



Disponible en www.sciencedirect.com

Acta de Investigación Psicológica

Psychological Research Records

Acta de Investigación Psicológica 6 (2016) 2459–2468

www.psicologia.unam.mx/acta-de-investigacion-psicologica/



Original

La influencia de la pareja en el ajuste a la enfermedad cardiaca

The influence of the couple in coping with heart disease

Isabel Varela Montero^{a,*} y Ana Barrón López de Roda^b

^a Universidad Alfonso X El Sabio, Villanueva de la Cañada, Madrid, España

^b Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

Recibido el 13 de diciembre de 2015; aceptado el 14 de febrero de 2016

Disponible en Internet el 1 de agosto de 2016

Resumen

El objetivo del presente estudio fue analizar la influencia del apoyo social de la pareja en el ajuste a la enfermedad cardiaca, así como su influencia en la adhesión a las pautas clínicas. La muestra estuvo compuesta por 109 pacientes con sus parejas. Se llevaron a cabo las mediciones mientras realizaban el Programa de Rehabilitación Cardiaca del Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

Los resultados indican que la pareja no es una fuente de apoyo relevante para el ajuste a la enfermedad del paciente (apoyo recibido [$p=0.46$] y satisfacción con el apoyo recibido [$p=0.41$]). Sin embargo, el apoyo de la pareja sí resulta especialmente importante de cara al cumplimiento de hábitos cardiosaludables, sobre todo en el seguimiento realizado a los 8 y a los 12 meses ($p<0.001$), lo que conduce a analizar la posibilidad de que la pareja no sea importante para el ajuste a la enfermedad debido posiblemente a que la muestra está pasando por una intervención clínica y, por tanto, es posible que otras fuentes como profesionales de la salud u otros pacientes estén ejerciendo un papel predominante de apoyo. En el momento en que esta supervisión clínica desaparece, el apoyo de la pareja es de vital importancia para la adhesión a las pautas recomendadas, las cuales tienen relación con cambios en el estilo de vida y, por tanto, en la prevención de recaídas.

Derechos Reservados © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0.

Palabras clave: Pareja; Afrontamiento; Enfermedad cardiaca; Ajuste a la enfermedad; Adherencia

Abstract

The main aim of our study is to analyze the influence of social support on cardiac illness adjustment and on health recommendations adherence. The sample was 109 patients and their partners, all of them included in the Cardiac Rehabilitation Program of the Ramon y Cajal Hospital in Madrid.

Our results show that partner support has not a significant impact on patients' adjustment (received support [$P=.46$] and satisfaction with received support [$P=.041$]). However, partner support has a significant effect on adherence to health recommendations (food, physical exercise, smoking, etc), most of all in the 8 and 12 months' follow-up ($P<.001$). Perhaps, in the first stages of illness, support provided for other sources (health professionals, other patients, etc.) could be more important than

* Autor para correspondencia: Departamento de Ciencias de la Salud: Grado de Enfermería, Universidad Alfonso X El Sabio, Campus de Villanueva de la Cañada, Avenida Universidad 1, 28691 Villanueva de la Cañada, Madrid, España.

Correo electrónico: ivaremon@uax.es (I. Varela Montero).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

partner support, most of all taking into account that patients were included in a clinical intervention. As supervision decreases, the effect of partner support on adherence increases. The implications of our results for future interventions and research are discussed.

All Rights Reserved © 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0.

Keywords: Partner; Coping; Cardiac illness; Social support; Adherence

La enfermedad cardíaca es la principal causa de muerte en los países desarrollados. En España, en el año 2010, la insuficiencia cardíaca constituyó el 3% del total de defunciones de hombres y el 10% de las de mujeres, fue la primera causa de hospitalización de mayores de 65 años y representó el 3% de todos los ingresos hospitalarios y el 2.5% del coste de la asistencia sanitaria (Sayago-Silva, García-López y Segovia-Cubero, 2013).

Al margen del importante gasto económico a nivel de atención sanitaria, el episodio cardíaco supone un gran impacto tanto para el paciente como para su entorno. En este sentido, Gallar (1998) considera la familia como una unidad funcional, biológica, psicológica y social donde la pareja es la principal fuente de apoyo natural, al margen de otros significativos como amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc.

