

4-2-81

694

APOYO SOCIAL Y ESTRES DIARIO EN PACIENTES CON INFARTO DE MIOCARDIO

García Sánchez S (*), Martínez D (§), Guindo J (§), Bayes de Luna (§)

§: Servicio de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

*: Departamento de Psicología Social. UNiversidad de Barcelona.

Trabajo subvencionado por la FUNDACIO BOFILL

RESUMEN

Se han estudiado diversas variables psicosociales en 30 pacientes post infarto agudo de miocardio de características cardiológicas homogéneas, observándose que la conflictividad con la red de apoyo social se asocia a la intensidad de patrón de conducta Tipo A, con la posibilidad de ser diagnosticado como caso psiquiátrico y con el nivel de estrés diario. Por otra parte, la creencia de que la solicitud de apoyo puede resultar eficaz se correlaciona inversamente con la aparición de complicaciones

Batería de cuestionarios:

Inventario de Estrés Diario (IED) de Brantley y cols (1987). Nos hemos decidido a utilizar esta medida en lugar de una escala de "life events" (LE) por tres razones:

- a. El impacto de los life events o acontecimientos biográficos mayores sobre la salud es un tema ya más estudiado
- b. El intervalo de seguimiento de nuestros pacientes no hace previsible una gran variabilidad en el número de LE
- c. Existen datos a favor de que el impacto de los LE sobre la salud es precisamente debido a la percepción de incremento de contrariedades cotidianas asociada a dichos cambios biográficos mayores (p.ej. mayor número de contrariedades cotidianas tras el desajuste ocasionado por un infarto de miocardio).

Inventario de la Red de Apoyo Percibida (Perceived Support Network Inventory: PSNI)

El apoyo que recibimos de la familia, los amigos, profesionales y otras personas durante situaciones de estrés juega un papel importante en nuestra reacción ante este tipo de situaciones. La relación que tenemos con personas que nos dan apoyo puede ayudarnos, por ejemplo, a recuperarnos antes tras haber suspendido un examen, tras haber perdido un trabajo o tras experimentar un conflicto con alguien.

Se está demostrando con una evidencia creciente que la falta de apoyo social se asocia a una mayor facilidad para enfermar y una mayor dificultad para recuperarse de enfermedades.

El apoyo que recibimos de las personas durante situaciones estresantes puede clasificarse en 5 categorías de conductas de ayuda:

1. **APOYO EMOCIONAL.** Alguien que le escucha sus ideas y sentimientos íntimos con respecto a un hecho estresante y/o le da afecto físico.

2. **AYUDA MATERIAL.** Alguien que le presta dinero o el uso de alguna cosa de valor como un coche o un utensilio durante una situación de estrés.
3. **CONSEJO E INFORMACION.** Alguien que le sugiere lo que debe hacer o donde puede conseguir la información que necesita durante una situación de estrés.
4. **ASISTENCIA FISICA.** Alguien que le ayuda con trabajos domésticos, recados, o favores que pudiera necesitar durante una situación de estrés.
5. **PARTICIPACION SOCIAL.** Alguien que le ofrece la oportunidad de participar en actividades sociales agradables durante una situación de estrés.

Goldberg Health Questionnaire (GHQ-28). Caso/no caso psiquiatrico: suma de mas de 6 puntos en los 28 items teniendo en cuenta que cualquier respuesta en las dos primeras columnas de la izquierda es 0 y en cualquiera de las dos columnas de la derecha es 1 (maximo = 28)

