

IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2012.

Revisión del papel del apoyo social en la enfermedad cardíaca.

Elmasian, Mariana.

Cita:

Elmasian, Mariana (2012). *Revisión del papel del apoyo social en la enfermedad cardíaca. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-072/283>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/emcu/G1c>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

REVISIÓN DEL PAPEL DEL APOYO SOCIAL EN LA ENFERMEDAD CARDÍACA

Elmasian, Mariana

Universidad de Buenos Aires (UBACyT)

Resumen

La enfermedad cardíaca es la primer causa de muerte en Argentina. Esta tendencia se repite a nivel mundial. Si bien tradicionalmente su abordaje se centró en los factores de riesgo biomédicos (hipertensión, colesterol, diabetes, entre otros), en las últimas décadas comenzaron a considerarse las variables sociales como influyentes en su desarrollo y prevalencia. Entre estas variables, la red y el apoyo social con que cuenta una persona han mostrado tener efectos sobre el curso y desarrollo de ésta y otras enfermedades crónicas (Beswick et al., 2005). El presente trabajo ofrece una revisión de los estudios realizados en la última década que analizan la relación entre apoyo social y enfermedad cardíaca. Se consideran especialmente aquellas investigaciones que abordan el papel del apoyo social durante el desarrollo de la enfermedad cardíaca y su incidencia en el proceso de rehabilitación y en la adherencia del paciente al mismo.

Palabras Clave

apoyo-social factores-psicosociales enfermedad-cardíaca rehabilitación-cardíaca

Abstract

THE ROLE OF SOCIAL SUPPORT IN CARDIAC DISEASE, A REVIEW

Heart disease is the first cause of death in Argentina. This fact is being studied all around the world as it proves to be similar everywhere. While traditional approach focused on biomedical risk factors (hypertension, cholesterol, diabetes, etc.), in recent decades has prompted consideration of social variables as influencing its development and prevalence. Among before mentioned variables, network and social support available to a person were found to have effects on the course and development of this and other chronic diseases (Beswick et al., 2005). This study provides a review of researches conducted over the past decade to analyze the relationship between social support and heart disease. The role of social support during the development of the heart disease and its impact on the process of cardiac rehabilitation.

Key Words

social-support psychosocial-factors cardiac-disease cardiac-rehabilitation

Introducción

La enfermedad cardíaca es considerada una de las principales causas de muerte en hombres y mujeres alrededor del mundo (Jolliffe et al., 2000). En nuestro país constituye la primera causa de muerte ya que, según estadísticas recientes, mueren por esta razón 234 personas por cada cien mil habitantes (Pitarque et al., 2006).

Tradicionalmente se ha hecho hincapié en los factores de riesgo biomédicos relacionados con la enfermedad coronaria (hipertensión, colesterol, diabetes, etc.) y no en aquellos relacionados con la esfera social del paciente. Según Cohen y Syme (1985), las relaciones sociales son de gran importancia para las personas ya que favorecen el desarrollo psicológico y social, además de ejercer una función protectora frente a las enfermedades. Sin embargo, recién en las últimas décadas se han comenzado a considerar estos factores como influyentes en el desarrollo y prevalencia de la enfermedad cardíaca (Laham, 2008).

Especialmente, la red social y el apoyo social con que cuenta una persona han mostrado tener efectos sobre el curso y desarrollo de la enfermedad cardíaca (Bennett, Owen, Koutsakis, & Bisson, 2002; Carney, Freedland, Miller, & Jaffe, 2002; Grace, et al., 2002; Kilbourn, K., Saab, P., & Schneiderman, N., 2000; Krantz & McCeney, 2002). La red social personal puede ser definida como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas (Sluzki, 1979; Steinmetz, 1988). La estructura de la red presenta características diferenciales, tales como el tamaño, la densidad, la composición, la dispersión, la homogeneidad, los vínculos específicos y los tipos de funciones. En relación con esto último, las funciones de la red son: a) Material o instrumental: aporte de bienes o servicios obtenidos en la relación con una persona; b) Psicológico o emocional: oportunidad para la confianza, el consejo, el halago, etc, que puede ofrecer una relación social y c) Informativa o de guía: información útil que pueda suministrar un tercero (Sarason, 1985). Asimismo, el apoyo social constituye la ayuda emocional, instrumental o de guía para el individuo, derivando éste de la red social (Sluzki, 1998).