El matrimonio, según Flecher (1991), parece aportar una estructura protectora contra la enfermedad. En esta relación de convivencia estable se produce un proceso en el cual la pareja se modifica y evoluciona continuamente, proporcionándose de forma mutua apoyo emocional, protección, seguridad y apoyo entre los 2 miembros (Rogers, 1980).

Un estudio llevado a cabo en la década de los setenta con una muestra de 10.000 hombres demostró que el apoyo de la esposa era un importante factor de cara a reducir el riesgo o el desarrollo de una angina de pecho (Medalie y Goldbourt, 1976). Posteriormente, en el estudio de Latour y Gutierrez (1995) con pacientes de la unidad de cuidados intensivos por infarto de miocardio se observó que no estar casado y tener un bajo grado de confianza en el entorno se asociaban a una mayor mortalidad. Estos resultados también los confirman estudios epidemiológicos más recientes, como los llevados a cabo por Brummett et al. (2001); Frasure-Smith et al. (2000) y Rutledge et al. (2004).

Asimismo, Stansfeld y Fuhrer (2002) y Uchino (2004) afirman que existe considerable evidencia que muestra que altos niveles de apoyo social protegen de la enfermedad cardíaca, mientras que el aislamiento social está relacionado con un incremento del riesgo de muerte (Almagiá, 2014; Kroenke, Kubzansky, Schernhammer,

Holmes y Kwachi, 2006; Patterson y Veenstra, 2010; Rodriguez et al., 2011; Zhang, Norris, Gregg y Beckles, 2007).

Con relación a la etiología, parece ser que el aislamiento social (o la falta de apoyo) está implicado en el inicio de la enfermedad cardíaca (Brummett et al., 2005; Rodriguez et al., 2011; Tsouna-Hadjis, Vemmos, Zakapoulos y Stamatelopoulos, 2000) y, como se ha apuntado anteriormente, también parece estar asociado a un incremento en el riesgo de muerte (depresión, pensamientos de abandono, hábitos desajustados, etc.).

En un estudio de corte longitudinal, Ali, Merlo, Rosvall, Lithman y Lindström (2006) concluyeron que la participación social predice la incidencia del primer infarto de miocardio, incluso después de ajustar variables demográficas y de salud. Concretamente los resultados mostraron que las personas con baja participación social tenían 1.5 veces más probabilidades de tener un infarto de miocardio.

En cuanto a su influencia después de diagnosticada la enfermedad, las personas con un buen apoyo social tienen mayor esperanza de vida (Ailshire y Crimmins, 2011; Albus, 2010; Sánchez, 2012) y en ellas se reducen las posibles complicaciones, como el desarrollo de arritmias cardíacas.

No hay que olvidar que el apoyo social es una relación interpersonal que se establece entre 2 partes. En el caso de una situación de enfermedad de curso largo existen muchos factores que pueden afectar a la relación de apoyo. Kors (2000) destaca que el apoyo social servirá de amortiguador del estrés siempre y cuando la persona tenga una alta predisposición a la búsqueda de este apoyo en situaciones de estrés.

Sin duda alguna, ante una enfermedad la pareja experimenta un malestar semejante o en muchos casos superior al del paciente (Garrido, 1993).

Las parejas de personas enfermas, según diferentes estudios (Bigatti y Cronan, 2002; Imes, Dougherty, Pyper y Sullivan, 2011; Schulz y Beach, 1999), presentan un mayor número de alteraciones tanto físicas como psicológicas, e incluso un mayor riesgo de mortalidad en comparación con las parejas de personas sanas.

Asimismo, también se ha demostrado que estos problemas se reducen significativamente cuando a la pareja se le ofrece apoyo (Revenson y Majerovitz, 1991).

Por ejemplo, un momento especialmente difícil para las parejas y para los pacientes es el momento de la vuelta a casa, donde se genera mucha ansiedad con respecto al manejo de la enfermedad. En la vuelta a casa, y durante el primer mes tras el alta, la persona tiene que volver a la vida normal, adoptando nuevos estilos de vida, alterando a veces los roles habituales, etc. (Dracup, 1994; Stern y Pascale, 1979). La supervisión médica directa desaparece y hay una tremenda incertidumbre, sobre todo respecto al nivel de actividad recomendable para el paciente (De la Cuerda, Diego, Martín, Sánchez y Page, 2012).