Patrón de conducta Tipo A de Framingham

Test de Ansiedad Rasgo-Ansiedad Estado STAI

TAMAÑO DE LA RED DE APOYO SOCIAL

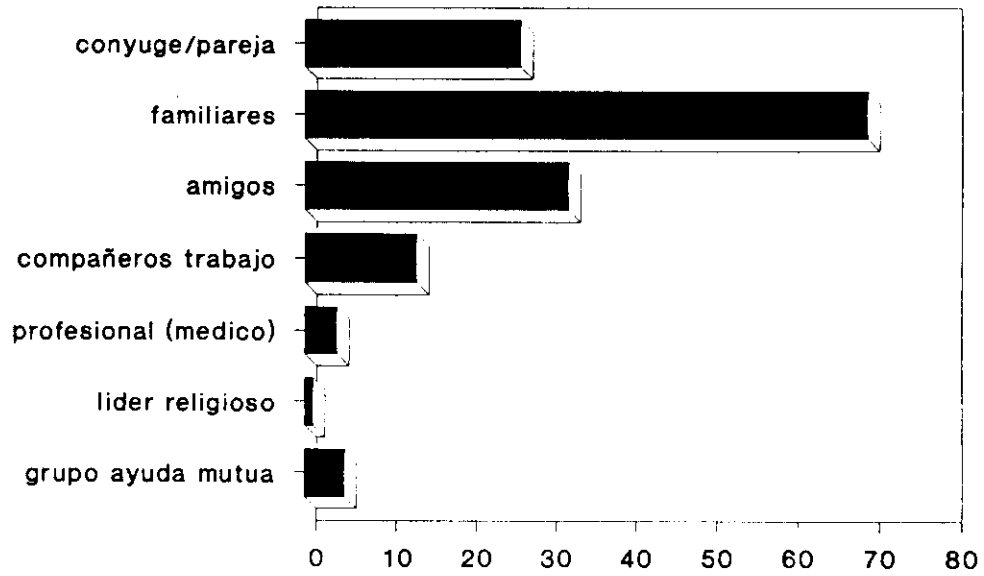
Tamaño de la red: 5.1 ± 1.7 mínimo:1, máximo: 8

COMPOSICION DE LA RED DE APOYO SOCIAL

| | Conyuge pareja | Familiar | Amigo | Compañero de trabajo | Profesional (médico..) | Lider religioso | Miembr. grupo de ayuda mutua |
|--------------------------------------|-------------------|----------|-------|-------------------------|---------------------------|--------------------|------------------------------------|
| numero de personas en total | 27 | 70 | 33 | 14 | 4 | 1 | 5 |

RED DE APOYO SOCIAL

durante situaciones de estres



n=30. IAM.

CALIDAD DE LA RED DE APOYO

Puntuaciones de las conductas de apoyo social que definen su calidad. (casi nunca = 1; casi siempre = 7)

" Durante las situaciones de estrés, problema o conflicto, busco a esta persona para apoyo o ayuda:

| | total | media |
|--------------------|-------------|-----------|
| Búsqueda de apoyo: | 21.8 ± 10.8 | 4.3 ± 1.5 |

" Esta persona me proporciona apoyo o ayuda cuando se lo pido:

| | | |
|-----------------|-------------|-----------|
| Apoyo recibido: | 29.5 ± 12.9 | 5.7 ± 1.1 |
|-----------------|-------------|-----------|

" Estoy satisfecho con el apoyo o ayuda que esta persona me da:

| | | |
|--------------------|-------------|-----------|
| Satisfacción apoyo | 30.2 ± 12.5 | 5.8 ± 1.2 |
|--------------------|-------------|-----------|

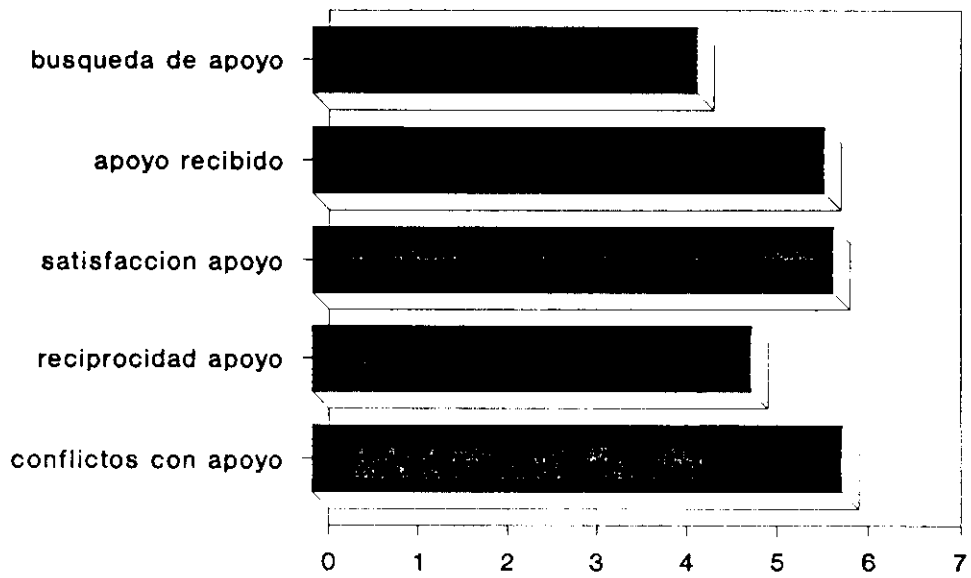
" Esta persona recibe apoyo por mi parte durante situaciones de estrés de ella?

