimental Robles y cols., (1991) encontraron que no es la reactividad cardíaca inicial lo que parece diferenciar a los sujetos Tipo A y Tipo B, sino más bien su mayor dificultad para dejar de reaccionar defensivamente en situaciones idénticas y su mayor facilidad para recuperar la respuesta de defensa en situaciones ligeramente diferentes. Otra posible explicación de la vinculación entre la inhibición de la expresión de la ira en los Tipo A y el desarrollo posterior de la enfermedad ha sido hallada por Robles y cols., (1995) quienes en un estudio experimental encontraron que la supresión o negación de la hostilidad en sujetos A está asociada con un incremento en la reactividad cardiovascular.

Al contrario, Seeman y Syme (1987) hallaron una relación negativa entre bajos niveles de apoyo social y la extensión de la arteriosclerosis coronaria, tanto en sujetos Tipo A como en B, lo que sugiere, según este estudio, que la asociación entre el apoyo social y el grado de ECC es independiente de los factores de personalidad de pronóstico coronario como el patrón Tipo A y/o la hostilidad.

Los resultados obtenidos en el patrón de conducta Tipo A y en el cuestionario de Hostilidad, confirman lo sugerido inicialmente por Manuck y cols., (1986) sobre la posible explicación de las inconsistencias de la literatura en este tema. Según estos autores, el concepto Tipo A incluye varios atributos conductuales (competitividad, impaciencia, sobrecarga laboral, hostilidad) que pueden no contribuir igualmente al riesgo de ECC. Inclusive, mientras la designación de un individuo en Tipo A sólo requiere evidencias de la preponderancia de alguna de las cualidades de este constructo, las características específicas responsables de la clasificación de la conducta pueden variar de persona a persona. Es decir, que si alguno de los atributos del Tipo A no se relaciona con el riesgo coronario, su inclusión en los estudios podría diluir la potencia de la asociación Tipo A-ECC. La utilización de distintas escalas para la evaluación del Tipo A también es un factor que influye negativamente en lo desperejo de los resultados. Por estos motivos, estudios posteriores han identificado los componentes del patrón Tipo A que están más fuertemente asociados con la ECC. Estos componentes son características conductuales relacionadas específicamente con los sentimientos individuales de hostilidad y con la forma en la cuál los sujetos expresan la ira. Es notable observar que, a pesar del uso de diferentes medidas de este factor, los estudios epidemiológicos y clínicos han hallado que altos niveles de inhibición de la expresión de la ira y una manifiesta

agresividad, fueron predictores o correlacionaron significativamente con la enfermedad coronaria. Estos hechos sugieren que los aspectos de ira y hostilidad representan un elemento tóxico del Tipo A, mientras que otros componentes como competitividad y sobrecarga laboral, pueden ser de menor importancia.

El haber encontrado que uno de los factores del Tipo A (la subescala de Prisa e Impaciencia) se relaciona con una menor satisfacción con el apoyo y una menor red social brinda una confirmación a lo hallado por varios autores, al mismo tiempo que indica una posible vía de intervención clínica en la reducción de las características nocivas del Tipo A que influyen en la ECC. Al mismo tiempo y considerando que la inhibición de la expresión de la ira y la agresión son dos aspectos fundamentales en el posterior desarrollo de la ECC, es importante destacar que han sido estos dos factores los que mostraron una relación (significativa o marginal) con el apoyo social en varios de sus aspectos, lo que confirma ciertos planteamientos que sugieren que los sujetos con estas características tienen dificultades de relación social y consecuentemente están más expuestos aún a desarrollar la enfermedad, dado que las variables sociales protectoras son escasas o inexistentes.

7.1.2.2. HIPÓTESIS DIRECTA: Comparación retrospectiva del Apoyo Social en dos grupos (coronario y control)

Por último se comprobó la hipótesis directa, donde se examinó la cantidad y calidad del apoyo social que tenían previamente los sujetos que luego desarrollaron la enfermedad, comparándolos con sujetos sanos. En este punto se encontró que los sujetos del grupo control tenían más apoyo social en todo los niveles, se relacionaban con más gente, percibían más apoyo emocional y conductas de apoyo y estaban más satisfechos con el apoyo que percibían, ya fuera conductual o emocional, que los pacientes coronarios (ver Tablas 16 a 20).

A continuación se verá cada subconstructo específico del apoyo social:

7.1.2.2.1. Red Social

El hecho de que los sujetos sanos se relacionen claramente con más personas que los pacientes coronarios coincide con lo hallado en varios estudios longitudinales de mortalidad, morbilidad y pronóstico de ECC. En dichos estudios, lo más común ha sido medir el apoyo social de acuerdo al número de vínculos de que dispone el sujeto,

obteniendo de esa forma medidas de red social, similares a la empleada en este estudio.

En varios estudios prospectivos sobre mortalidad se halló que la gente menos integrada socialmente presentaba una tasa de mortalidad total, incluida la ECC, ajustada en edad y sobre los próximos 6-15 años, de dos a cuatro veces mayor, que la gente más integrada socialmente (Berkman y Syme, 1979; House, Robbins y Metzner, 1982; Welin, Tibblin y Svärdsudd, 1985; Orth-Gomer y Johnson, 1987, Orth-Gomer y Undén, 1990; Kaplan, Salonen y Cohen, 1988; Vogt, Mullooly, Ernst, Pope y Hollis, 1992). Otros estudios epidemiológicos también indican que la gente menos integrada socialmente tiene una mayor tasa de muerte por ECC (Berkman y Syme, 1979; Orth-Gomer y Johnson, 1987; Kaplan, Cohn, Cohen y Guralnik, 1988; Vogt y cols., 1992; Williams, Barefoot y Califf, 1992).

Por otro lado, algunos estudios de morbilidad prospectivos han hallado una correlación negativa entre el nivel de apoyo social y la ECC, aunque estas asociaciones no son tan fuertes como las que se han hallado entre el apoyo social y la mortalidad por ECC (Reed y cols., 1989; Vogt y cols., 1992; Case, Moss, Case, McDermott y Eberly, 1992; Orth-Gomér, Rosengren y Wilhelmsen, 1993).

Finalmente, algunos investigadores han hallado que el riesgo de mortalidad o de una mayor recurrencia de eventos cardíacos, es mayor si el sujeto se siente solo, vive solo y/o no tiene un confidente con quien hablar (Williams y cols., 1992; Case y cols., 1992; Berkman, Leo-Summers y Horwitz, 1992; Chandra, Szklo, Goldberg y Tonascia, 1983; Ruberman, Weinblatt, Goldberg y Chaudhary, 1984; Fontana, Kerns, Rosenberg y Colonese, 1989).

7.1.2.2.2. Apoyo Emocional y Conductas de Apoyo Social Percibidas

Solamente en algunos estudios de morbilidad y pronóstico de ECC se han medido aspectos funcionales del apoyo social (Medalie y cols., 1976; Orth-Gomér y cols., 1993; Seeman y Syme, 1987; Blumenthal y cols., 1987; Berkman y cols., 1992; Helgeson, 1991 y Fontana y cols., 1989).

Dentro de los estudios longitudinales, Medalie y cols., (1976) hallaron correlaciones negativas entre el apoyo social percibido y la incidencia de ECC. Orth-Gomér y cols., (1993), midieron el apoyo emocional ("apego") y el apoyo provisto por la extensión de la red ("integración social"), y hallaron que tanto el apego como la integración social fueron menores en los sujetos que sufrieron episodios de ECC, siendo significativo el efecto de la integración social ($p = 0.04$) y cercano a la significatividad el efecto del apego ($p = 0.07$). En esta investigación el tabaquismo y la falta de apoyo

social fueron los mayores factores de riesgo de ECC.

En dos estudios transversales se halló una correlación inversa entre la percepción de apoyo social y la extensión de la arteriosclerosis coronaria entre pacientes angiográficos (Seeman y Syme, 1987; Blumenthal y cols., 1987). Seeman y Syme (1987) hallaron que en los sujetos con un fuerte apoyo instrumental y una buena percepción de apoyo emocional (sentirse amado), la arteriosclerosis evaluada por la angiografía, fue significativamente menor que en los sujetos con menos apoyo. El tamaño de la red social no se asoció con el grado de arteriosclerosis. Blumenthal y cols. (1987) encontraron que los pacientes Tipo A con poco apoyo social percibido, tuvieron un diagnóstico de ECC, obtenido a través de la angiografía, significativamente más grave que los paciente Tipo A con un alto apoyo social percibido. En los pacientes Tipo B la tendencia fue opuesta: aquellos que tenían mucho apoyo social, también tenían una enfermedad más grave, pero esta tendencia no fue significativa.

Dentro de los estudios de pronóstico coronario, Berkman y cols. (1992) hallaron correlaciones positivas entre los sobrevivientes de un infarto de miocardio y el nivel del apoyo emocional, pero la asociación no fue significativa con el grado de integración social. Helgeson (1991) halló que, un año después del infarto de miocardio, la falta de "revelación" o "intimidad" de uno de los cónyuges, predecía un mayor riesgo de rehospitalización, dolor de pecho *post* infarto, y percepción de poca salud. Por último, Fontana y cols. (1989) hallaron que el grado de apoyo social percibido (medido como intimidad) correlacionó negativamente con síntomas cardíacos durante el primer año inmediatamente posterior a haber sido hospitalizado por un infarto de miocardio o para recibir una cirugía de "by pass" coronario.

A pesar de que los conceptos de red social y los distintos subconstructos del apoyo social no están ni conceptual ni operacionalmente diferenciados en la mayoría de las investigaciones halladas en la literatura, además de ser evaluados a través de una serie de medidas (escalas y cuestionarios) heterogéneos, casi todos los datos presentados en la literatura señalan la importancia potencial del apoyo social como antecedente psicosocial de la enfermedad coronaria.

Por consiguiente, los datos obtenidos en la Comprobación Directa de esta investigación no hacen sino avalar este planteamiento. Además, de acuerdo con el análisis factorial realizado, son todos los subconstructos de apoyo social evaluados los que están implicados en la etiología de la ECC. Claramente los sujetos que luego han desarrollado la enfermedad no sólo son más solitarios sino que perciben menos apoyo y están menos satisfechos con él. Por otro lado, es probable que el exhaustivo control realizado de los

instrumentos y de ciertas variables que normalmente no se han homologado en estudios de este tipo, haya logrado que los resultados sean tan claros estadísticamente. Una de las variables que dentro del apoyo social es especialmente importante controlar es el lugar de residencia de los sujetos, ya que el número de personas con las que se relacionan los individuos que viven en una ciudad es mucho menor a los que viven en pueblos, aunque éstos sean periféricos a ciudades.

Como comentario final se considera importante tener en cuenta que el número de individuos de la muestra es reducido y se hace necesario el ampliar este tipo de investigación a una población más amplia, utilizando, en lo posible, estudios longitudinales, donde se podría observar la población total de pacientes de ECC y no sólo los sobrevivientes a un IAM.

7.2. CONCLUSIONES

De ésta investigación pueden extraerse las siguientes conclusiones:

1. Que de acuerdo a los alto índices obtenidos en la validación psicométricamente de tres de los instrumentos utilizados (fiabilizados a la población española), se considera muy adecuada su utilización en posteriores investigaciones.
2. Que, tal como plantea la literatura, algunos de los factores de riesgo investigados (el sedentarismo, el sobrepeso, las enfermedades relacionadas con el desarrollo de la ECC, el patrón de conducta Tipo A (escala de impaciencia) y la hostilidad (escala de agresión e ira interna), se relacionan con distintos aspectos del apoyo social.
3. El hecho de tener una red social reducida, está relacionado con sufrir problemas coronarios.
4. Percibir pocas conductas de apoyo social está también relacionado con el padecer trastornos coronarios.
5. Percibir que no se tiene apoyo emocional también se ha relacionado con el hecho de enfermarse de una ECC.
6. No sólo es importante el percibir Apoyo Emocional y/o Conductas de Apoyo Social, sino estar satisfecho con él, ya que estas dos dimensiones también se han relacionado con el desarrollo de la enfermedad.
7. En conclusión, esta tesis doctoral ha comprobado que el Apoyo Social, medido en sus principales facetas, está relacionado con padecer problemas coronarios.

7.3. PERSPECTIVAS FUTURAS

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta tesis, se plantea la eficacia de la utilización del apoyo social en una serie de aspectos tanto prácticos como teóricos. A continuación se sugieren algunas implicaciones teóricas y prácticas.

7.3.1. POSIBLES IMPLICACIONES TEORICAS

·Si bien se ha sugerido en repetidas oportunidades la importancia de la selección y adaptación de medidas adecuadas y el control de las variables intervinientes, sobre todo las que pueden alterar la cantidad o calidad del apoyo que perciben los sujetos, a la hora de evaluar un concepto tan poco asible como es el apoyo social, el extremo control efectuado en ésta tesis sobre estas dos dimensiones a proporcionado resultados especialmente claros.

·Viendo la influencia del apoyo en el caso de los enfermos coronario y teniendo en cuenta la carencia de datos adecuados en la población española, se hace imprescindible el estudio del apoyo social, no sólo dentro de la comunidad de pacientes de ECC sino en distintos ámbitos y en diferentes enfermedades, tanto crónicas como agudas.

·Por último, se necesita un mayor número de investigaciones epidemiológicas que investiguen sobre la tasa de mortalidad total y su relación con el apoyo social, así como la incidencia de éste potente recurso en el pronóstico de pacientes que ya han desarrollado la enfermedad.

7.3.2. POSIBLES IMPLICACIONES PRÁCTICAS

Los efectos del apoyo social sobre la etiopatogenia de la ECC podrían ser utilizados en el campo de la asistencia clínica tanto primaria como secundaria.

1. Dentro del área primaria sería especialmente importante que los trabajadores de la salud (médicos, enfermeras etc.) escucharan, expresaran empatía y mostraran respeto al paciente (Erikssen, 1994).