Considerando la enfermedad ya establecida, los estudios de seguimiento de sujetos postinfarto señalan el pronunciado deterioro físico, psicológico y social posterior al alta hospitalaria que sufre el paciente luego de un evento cardíaco (Laham, 2007). Como respuesta a ello, la rehabilitación cardíaca (RC) se propone devolver al paciente un nivel funcional que le permita volver a sus actividades laborales y sociales. La Organización Mundial de la Salud (1964) definió la RC como el total de actividades necesarias para asegurar las mejores condiciones físicas, mentales y sociales que permitan al paciente recuperar su lugar en la comunidad y una vida activa y productiva. Estudios recientes muestran que la RC reduce en un 47% la mortalidad de estos pacientes en el seguimiento de dos

años en comparación con aquellos que no reciben rehabilitación y mejora notablemente la calidad de vida (Clark, Hartling, Vandermeer, & McAlister, 2005).

Por lo tanto, es importante tener en cuenta el modo en que los factores psicosociales influyen en este proceso. Desde el punto de vista contextual, varios estudios plantean una relación positiva entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas (Beswick et al., 2005). Según Marín y Rodríguez (2001), la adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial se vincula de forma significativa con el apoyo que los familiares otorgan al enfermo. Los pacientes coronarios que reportan mayor apoyo social, usualmente presentan mayor supervivencia y funcionalidad que aquellos que reportaron escaso o nulo apoyo social (Dracup, 1994). En el caso de la rehabilitación cardiovascular, proveer asistencia y soporte social del equipo de rehabilitación y otros participantes del programa resultaría provechoso para el individuo ya que le facilitaría la adquisición de nuevos hábitos como la adherencia a un régimen de ejercicios (Dracup, 1994; Ewart, 1995; Kulik, Mahler, & Moore, 1996).

Teniendo en consideración estos antecedentes, este trabajo se propone presentar una breve revisión acerca de los resultados de distintas investigaciones que dan cuenta de la relación existente entre el apoyo social y la enfermedad cardíaca. Se considerarán investigaciones relacionadas con los efectos del apoyo social sobre el desarrollo de la enfermedad así como también la incidencia de éste en el proceso de rehabilitación cardíaca.

Método

La presente revisión se realizó a partir de artículos de investigación localizados a través de la base de datos de psicología PsycINFO. Se seleccionaron 12 artículos en base a la presencia de un abordaje específico de las variables de interés, abarcando trabajos de investigación cuantitativa publicados entre 2004 y 2011. Este lapso puede considerarse representativo del crecimiento más significativo de publicaciones en esta temática, ocurrido en la última década. Las palabras clave utilizadas, tanto en idioma español como inglés, fueron los términos enfermedad cardíaca/cardiovascular/coronaria, apoyo social, rehabilitación cardíaca/cardiovascular.

Resultados

Apoyo social y enfermedad cardíaca

A partir de las investigaciones revisadas, resulta clara la relación que se puede establecer entre la enfermedad cardíaca y el apoyo social. Se han rastreado estudios que analizan esta relación antes de establecida la enfermedad y otros que la analizan en sujetos enfermos. Diversos trabajos indican un efecto protector del apoyo social sobre la salud, así, un estudio prospectivo realizado con una muestra de 9011 sujetos, concluyó que aquellos que presentaban problemas en sus relaciones más cercanas, eran 1,34 veces más propensos a experimentar un evento coronario en comparación con aquellos con bajos niveles de relaciones cercanas negativas. Este mismo estudio indicó que las interacciones negativas con personas allegadas aumentan el riesgo de incidente cardíaco independientemente de las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y condición laboral), otros factores psicosociales (afecto negativo, depresión y estrés laboral) y otros comportamientos dañinos para la salud (tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y dieta

inadecuada) (De Vogli, Chandola, & Marmot, 2007).

Por otra parte, un estudio llevado a cabo por Wang (2005) con 292 mujeres, concluyó que aquellas pacientes con bajos niveles de integración social eran más propensas a presentar un diagnóstico de infarto agudo de miocardio, hipertensión y sedentarismo que aquellas con altos niveles de integración. Mookadam y Arthur (2004), encontraron que el aislamiento y la falta de apoyo social se encuentran asociadas con un riesgo aumentado de enfermar y morir por causas cardíacas. Chaix y colaboradores (2006) realizaron una investigación de seguimiento a 10 años y encontraron un incremento de riesgo de morbi-mortalidad cardiovascular relacionado con un bajo apoyo social en las esferas pareja, amigos y vecinos.