| | | |
|--------------------|-------------|-----------|
| Reciprocidad apoyo | 25.0 ± 11.9 | 4.9 ± 1.4 |
|--------------------|-------------|-----------|

" En general, tengo grandes conflictos con esta persona?

| | | |
|----------------------|-------------|-----------|
| Conflictos con apoyo | 31.2 ± 11.3 | 5.9 ± 1.2 |
|----------------------|-------------|-----------|

CONDUCTAS DE APOYO SOCIAL durante situaciones de estres



n=30. IAM.

| | | |
|---|------|-------|
| Tamaño red de apoyo: | 5.1 | ±1.7 |
| Búsqueda de apoyo: | 4.3 | ±1.5 |
| Apoyo recibido: | 5.7 | ±1.1 |
| Satisfacción apoyo: | 5.8 | ±1.2 |
| Reciprocidad apoyo: | 4.9 | ±1.4 |
| Conflictos con apoyo: | 5.9 | ±1.2 |
| Patrón de conducta Tipo A antes del infarto: | 16.8 | ±5.5 |
| Patrón de conducta Tipo A en la actualidad: | 15.6 | ±5.8 |
| Diferencia PCTA antes-ahora: | 1.2 | ±5.8 |
| Goldberg Health Questionnaire: | 7.1 | ±6.0 |
| <p>numero de "casos psiquiátricos" = 14 (puntuación >6)</p> | | |
| Ansiedad rasgo: | 14.6 | ±8.3 |
| Estres diario. Numero de puntos (406): | 34.8 | ±33.2 |
| Estres diario. Numero situaciones (58): | 10.0 | ± 8.4 |
| Complicaciones: | 0.3 | ± 0.4 |

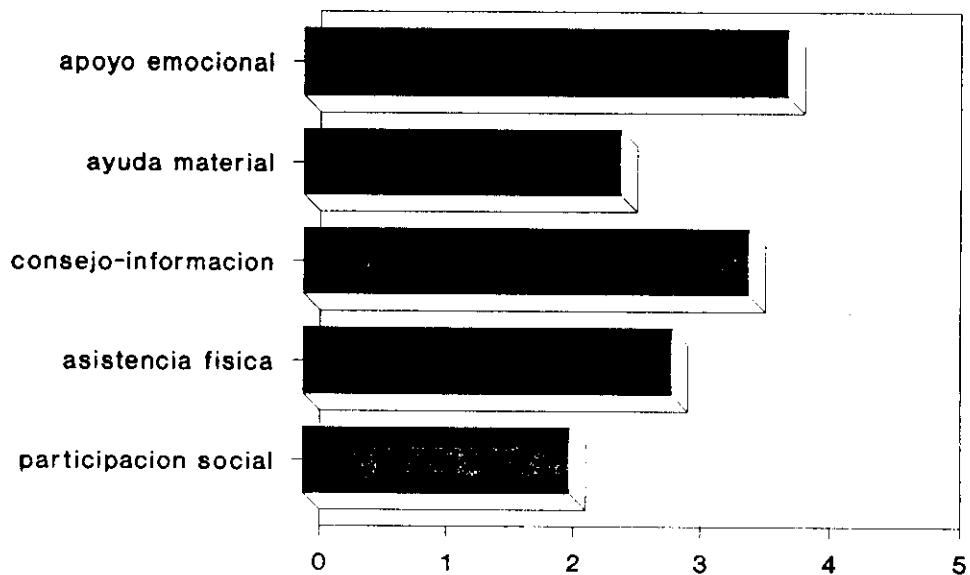
TIPOS DE APOYO SOCIAL

Categorías o tipos de apoyo que los pacientes creen que podrían esperar recibir de su red de apoyo social en situaciones de estrés:

| | medias (0-5) d.e. | |
|-----------------------|-------------------|------|
| Apoyo emocional | 3.8 | ±2.0 |
| Ayuda material | 2.5 | ±2.1 |
| Consejo e información | 3.5 | ±1.8 |
| Asistencia física | 2.9 | ±2.1 |
| Participación social | 2.1 | ±2.1 |

TIPOS DE APOYO SOCIAL

durante situaciones de estres



n=30. IAM.