Podría utilizarse la potencialidad del apoyo social en programas preventivos, en la modificación de factores de riesgo coronario que tuvieran características conductuales

como el tabaquismo o la adherencia a hábitos saludables de dieta y ejercitación física, siendo un suplemento valioso en la asistencia primaria (Amick y Ockene, 1994).

2. En el área secundaria, sería especialmente conveniente el incorporar los conceptos y bondades del apoyo social en el tratamiento y rehabilitación coronaria, tanto en su momento agudo como durante la convalecencia. A continuación se brindan una serie de sugerencias:

a) Muchos pacientes y sobre todo los que tienen una red social pobre, se beneficiarían al participar en un grupo con otros pacientes. Sería de especial utilidad que estos grupos tuvieran determinadas características: que fueran grupos abiertos, donde los nuevos miembros comenzarían en el momento adecuado a su situación médica y que estuvieran conducidos por profesionales entrenados para tal fin. La finalidad de estos grupos sería el brindar apoyo e información, ayudando al mismo tiempo al cambio conductual y al insight psicológico. Al mismo tiempo, se deberían tratar las emociones negativas como la depresión y la ira.

b) Se debería prever que muchos pacientes con una red social pobre, podrían no estar preparados para un grupo. Algunos podrían percibir las situaciones grupales como amenazantes o tener actitudes de negación o sensibilización extremas a la enfermedad, por lo que se les podría ofrecer, además del grupo de apoyo, un contacto personal e individual brindado por una persona entrenada para tal fin.

c) Por otro lado, podría brindarse ayuda a los familiares del paciente para que ellos mismos estuvieran capacitados para brindar apoyo positivo. Esto podría llevarse a cabo con una simple entrevista que serviría tanto para involucrarlos en el programa, como para discutir los problemas médicos, solucionar las dudas de los miembros de la familia y permitirles y alentarles la expresión de sus sentimientos acerca de la enfermedad del paciente y del plan de tratamiento. También se podría negociar el tipo de asistencia que desean y pueden dar, enfatizando la importancia del apoyo de la familia. Si se detectaran interacciones familiares problemáticas se asesoraría sobre la necesidad de ser ayudados por un psicólogo.

d) A los pacientes que ya hubieran sufrido un IAM y que no tuvieran confidentes se les podría brindar una atención y un apoyo especial. Antes de salir del hospital se les debería designar un grupo y/o una persona especializada para que los apoyara.

e) Por último, se les debería hacer un seguimiento durante el primer año luego del IAM, evaluando sus niveles de apoyo, su adherencia al cambio y su situación emocional (Bueno y Buceta, 1997).

REFERENCIAS

- Alcalay, R., (1983). Aristóteles. In R. Alcalay (Ed.), *Ethics* (pp. 71-88). Holland: Elsevier.
- Alegría, E., Alzamora, P., Bolao, I.G., Velasco, S., Fidalgo, M.L. e Iglesias, I. (1991). Cardiopatía isquémica en la mujer. *Revista Española de Cardiología*, 44, 500-510.
- Alexander, L.L. y Beck, K. (1990). The smoking behaviour of military nurses: the relationship to job stress, job satisfaction and social support. *Journal of Advances Nursery*, 15, 843-849.
- Amick, T. y Ockene, J. (1994). The role of social support in the modification of risk factors for cardiovascular disease. En Sally Shumaker y Susan Czajkowski (eds.) *Social Support and Cardiovascular Disease*, Plenum Press, Nueva York y London, 1994.
- Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D.M. y Vaillant, G.E. (1978). Life events stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment. *Journal of Nervous Mental Disease*, 166, 307-316.
- Aneshensel C.S y Frerichs, R.R. (1982). Stress support and depression: A longitudinal causal model, *Journal of Community Psychology*, 10, 4, 363-376.
- Aneshensel C.S y Stone J.D. (1982). Stress and depression: A test of the buffering model of social support. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1392-1396.
- Anguera, M.T. (1989). Hacia una representación conceptual. Teorías y modelos. En J. Arnau y H. Carpintero (Eds.) *Historia, Teoría y Métodos*. Madrid: Alhambra Universidad.
- Antonucci, T.C. e Israel, B., (1986). Veridicality of social support: A comparison of principal and networks members' responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 432-437.
- Arderiu Freixa, A. y Fernández Cortijo, J. (1987). *Hipercolesterolemia: ¿Cómo y cuando debe tratarse?* Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC)
- Argyle, M. (1967). *The psychology of interpersonal behavior*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Arrowood, M., Uhrich, K. y Gamillion, C., Popio, K. y Raft, D. (1982). New markers of coronary-prone behavior in a rural population. *Psychosomatic Medicine*, 244, 119 (Abstract)
- Balaguer, I., (1986). Epidemiología y prevención de la cardiopatía isquémica: Hipótesis y aplicación clínica. En I. Balaguer; A. Betruí, X, Bosch y cols. (Eds.) *Actualidad Cardiológica*, Barcelona: Ed. Glosa.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Barefoot, J., Dahlstrom, W., Williams, R., (1983). Hostility, CHD incidence, and total mortality: A 25 year follow-up study of 255 physicians. *Psychosomatic Medicine*, 45, 59-63.
- Barrera, M, Jr. y Balls, P. (1983). Assessing social support as a prevention resource: An illustrative study. *Prevention in Human Services*, 2, 59-74.
- Barrera, M., Sandler, I.N., y Ramsay, T.B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9, 435-447.

REFERENCIAS

- Barrera, M. (1981). Preliminary development of a scale of social support. *American Journal of Community Psychology*, 9, 435-447.
- Barrera, M., (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.
- Barrera, M., (1988). Models of social support and life stress. Beyond the buffering hypothesis. En L. H. Cohen (Eds.) *Life events and psychological functioning. Theoretical and methodological issues*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Barrón A, y Chacón F., (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7, (1), 53-59.
- Barrón, A., (1996). *Apoyo Social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Bastide, R., (1978). *Sociología de las Enfermedades Mentales*. México: Siglo XXI.
- Berkman, L.F. y Seeman, T. (1986). The influence of social relationships on aging and the development of cardiovascular disease- a review. *Postgraduate Medical Journal*, 62, 805-807.
- Berkman, L.F. (1984). Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annual Review of Psychology*, 5, 413-432.
- Berkman, L.F. y Syme, S.L., (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-years follow-up study of Alameda County residents. *American Journal Epidemiologie*, 109, 186-304.
- Berkman, L.F., Leo-Summers, L. y Horwitz, R.I. (1992). Emotional support and survival after myocardial infarction. *Annual International Medicine*, 117, 1003-1009.
- Bermúdez, J., Sánchez-Elvira, A.J., Perez García, A.M. (1991). Medidas del patrón de conducta Tipo A en muestras españolas: Datos psicométricos del JAS en estudiantes. *Boletín de Psicología*, 31, 40-75.
- Bermúdez, J., Perez García, A.M. y Sánchez-Elvira, A. (1988). Cuestionario de Hostilidad (MAI), traducido para el *Proyecto Salud*.
- Beumont, P., Al Alami, M. y Touyz, S., (1988). Relevance of a standard measurement of undernutrition of the diagnosis of anorexia nervosa: Use a Quetelet's body mass index (BMI). *International Journal of Eating Disorders*, 7, 399-405.
- Bierman, E.L., (1991). Aterosclerosis y otras formas de arteriosclerosis. En JD. Wilson, E. Braunwald, KJ. Isselbacher, RG. Petersdorf, JB: Martin, AS. Fauci y RK. Roots (eds.) *Harrison. Principios de Medicina Interna*, Vol I, 12º Edición. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.
- Billings, A.G. y Moos, R.H., (1981), The role of Coping Responses y Soivial Resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- Billings, A.G. y Moos, R.M. (1982) Social support and functioning among community and clinical groups: A panel model. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 295-311.
- Bland, S.H., Krogh, V., Winkelstein, W. y Trevisan, M. (1991). Social network and blood pressure: a population study. *Psychosomatic Medicine*, 53, 598-607.

REFERENCIAS

- Blazer, D.G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, 115, 684-694.
- Blumenthal, J.A., Barefoot, J., Burg, M.M. y Williams, R.B. (1987). Psychological correlates of hostility among patients undergoing coronary angiography. *British Journal Medical Psychology*, 60, 349-355.
- Blumenthal, J.A., Burg, M.M., Barefoot, J., Williams, R.G., Haney, T. y Zimet, G. (1987) Social support, Type A behavior, and coronary disease. *Psychosomatic Medicine*, 49, 331-339.
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study, *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 525-537.
- Booth-Kewley S. y Friedman, H.S. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101, 343-362
- Bortner, R.W. (1969). A short rating scale as a potential measure of Pattern A behavior. *Journal of Chronic Disease*, 22, 87-91.
- Bots, M.L., Grobbee, D.E. y Hofman, A. (1991). High blood pressure in the Elderly. *Epidemiologic Reviews*, 13, 294-314.
- Bowlby, J. (1976). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós. 1976.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss; vol. 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss; vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Brackett, C.D. y Powell, L.H. (1988). Psychosocial and psychological predictors of sudden cardiac death after healing of acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*, 61, 979-983.
- Broadhead, W.E., Kaplan, B.H., James, S.A., Wagner, E.H., Schoenbach, V.S., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G. y Gehlbach, S. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support health. *American Journal of Epidemiology*, 117, 521-537.
- Brookings, J.B. y Bolton, B. (1988). Confirmatory factor analysis of the Interpersonal Support Evaluation List. *American Journal of Community Psychology*, 16, 137-147.
- Bruhn, J.G. y Phillips, B.V. (1984). Measuring social support: A synthesis of current approaches. *Journal of Behavioral Medicine*, 7, 151-164.
- Bruhn, J.G., Wolf, S. y Lynn, T.N. (1968). Social aspects of coronary heart disease in a Pennsylvania German community. *Social Science Medicine*, 2, 201-202.
- Bueno, A. y Buceta, J. (1997). *Tratamiento psicológico después del infarto de miocardio: estudio de caso*. Ed. Dykinson, Madrid.
- Burke, R.J. (1978). Sex differences in adolescent life stress, social support, and well-being. *Journal of Psychology*, 98, 277-288.
- Cannon, W.B., (1932). *The Wisdom of the Body*, New York, Norton.

REFERENCIAS

- Caplan G., (1974). *Support Systems and Community Mental Health*. New York: Behavioral Publications.
- Caplan, G. (1981). Mastery of stress: psychosocial aspects. *American Journal Psychiatry*, 138, 413-420.
- Caplan, G. y Killilea, M. (Eds.). (1976). *Support Systems and Mutual Help. Multidisciplinary Explorations*. New York: Grune y Strratton.
- Carrobes, J.A., (1996). Estrés y trastornos psicofisiológicos. *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos*. En Caballo. V.E., Buela-Casal, G., y Carrobes, J.A. (Ed), vol.2. Siglo XXI.
- Carruthers, M.E. (1969). Agression and Atheroma. *Lancet*, 2, 1170-1171.
- Carveth, W.B. y Gottlieb, B.H. (1979). The measurement of social support and its relation to stress. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 11, 111-116.
- Case, R.B., Moos, A.J., Case, N., McDermott y Eberly, S. (1992). Living alone after myocardial infarction. *Journal American Medicine Association*, 267, 515-519.
- Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and stress: Theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 4, 471-482.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal Epidemiology*, 104, 107-123.
- Castro-Beiras, A., Juane, R. y Muñiz, J. (1990). Situación y nuevos aspectos de la hipertensión arterial en España. *Revista Española de Cardiología*, 43, 3-8.
- Cauce, A.M., Felner, R.D. y Primavera, J. (1982). Social support in high-risk adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 10, 417-428.
- Cobb, S., (1976). Social support as a moderator of lige stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S. y Ashby, T. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 2, 310-357.
- Cohen, S. y Syme, S.L. (Eds.) (1985). *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Cohen, S. y McKay, G. (1984). Social Support, Stress and the buffering hypothesis: A theorethical analysis. En A. Baum J.E. Singer y S.F. Taylor (Eds.) *Handbook of Psychology and Health*, 4, 253-267. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, S., (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarch, T. y Hoberman, H.N. (1985). Measuring the functional components of social support. En J.G. Sarason y B.R. Sarason (Eds.) *Social support: theory, research and applications*. Dordrecht: Martinus Nijhoff.
- Cohen S. y Matthews, K. (1987). Social Support, Type A Behaviour Patron and CAD. *Psychosomatic Medicine*, 49, 325-330.
- Cohen, S. (1984). Coping. En Matarazzo, J.D., Weiss, Sh.M., Herd, J.A., Miller, N.E. y Weiss, St.M. (eds.). *Behavioral Health: A Handbook of Health Enchancement and*

- Disease Prevention*. Nueva York: Wiley, pp. 261-274.
- Cohen, S. y Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cohen, S. y Hoberman, H., (1983). Positive events and social support as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 2, 99-125.
- Cohen, S. y Lazarus, R., (1979). Coping with the stresses of illness. In *Health Psychology: A Handbook*, ed. G.C. Stone, F. Cohen, N.E. Adler. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cook, T.D. y Campbell, D.T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and Analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin.
- Cooley, C.H. (1909). *Social organization: A study of the larger mind*. New York: Scribner.
- Cooper, M.L. (1986). *The role of supportive transactions and perceived functional support as stress buffers*. Unpublished doctoral dissertation, University of California, Santa Cruz.
- Costanza, R.S., Derlega, V.I., y Winstead, B.A., (1988). Positive and negative forms of social support: Effects of conversational topics on coping with stress among same sex-friends. *Journal of Experimental Social Psychology*, 24, 182-193.
- Cox, T., (1978). *Stress*, New York, Mac Millan.
- Cronbach, L.J. (1971). Test validation. In R.L. Thorndike (Ed.), *Educational measurement*. Washington, D.C.: American Council on Education.
- Croog, S.H. (1970). The family as a source of stress. In Levine S. Scotch NA (eds.), *Social Stress*. Chicago, Aldine.
- Cummins, R.C. (1987). Perceptions of social support, receipt of supportive behaviors and locus of control as moderators of chronic stress, *American Journal of Community Psychology*, 16, 685-700.
- Cutrona, C.E. y Russell, D.W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships*, 1, 37-67.
- Chandra, V., Szklo, M., Goldberg, R. y Tonascia, J. (1983). The impact of marital status on survival after acute myocardial infarction: a population based study. *American Journal Epidemiology*, 117, 320-325.
- Davidowitz, M. y Myrick, R.D. (1988). Responding to the bereaved: An analysis of helping statements. *Research Record*, 1, 35-42.
- Davidson, D.M. y Shumaker, A. (1987). Social support and cardiovascular disease. *Arteriosclerosis*, 7, 101-104.
- Delistraty, D.A., Greene, W.A., Carlberg, K.A. y Raver, K.K. (1992). Cardiovascular reactivity in Type A and B mental arithmetic and aerobic exercise at an equivalent oxygen uptake. *Psychophysiology*, 29, 264-271.
- Dembroski, T.M., (1986). Overview of classic and stress-related risk factors: relationships to substance effects on reactivity. En K.A. Matthews, S.M. Weis, T. Detre, T.M. Dembroski, B. Falkner, S.B. Manuck y R.B. Williams (Eds.). *Handbook of stress, reactivity, and cardiovascular disease*. Nueva York: John Wiley y Sons (275-289).
- Dembroski, T.M. y MacDougall, J.M. (1985). Beyond global Type A: Relationships of