Estas investigaciones realizadas en los últimos años, apoyan la consideración del apoyo social como factor de riesgo, contribuyendo independientemente en el desarrollo de la enfermedad. Cabe aclarar que es necesaria la conjugación de varios factores para hacer posible el desencadenamiento de ésta. Esta evidencia puede sentar las bases de intervenciones en momentos previos a establecida la enfermedad.

En cuanto al momento post enfermedad, también existe evidencia acerca del papel del apoyo social en éste. Se consideran los efectos que el tamaño de la red y la percepción del apoyo que a partir de ésta tiene el paciente. Un estudio descriptivo realizado con pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, indicó que para éstos fue importante recibir ayuda en el cuidado de su salud en general, como encontrar a alguien que les ayudara cuando tenían que estar en la cama, les llevara al médico cuando lo necesitaron, les preparara la comida si no podían hacerlo y les ayudara en sus tareas domésticas si estaban enfermos. Igualmente valoraron necesario la presencia física del afecto, (abrazos, palabras positivas, etc.) tanto para brindarlo como para recibirlo de quienes les demostraron amor, cariño y respeto. Asimismo, se encontró en estos pacientes un alto grado de adhesión al tratamiento (Vinaccia et al., 2006).

En otro estudio, en el seguimiento a 3 años, aquellas pacientes con diagnóstico de enfermedad cardíaca con bajos niveles de apoyo emocional e integración social se asociaron con significativa progresión de aterosclerosis. Estas asociaciones resultaron ser independientes de los factores de riesgo convencionales (edad, índice de masa corporal, sedentarismo, tabaquismo, etc.) (Wang, 2005).

Además, un estudio realizado con pacientes en espera de una angioplastia mostró que aquellos pacientes con mayor apoyo social de su familia y amigos experimentó niveles más bajos de ansiedad ante el procedimiento y menor cantidad de síntomas cardíacos que aquellos con bajo apoyo social (León et al., 2010). En esta misma línea, un estudio examina cómo el apoyo social se encuentra asociado con el nivel de ansiedad en pacientes cardíacos hospitalizados. Así, altos niveles de apoyo social se relacionaron con bajos niveles de ansiedad estado y rasgo (Hughes et al., 2004). Por último, la satisfacción con el apoyo percibido y la disponibilidad de apoyo social se asoció con menores niveles de depresión en pacientes con enfermedad cardíaca (Park, Fenster, Suresh, & Bliss, 2006).

A partir del análisis de este apartado se puede dar cuenta de la importancia de considerar las condiciones relacionadas con la red social y el apoyo percibido por los pacientes. Sin duda, intervenir sobre éste resultaría de gran ayuda para reducir la morbi-mortalidad en estos pacientes.

Apoyo social y RC

Considerar el papel del apoyo social en el proceso de rehabilitación cardíaca es esencial, especialmente para utilizarlo como recurso a la hora de fomentar la adhesión del paciente al programa. Con respecto a las investigaciones rastreadas, se encontró alguna evidencia que apoyaría esta cuestión. Así, aquellos pacientes que percibían un mayor grado de apoyo social por parte del programa de rehabilitación cardíaca reportaron mayor autoeficacia y estado físico que aquellos que percibían un apoyo moderado. También percibieron mayor energía, menor dolor físico y mejor estado general de salud (Woodgate, Brawley, & Shields, 2007).

Por otra parte, un estudio de seguimiento a 12 meses examinó cómo la red social y el estrés en la pareja predicen la adherencia al tratamiento farmacológico dentro del proceso de rehabilitación luego de un evento coronario. Concluyó que el estrés en la pareja predijo la no adherencia al tratamiento de rehabilitación, mientras que una red social extensa predijo mayor adherencia. Además, el estrés conyugal y una red social limitada se asociaron con pobre calidad de vida (Molloy et al., 2008).

Asimismo, al evaluar la relación entre el apoyo social y la adherencia a la dieta en el proceso de rehabilitación cardíaca, se encontró una pobre adherencia a los cambios de hábito alimentarios relacionada con bajos niveles de apoyo social (Aggarwall, Ming, Allegrante, & Mosca, 2010).