ECUACIONES DE REGRESION MULTIPLE:

Patrón de conducta Tipo A = 22.3 +

+ conflictividad con la red de apoyo * 2.0

+ búsqueda de apoyo * 1.3

Diferencia PCTA antes/despues del infarto = 9.23 +

- reciprocidad del apoyo social * 1.6

Goldberg Health Questionnaire (caso/no caso psiquiátrico) = 23.2 +

+ conflictividad con la red de apoyo social * 2.6

Ansiedad rasgo (STAI) = 25.1 +

- apoyo emocional * 2.4

+ búsqueda de apoyo * 3.6

- apoyo recibido * 3.8

+ ayuda material * 1.7

Estrés diario (puntuación total) = 138.3 +

+ conflictividad
con la red de apoyo * 0.1

Estrés diario (número de situaciones) = 32.1 +

+ conflictividad
con la red de apoyo * 3.6

Complicaciones = 1.0 +

- apoyo social recibido * 0.1



**SUPORT SOCIAL I ALTRES FACTORS PSICOSOCIALS EN PACIENTS AMB
INFART DE MIOCARDI**

García Sánchez S (§), Martínez D (*), Guindo J (*), Bayes de Luna A (*)

(§) Departament de Psicologia Social. Universitat de Barcelona

(*) Servei de Cardiologia. Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Treball subvencionat per la FUNDACIO JAUME BOFILL

RESUM

S'han estudiat diverses variables psicosocials en 30 pacients post infart de miocardi amb característiques cardiològiques homogenies, observant-se que -més que la manca de suport social- la conflictivitat amb la xarxa de suport s'associa a una major intensitat del patró de conducta tipus A (predisponent a l'infart), amb la possibilitat d'esser diagnosticat de cas psiquiàtric i amb el nivell d'estrés diari. D'altra banda, la creença de que es pot rebre suport quan es demana es correlaciona inversament amb l'aparició d'efectes secundaris al prendre medicaments per al tractament de l'ansietat.

INTRODUCCIO

La relació entre factors psicosocials i infart de miocardi s'està posant de manifest en els darrers anys a partir de diferents línies d'investigació (Valdes i cols, 1988). Des de el punt de vista de la prevenció secundària (una vegada s'ha presentat la malaltia) és important conèixer tots els factors que puguin modificar el curs de la malaltia, i els factors psicosocials semblen tenir un paper relevant.

Una de les majors dificultats a l'hora de tractar com a variable independent l'estrés psicosocial és la seva complexitat d'evaluació quantitativa. En aquest sentit, resulta especialment interesant tant des de el punt de vista conceptual com operatiu la medició de variables associades al concepte "d'estrés psicosocial" tals com el nivell d'ansietat, el patró de conducta Tipus A (Friedman i Roseman, 1959; Haynes, 1978), la possibilitat d'esser o no cas psiquiàtric (Lobo, 1986), el suport social (Broadhead i Cols, 1983; Bruhn, 1987; Kessler i Cols, 1985; Parry, 1986; Sarason i Sarason, 1982) i l'acúmulo de contrarietats cotidianes (Brantley i Cols, 1987).

L'estat d'ànim ansiós és una de les conseqüències més freqüents d'un afrontament insuficient de situacions interpretades com amenaçants per a la pròpia integritat i benestar. Un percentatge elevat de pacients que han patit un infart presenten trastorns per ansietat i trastorns de l'estat d'ànim (García Sánchez i cols. 1988)

L'anomenat "patró de conducta tipus A", caracteritzat fonamentalment per impaciència, hostilitat i alt nivell d'implicació laboral (Friedman, Rosenman, 1959) ha estat descrit en nombrosos treballs com a factor de risc d'infart de miocardi i angina de pit, independentment de l'existència d'altres factors "classics" com el tabac, el colesterol o la hipertensió arterial. No està clar avui dia si les persones "tipus A" tenen o no un millor pronòstic una vegada ja han tingut un infart de miocardi. D'altra banda, sembla clar que el factor "hostilitat" és el més nociu d'aquest patró conductual.