En este sentido, está demostrado que los cónyuges de pacientes infartados experimentan una mayor vulnerabilidad a padecer distintos trastornos, y manifiestan síntomas de depresión y ansiedad al mismo nivel que los pacientes o incluso mayores (Coyne, Ellard y Smith, 1990; Ell, 1996; Gorkin, Follick, Wilkin y Niaura, 1994). La preocupación excesiva por la salud de los pacientes y por los problemas derivados de la enfermedad puede llevarles a utilizar, para manejar su ansiedad, mecanismos de afrontamiento como la sobreprotección, que puede tener efectos negativos en la recuperación del paciente (Revenson, 1994). Una reciente revisión bibliográfica de Daltge, Benzein, Fridlund y Malm (2011) identificó 5 áreas de disfunción en la relación de pareja tras el diagnóstico de la enfermedad cardíaca: sobreprotección, comunicación afectiva deficitaria, problemas sexuales, cambios en los roles domésticos y adaptación conjunta a la enfermedad. Esto es debido a que las emociones de un miembro de la pareja, sus pensamientos o comportamientos pueden tener su influencia en el otro (Bouchard, Lussier y Sabourin, 1999).

En resumen, el apoyo de la pareja, en donde se intercambian aspectos emocionales, información y ayuda práctica, es de vital importancia de cara al afrontamiento y ajuste de la enfermedad de uno de los miembros.

Piferi y Lawler (2006) postulan que dar y recibir apoyo tienen vías de actuación diferentes de cara a reducir el estrés: dar apoyo está mediado por una mayor eficacia, mientras que el apoyo que se recibe tiene un efecto directo sobre el estrés. En conjunto, estudios como estos sugieren que hay algo potencialmente único en dar apoyo (Almagiá, 2014; Torres y Baillès, 2015).

Por todo ello, en el ajuste a la enfermedad va a influir, además de características propias de la enfermedad y del propio paciente, el apoyo social que recibe el paciente de su pareja dado su papel fundamental como principal fuente de apoyo.

En la investigación que se presenta a continuación se estudia el impacto del apoyo social procedente de la pareja en el ajuste a la enfermedad cardíaca, así como la influencia de dicho apoyo (en el sentido de que la pareja recuerda las pautas saludables) en el cumplimiento posterior de las recomendaciones terapéuticas.

Objetivos

Partiendo de lo anterior, los objetivos, son los siguientes:

- Analizar la influencia del apoyo social de la pareja en el ajuste a la enfermedad en pacientes con problemática cardíaca, dentro de su proceso de recuperación.
- Evaluar la importancia del apoyo de la pareja en cuanto al cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas realizadas dentro del Programa de Rehabilitación Cardíaca a lo largo del tiempo (a los 4, 8 y 12 meses).

De estos objetivos generales, las hipótesis de trabajo son las siguientes:

- El apoyo de la pareja y su satisfacción con el apoyo recibido influye mejorando el ajuste a la enfermedad cardíaca del paciente.
- Las recomendaciones sobre hábitos saludables que proporciona la pareja mejorarán la adhesión en cuanto al cumplimiento de las recomendaciones pautadas por el Programa de Rehabilitación Cardíaca al paciente.

Método

Participantes

Es una muestra natural-clínica perteneciente al Programa de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, para la que se seleccionó a pacientes con diagnóstico clínico de enfermedad cardíaca y sus parejas.

La muestra está constituida finalmente por 109 pacientes con sus respectivas parejas. La edad media de los pacientes es de 55 años ($DT \pm 9.8$). El intervalo de edad se encuentra entre los 34 años la edad mínima y 77 la máxima. Igualmente, dentro de la muestra de pareja la edad media es de 52 años ($DT \pm 9.5$). Los intervalos de edad se distribuyen entre los 34 y 76 (la mínima y la máxima, respectivamente).

El 90.8% de la muestra son hombres, y el 9.2%, mujeres, datos congruentes con que la enfermedad cardíaca tiene mayor impacto en el sexo masculino.

Procedimiento

La recogida de datos se realiza dentro de la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Las pruebas psicométricas se pasan al inicio y al final del Programa de Rehabilitación Cardíaca (es decir, medidas pre y post tratamiento). Además, se realiza seguimiento telefónico posterior a 4, 8 y 12 meses de la muestra recogida para analizar el mantenimiento de los resultados, tras el paso por el Programa de Rehabilitación Cardíaca.