Al centrar el foco en el tema de la rehabilitación parece clara la incidencia del apoyo social en ésta, pero no es abundante la producción investigativa en este contexto. Así, algunas investigaciones consideran los cambios relacionados con la dieta, el tratamiento farmacológico y el ejercicio físico, pero no se hace referencia a los demás factores psicosociales y cómo el apoyo social podría influir sobre la depresión, ansiedad, hostilidad, personalidad, etc. Al parecer aún falta desarrollar más investigaciones en esta área.

Conclusión

En el presente trabajo se propuso realizar una revisión focalizada en aquellas investigaciones cuantitativas que estudian el papel del apoyo social en la enfermedad cardíaca. Así, hemos recabado evidencia que pone de manifiesto la importancia de considerar la red de apoyo social del paciente, pero también cómo esta red opera en relación con individuos sanos. A partir de la información analizada, considerando en primer lugar la prevención primaria, se pone de manifiesto la necesidad de incluir intervenciones psicosociales tendientes a fortalecer la red social de aquellos grupos poblacionales que presenten factores de riesgo cardiovasculares. De esta manera, el proponer por ejemplo programas de cambios de hábitos donde se incluya a familiares y amigos de la persona en riesgo podría favorecer el cambio y limitar el desarrollo de la enfermedad. Asimismo, una vez establecida la enfermedad, incluir en el tratamiento a la red social del paciente puede favorecer la sobrevida y mejorar la adherencia al tratamiento.

Por otra parte, en relación con el proceso de rehabilitación cardiovascular, se presenta en sí mismo un modelo basado en el trabajo grupal. De esta manera, además de la red de apoyo social percibida por el paciente a partir de su familia y amigos, se suma el apoyo de sus pares y los profesionales intervinientes en este

proceso. Es limitada la cantidad de investigaciones encontradas en relación con los programas de rehabilitación cardiovascular y el apoyo social, pero sin duda este tema se posiciona como clave para el éxito en el tratamiento. Existe evidencia que indica, como hemos considerado anteriormente, que el apoyo social favorece la adherencia al régimen de ejercicios y tratamiento farmacológico, dos elementos muy importantes en el programa. Queda aún por analizar cómo la percepción de apoyo social por parte de pares en tratamiento operaría como facilitador para la adherencia y participación en la rehabilitación y cómo esta percepción influye o se relaciona con otros factores psicosociales intervinientes, tales como la personalidad, la hostilidad, la depresión, el estrés y la ansiedad.

Concluyendo, existe suficiente evidencia respecto del papel del apoyo social como protector de la salud y predictor de éxito en la recuperación de pacientes cardíacos. De esta manera, se considera de vital importancia la ampliación de la investigación de estas variables y la implementación de intervenciones basadas en esta evidencia.

Bibliografía

- Aggarwall, B., Ming, L., Allegrante, J., & Mosca, L. (2010). Low social support level is associated with non-adherence to diet at 1 year at family intervention trial for heart health. *Journal of nutrition education & behavior*, vol 42, 6, 380-388.
- Bennett, P., Owen, R. L., Koutsakis, S., & Bisson, J. (2002). Personality, social context and cognitive predictors of post-traumatic stress disorder in myocardial infarction patients. *Psychology and Health*, 17, 489-500.
- Beswick, A.D., Rees, K., West, R.R., Taylor, F.C., Burke, M., Griebisch, I., ... Ebrahim, S. (2005) Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: literature review. *J Adv Nurs.*, 49(5), 538-55.
- Carney, R. M., Freedland, K.E., Miller, G. E., & Jaffe, A. S. (2002). Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: A review of potential mechanisms. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 897-902.
- Chaix, B., Isacson, S., Råstam, L., Lindström, M., & Merlo, J. (2007). Income change at retirement, neighbourhood-based social support, and ischaemic heart disease: results from the prospective cohort study "Men born in 1914". *Soc Sci Med* 64(4):818-29
- Clark, A., Hartling, L., Vandermeer, B. and McAlister, F.A. (2005) Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Annals of Internal Medicine*, 143(9), 659-672.
- Cohen, C., & Syme, J. (1985). Social network, stress, adaptation and health. *Reserch on aging*, 7(3), 409-431.
- De Vogli R. , Chandola T. ,& Marmot M. (2007) Negative aspects of close relationships and heart disease. *Archives of Internal Medicine*, 167(18), 1951-1957
- Dracup, K. (1994). Cardiac rehabilitation: The role of social support in recovery and compliance. En S. A. Shumaker & S. M. Czajkowski (Eds.), *Social support and cardiovascular disease* (332-353). New York: Plenum.
- Ewart, C. K. (1995). Self-efficacy and recovery from heart attack: Implication for a social cognitive analysis of exercise and emotion. En J. E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (203-226). New York: Plenum.
- Grace, S. L., Abbey, S. E., Shnek, Z. M., Irvine, J., Franche, R., & Stewart, D. E. (2002). Cardiac rehabilitation I: Review of psychosocial factors. *General Hospital Psychiatry*, 24, 121-126.
- Hughes, J., Tomlinson, A., Blumenthal, J., Davidson, J. Sketch, M., & Watkins, L. (2004). Social support and religiosity as coping strategies for anxiety in hospitalized cardiac patients. *Annals of behavioral medicine*, Vol 28, Number 3, 179-185, DOI: 10.1207/s15324796abm2803_6.