La mesura dels nivells i casos de "distrés mental" en la població general és obviament difícil de simplificar. En aquest sentit, el GHQ de Goldberg es un qüestionari anomenat "de salut general" que ha estat validat en la població espanyola per Lobo y cols (1986) en la seva versió de 28 ítems i que detecta la possibilitat d'esser diagnosticat com a cas psiquiàtric al fer una entrevista psiquiàtrica completa.

El suport que reben de la família, amics, professionals, etc. en situacions d'estrés juga un paper important en la nostra reacció davant d'aquest tipus de situacions. La relació que tenim amb persones que ens donen suport pot ajudar a recuperar-se més aviat després d'haver suspès un examen o d'haver patit un infart. S'està demostrant amb una evidència creixent que la manca de suport social s'associa a una més gran facilitat per a enmalaltir i una més gran dificultat per a recuperar-se de malalties (Broadhead i Cols, 1983).

L'impacte dels "life events" o aconteixements biogràfics majors sobre l'enmalaltir està força demostrat avui dia (Holmes i Rahe, 1967), i s'ha dit que un dels mecanismes psicosocials d'aquest fenomen és degut a l'acumulació de contrarietats de la vida quotidiana o "life events" menors invariablement associats als canvis majors (Brantley i cols, 1987).

SUBJECTES I METODOLOGIA

S'han estudiat 30 pacients provinents del servei de Cardiologia de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Tots ells havien patit un infart agut de miocardi de característiques clíniques homogènies, es trobaven en la fase de seguiment ambulatori i formaven part de l'Estudi Espanyol de Mort Subtada. Tots 30 eren homes, entre 45 i 60 anys d'edat, 27 casats i 3 viduus. Tots ells estaven rebent tractament ansiolític.

Els qüestionaris utilitzats han estat els següents:

- 1 Inventari d'estrés Diari (IED) de Brantley i Cols (1987) . Es tracta d'un llistat tancat de 60 possibles "fets estresants que hagin pogut passar en les darreres 24 hores" (des de "haver d'esperar" fins a "tenir problemes amb el tràfic" o "discutir amb la parella"), havent-se de puntuar entre 1 (res) i 7 (molt) la "quantitat d'estrés" ocasionada per cadascun dels fets identificats.
- 2 Inventari de la Xarxa de Suport Percebut (Perceived Support Network Inventory) de Oritt i cols. (1985). Consisteix en un qüestionari en el que el subjecte identifica amb sigles les persones que li donen suport social. A continuació identifica per a cada una d'aquestes la intensitat de suport (1= mai; 7 = sempre) als nivells qualitius de búsqueda, supor rebut, satisfacció amb el suport, reciprocitat i conflictes amb les fonts de suport. Finalment identifica cada un dels tipus possibles de suport oferts per cada membre de la xarxa (emocional, ajuda material, consell-informació, assistència física i participació social).
- 3 Qüestionari de Salut Mental de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28) validat per Lobo i Cols (1986). Es considera "cas psiquiàtric" tota puntuació per sobre de 6.
- 4 Escala de Patró de Conducta Tipus A de Framingham de 10 ítems (Haynes, 1978). Es puntua com a variable d'intensitat contínua entre 0 i 30 punts.
- 5 Escala d'Ansietat de Spielberger (STAI). Evalua las dimensions d'ansietat "tret" i ansietat "estat".

L'anàlisis estadístic de les dades s'ha fet mitjançant el paquet estadístic SPSS.

RESULTATS

El tamany de la xarxa de suport social descrita és de 5.1 ± 1.7 (entre 0 i 7 membres identificables segons l'escala), i la composició d'aquesta xarxa és la següent: 27 cònjuges, 70 altres familiars, 33 amics, 14 companys de feina, 4 professionals, 1 religió i 5 membres d'un grup d'ajuda mutua.