- paralinguistic attributes, hostility, and anger-in to coronary heart disease. En T.M. Field, P.M. McCabe y N. Schneiderman (Eds.). *Stress and coping*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dembroski, T.M., MacDougall, J.M., Costa, P.T. y Grandits, G.A. (1989). Components of hostility as predictors of suddendeath and myocardial infarction in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Psychosomatic Medicine*, 51, 514-522.
- Dembroski, T.M. (1986) Overvie of clasic and stress-related risk factors: relationships to substance effects on reactivity. En K.A. Matthews, S.M. Weiss, T. Detre, , T.M. Dembroski, B.F. Manuck y R.S. Williams, (Eds) *Handbook of stress, reactivity and cardiovascular disease*. New York: John Wiley & Sons (pp. 257-289)
- Dembroski, T.M., MacDougall, J.M., Williams, R.B., Haney, T. y Blumenthal, J.A. (1985), Components of Type A, hostility, and anger-in: Relationship to angiographic findings. *Psychosomatic Medicine*, 47, 219-233.
- Ditto, B. (1993). Familial influences on heart rate, blood pressure, and self-report anxiety responses to stress: Results from 100 twins pairs. *Psychophysiology*, 30, 635-645.
- Doherty, W.J. y cols. (1983). Effect of spouse support and health beliefs on medication adherence. *Journal of Family Practice*, 17, 837-841.
- Dohrenwend, B.S. y Dohrenwend, B.P. (1981). Life stress and psychopathology. En D.A. Regier y G. Allen (Eds.) *Risk factor research in the major mental disorders*. D.H.H.S. Pub N° 1 (ADM): 81-1068. Washington, D.C.: Government Printing Office.
- Dohrenwend, B.S., Krasnoff, L., Askenasy, A.R., y Dohrenwend, B.P. (1978), Exemplification of a method for scaling life events: The PERI Life Events Scale. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 205-239.
- Dressler, W.W. (1983). Blood pressure, relative weight and psychosocial resources. *Psychosomatic Medicine*, 45, 527-536.
- Dressler, W.W., Dos Santos, J.E. y Viteri, F.E. (1986). Blood pressure ethnicity and psychosocial resources. *Psychosomatic Medicine*, 48, 509-519.
- Dressler, W.W., Grell, G.A.C., Gallagher, P.N. y Viteri, F.E. (1992). Social factors mediating social class differences in blood pressure in a Jamaican community. *Social Science Medicine*, 35, 1233-1244.
- Dressler, W.W. (1991). Social support, lifestyle incongruity and arterial blood pressure in a southern black community. *Psychosomatic Medicine*, 53, 608-620.
- Dunkel-Schetter, C. Folkman, S. y Lazarus, S. (1987). Correlates of Social Support Receipt, *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 71-80.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patients interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40, 4, 77-98.
- Durá E, Garcés J. (1991), La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6 (2), 257-271.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide*. New York: Free Press (Original work published in 1897).
- Engel, G. (1971). Sudden and rapid death during psychological stress. *Annals of Internal*

REFERENCIAS

- Medicine*, 74, 771.
- Epstein, L.H. y Jennings, J.R. Smoking, stress, cardiovascular reactivity and coronary heart disease. En K.A. Matthews, S.M. Weiss, T. Detre, T.M. Dembroski, B. Falkner, S.B. Manuck y R.B. Williams (eds) *Handbook of Stress, Reactivity, and Cardiovascular Disease*, Nueva York: John Wiley & Sons, 1986.
- Epstein, L.H. y Perkins, K.A. (1988), Smoking, stress, and coronary heart disease, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 342-349.
- Eriksen, W., (1994). The role of Social Support in the pathogenesis of Coronary Heart Disease. A literature Review. *Family Practice*, 11, 2, Oxford University Press.
- Ernster, V.L., Sacks, S.T., Selvin, S. Petrakis, N.L. (1979). Cancer incidence by marital status: U.S. Third National Cancer Survey. *Journal of National Cancer Institute*, 63, 567-585.
- Escobar, J. (1988). *Influencia de otros factores de riesgo sobre la inducción de aterosclerosis*. Participación en la Mesa Redonda sobre Actualización sobre Hiperlipidemias y aterosclerosis, organizada por la Fundación Ciencia y Medicina, en Valencia 28 de febrero de 1988.
- Fernández Ríos, L., Torres, M., Díaz, L. (1992). Apoyo Social: Implicaciones para la Psicología de la Salud. En *Comportamiento y Salud*, M.A. Simón (Ed.), Valencia, vol.1, cap. 3, 81-145.
- Fernández, M.C. y Vila, J., (1991). Trastornos Coronarios. En Jesús Gil y Teodoro Ayllón (eds.) *Medicina Conductual: Intervenciones Conductuales en Problemas Médicos y de Salud*. Ciencias de la Salud, Monográfica, Universidad de Granada, Granada.
- Fernández-Abascal, EG. y Martín Díaz, MD. Estrés y Prevención Coronaria. En JM: Buceta y AM. Bueno; Ed. Dykinson *Psicología y Salud: Control del Estrés y Trastornos Asociados*, Madrid, 1995.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 2, 117-140.
- Fiore, J., Becker, J. y Coppel, D.B. (1983). Social network interactions: A buffer or a stress. *American Journal of Community Psychology*, 11, 423-439.
- Fischer, C.S. (1982). *To dwell among friends: Personal network in town and city*. Chicago: University of Chicago Press.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1988). *Manual for the ways of coping questionnaire*, Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press.
- Folkman, S., (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Fontana, A.F., Kerns, R.D., Rosenberg, R.L. y Colonese, K.L. (1989). Support, stress and recovery from coronary heart disease: a longitudinal causal model. *Health Psychology*, 8, 175-193.
- Fowler, F.F. (1993). *Survey research methods*. Newbury Park, CA: Sage.
- France, C. y Ditto, B. (1992). Cardiovascular responses to the combination of caffeine and

- arithmetic, cold pressor, and static exercise stressors. *Psychophysiology*, 29, 272-282.
- Friedman, M., Rosenman, R.H. y Carrol, V., (1958). Changes in the serum cholesterol and blood-clotting time in men subjected to cyclic variation of occupational stress. *Circulation*, 17, 852-861.
- Friedman, M. y Rosenman, R.H. (1974). *Type A Behavior and your Heart*. Nueva York: Knopf.
- Friedman, M., Thoresen, C.E., Gill, J.J. y cols., (1984). Alteration of Type A behavior and reduction in cardiac recurrences in postmyocardial infarction patients. *American Heart Journal*, 108, 73-76.
- Friedman, M. y Boothby-Kewley, S. (1987). The Disease-Prone Personality: A Meta-Analytic View. *American Psychologist*, 42.
- Friedman, M., (1969). *Pathogenesis of Coronary Artery Disease*. New York: McGraw-Hill, 75-135.
- Gallo, F. (1982). The effects of social support network on the health of the elderly. *Social Work in Health Care*, 8(2), 65-74.
- Ganster, D.C. y Victor, B., (1988). The impact of social support on mental and physical health. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 17-36.
- García, M.M. y Tomás, L.A., (1986). Atherosclerosis: Cardiopatía Isquémica: angina. En J. Soler y A. Bayés de Luna (eds.) *Cardiología*. Barcelona: Doyma.
- Goldbourt, U. y Medalie, J.H. (1977). Characteristics smokers among 10.000 adult males in Israel, II: Psychologic, biochemical and genetic characteristics. *American Journal of Epidemiology*, 105, 75-92.
- Goldstein, M.G. y Niaura, R., (1992). Psychological factors affecting physical condition. Cardiovascular disease literature review. Part I: Coronary artery disease and sudden death. *Psychosomatics*, 33, 134-145.
- Gore S. (1978). The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 157-165.
- Gottlieb, B.H. (1978). The development and application of a classifications scheme of informal helping behaviours. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 10, 105-115.
- Hammer, M. (1981). Social support, social networks and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 45-56.
- Gottlieb, B.H. (1985). Social Networks and social support: An overview of research, practice, and policy implications. *Health Education Quarterly*, 12, 5-22.
- Gottlieb, B.H. (1983). *Social support strategies. Guidelines for mental health practices*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Gottlieb, B.H., (1981). *Social Networks and social support*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Grossarth-Maticek, R. y Eysenck, H.J. (1991). Creative novation behaviour therapy as prophylactic treatment for cancer and coronary heart disease. *Behaviour Research Therapy*, 29, 1-31.

- Gyarfas, I. Las enfermedades cardiovasculares: El principal enemigo de la salud. *Revista de la Organización Mundial de la Salud*, 1992, Enero-Febrero, 4-5.
- Hanson, B.S. Mattisson, I. y Steen, B., (1980). Dietary intake and psychosocial factors in 68-year-old men. A population study. *Comprehensive Gerontologie*, 1, 2, 62-67.
- Hanson, B.S., Isacsson, S. y Janzon, L. (1990) Social support and quitting smoking for good. Is there an association? Results from the population study: "Men born in 1914", Malmö, Sweden. *Addictive Behavior*, 15, 221-233.
- Hanson, B.S., Isacsson, S. y Janzon, L., Lindell, S. y Rastam, L. (1988). Social anchorage and blood pressure in elderly men. *Journal Hypertens*, 6, 503-510.
- Hardy, J.D. y Smith, T.W. (1988) Cynical hostility and vulnerability to disease: social support, life stress and physiological response to conflict. *Health Psychology*, 7, 447-459.
- Harlow, M.F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13, 673-685.
- Hart, K.E. y Jamienson, J.L (1983). Type A behavior and cardiovascular recovery from a psychosocial stressor. *Journal of Human Stress*, March, 18-24.
- Haug, K., Aaro, L.E. y Fugelli, P. (1992). Smoking habits in early pregnancy and attitudes towards smoking cessation among pregnant women and their partners. *Family Practice*, 9, 494-499.
- Haynes, S.G., Feinleib, M. y Kannel W.B., (1980); The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study: III. Eight-year incidence of coronary heart disease. *American Journal Epidemiologie*, 111, 37-58.
- Haynes, SG., Levine, S., Scotch, N., Feinleib, M. y Kannel, WB., (1978). The relationship of psychosocial factors to coronary disease in the Framingham study: I. Methods and risk factors. *American Journal Epidemiologie*, 107, 362-383.
- Hazuda, H., (1994). A Critical Evaluation of U.S. Epidemiological Evidence and Ethnic Variation. En Sally Shumaker y Susan Czajkowski (eds.) *Social Support and Cardiovascular Disease*, Plenum Press, Nueva York y London.
- Hazuda, H. (1986) *Social support and cardiovascular risk factors in Mexican Americans and non-Hispanic whites: Findings from the San Antonio Heart Study*. Presented at the workshop on Social Support and Cardiovascular Disease, sponsored by the Behavioral Medicine Branch, National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI), and the University of California, Irvine, April 2-4.
- Helgeson, V.S. (1991) The effects of masculinity and social support on recovery from myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 53, 621-633.
- Helmuth, T.H. y Steinitz, E.M. (1978) Death of an infant: parental grieving and the failure of social support. *The Journal of Family Practice*, 6, 785-790.
- Heller, K. (1979) The effects of social support: Preventing and treatment implications. En A. P. Goldstein y F.H. Kanfer (Eds.) *Maximizing treatments gains: Enhancement in psychotherapy*. New York: Academic Press.
- Henderson, S., Byrne, D.G. y Duncan-Jones, P. (1981). *Neurosis and the social environment*.

- New York: Academic Press.
- Henderson, S., Byrne, D.G., Duncan-Jones, P. & Scott, R. (1980). Measuring social relationships: The Interview Schedule for Social Interactions. *Psychological Medicine*, 10, 723-734.
- Hirsch, B. (1980). Natural support systems and coping with major life changes. *American Journal of Community Psychology*, 8, 159-172.
- Hobfoll, S.E. y London, P. (1986). The relationship of self-concept and social support to emotional distress among women during war. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 189-203.
- Hobfoll, S.E. y Stokes, J.P., (1988). The processes and mechanics of social support. In S. Duck (Ed.), *Personal Relationships. Theory, Research and Intervention*. London, Wilwey and Son.
- Holahan, C. y Moos, R. (1981). Social support and psychological distress: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 365-370.
- Holahan, C.J. & Moos, R.H. (1982). Social support and adjustment: Predictive benefits of social class indices. *American Journal of Community Psychology*, 10, 403-413.
- Holmes, D.S. (1983). An alternative perspective concerning the differential psychophysiological responsivity of persons with the Type A and Type B behavior patterns. *Journal of Research in Personality*, 17, 40-47.
- Holmes, T.H. y Rahe, R.H., (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Horwitz, M.B., Hindi-Alexander, M. y Wagner, T.J. (1985). Psychosocial mediators of abstinence, relapse and continued smoking: a one-year follow-up of a minimal intervention. *Addictive Behavior*, 10, 29-39.
- House, H.S., (1981). *Work, Stress and Social Support*. Reading, MA: Addison Wesley.
- House, J.S. & Kahn, R.L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S.L. Syme (Eds.) *Social support and health*. Orlando: Academic Press.
- House, J.S., Landis, K.R. & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.
- House, J.S., Robbins, C. y Metzner, H.L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 116, 123-140.
- Houston, B.K., Chesney, M.A., Blanck, G.W., Cates, D.S. y Hecker, M.H.L. (1992). Behavioral clusters and coronary heart disease risk. *Psychosomatic Medicine*, 54, 447-461.
- Hover, S.J. y Gaffney, L.R. (1988). Factors associated with smoking behavior in adolescent girls. *Addictive Behaviour*, 13, 139-145.
- Isaksson, H., Konarski, K. y Theorell, T. (1992). The psychological condition of hypertensives resistant to pharmacological treatment. *Social Science Medicine*, 35, 869-875.