Jolliffe, J. A., Rees, K., Taylor, R. S., Thompson, D., Oldridge, N., & Ebrahim, S. (2000). Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (online), 4, CD001800.

Kilbourn, K., Saab, P., & Schneiderman, N. (2000). Depression and negative affect in post-myocardial infarction patients: Assessment and treatment implications. En S. L. Johnson, A. M. Hayes, T. M. Field, N. Schneiderman, & P. M. McCabe, (Eds.), *Stress, coping, and depression* (265-290). London: Lawrence Erlbaum Associates.

Krantz, D. S. & McCeney, M. K. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease: A critical assessment of research on coronary heart disease. *Annual Review of Psychology*, 53, 341-369.

Kulik, J. A., Mahler, H. I., & Moore, P. J. (1996). Social comparison and affiliation under threat: Effects on recovery from major surgery. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 967-979.

Laham, M. (2007). La psicocardiología en el tratamiento de la persona coronaria. Artículo presentado en el 5to. Congreso Virtual de Cardiología. Recuperado de <http://www.fac.org.ar/qcvc/lave/c031e/lahamm.pdf>

Laham, M. (2008). Psicocardiología su importancia en la prevención y rehabilitación coronarias. *Suma psicológica*. 15 (1).

León, T., Nouwen, A., Sheffield, D., Jaumdally, R., & Lip, G. (2010). Anger rumination, social support, and cardiac symptoms in patients undergoing angiography. *British Journal of Health Psychology*, Vol 15, Issue 4, pages 841-857.

Marín, F. & Rodríguez, M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública México*, 43, 336-339.

Molloy, G., Perkins-Porras, L., Strike, P., & Steptoe, A. (2008). Type-D personality and cortisol in survivors of acute coronary syndrome. *Psychosomatic medicine*, 70, 863-868.

Park, C., Fenster, J., Suresh, D., & Bliss, D. (2006). Social support, appraisals, and coping as predictors of depression on congestive heart failure patients. *Psychology and health*, 21(6), 773-789.

Pitarque, R. et al. (2006) Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en la población adulta de la ciudad de Olavarría, Buenos Aires. *Revista argentina de cardiología*. vol.74, nro6.

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, 127-139.

Sluzki, C. (1979). Migration and family conflict. *Family Process*, 1, 379-390.

Sluzki, C. (1998). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gidesa.

Steinmetz, S. (1988). *Family and support systems across life Span*. NY: Cambridge University Press.

Vinaccia, S., Quiceno, J., Fernández, H., Gabira, A., Chavarria, F., & Orozco, O. (2006). Apoyo social y adherencia al tratamiento hipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Informes psicológicos*, 8, 89-106.

Wang, H., Mittleman, M., & Orth-Gomer, K. (2004). Influence of social support on progression of coronary artery disease in women. *Social Science & Medicine* 60, 599-607.

Woodgate, J., Brawley, L.R., & Shields, C.A. (2007). Social support in cardiac rehabilitation: Associations with self-efficacy and health-related quality of life. *Journal of Applied Social Psychology*, 37, 1041-1059.

World Health Organization Expert Committee (1964). *Rehabilitation of Patients with Cardiovascular Diseases*. Technical report series no. 270. Geneva, Switzerland: World Health Organization.