Les variables de qualitat de la xarxa de suport (Tabla I) son les següents (1-7):

- 1 Recerca de suport ("Durant les situacions d'estrés, problema o conflicte, cerco a aquesta persona per a suport o ajuda"): 4.3 ± 1.5
- 2 Suport rebut quan es demana ("Aquesta persona em proporciona suport o ajuda quan li demano"): 5.7 ± 1.1
- 3 Satisfacció amb el suport ("Estic satisfet amb el suport o ajuda que aquesta persona em dóna") : 5.8 ± 1.2
- 4 Reciprocitat del suport ("Aquesta persona reb suport per part meva durant les seves situacions d'estres"): 4.9 ± 1.4
- 5 Conflictes amb la xarxa de suport ("En general tinc grans conflictes amb aquesta persona"): 5.9 ± 1.2

Les categories o tipus de suport que els pacients creuen que podrien rebre de la seva xarxa de suport social en situacions d'estres queden reflexades en la Taula II.

Mentres que la intensitat del patró de conducta tipus A abans de l'infart era segons els pacients de 16.8 ± 5.5 (maxim de 30), aquesta ha disminuït 1.2 ± 5.8 , situant-se després de l'infart en 15.6 ± 5.8 .

El nombre de pacients que poden esser considerats "casos psiquiàtrics" segons el

Qüestionari de Salut General de Golberg (GHQ-28) situant el punt de tall en 6 sobre 28 és de 14 casos, amb una mitja del grup de 7.1 ± 6.0

L'ansietat mitja del grup segons el test STAI era de 21.4 ± 11.1 (màxima de 30)

El nombre de punts d'estrés diari segons l'escala de Brantley es de 34.8 ± 33.2 (màxim de 406), i la mitja de situacions identificada per cada pacient des de 10.90 ± 8.4 (màxim de 58).

La mitja de casos que van presentar complicacions de la medicació ansiolítica (síntomes gàstrics, somnolència, etc) va ser de 0.3 ± 0.4 .

L'aplicació d'un estudi de regressió múltiple a partir d'una matriu de correlacions (Tabla III) permet establir les següents equacions estadísticament significatives ($t < 0.05$) :

Patró de conducta Tipus A (PCTA) = $22.3 + (\text{conflictivitat amb la xarxa de suport} * 2.0) + (\text{recerca de suport} * 1.3)$. Aquesta equació explica un 59 % de la variabilitat del PCTA.

Posibilitat d'esser cas psiquiàtric (GHQ-28) = $23.2 (+ \text{conflictivitat amb la xarxa de suport} * 2.6)$, explicant un 54 % de la seva variabilitat.

Ansietat (STAI) = $25.1 - (\text{quantitat de suports emocionals} * 2.4) + (\text{recerca de suport} * 3.6) - (\text{suport rebut} * 3.8) + (\text{ajuda material} * 1.7)$. Aquesta equació explica un 79 % de la variabilitat del STAI.

Estrés diari (puntuació total) = $138.3 + (\text{conflictivitat amb la xarxa de suport} * 0.1)$, explicant un 53 % de la seva variabilitat.

Estrés diari (nombre de situacions) = $32.1 + \text{conflictivitat amb la xarxa de}$

suport * 3.6), explicant un 63 % de la variabilitat d'aquesta dimensió psicosocial.

Complicacions de la medicació ansiolítica = 1.0 - (percepció de suport rebut * 0.1), explicant un 60 % de la seva variabilitat.