REFERENCIAS

- Israel, B.A. (1982). Social networks and health status: Linking theory, research and practice. *Patient Counseling and Health Education*, 4, 65-79.
- Iturralde, J. (1988). El infarto agudo de miocardio en España: comparación de tres estudios multicéntricos nacionales con un estudio multicéntrico en una comunidad autónoma. *Medicina Clínica*, Barcelona, 90, 170-177.
- Jamienson, J.L. y Lavoie, F. (1987). Type A behavior, aerobic power and cardiovascular recovery from a psychosocial stressor. *Health Psychology*, 6, 361-371.
- Jeffery, R.W., (1988). Dietary Risk factors and their modification in cardiovascular disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 350-357.
- Jenkins, D., (1988). Epidemiology of Cardiovascular Diseases, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (3), 324-332.
- Jenkins, C.D. (1978). A comparative review of the interview and questionnaire methods in the assessment of the coronary-prone behavior pattern. En T.M. Dembroski, S.M. Weiss, J.L. Shields, S.G. Haynes, M. Feinleib, (eds). *Coronary-prone behavior*, New York: Springer-Verlag, 71-88.
- Kaltenback, M. (1984). Objetivos y límites de un programa de ejercicios terapéuticos para pacientes coronarios. En R. Hopf, M. Kaltenbach y P. Petersen (Dir.) *Ejercicios físicos terapéuticos para pacientes coronarios*. Ed. Harofarma, pp. 1-9.
- Kannel, W.B. y McGee, D.L., (1979). Diabetes and cardiovascular disease: The Framingham Study. *The Journal of the American Medical Association*, 241, 2038-2053.
- Kaplan, G.A., Cohn, B.A., Cohen, R.D. y Guralnik, J. (1988). The decline in ischemic heart disease mortality: prospective evidence from the Alameda county study. *American Journal Epidemiology*, 127, 1131-1142.
- Kaplan, G.A., Salonen, J.T., Cohen, R.D. y cols., (1988). Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease. Prospective evidence from eastern Finland. *American Journal Epidemiology*, 128, 370-380.
- Kaplan, A. (1977). *Social support: The construct and its measurement*. Unpublished bachelor's thesis, Brown University, Providence, RI.
- Kessler, R.C., Prince, R.H. y Wortman, C.B. (1985). Social factors in psychopathology. Stress, social support and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Kessler, R.C. y McKleod, J.D. (1985). Social support and mental health in community samples. In S. Cohen & S.L. Syme (Eds.), *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Keys, A., (1979). Is overweight a risk factor for coronary heart disease?. *Cardiovascular Medicine*, 4, 1233-1243.
- Kiritz, S. y Moos, R.H. (1974). Psychological effects of social environments. *Psychosomatic Medicine*, 36, 96-114.
- Kobasa, S.C. y Pucetti, M.C. (1983). Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 956-974.
- Krantz, D.S. y Manuck, S.B. (1984). Acute psychophysiological reactivity and risk of

REFERENCIAS

- cardiovascular disease: A review and methodologic critique. *Psychological Bulletin*, 96, 435-464.
- Kropotkin, P. (1908). *Gegenseitige Hilfe in der Tier-und Menschenwelt*. Leipzig: Thomas.
- Lakely, B., Bennett Cassady, P. (1990). Cognitive Processes in Perceived Social Support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 2, 337-343.
- Lakey, B. y Heller, K. (1988). Social Support from a friend, perceived support and social problem solving. *American Journal of Community Psychology*, 16, 6, 811-824.
- Lane, J.D., White, A.D. y Williams, R.B. (1984). Cardiovascular effects of mental arithmetic in Type A and Type B females. *Psychophysiology*, 21(1), 39-46.
- Lane, J.D., Adcock, R.A., Williams, R.B. y Kuhn, C.M. (1990). Caffeine effects on cardiovascular and neuroendocrine responses to acute psychosocial stress and their relationship to level of habitual caffeine consumption. *Psychosomatic Medicine*, 52, 320-336.
- Larsson, B., Seidell, J., Svärdsudd, K., Tibblin, G. Wilhelmsen, L. y Björntorp, P. (1989) Obesity, adipose tissue distribution and health in men-The study of men born in 1913. *Appetite*, 13, 37-44.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress in and the coping process*, New York, McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Stress y procesos cognitivos*. Barcelona: Matínez Roca.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present and future, *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Leavy, R.L. (1983). Social support and psychological disorders: A review. *Journal of Community Psychology*, 11, 3-21.
- Lehman, D.R., Ellard, J.H. y Wortman, L.B., (1986). Social Support for the bereaved: Recipients and provider's perspectives on what is helpful. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 438-446.
- Lerner, D.J. y Kannel, W.B., (1986). Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: A 26-year follow-up of the Framingham population. *American Heart Journal*, 111, 383-390.
- Levitt, M.J. (1991). Attachment and close relationships: A life span perspective. En J.L. Gewirtz y W.F. Kurtines (Eds.). *Intersections with attachment*, (pp. 183-205). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Levy, D. y Kannel, W.B., (1988). Cardiovascular risks: New insights from Framingham. *American Heart Journal*, 116, 266-272.
- Liem, R. y Liem, J. (1978). Social class and mental illness reconsidered: The role of economic stress and social support. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2, 139-156.
- Likert, R. (1961). *New patterns of management*. New York: McGraw-Hill.
- Lin, N., Dean, A. y Ensel, W.M. (1981). Social support scales. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 73-89.

REFERENCIAS

- Livingston, I.L., Levine, D.M. y Moore, R.D. (1991). Social integration and black variation in blood pressure. *Ethnic Disease*, 1, 135-149.
- Lynch, D.J., Schaffer, K. (1989). Type A and Social Support. *Behavioral Medicine*, 72-74.
- MacDougall, J.M., Dembroski, T.M., Dimsdale, J.E. y Hackett, T.P., (1985). Components of Type A, hostility, and anger-in: further relationships to angiographic findings. *Health Psychologie*, 4, 137-152.
- Malcolm, A.T., Janisse, M.P., (1991). Additional Evidence for the Relationship Between Type A Behavior and Social Support en Men. *Behavioral Medicine*, 131-134.
- Malcolm, A.T. y Janisse, M.P. (1991). Additional evidence for the relationship between type A behavior, and social support in men. *Journal of Behavioral Medicine*, 17: 131-134.
- Manuck, S.B., Kaplan, J.R. y Matthews, K.A. (1986). Behavioral antecedents of coronary Heart Disease and Atherosclerosis. *Arteriosclerosis*, 6, 2-14.
- Marmot, M.G. (1983). Stress, Social and Cultural Variations in Heart Disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 5: 377-384.
- Martí, J.L. (1987). Panorama actual de la cardiopatía coronaria: Club Coronario. Centro de Cardiología Preventiva, *Publicación de la Caja General de Ahorros y Monte de Piedad de Granada*, 11-12.
- Martin, R.A. (1989). Techniques for data acquisition and analysis in field investigation of stress. En R.W.J. Neufeld (ed.) *Advances in the Investigation of Psychological Stress*, Nueva York: Wiley.
- Martínez Arias, R. (1995). El método de encuestas por muestreo: Conceptos básicos. En Anguera, M.T., Arnau, J., Ato, M., Martínez, R., Pascual, J. y Vallejo, G. *Métodos de Investigación en Psicología*. Ed. Síntesis, Madrid.
- Mason, J.W., (1972). Organization of psychoendocrine mechanisms: A review and reconsideration of research. En N.S. Greenfield y R.A. Sternbach (Eds.) *Handbook of Psychophysiology*. Nueva York: Holt, Rinehart y Winston, 3-91.
- Matthews, K.A., (1988). Coronary heart disease and Type A behaviors: Update on and alternative to the Booth-Kewlwy and Friedman (1987) quantitative review. *Psychological Bulletin*, 104, 373-380.
- Matthews, K.A., (1982). Pscological perspectives on the type A behavior pattern. *Psychological Bulletin*, 91, 293-323.
- Matthews, K.A., Glass, D.C., Rosenman, R.H. y Bortner, R.W., (1977). Competitive drive, pattern A, and coronary heart disease: A further analysis of some data from the Western Collaborative Group Study. *Journal of Chronic Disease*, 30, 489-498.
- McCormick, I.A., Siegert, R.J. y Walkey, F.H. (1987). Dimensions of social support: A factorial confirmation. *American Journal of Community Psychology*, 15, 73-77.
- McFarlane, A.H, Neale, K.A. Norman, G.R., Roy, R.G., y Streiner, D.L. (1981). Methodological issues in developing a scale to measure social support. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 90-110.

REFERENCIAS

- Medalie, J.H., Kahn, H.A., Neufeld, H.N., Riss, E., Goldbourt, V., Perlstein, T., y Oron, D., (1973). Myocardial infarction over a five year period. I. Prevalence, incidence and mortality experience. *Journal of Chronic Disease*, 26, 63-84.
- Medalie, J.H. y Goldbourt, U. (1976). Angina pectoris among 10.000 men. Psychosocial and other risk factors as evidenced by a multivariate analysis of a five year incidence study. *American Journal Medicine*, 60, 910-921.
- Mendes de León, C.F. y Meesters, C.M.G. (1991). Hostility and anger as risk factors of coronary heart disease. En A. Appels (Ed.) *Behavioral Observations in cardiovascular research*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger B.V., p. 113.
- Mitchell, J.C. (1969). *Social Networks in Urban Situations*. Manchester University Press.
- Mitchell, R.E., Billings, A.G. y Moos, R.H. (1982). Social support and well-being: Implications for prevention programs. *Journal of Primary Prevention*, 3, 77-98.
- Monroe, S.M. y Steiner, S.C., (1986). Social support and psychopathology: Interrelationships with pre-existing disorder, stress, and personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 4, 22-28.
- Monroe, S.M. (1983). Social Support and disorder: Toward an untangling of cause and effect. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1, 81-97.
- Monroe, S.M. y Peterman, A.M., (1989). Life stress and psychopathology. En L.H. Cohen (Ed.), *Research on stressful life events: Theoretical and methodological issues*, New York: Sage, 31-63.
- Moos, G.E. (1973). *Illness, Immunity and Social Interaction*. New York: John Wiley.
- Moos, R., Cronkite, R., Billings, A.M. y Finney, M. (1986). En R. Moos (Ed.) *Coping with life crisis: An integrated approach*. Nueva York: Plenum.
- Müller, M.M. (1991). The stability of anger across age and sex in German cohorts born between 1930 and 1972. *Personality and Individual Differences*, 12, 417-425.
- Nafziger, A.N., Herrington, D.M. y Bush, T.L. (1991). Dehydroepiandrosterone and dehydroepiandrosterone sulfate: Their relation to cardiovascular disease. *Epidemiologic Reviews*, 13, 267-293.
- Nolla, J.P., Monmany, R.J., Roca-Cusachs, A.C. y Serra, J.C., (1986). Hipertensión Arterial. En J. Soler y A. Bayés de Luna (eds) *Cardiología*, Barcelona: Doyma.
- O'Reilly, P. y Thomas, H.E. (1989). Role of support networks in maintenance of improved cardiovascular health status. *Soc. Science Medicine*, 28, 249-260.
- Orth-Gomer, K., (1994). International Epidemiological Evidence for a Relationship between Social Support and cardiovascular heart disease. En Sally Shumaker y Susan Czajkowski (eds.) *Social Support and Cardiovascular Disease*, Plenum Press, Nueva York y London.
- Orth-Gomer, K. y Johnson, J.V. (1987). Social network interaction and mortality. *Journal Chronic Disease*, 40, 949-957.
- Orth-Gomer, K. & Unden, A.L. (1990). Type A behavior, social support and coronary risk: Interaction and significance for mortality in cardiac patients. *Psychosomatic Medicine*,

52, 59-72.