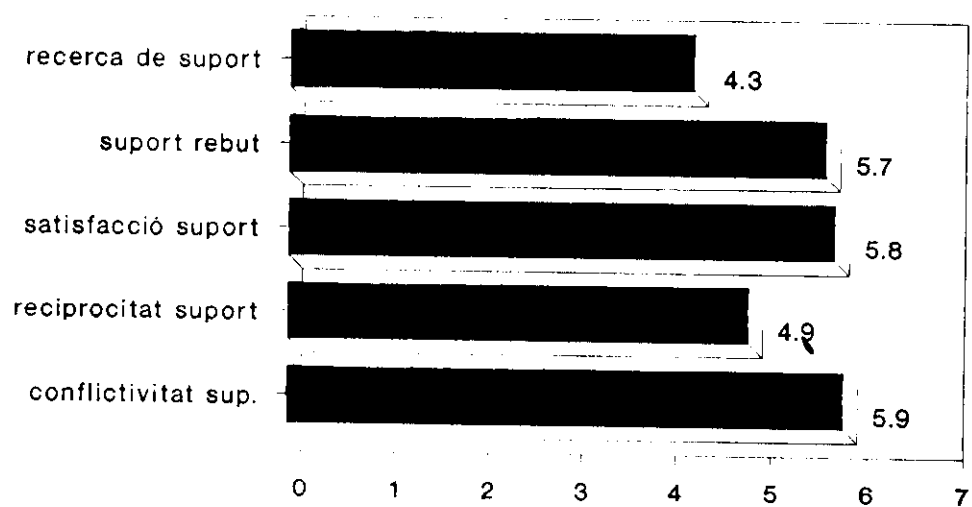
CONCLUSIONS

En aquest grup de pacients amb infart de miocardi s'han observat els següents fets estadísticament demostrables:

- 1 La conflictivitat amb la xarxa de suport social és la dimensió del suport social (incloent tamany de la xarxa, recerca de suport, suport rebut si es demana, satisfacció amb el suport i reciprocitat) que més explica la relació entre aquesta i altres variables psicosocials estudiades (tals com patró de conducta predisponent a l'infart, possibilitat d'esser diagnosticat com a cas psiquiàtric, ansietat i estrés diari).
- 2 El nivell de conflictivitat amb la xarxa de suport social s'associa en sentit positiu amb la intensitat del patró de conducta predisponent a l'infart, a la possibilitat d'esser diagnosticat com a cas psiquiàtric i amb el nivell d'estrés diari.
- 3 El nivell d'ansietat es relaciona en sentit positiu amb la recerca de suport social i amb l'ajuda material rebuda com a tipus de suport, així com es relaciona en sentit negatiu amb el suport rebut quan es demana i el suport emocional percebut.
- 4 La creença de que es pot rebre suport social quan es demana es relaciona inversament amb l'aparició d'efectes adversos de la medicació ansiolítica.

TABLA I

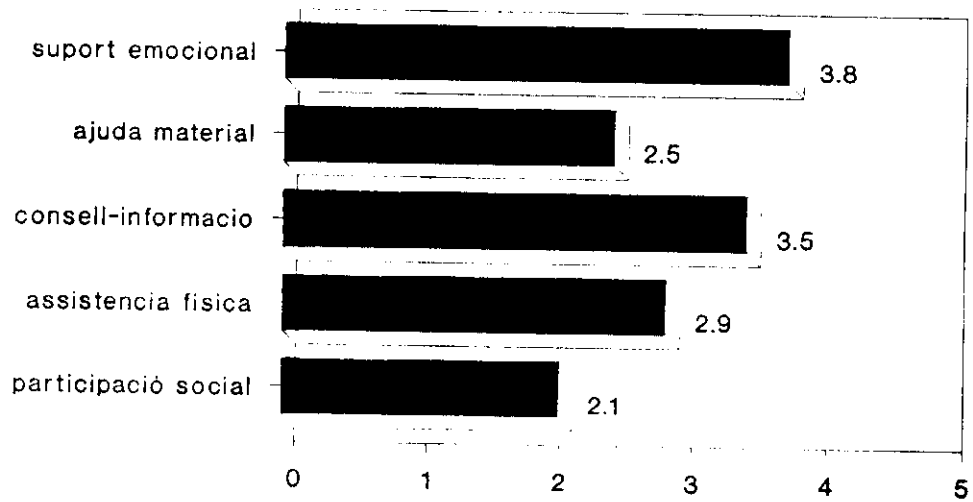
CONDUCTES DE SUPORT SOCIAL durant situacions d'estrés



n=30 IAM

TABLA II

TIPUS DE SUPORT SOCIAL durant situacions d'estrés



n=30 IAM

TABLA III

| | ANSIETAT (STAI) | TipuS A (PCTA) | Cas psi. (GHQ) | ESTRES DIARI | COMPLICACIONS ANSIOLITICS |
|----------------|--------------------|-------------------|-------------------|-----------------|------------------------------|
| RECERCA S.S. | 0.32 | 0.40 (*) | -0.24 | -0.16 | -0.51 |
| REBRE S.S. | -0.14 | 0.04 | -0.22 | -0.22 | -0.60 (*) |
| SATISFACCIO | -0.13 | -0.09 | -0.22 | -0.24 | -0.58 (*) |
| S. EMOCIONAL | -0.46 (*) | 0.02 | -0.27 | -0.16 | -0.27 |
| S. MATERIAL | 0.03 | 0.09 | -0.05 | 0.05 | -0.19 |
| S. DE CONSELL | -0.35 | -0.23 | -0.20 | -0.07 | -0.39 |
| ASSIST. FISICA | -0.28 | 0.00 | -0.13 | -0.11 | -0.15 |
| PARTIC. SOCIAL | -0.02 | -0.09 | -0.13 | -0.11 | -0.25 |
| CONFLICTES | -0.34 | 0.48 (*) | 0.54 (*) | 0.63 (*) | -0.33 |
| PCTA | 0.10 | 1.00 | 0.41 | 0.43 (*) | -0.21 |
| GHQ | 0.46 (*) | 0.41 | 1.00 | 0.68 (*) | -0.11 |
| ANSIETAT | 1.00 | 0.10 | 0.46 (*) | 0.32 | -0.02 |
| ESTRES DIARI | 0.32 | 0.43 (*) | 0.68 (*) | 1.00 | -0.17 |
| COMPLICACIONS | -0.02 | -0.21 | -0.11 | -0.17 | 1.00 |

STAI= test de ansietat de Spielberger; PCTA= patró de conducta Tipus A (predisponent a l'infarto); GHQ = Cuestionari de Salut General de Goldberg; Cas psi= cas psiquiàtric; S.S. = Suport Social; S = Suport (tipus de suport social); Assist. = assistència; (*) p < 0.05

BIBLIOGRAFIA

- Brantley PJ, Waggoner CD, Jones GN, Rappaport NB. A daily stress inventory: development, reliability and validity. *J Behav Med* 1987; 10: 61-63
- Broadhead WE, Kaplan BH, James SA, Wagner EH. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epidemiol* 1983; 117:521-537.
- Bruhn JG, Philips BU. A developmental basis for social support. *J Behav med* 1987; 10: 213-229
- Davidson DM, Shumaker SA. Social support and cardiovascular disease. *Arteriosclerosis* 1987; 7: 101-104.
- Friedman M, Rosenman RH. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *JAMA* 1959; 96: 1286-1296.
- Fiore J, Coppel DB, Becker J, Cox GB. Social support as a multifaceted concept: examination of important dimensions for adjustment. *Am J Comm Psychol* 1986; 14: 93-111.
- García Sanchez S, Wilke M, Bayes de Luna A. Readaptación psicosocial tras cardiopatía isquémica. En : *Estrés y Cardiopatía isquémica*. Valdes M y. cols. Alamex. Barcelona, 1988.
- Haynes SG, Levine S, Scoth N. The relationship of psuchosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study. *Am J Epidemiol* 1978; 107:362-381.
- Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment scale. *J Psychosom res* 1967; 11: 213-218.
- Kessler RC, Price RH, Wortman CB. Social factors in psychopathology: stress, social support and coping processes. *Ann Rev Psychol* 1985; 36:531-72.
- Lobo A, Perez Echeverria MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med* 1989; 19: 135-140.
- Oritt, EJ, Paul SC. The perceived support network inventory. *A. J Comm Psychol* 1985; 13:565-582.
- Parry G, Shapiro DA. Social support and life events in working class women. Stress buffering or independent effects?. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 315-323.
- Sarason IG, Sarason BR. Concomitants of social support: attitudes, personality characteristics and life experiences. *J Presonality* 1982; 50:331-344.
- Spielberger CB, Gorsuch RL, Lushene RE. *STAI*. Manual for the state rate anxiety

inventory (self-evaluation questionnaire). Consulting Psychologist Press. Palo Alto, 1970
California

Valdes M., de Flores T, Garcia Sanchez S. estres y cardiopatia coronaria. Almex.
barcelona, 1988.

Williams RB, Haney TL, Lee HL. Type A behavior, hostility and coronary atherosclerosis.
Psychosom Med 1980; 42: 539-548.