- Orth-Gomer, K. & Unden, A.L. (1987). The measurement of social support in population survey. *Social Science and Medicine*, 24, 83-94.
- Orth-Gomer, K., Rosengren A. y Wilhelmsen, M.D., (1993). Lack of Social Support and Incidence of Coronary Heart Disease in Middle-Aged Swedish Men. *Psychosomatic Medicine*, 55, 37-43.
- Ortmeyer, C.F., (1974). Variations in mortality, morbidity, and health care by marital status. En Erhardt, C.L., and Berlin, J. E. (eds.), *Mortality and Morbidity in the United States*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Osler, W., (1910), The Lumleian lectures on angina pectoris. *Lancet*, 1, 839-844.
- Paracelsus. (1599). Theophrastus, Bombastus von Hohenheim. *Labyrinthus medicorum errantium*. Hanoviae:
- Pardo A., y San Martín, R. (1994). *Análisis de datos en psicología II*. Ed. Pirámide Madrid.
- Parker, G. y Barnett, B. (1987). A test of the social support hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 150, 72-77.
- Patterson, J.K., Haffner, S.M., Stern, M.P. y Hazuda, H.P. (1986). *Social Support and cardiovascular risk factors in Mexican Americans and non-Hispanic whites*. Presented at the 7th Annual Scientific Sessions, Society of Behavioral Medicine, San Francisco, CA. March.
- Payne, R.L. y Jones, J.G. (1987). Measurement and methodological issues in social support. En S.V. Kasl y C.C. Cooper (Eds.) *Stress and health: Issues in research methodology*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Pearlin, L. y Schooler, C., (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pearson, K. (1896). Regression, Heredity and Panmixia, *Philosophical Transactions*, A, CLXXXVII.
- Pérez, M.N, Robles, H., Fernández, M.C., y Vila J., (1994). Comportamientos de riesgo para la salud en jóvenes españoles que realizan el servicio militar, *Apuntes de Psicología*, 40, 61-85.
- Pérez, M.N., Robles, H., Reyes, G., (1992). Estudio Epidemiológico sobre comportamiento de riesgo, en *I Congreso Nacional de Psicología Aplicada a los Trastornos Cardiovasculares*, ed. Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat i Consum, 62.
- Pérez, M.N., Robles, H., Vila, J., (1991). Importancia de las creencias frente al conocimiento en la práctica de conductas de salud (II): Tabaco, Alcohol y otros factores de riesgo. *Revista de Psicología de la Salud*, 8(2), 113-132.
- Pilisuk, M., Froland, C. y Kinship, M., (1978). Social networks, social support and health. *Social Science Medicine*, 12, 273-280.
- Plaza, I. y Grupo de Expertos de las Sociedades Españolas de Arteriosclerosis, Cardiología, Pediatría, Nutrición y Medicina Preventiva (1991). Informe sobre el colesterol en niños

REFERENCIAS

- y adolescentes españoles. *Revista Española de Cardiología*, 44, 567-585.
- Prevention Task Panel Report (1978). *Task Panel Reports Submitted to the President's Commission on Mental Health* (4 Vols). Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Procidano, M.E., y Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24.
- Quittner, A., Glueckauf, R., Jackson, D., (1990). Chronic Parenting Stress: Moderating vs. Mediating Effects of Social Support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 6, 1266-1278.
- Rahe, R.H. y Lind, E. (1971). Psychosocial factors and sudden cardiac death: a pilot study. *Journal of Psychosomatic Research*, 15, 19.
- Räikönen, K., Hautanen, A. y Keltikangas-Järvinen, L. (1994). Association of stress and depression with regional fat distribution in healthy middle-aged men. *Journal of Behavioral Medicine*, 17, 605-616.
- Reed, D., McGee, D., Yano, Y., Feinleib, M., (1983). Social networks and coronary heart disease among Japanese men in Hawaii. *American Journal of Epidemiology*, 117, 384-396.
- Reig, A., (1992) La promoción de la salud cardiovascular: Una perspectiva desde la psicología de la salud. En *Comportamiento y Salud*, MA. Simón (Ed.), Valencia, vol.1, cap.1, 7-57.
- Review Panel, (1981), Coronary-prone behavior and coronary heart disease: A critical review. *Circulation*, 19, 583.
- Rhodewalt, F. y Smith, T.W. (1990). Current issues in Type A behavior, coronary proneness and coronary heart disease. En C.R. Snyder y D.R. Forsyth (Eds.) *Handbook of Social and Clinical Psychology*. Nueva York: Pergamon Press (cap. 11).
- Riegel, B. (1989). Social support and psychological adjustment to chronic coronary heart disease: operationalization of Johnson's behavioral system model. *Advances Nurs Science*, 11, 74-84.
- Robles, H.; Valencia, N.J.; García-León, A.; Pérez, N. y Vila, J. (1994). *Adaptación a la población española del Cuestionario de Procesamiento de Disgusto de Müller*. IV Congreso de Evaluación Psicológica, 21-24 de Septiembre, Santiago de Compostela.
- Robles, H. y Fernández, M.C. (1991). Enfermedad coronaria y factores de riesgo. *Boletín de Psicología*, 33, 93-117.
- Robles, H., Fernández, MC. y Vila, J. (1991). Reactividad Cardíaca y Patrón de Conducta Tipo A. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, N° 56, 917-950.
- Robles., H., Pérez, M.N, Vila, J., (1991). Importancia de las creencias frente al conocimiento en la práctica de conductas de salud (I): Hábitos alimenticios y ejercicio físico. *Revista de Psicología de la Salud*, 8(1), 23-40.
- Robles., H., Pérez, M.N, y Reyes, G., (1995). Hostilidad, patrón de conducta Tipo A y

- reactividad cardíaca. *Aprendizaje*, 53, 65-88.
- Rook, K.S. y Pietromonaco, P. (1987). Clase relationships: Ties that heal or tyies that bind. En W.H. Jones y D. Perlman (Eds.) *Advances in personal relationships (Vol. I)*. Greenwich: JAI Press.
- Rosenberg, M.R. (1985). *Social support: Mechanisms of action and stressor-support specificity*. Doctoral dissertation, Southern Illinois University, Carbondale.
- Rosengren, A., Wedel, H. y Wilhelmsen, L. (1989). Marital status and mortality in middle-aged Swedish men. *American Journal Epidemiology*, 129, 54-64.
- Rosenman, R.H. (1978). The interview method of assessment of the coronary-prone behavior pattern. En T.M. Dembroski, S.M. Weiss, J.L. Shields, S.G. Haynes, M. Feinleib, (eds). *Coronary-prone behavior*, New York: Springer-Verlag, 55-69.
- Rosenman, R.H., Brand, R.J., Jenkins, C.D., Friedman, M., Straus, R. y Wurm, M. (1975). Coronary Heart Disease in the Western Collaborative Group Study (WCGS): Final follow-up expeience of 8 1/2 years. *The Journal of the American Medical Association*, 233, 872-877.
- Ruberman, W., Weinblatt, E., Goldberg, J.D., Chaudhary, B.S. (1984). Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *New England Journal Medicine*, 311, 552-559.
- Sales, S.M. y House, J.S., (1971). Job dissatisfaction as a possible risk factor in coronary heart disease. *Journal of Chronic Disease*, 23, 861-873.
- Sánchez-Barrera, MB., Pérez García, M., y Godoy García, JF. (1995), Patrones de actividad física en una muestra española. *Revista de Psicología del Deporte*, 7-8, 51-71.
- Sandín, B. (1995). El Estrés, en A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (dirs). *Manual de Psicopatología (vol.2)*, Madrid, McGraw-Hill.
- Sandler, I.N. y Barrera, M. Jr. (1984). Toward a multimethod approach to assessing the effects of social support. *American Journal of Community Psychology*, 12, 37-52.
- Sandler, I. y Lakey, B. (1982). Locus of control as a stress moderator: The role of control perceptions and social support. *American Journal of Community Psychology*, 10, 65-80.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R., Sherin, E.N. y Pierce, G.R., (1987). A brief measure of social support: practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510.
- Sarason, B.R., Pierce, G.R. & Sarason, I.G. (1990). Social support: The sense of acceptance and the role of relationships. In B.R. Sarason, I.G. Sarason & G.R. Pierce (Eds.) *Social support: An interactive view*. New York: Wiley.
- Sarason, I.G., Shearin, E.N., Pierce G.R., y Sarason, B., (1987). Interactions of social support measures: Theoretical and Practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 813-832.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R. & Shearin, E.N. (1986) Social support as an individual difference variable: Its stability, origins and relational aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 845-855.

REFERENCIAS

- Sarason, B.R., Sarason, I.G., Hacker, T.A. y Basham, R.B. (1985) Concomitants of social support: Social skills, physical attractiveness and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 839-850.
- Sarason I.G. y Sarason, J.H. (eds.) (1985). *Social Support: Theory, Research and Application*. Dordrecht, Holanda, Martinus Nijhoff.
- Sarason, I.G., (1988). Social Support, personality and health, en M.P. Janisse, *Individual differences, stress and Health Psychology*, Nueva York, Springer Verlag.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., Sarason, B.R., (1983). Assessing Social Support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1, 127-139.
- Sarason, B.R., Sarason, I.G. (1994). Assessment of Social Support. En Sally Shumaker y Susan Czajkowski (eds.) *Social Support and Cardiovascular Disease*, Plenum Press, Nueva York y London.
- Schachter, J.W. (1966). *Psicología de la afiliación*. Buenos Aires: Paidós.
- Scherwitz, L., Perkins, L., Chesney, M. y Hughes, G. (1991). Cook-Medley Hostility Scale and Subsets: relationship to demographic and psychosocial characteristics in young adults in the CARDIA study. *Psychosomatic Medicine*, 53, 36-49.
- Schwarzer, R. y Leppin, A. (1991). Social Support and Health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127.
- Seeman, T.E. y Syme, S.L., (1987). Social Networks and coronary artery disease: A comparison of the structure and function of social relations as predictors of disease. *Psychosomatic Medicine*, 49, 341-354.
- Selye, H., (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents, *Nature*, 138, 32.
- Shapiro, D., Lane, J.D. y Henry, J.P., (1986). Caffeine, cardiovascular reactivity, and cardiovascular disease. En K.A. Matthews, S.M. Weiss, T. Detre, T.M. Dembroski, B. Falkner, S.B. Manuck y R.B. Williams (eds.) *Handbook of Stress, Reactivity, and Cardiovascular Disease*, Nueva York: John Wiley & Sons.
- Shekelle, R.B., Gale, M. y Norusis, M. (1985). Type A score (Jenkins Activity Survey) and risk of recurrent coronary heart disease in the Aspirin Myocardial Infarction Study. *American Journal of Cardiology*, 56, 221-230.
- Shekelle, R.B., Hulley, S.B., Neaton, J.D., Billings, J., Borhani, N.O., Gerace, T.A., Jacobs, D., Lasser, N., Mittlemark, M. y Stamler, J. (1986). Type A behavior and risk of coronary heart disease in the multiple risk factor intervention trial. En T.M. Dembroski, T.H. Schmidt y G. Blümchen (Eds.). *Biobehavioral Bases of coronary heart disease*. Basel: Karger.
- Shumaker, S.A. y Brownell, A., (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40, (4) 11-36.
- Shekelle, R.B., Gale, M., Ostfeld, A.M. y Paul, O. (1983). Hostility, risk of coronary heart disease, and mortality. *Psychosomatic Medicine*, 45, 109-114.
- Smith, T.W. y Rhodewalt, F., (1986). On states traits and processes: a transactional

- alternative to the individual difference assumptions in Type A behavior and physiological reactivity. *Journal Research Personality*, 20, 229-251.
- Smith, T.W. y Frohm, K.D. (1984). What's so unhealthy about hostility? Construct validity and psychosocial correlates of the Cook-Medley Ho Scale. *Health Psychology*, 4, 503-520.
- Smith, M.A. y Houston, B.K. (1987). Hostility, anger expression, cardiovascular responsivity and social support. *Biological Psychology*, 24, 39-48.
- Sommers-Flanagan, J. y Greenberg, R.P. (1989). Psychosocial variables and hypertension: a new look at an old controversy. *Journal Nervious Mental Disease*, 177, 15-24.
- Spain, D., Broders, V. y Mohr, C., (1960). Coronary atherosclerosis as a cause of unexpected and unexplained death. An autopsy study from 1949-1959. *Journal of American Medical Association*, 174, 384.
- Spearman, C. (1904). The proff and measurement of association between two things. *American Journal of Psychology*, 15, 72-101.
- Stokes, J.P., (1983). Predicting satisfaction with social support from social network structure. *American Journal of Community Psychology*, 11, 142-152.
- Stokes, J.P. & Wilson, D.G. (1984). The Inventory of Socially Supportive Behaviors: Dimensionality, prediction and gender differences. *American Journal of Community Psychology*, 12, 53-69.
- Stoney, C.M. y Matthews, K.A., (1988). Parental history of hypertension and myocardial infarction predicts cardiovascular responses to behavioral stressors in middle-age men and women. *Psychophysiology*, 25, 267-277.
- Strickland, T.L. Myers, H.F., y Lahey, B.B. (1989). Cardiovascular ractivity with caffeine and stress in Black and White normotensive females. *Psychosomatic Medicine*, 51, 381-389.
- Strube, M.J., Boland, S.M., Manfredo, P.A. y Al-Falau, A. (1987). Type A behavior pattern and the self-evaluation of abilities: Empirical test of the self-appraisal model. *Journal of Personal.ity and Social Psychology*, 52, 956-974.
- Suárez, E.C. y Williams R.B., (1990). The relationships between dimensions of hostility and cardiovascular reactivity as a function of task characteristics. *Psychosomatic Medicine*, 52, 558-570.
- Suls, J. y Wan, C.K. (1993). The relationship between trait hostility and cardiovascular reactivity: A quantitative review and analysis. *Psychophysiology*, 30, 615-626.
- Suls, J. (1982). Social support, interpersonal relations and health: Benefits and abilities. En G.S. Sanders y J. Suls (Eds.) *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale: LEA.
- Swan, G.E., Carmelli, D. y Rosenman, R.H. (1988) Psychological characteristics in twins discordant for smoking behavior: a matched-twin-pair analysis. *Addictive Behavior*, 13, 51-60.
- Syme, S.L., Borhani, N.O. y Buechley, R.W., (1965). Cultural morbidity and coronary heart disease in an urban area. *American Journal of Epidemiology*, 82, 334-346.

REFERENCIAS

- Tardy, C.H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13, 187-202.
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 2, 145-159.
- Thoits, P.A. (1983). Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature. En H.B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial stress: Trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- Tolsdorf, L.O., (1976). Social networks, support and coping: Exploratory study. *Family Process*, 15, 407-417.
- Truet, J., Cornfield, J. y Kannel, W.A., (1967), Multivariate analysis of the risk of CHD in Framingham. *Journal of Chronic Disease*, 20, 511-524.
- Turner, R., Frankl, G. y Levin, D., (1983). Social support: Conceptualization, measurement, and implications for mental health. En J. Greenley (Ed.) *Research in community and mental health* (Vol. 3). Greenwich CT, JAI press.
- Turner, R.J., (1983). Direct, indirect and moderating effects of social support on psychological distress and associates conditions. In H. B. Kaplan. *Psychosocial stress: Trends in theory and research*. Academic Press, New York.
- Turner, R.J., (1981). Social Support as a contingency in psychological well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 357-367.
- Unger, D. G., y Wandersman, L.P. (1985), Social support and adolescent mothers: Action research contributions to theory and applications. *Journal of Social Issues*, 41, 29-45.
- Van Egeren, L.F., (1979). Social interactions, communications and the coronary prone behavior pattern: A psychological study. *Psychosomatic Medicine*, 41, 2-18.
- Vaux, A. (1988) *Social support. Theory, research and intervention*. New York: Praeger.
- Vaux, A., Burda, P. y Stewart, D., (1986). Toward Utilization of Support Resources. *Journal of Community Psychology*, 14, 159-170.
- Vaux, A. y Harrison, D. (1985). Support network characteristics associated with support satisfaction and perceived support. *American Journal of Community Psychology*, 13, 245-267.
- Vaux, A., Phillips J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D., y Stewart, D., (1986) The Social Support Appraisal (SS-A) Scale: Studies of Reliability and Validity. *American Journal of Community Psychology*, 14, 2, 195-219.
- Vaux, A. (1982). Measures of three levels of social support: Resources, behaviors and feelings. Manuscrito no publicado.
- Vaux, A., Riedel, S., y Stewart, D., (1987). Modes of Social Support: The Social Support Behaviors (SS-B) Scale. *American Journal of Community Psychology*, 15, 2, 209-237.
- Vaux, A. t Wood, J. (1985). Social Support Resources, behavior and appraisals: A path analysis. Manuscrito no publicado.
- Vaux, A. y Athanassopoulou, M., (1987). Social Support Appraisals and Network Resources.

REFERENCIAS

- American Journal of Community Psychology*, 15, 537-556.
- Veiel, H.O., Brill, G., Hafner, H. y Welz, R. (1988). The social support of suicide attempters: the different roles of family and of friends. *American Journal of Community Psychology*, 16, 6, 839-862.
- Venters, M., Jacobs, D.R., Pirie, P. y cols. (1986). Marital status and cardiovascular risk: the Minnesota heart survey and Minnesota heart health program. *Preventive Medicine*, 15, 591-605.
- Veroff, J., Kulka R.A., y Douvan, E., (1981). *Mental Health in America. Patterns of Help-seeking from 1957 to 1976*. New York: Basic Books.
- Viinamaki, H., Koskela, K., Niskanen, L. y Arnkil, R. (1993). Social support in relation to mental well-being among the unemployed. A factory closure study in Finland. *Nord Journal Psychiatry*, 47, 195-201.
- Vilhjalmson, R. (1993) Life stress, social support and clinical depression: a reanalysis of the literature. *Social Science Medicine*, 37, 331-342.
- Vingerhoets, J.J.M. (1985). The role of the parasympathetic division of the autonomic nervous system in stress and the emotions. *International Journal of Psychosomatics*, 32, 28-34.
- Vitaliano, P.P., Katon, W., Russo, J., Maiuro, R.D., Anderson, K. y Jones, M., (1987), Coping as an index of illness behavior in panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 78-84.
- Vogt, T.M., Mullooly, J.P., Ernst, D., Pope, C.R. y Hollis, J.F. (1992) Social networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: incidence survival and mortality. *Journal Clinical Epidemiology*, 45, 659-666.
- Ward, R.A., Sherman, S.R. y LaGory, M. (1984). Subjective network assessment and subjective well-being. *Journal of Gerontology*, 39, 93-101.
- Ward, M.M., Chesney, M.A., Swan, G.E., Black, G.W., Parker, F.F. y Rosenman, R.H. (1986). Cardiovascular responses in Type A and B to a series of stressors. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 43-49.
- Wardle, J. y Steptoe, A., (1991). The european health and behaviour survey: rationale, methods and initial results from the United Kingdom. *Social Science Medicine*, 33, (8), 925-936.
- Weiss, R.S., (1974). The provision of social relationship. En Z. Rubin (Ed.), *Doing Into Others*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Welin, L., Tibblin, G., Svardsudd, K., y cols., (1985). Prospective study of social influences on mortality. *Lancet*, I, 915-918.
- Wellman, B. (1981). Applying network analysis to the study of support. In B. Gottlieb (Ed.) *Social networks and social support*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Westman, M., Eden, D. y Shirom, A. (1985). Job stress, cigarette smoking and cessation: the conditioning effects of peer support. *Social Science Medicine*, 20, 637-644.
- Wethington, E. y Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support and adjustment

REFERENCIAS

- to stressfull life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78-89.
- Wilcox, B.L. (1981). Social support, life stress, and psychological adjustment: A test of the buffering hypothesis. *American Journal of Community Psychology*, 9, 371-386.
- Wilson, M.G. y Edmunson, J. (1991). Prevalence of hypercholesterolemia in a national worksite sample. *American Journal Preventive Medicine*, 7, 280-284.
- Williams, A.W., Ware, J.E. y Donald, C.A. (1981). A model of mental hesth, life events, and social supports aplicable to general populations. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 324-334.
- Williams, R.B., Barefoot, J.C., Califf, R.M. y cols., (1992) Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. *Journal American Medicine Association*, 267, 520-524.
- Williams, R.; Haney, T.; Lee, K.; Kong, Y.; Blumenthal, J.; Walhen, R., (1980). Type A Behavior, hostility, and coronary atherosclerosis.
- Wortman, C.B., (1984). Social Support and the cancer patient. *Cancer*, 53, (10), 2339-2360. (Supplement).
- Wortman, C.B. y Dunkel-Schetter, C. (1987). Conceptual and methodological issues in the study of social support. En A. Baum y J.E. Singer (Eds.) *Handbook of psychology and health: Stress (Vol. 5)*. Hillsdale: LEA.
- Wright, L. (1988). Type A behavior pattern and coronary artery disease. *American Psychologist*, 43 (1), 2-14.
- Zajonc, R.B., (1965). Social facilitation. *Science*, 149, 269-274.

ANEXO

Modelo de cuestionario

1. Cuestionario retrospectivo del paciente

Código:

Esta encuesta está diseñada para descubrir ciertas actitudes relacionadas con factores de riesgo de ciertas enfermedades.

Consta de diversas secciones en las que se te harán preguntas sobre tu estilo de vida **antes de que tuvieras el primer episodio de tu enfermedad actual**. Intenta contestar tan sinceramente como te sea posible, no hay respuestas correctas o incorrectas. Todas las encuestas que recibamos serán anónimas y confidenciales y serán utilizadas exclusivamente para fines de investigación.

Nombre y Apellido:

Edad:

Sexo: Hombre / Mujer (tachar lo que no corresponda)

Años de Escolaridad:

¿Estudiabas? (si/no)

¿Que estudiabas?: ¿En que curso estabas?

¿Trabajabas? (si/no) ¿En que trabajabas?

¿Cuánto mides?: ¿Cuánto pesabas?:

Fecha aproximada del **primer** episodio cardiovascular:

¿Cuántos episodios has sufrido?

¿Que tipo de episodio has sufrido?
(Nombre de la enfermedad)

Esta sección de la encuesta se refiere a distintos aspectos de tu estilo de vida **antes del primer episodio de tu enfermedad actual**. Lee atentamente cada pregunta y marca con una cruz, en la casilla de al lado, la respuesta más adecuada para ti.

1. Lee cuidadosamente todas las afirmaciones que aparecen a continuación y señala aquella que mejor describe tu comportamiento pasado:

a) Nunca fumé, ni siquiera una calada.	
b) Tan solo fumaba uno o dos cigarrillos.	
c) Solía fumar a veces, pero no fumaba entonces	
d) No fumaba cigarrillos, pero sí puros o pipa.	
e) Fumaba cigarrillos, pero menos de uno al día.	
f) Habitualmente fumaba entre 1 y 10 cigarrillos al día.	
g) Habitualmente fumaba entre 10 y 20 cigarrillos al día.	
h) Habitualmente fumaba más de 20 cigarrillos al día.	

2. ¿Con que frecuencia comías una comida que contuviera carne (vaca, cerdo, cordero, ternera, bacon, hamburguesa, salchicha, etc.)
- () Al menos una vez al día.
 () Cada dos o tres días.
 () Aproximadamente una vez a la semana.
 () Menos de una vez a la semana.
 () Nunca.

3. ¿Añadías sal a tus comidas?
- () Habitualmente.
 () Algunas veces.
 () Muy ocasionalmente.
 () Nunca.

4. ¿Conscientemente tratabas de evitar alimentos que contuvieran grasa y colesterol?
- () SI
 () NO

Si la respuesta es "SI",
 ¿que clase de alimentos tratabas de evitar:

5. ¿Tomabas café?
- () SI
 () NO

Si la respuesta es "SI",
 ¿cuántas tazas?

() Más de 5 diarias.
 () Entre 1 y 5 diarias.
 () Menos de 1 diaria.

6. Realizabas algún tipo de ejercicio físico (ej. algún deporte o algún pasatiempo que requiriera actividad física? () SI
() NO

¿Cuántas veces por semana (14 días), hacías algún ejercicio físico?

7. ¿Sufrías algún problema crónico de salud () SI
() NO

Si la respuesta es "SI", por favor, marca si tu problema estaba en el siguiente listado:

- Asma:
- Hipertensión:
- Diabetes:
- Colesterol:

Las siguientes preguntas se refieren a las personas de tu medio ambiente que te proporcionaban ayuda o apoyo **antes del primer episodio de tu enfermedad actual**. Cada pregunta tiene dos partes. En la primera parte, pon todas las personas que conocías, excluyéndote tú mismo, en las que podías confiar para ayudarte o apoyarte en la forma descrita. Pon las iniciales de las personas y su relación contigo (mira el ejemplo). No pongas más que una persona junto a cada uno de los números debajo de la pregunta. No pongas más de 9 personas por pregunta.

En la segunda parte, rodea con un círculo tu nivel de satisfacción con la cantidad global de apoyo que tenías.

Si la mejor respuesta a una pregunta concreta es nadie, rodea con un círculo "Nadie", pero estima tu nivel de satisfacción.

Por favor, responde todas las preguntas lo mejor que puedas. Todas tus respuestas serán confidenciales.

Ejemplo: ¿En quién podías confiar para que te consolara o confortara cuando estabas muy preocupado?

Nadie	1) T. N. (hermano)	4) T. N. (padre)	7)
	2) L. M. (amigo)	5)	8)
	3) R. S. (amigo)	6)	9)

Nivel global de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

1) ¿En quien podías confiar para distraerte de tus preocupaciones cuando te encontrabas muy estresado?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

2. ¿En quien podías confiar para que te ayudara a relajarte cuando estabas bajo tensión o presión?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

3. ¿Quién te aceptaba totalmente, con tus virtudes y tus defectos?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

4. ¿Quién se preocupaba por ti?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

5. ¿En quién podías confiar para que te ayudara a sentirte mejor cuando estabas triste?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

6. ¿Quién sentías que te quería profundamente?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

II Sección:

1) ¿A quien le podías pedir ayuda si hubieras tenido que mudarte o realizar otra tarea que requiriera un gran esfuerzo?.

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

2. ¿A quien le podías pedir que cuidara de tu casa, o los niños, o tus animalitos y plantas mientras estabas fuera?.

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

3. ¿A quien le podías pedir que te prestara el coche, o algún electrodoméstico o equipo especializado de algún tipo?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

4. ¿A quién le podías pedir prestado el dinero del alquiler o del pago de la hipoteca si lo hubieras necesitado?.

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

5. Si te hubieras encontrado sin dinero, ¿quien hubiera cubierto tus necesidades básicas (comida, ropa, medicamentos, etc)?.

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

6. ¿Quien te podía dar un consejo o información cuando lo necesitabas?.

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

7. ¿Con quien hablabas cuando no estabas seguro de lo que convenía hacer?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

8. ¿Con quien hablabas cuando estabas preocupado por tu salud o por problemas personales?.

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

En las páginas siguientes se presentan una serie de frases que la gente utiliza para describirse. Lee cada frase y marca en el casillero que corresponda, el número de la escala, indicando el grado en que cada frase te era aplicable, te describe en términos generales **antes del primer episodio de tu enfermedad**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplees mucho tiempo en cada frase, pero trata de dar la respuesta que mejor indique el grado en que cada frase describe el modo habitual que tenías de comportarte, reaccionar y/o sentir en ese momento.

No, en
absoluto.

1 2 3 4 5 6

Total-
mente.

	1	2	3	4	5	6
1. Con frecuencia era impaciente.						
2. En los grupos a los que pertenecía (peñas, clubes, clase, etc), con frecuencia era considerado el líder.						
3. Con frecuencia me adelantaba a indicar a mi interlocutor lo que suponía iba a decir, para abreviar la conversación y ganar tiempo.						
4. Cuando estaba trabajando me irritaba que me interrumpieran.						
5. La mayoría de la gente me consideraba competitivo y luchador.						
6. Siempre llegaba puntual a las citas.						
7. Con frecuencia me notaba impaciente cuando estaba trabajando.						
8. Solía participar en una gama amplia de actividades sociales, culturales o deportivas.						
9. Perdía fácilmente la paciencia con aquellos que no escuchaban o no comprendían.						
10. Mi vida diaria estaba en gran parte ocupada con problemas que exigían solución inmediata.						
11. Tendía a sobrecargarme de trabajo.						
12. Solía mostrarme impaciente cuando había visitas en casa.						
13. Las personas que me conocían me consideraban competitivo y luchador.						

14. Era una persona fácilmente irritable.						
15. Con frecuencia procuraba realizar más de una tarea al mismo tiempo.						
16. Era mucho más responsable que la gente de mi edad.						
17. Las personas que me conocían decían que era una persona muy activa, que estaba ocupada gran parte del tiempo.						
18. Me ponían nervioso las personas que se tomaban todo con demasiada calma, que trabajaban lentamente.						
19. Con frecuencia me decían que comía demasiado rápido.						
20. A veces llegaba a perder totalmente los estribos.						
21. Solía ser competitivo.						
22. Con frecuencia sentía que me faltaba tiempo para hacer todo lo que deseaba.						
23. Habitualmente trabajaba con plazos y metas fijos.						
24. Tendía a ser agresivo.						
25. Procuraba destacar en cualquier actividad en que participara.						
26. Tendía a reaccionar agresivamente si se me interrumpía cuando estaba haciendo algo.						
27. Me definía como una persona muy ocupada.						
28. Con frecuencia llegaba a sentirme agobiado por el trabajo.						
29. Me consideraba claramente competitivo y luchador.						
30. Habitualmente dominaba en la conversación con otras personas.						
31. Cuando estaba bajo presión o estrés tendía a actuar de modo impulsivo, sin pensármelo mucho.						
32. Mantenía mi ritmo habitual de trabajo incluso durante los fines de semana o vacaciones cortas como Semana Santa o Navidad.						

En el siguiente cuestionario se mencionan una serie de reacciones y pensamientos que las personas manifiestan cuando están enfadadas o furiosas. Lee cada frase y marca con una x la casilla del número correspondiente que indica con qué frecuencia reaccionabas de ese modo cuando estabas furioso/a **antes del primer episodio de tu enfermedad**.

No hay respuestas correctas o incorrectas. No te detengas mucho tiempo para contestar cada pregunta.

Por favor, contesta todas las preguntas tratando de ser lo más sincero/a posible.

1. Prácticamente nunca.
2. A veces.
3. Con frecuencia.
4. Casi siempre.

	1	2	3	4
1. Cuando alguien hacía que me enfadara, aclaraba la situación de inmediato.				
2. Cuando estaba furioso lo demostraba.				
3. Cuando estaba furioso daba portazos.				
4. Aún cuando no lo demostraba, podía estallar de rabia.				
5. Cuando estaba furioso tenía pensamientos de los que después me avergonzaba.				
6. Reprimía mi rabia.				
7. Secretamente desconfiaba de los demás.				
8. Cuando estaba furioso decía cosas desagradables.				
9. Cuando estaba furioso hablaba en voz alta.				
10. Después de un acceso de ira tenía remordimientos de conciencia.				
11. Cuando cometía una injusticia, me castigaba mi conciencia.				
12. Me enfadaba más fácilmente que los demás.				
13. Me ponía más furioso de lo que hubiera debido estar.				
14. Si estaba muy enfadado con alguien, lo demostraba en cada oportunidad que tenía.				
15. Creo que en situaciones comparables me ponía más furioso que otras personas.				
16. Cuando estaba furioso hacía amenazas.				

17. Demostraba mi disgusto dando golpes en la mesa.				
18. Cuando engañaba, tenía remordimientos de conciencia.				
19. Cuando estaba furioso perdía el control.				
20. Cuando estaba enfadado por culpa de alguien se lo decía.				
21. Estaba enfadado más a menudo de lo que la gente se pensaba.				
22. Me era difícil hablar sobre el motivo de mi enfado con quien me lo había causado.				
23. Cuando demostraba mi rabia me sentía culpable.				
24. Cuando decía a otros que estaba furioso era considerado como una persona difícil de tratar.				
25. Cuando estaba furioso arrojaba objetos.				
26. Si alguien hacía que me enfadara, le decía como me sentía.				
27. Cuando demostraba mi disgusto, me disculpaba.				
28. Solía estar más furioso de lo que admitía.				

2. Cuestionario de los sujetos control

Código N°:

Esta encuesta está diseñada para descubrir ciertas actitudes relacionadas con factores de riesgo de ciertas enfermedades. Consta de diversas secciones en las que se te harán preguntas sobre tu estilo de vida. Intenta contestar tan sinceramente como te sea posible, no hay respuestas correctas o incorrectas. Todas las encuestas que recibamos serán anónimas y confidenciales y serán utilizadas exclusivamente para fines de investigación.

Nombre y Apellido:

Edad:

Sexo: Hombre / Mujer (tachar lo que no corresponda)

Años de escolaridad:

¿Estudias? (si/no)

¿Que estudias?: ¿En que curso estás?

¿Trabajas? (si/no) ¿En que trabajas?

¿Cuánto mides?: ¿Cuánto pesas?

Esta sección de la encuesta se refiere a distintos aspectos de tu estilo de vida. Lee atentamente cada pregunta y marca con una cruz, en la casilla de al lado, la respuesta más adecuada para ti.

1. Lee cuidadosamente todas las afirmaciones que aparecen a continuación y señala aquella que mejor describe tu comportamiento:

a) Nunca he fumado, ni siquiera una calada.	
b) Tan solo he fumado uno o dos cigarrillos.	
c) Solía fumar a veces, pero no fumo ahora.	
d) No fumo cigarrillos, pero sí puros o pipa.	
e) Fumo cigarrillos, pero menos de uno al día.	
f) Habitualmente fumo entre 1 y 10 cigarrillos al día.	
g) Habitualmente fumo entre 10 y 20 cigarrillos al día.	
h) Habitualmente fumo más de 20 cigarrillos al día.	

2. ¿Con que frecuencia comes una comida que contenga carne (vaca, cerdo, cordero, ternera, bacon, hamburguesa, salchicha, etc.)
- () Al menos una vez al día.
 - () Cada dos o tres días.
 - () Aproximadamente una vez a la semana.
 - () Menos de una vez a la semana.
 - () Nunca.
3. ¿Añades sal a tus comidas?
- () Habitualmente.
 - () Algunas veces.
 - () Muy ocasionalmente.
 - () Nunca.
4. ¿Conscientemente tratas de evitar alimentos que contienen grasa y colesterol?
- () SI
 - () NO

Si la respuesta es "SI",
¿que clase de alimentos tratas de evitar:

5. ¿Tomas café?
- () SI
 - () NO
- Si la respuesta es "SI", ¿cuántas tazas?
- () Más de 5 diarias.
 - () Entre 1 y 5 diarias.
 - () Menos de 1 diaria.

6. Durante las dos últimas semanas (14 días), ¿has hecho algún tipo de ejercicio físico (ej. algún deporte o algún pasatiempo que requiera actividad física)?
- () SI
 - () NO

Durante las dos últimas semanas (14 días), ¿cuántas veces has hecho algún ejercicio físico?

7. ¿Sufres algún problema crónico de salud
- () SI
 - () NO

Si la respuesta es "SI", por favor, marca si tu problema está en el siguiente listado:

- Asma:
- Hipertensión:
- Trastornos Cardiovasculares:
- Diabetes:
- Colesterol:
- ¿Que tipo de trastorno?:

En esta parte nos gustaría hacerte algunas preguntas acerca de tus amigos, tu familia y tus relaciones sociales en general.

1. ¿Tienes pareja? () SI
() NO
2. ¿Estás casado/a? () SI
() NO
3. ¿Tienes niños? () SI
() NO
4. Durante el curso escolar, ¿dónde vives?
() En casa con tus padres.
() En casa con tu cónyuge.
() En un colegio, en una habitación o en un piso alquilado.
() Otros (por favor, especifique).....
- ¿Vives sólo? () SI
() NO

Si la respuesta es "NO", por favor especifica con cuantas personas vives.....

5. ¿Qué número de amigos de confianza consideras que tienes? . . .

¿Qué número de amistades consideras que tienes? (gente a la que ves o con quien hablas al menos una vez al mes) . . .

6. Tu familia nuclear (con la que vives) ¿de cuantos miembros de compone? (ej. madre, hermanos, abuelos, tíos, etc.)

¿Te relacionas con todos ellos? () SI
() NO

Si la respuesta es "NO", ¿con quien/quienes no?

7. ¿Eres miembro o socio de alguna institución, peña o sociedad? () SI
() NO

Si la respuesta es SI, por favor especifica un poco:.....
.....

Las siguientes preguntas se refieren a las personas de tu medio ambiente que te proporcionan ayuda o apoyo. Cada pregunta tiene dos partes. En la primera parte, pon todas las personas que conoces, excluyéndote tú mismo, en las que puedes confiar para ayudarte o apoyarte en la forma descrita. Pon las iniciales de las personas y su relación contigo (mira el ejemplo). No pongas mas que una persona junto a cada uno de los números debajo de la pregunta. No pongas mas de 9 personas por pregunta.

En la segunda parte, rodea con un círculo tu nivel de satisfacción con la cantidad global de apoyo que tienes.

Si la mejor respuesta a una pregunta concreta es nadie, rodea con un círculo "Nadie", pero estima tu nivel de satisfacción.

Por favor, responde todas las preguntas lo mejor que puedas. Todas tus respuestas serán confidenciales.

Ejemplo: ¿En quién puedes confiar para que te consuele o conforte cuando estás muy preocupado?

Nadie	1) T. N. (hermano)	4) T. N. (padre)	7)
	2) L. M. (amigo)	5)	8)
	3) R. S. (amigo)	6)	9)

Nivel global de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

1) ¿En quien puedes confiar para distraerte de tus preocupaciones cuando te encuentras muy estresado?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

2. ¿En quien puedes confiar para que te ayude a relajarte cuando estes bajo tensión o presión?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

3. ¿Quien te acepta totalmente, con tus virtudes y tus defectos?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho discontent descontento contento

4. ¿Quién crees que se preocupa realmente de ti?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho discontent descontento contento

5. ¿En quien puedes confiar para que te ayude a sentirte mejor cuando estás triste?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho discontent descontento contento

6. ¿Quien sientes que te quiere profundamente?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho discontent descontento contento

II Sección:

1) ¿A quien le puedes pedir ayuda si tienes que mudarte o realizar otra tarea que requiera un gran esfuerzo?.

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

2. ¿A quien le puedes pedir que cuide tu casa, o los niños, o tus animalitos y plantas mientras estas fuera?.

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

3. ¿A quien le puedes pedir que te preste el coche, o algún electrodoméstico o equipo especializado de algún tipo?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

4. ¿A quién le puedes pedir prestado el dinero del alquiler o del pago de la hipoteca si lo necesitaras?.

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

5. Si te encuentras sin dinero, ¿quien cubriría tus necesidades básicas (comida, ropa, medicamentos, etc)?.

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

6. ¿Quien te puede dar un consejo o información cuando lo necesitas?.

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

7. ¿Con quien hablas cuando no estas seguro de lo que conviene hacer?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

8. ¿Con quien hablas cuando estás preocupado por tu salud o por problemas personales?.

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

En las páginas siguientes se presentan una serie de frases que la gente utiliza para describirse. Lee cada frase y marca, en el casillero que corresponda, el número de la escala, indicando el grado en que cada frase te es aplicable, te describe en **términos generales**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplees mucho tiempo en cada frase, pero trata de dar la respuesta que mejor indique el grado en que cada frase describe tu **modo habitual** de comportarte, reaccionar y/o sentir.

No, en Total-
absoluto. mente.
1 2 3 4 5 6

	1	2	3	4	5	6
1. Con frecuencia soy impaciente.						
2. En los grupos a los que pertenezco (peñas, clubs, clase, etc.), con frecuencia soy considerado el líder.						
3. Con frecuencia me adelanto a indicar a mi interlocutor lo que supongo va a decir, para abreviar la conversación y ganar tiempo.						
4. La mayoría de la gente me considera competitivo y luchador.						
5. Siempre llego puntual a las citas.						
6. Con frecuencia me noto impaciente cuando estoy trabajando.						
7. Suelo participar en una gama amplia de actividades sociales, culturales o deportivas.						
8. Mi vida diaria está en gran parte ocupada con problemas que exigen solución inmediata.						
9. Tiendo a sobrecargarme de trabajo.						
10. Suelo mostrarme impaciente cuando hay visitas en casa.						
11. Las personas que me conocen suelen considerarme competitivo y luchador.						
12. Con frecuencia procuro realizar más de una tarea al mismo tiempo.						
13. Soy mucho más responsable que la gente de mi edad.						

14. Las personas que me conocen dicen que soy muy activo, que estoy ocupado gran parte del tiempo.						
15. Con frecuencia me han dicho que como demasiado rápido.						
16. Suelo ser competitivo.						
17. Con frecuencia siento que me falta tiempo para hacer todo lo que deseo.						
18. Habitualmente trabajo con plazos y metas fijos.						
19. Tiendo a ser agresivo.						
20. Procuo destacar en cualquier actividad en la que participo.						
21. Tiendo a reaccinar agresivamente si se me interrumpe cuando estoy haciendo algo.						
22. Me definiría como una persona muy ocupada.						
23. Con frecuencia llego a sentirme agobiado por el trabajo.						
24. Me considero competitivo y luchador.						
25. Habitualmente domino en la conversación con otras personas.						
26. Cuando estoy bajo presión o estrés tiendo a actuar de modo impulsivo, sin pensármelo mucho.						
27. Mantengo mi ritmo habitual de trabajo incluso durante los fines de semana o vacaciones cortas como Semana Santa o Navidad.						

En el siguiente cuestionario se mencionan una serie de reacciones y pensamientos que las personas manifiestan cuando estan enfadadas o furiosas. Lee cada frase y marca con una x la casilla del número correspondiente que indica con que frecuencia reaccionas de ese modo cuando estás furioso. No hay respuestas correctas o incorrectas. No te detengas mucho tiempo para contestar cada pregunta. Por favor, contesta todas las preguntas tratando de ser lo más sincero posible.

1. Prácticamente nunca.
2. A veces.
3. Con frecuencia.
4. Casi siempre.

	1	2	3	4
1. Cuando alguien hace que me enfade, aclaro la situación de inmediato.				
2. Cuando estoy furioso lo demuestro.				
3. Cuando estoy furioso doy portazos.				
4. Aún cuando no lo demuestro, podría estallar de rabia.				
5. Cuando estoy furioso tengo pensamientos de los que después me avergüenzo.				
6. Reprimo mi rabia.				
7. Secretamente desconfío de los demás.				
8. Cuando estoy furioso digo cosas desagradables.				
9. Cuando estoy furioso hablo en voz alta.				
10. Después de un acceso de ira tengo remordimientos de conciencia.				
11. Cuando cometo una injusticia, me castiga mi conciencia.				
12. Me enfado más fácilmente que los demás.				
13. Me pongo más furioso de lo que debería estar.				
14. Si estoy muy enfadado con alguien, lo demuestro en cada oportunidad que tengo.				
15. Creo que en situaciones comparables me pongo más furioso que otras personas.				
16. Cuando estoy furioso hago amenazas.				
17. Demuestro mi disgusto dando golpes en la mesa.				
18. Cuando engaño, tengo remordimientos de conciencia.				
19. Cuando estoy furioso pierdo el control.				

20. Cuando estoy enfadado por culpa de alguien se lo digo.				
21. Estoy enfadado más a menudo de lo que la gente piensa.				
22. Me es difícil hablar sobre el motivo de mi disgusto con quien me lo ha causado.				
23. Cuando demuestro mi rabia me siento culpable.				
24. Cuando digo a otros que estoy furioso, creo que soy considerada como una persona difícil de tratar.				
25. Cuando estoy furioso arrojó objetos.				
26. Si alguien hace que me enfade, le digo como me siento.				
27. Cuando demuestro mi enfado, me disculpo				
28. Suelo estar más furioso de lo que admito.				

3. Cuestionario retrospectivo del familiar

Código:

Esta encuesta está diseñada para descubrir ciertas actitudes relacionadas con factores de riesgo de ciertas enfermedades. Consta de diversas secciones en las que se te harán preguntas sobre **el estilo de vida de tu familiar antes de que tuviera el primer episodio de su enfermedad actual**. Intenta contestar tan sinceramente como te sea posible, no hay respuestas correctas o incorrectas. Todas las encuestas que recibamos serán anónimas y confidenciales y serán utilizadas exclusivamente para fines de investigación.

Nombre y Apellido:

Grado de parentesco con el enfermo:

Edad:

Sexo: Hombre / Mujer (tachar lo que no corresponda)

Años de Escolaridad:

A partir de aquí contestarás en relación a lo que sepas del estilo y forma de vida del familiar encuestado.

Nombre y Apellido:

Edad:

Sexo: Hombre / Mujer (tachar lo que no corresponda)

Años de Escolaridad:

¿Estudiaba? (si/no)

¿Que estudiaba?: ¿En que curso estaba?

¿Trabajaba? (si/no) ¿En que trabajaba?

¿Cuánto mide?: ¿Cuánto pesaba?:

Fecha aproximada del **primer** episodio cardiovascular:

¿Cuantos episodios ha sufrido?

¿Que tipo de episodio ha sufrido?
(Nombre de la enfermedad)

Esta sección de la encuesta se refiere a distintos aspectos del estilo de vida del familiar antes del primer episodio de su enfermedad actual. Lee atentamente cada pregunta y marca con una cruz en la casilla de al lado, la respuesta más adecuada para ti.

1. Lee cuidadosamente todas las afirmaciones que aparecen a continuación y señala aquella que mejor describe su comportamiento pasado:

a) Nunca fumó, ni siquiera una calada.	
b) Tan solo fumaba uno o dos cigarrillos.	
c) Solía fumar a veces, pero no fumaba entonces	
d) No fumaba cigarrillos, pero sí puros o pipa.	
e) Fumaba cigarrillos, pero menos de uno al día.	
f) Habitualmente fumaba entre 1 y 10 cigarrillos al día.	
g) Habitualmente fumaba entre 10 y 20 cigarrillos al día.	
h) Habitualmente fumaba más de 20 cigarrillos al día.	

2. ¿Con que frecuencia comía una comida que contuviera carne (vaca, cerdo, cordero, ternera, bacon, hamburguesa, salchicha, etc.)
- () Al menos una vez al día.
 () Cada dos o tres días.
 () Aproximadamente una vez a la semana.
 () Menos de una vez a la semana.
 () Nunca.

3. ¿Añadía sal a sus comidas?
- () Habitualmente.
 () Algunas veces.
 () Muy ocasionalmente.
 () Nunca.

4. ¿Conscientemente trataba de evitar alimentos que contuvieran grasa y colesterol?
- () SI
 () NO

Si la respuesta es "SI",
 ¿que clase de alimentos trataba de evitar:

5. ¿Tomaba café?
- () SI
 () NO

Si la respuesta es "SI",
 ¿cuántas tazas?

() Más de 5 diarias.
 () Entre 1 y 5 diarias.
 () Menos de 1 diaria.

6. Realizaba algún tipo de ejercicio físico (ej. algún deporte o algún pasatiempo que requiriera actividad física? () SI
() NO

¿Cuántas veces por semana (14 días), hacía algún ejercicio físico?

7. ¿Sufría algún problema crónico de salud? () SI
() NO

Si la respuesta es "SI", por favor, marca si su problema estaba en el siguiente listado:

- Asma: - Diabetes:
- Hipertensión: - Colesterol:

En esta parte nos gustaría hacerte algunas preguntas acerca de los amigos, la familia y las relaciones sociales en general de tu familiar, antes del primer episodio de su enfermedad.

1. ¿Tenía pareja? () SI
() NO
2. ¿Estaba casado/a? () SI
() NO
3. ¿Tenía niños? () SI
() NO
4. ¿Vivía sólo? () SI
() NO

Si la respuesta es "NO", por favor especifica con cuantas personas vivía.....

5. ¿Qué número de amigos de confianza consideras que tenía?

¿Qué número de amistades consideras que tenía? (gente a la que veía o con quien hablaba al menos una vez al mes)

6. Su familia nuclear (con la que vive) ¿de cuantos miembros se componía? (ej. madre, hermanos, abuelos, tíos, etc.)

¿Se relacionaba con todos ellos? () SI
() NO

Si la respuesta es "NO", ¿con quien/quienes no?

7. ¿Era miembro o socio de alguna institución, peña o sociedad? () SI
() NO

Si la respuesta es SI, por favor especifica un poco:.....

Las siguientes preguntas se refieren a las personas de su medio ambiente que le proporcionaban a tu familiar ayuda o apoyo antes del primer episodio de su enfermedad actual. Cada pregunta tiene dos partes. En la primera parte, pon todas las personas que conocía, excluyéndolo a él mismo, en las que podía confiar para ayudarlo o apoyarlo en la forma descrita. Pon las iniciales de las personas y su relación con él (mira el ejemplo). No pongas mas que una persona junto a cada uno de los números debajo de la pregunta. No pongas más de 9 personas por pregunta.

En la segunda parte, rodea con un círculo su nivel de satisfacción con la cantidad global de apoyo que tenía.

Si la mejor respuesta a una pregunta concreta es nadie, rodea con un círculo "Nadie", pero estima su nivel de satisfacción.

Por favor, responde todas las preguntas lo mejor que puedas. Todas tus respuestas serán confidenciales.

Ejemplo: ¿En quién podía confiar para que lo consolara o confortara cuando estaba muy preocupado?

Nadie	1) T. N. (hermano)	4) T. N. (padre)	7)
	2) L. M. (amigo)	5)	8)
	3) R. S. (amigo)	6)	9)

Nivel global de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

1) ¿En quien podía confiar para distraerlo de sus preocupaciones cuando se encontraba muy estresado?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

2. ¿En quien podía confiar para que lo ayudara a relajarse cuando estaba bajo tensión o presión?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

3. ¿Quien lo aceptaba totalmente, con sus virtudes y sus defectos?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

4. ¿Quién se preocupaba de él?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

5. ¿En quien podía confiar para que lo ayudara a sentirse mejor cuando estaba triste?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

6. ¿Quien sentía que lo quería profundamente?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

II Sección:

1) ¿A quien le podía pedir ayuda si hubiera tenido que mudarse o realizar otra tarea que requiriera un gran esfuerzo?.

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

2. ¿A quien le podía pedir que cuidara de su casa, o los niños, o sus animalitos y plantas mientras estaba fuera?.

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

3. ¿A quien le podía pedir que le prestara el coche, o un electrodoméstico o equipo especializado de algún tipo?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

4. ¿A quién le podía pedir prestado el dinero del alquiler o del pago de la hipoteca si lo hubiera necesitado?.

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

5. Si se hubiera encontrado sin dinero, ¿quien hubiera cubierto sus necesidades básicas (comida, ropa, medicamentos, etc)?.

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

6. ¿Quien le podía dar un consejo o información cuando él lo necesitaba?.

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

7. ¿Con quien hablaba cuando no estaba seguro de lo que convenía hacer?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

8. ¿Con quien hablaba cuando estába preocupado por su salud o por problemas personales?.

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Nivel de satisfacción:

6)Muy sa- 5)Bastan- 4)Un poco 3)un poco 2)bastante 1)muy des-
tisfecho satisfecho satisfecho descontent descontento contento

En las páginas siguientes se presentan una serie de frases que la gente utiliza para describirse. Lee cada frase y marca en el casillero que corresponda, el número de la escala, indicando el grado en que cada frase le era aplicable a tu familiar, le describa en términos generales antes del primer episodio de su enfermedad. No hay contestaciones buenas o malas. No emplees mucho tiempo en cada frase, pero trata de dar la respuesta que mejor indique el grado en que cada frase describe el modo habitual que tenía de comportarse, reaccionar y/o sentir en ese momento.

No, en
absoluto.
1 2 3 4 5 6

Total-
mente.
6

	1	2	3	4	5	6
1. Con frecuencia era impaciente.						
2. En los grupos a los que pertenecía (peñas, clubes, clase, etc.), con frecuencia era considerado el líder.						
3. Con frecuencia se adelantaba a indicar a su interlocutor lo que suponía iba a decir, para abreviar la conversación y ganar tiempo.						
4. La mayoría de la gente lo consideraba competitivo y luchador.						
5. Siempre llegaba puntual a las citas.						
6. Con frecuencia se notaba impaciente cuando estaba trabajando.						
7. Su vida diaria estaba en gran parte ocupada con problemas que exigían solución inmediata.						
8. Mi vida diaria está en gran parte ocupada con problemas que exigen solución inmediata.						
9. Tendía a sobrecargarse de trabajo.						
10. Solía mostrarse impaciente cuando había visitas en casa.						
11. Las personas que lo conocían lo consideraban competitivo y luchador.						
12. Con frecuencia procuraba realizar más de una tarea al mismo tiempo.						
13. Era mucho más responsable que la gente de su edad.						

14. Las personas que lo conocían decían que era una persona muy activa, que estaba ocupada gran parte del tiempo.						
15. Con frecuencia le decían que comía demasiado rápido.						
16. Solía ser competitivo.						
17. Con frecuencia sentía que le faltaba tiempo para hacer todo lo que deseaba.						
18. Habitualmente trabajaba con plazos y metas fijos.						
19. Tendía a ser agresivo.						
20. Procuraba destacar en cualquier actividad en la que participara.						
21. Tendía a reaccionar agresivamente si se lo interrumpía cuando estaba haciendo algo.						
22. Se definía como una persona muy ocupada.						
23. Con frecuencia llegaba a sentirse agobiado por el trabajo.						
24. Se consideraba competitivo y luchador.						
25. Habitualmente dominaba en la conversación con otras personas.						
26. Cuando estaba bajo presión o estrés tendía a actuar de modo impulsivo, sin pensárselo mucho.						
27. Mantenía su ritmo habitual de trabajo incluso durante los fines de semana o vacaciones cortas como Semana Santa o Navidad.						

En el siguiente cuestionario se mencionan una serie de reacciones y pensamientos que las personas manifiestan cuando están enfadadas o furiosas. Lee cada frase y marca con una x la casilla del número correspondiente que indica con qué frecuencia reaccionaba de ese modo tu familiar cuando estaba furioso/a antes del primer episodio de su enfermedad.

No hay respuestas correctas o incorrectas. No te detengas mucho tiempo para contestar cada pregunta.

Por favor, contesta todas las preguntas tratando de ser lo más sincero/a posible.

1. Prácticamente nunca.
2. A veces.
3. Con frecuencia.
4. Casi siempre.

	1	2	3	4
1. Cuando alguien hacía que se enfadara, aclaraba la situación inmediatamente.				
2. Cuando estaba furioso/a lo demostraba.				
3. Cuando estaba furioso/a daba portazos.				
4. Aún cuando no lo demostraba, podía estallar de rabia.				
5. Cuando estaba furioso/a tenía pensamientos de los que después se avergonzaba.				
6. Reprimía su rabia.				
7. Secretamente desconfiaba de los demás.				
8. Cuando estaba furioso/a decía cosas desagradables.				
9. Cuando estaba furioso/a hablaba en voz alta.				
10. Después de un acceso de ira tenía remordimientos de conciencia.				
11. Cuando cometía una injusticia, le castigaba su conciencia.				
12. Se enfadaba más fácilmente que los demás.				
13. Se ponía más furioso/a de lo que hubiera debido estar.				
14. Si estaba muy enfadado con alguien, lo demostraba en cada oportunidad que tenía.				
15. Creo que en situaciones comparables se ponía más furioso/a que otras personas.				
16. Cuando estaba furioso/a hacía amenazas.				

17. Demostraba su disgusto dando golpes en la mesa.				
18. Cuando engañaba, tenía remordimientos de conciencia.				
19. Cuando estaba furioso/a perdía el control.				
20. Cuando estaba enfadado por culpa de alguien se lo decía.				
21. Estaba enfadado/a más a menudo de lo que la gente se pensaba.				
22. Le era difícil hablar sobre el motivo de su disgusto con quien se lo había causado.				
23. Cuando demostraba su rabia se sentía culpable.				
24. Cuando decía a otros que estaba furioso/a, creía que era considerada como una persona difícil de tratar.				
25. Cuando estaba furioso/a arrojaba objetos.				
26. Si alguien hacía que se enfadara, le decía como se sentía.				
27. Cuando demostraba su disgusto, se disculpaba.				
28. Solía estar más furioso/a de lo que admitía.				