Instrumentos

Apoyo social. Se ha utilizado una adaptación del cuestionario de Apoyo Social de Díaz (1987) en el que se evalúa, por un lado, el tipo de apoyo (emocional, informacional y material) que proporciona la pareja, y por otro lado, el grado de satisfacción general con el mismo (aspectos subjetivos). La confiabilidad obtenida (alfa de Cronbach) en la muestra de pacientes corresponde a un $\alpha = 0.78$, y en la muestra de parejas, un $\alpha = 0.88$.

Ajuste a la enfermedad. En cuanto a la medición del ajuste a la enfermedad, se utiliza la adaptación española de Badía y Alonso (1994) del *Sickness Impact Profile* de Bergner, Bobbitt, Carter y Gilson (1981). Se seleccionaron los reactivos que reflejan la adaptación a las características específicas de la enfermedad cardíaca, por ello se evaluaron la dimensión física (trabajo, nutrición y movilidad) y la dimensión psicosocial (ocio y pasatiempos, relaciones sociales, actividad intelectual y actividad emocional). Este cuestionario mide la disfunción, basada en los cambios de la conducta, que causan los problemas de salud en 12 categorías. La confiabilidad para el cuestionario de ajuste a la enfermedad alcanzó un $\alpha = 0.85$.

Para el tratamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 7 para Windows.

Resultados

En la comprobación de las hipótesis referentes a la relación entre apoyo social y su influencia en el ajuste a la enfermedad se utilizó la prueba de Fisher, donde se prueba la hipótesis de que las medias de múltiples poblaciones normalmente distribuidas y con la misma desviación estándar son iguales.

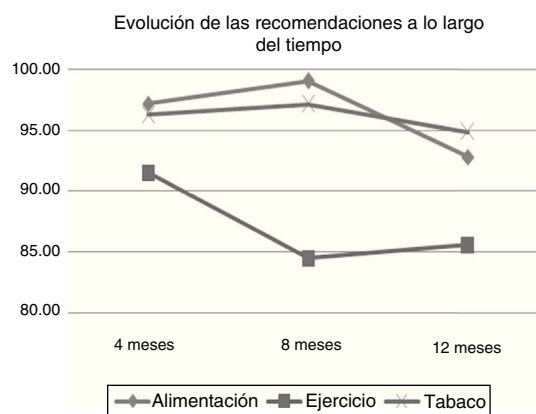


Figura 1. Frecuencia de la conducta recomendada.

En este caso dicha prueba indica que no existe dependencia entre el apoyo percibido por el paciente de su pareja y el ajuste a la enfermedad cardíaca del mismo ($p = 0.46$).

Del mismo modo, se comprobó si existe alguna relación entre el grado de satisfacción del apoyo y el ajuste a la enfermedad. En este sentido, la F de Fisher ($p = 0.41$) no establece ninguna asociación, es decir, la satisfacción con el apoyo recibido por la pareja tampoco influye en el ajuste a la enfermedad del paciente.

Para la comprobación de la segunda hipótesis se han sometido los datos a una prueba de Chi-cuadrado. Se analizó la variable si la pareja le recuerda los hábitos saludables en cuanto a alimentación, ejercicio físico, tabaco y ejercicios de relajación, y el cumplimiento de dichas recomendaciones por parte del paciente.

Los datos indican que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) cuando la pareja le recuerda al paciente las recomendaciones del programa: en tabaco a los 8 meses, que al año se extiende a las recomendaciones sobre alimentación, ejercicio físico y tabaco ($p = 0.00$; $p = 0.00$; $p = 0.005$).

Como se observa en la figura 1, sobre la frecuencia de la conducta recomendada, las recomendaciones que más se cumplen a los 4 meses son el control de la alimentación, el tabaco y después el ejercicio físico. La alimentación, e incluso el consumo de tabaco, aumentan en cuanto a su cumplimiento a los 8 meses de abandonar el Programa, y en este momento existe una importante reducción en cuanto a la realización del ejercicio físico.

A la vista de los resultados en la variable «ejercicio físico», se analizó mediante el test de homogeneidad marginal, que permite comparar el grado de acuerdo entre las mediciones realizadas en 2 momentos del tiempo al mismo conjunto de individuos, y si esta relación es estadísticamente significativa.

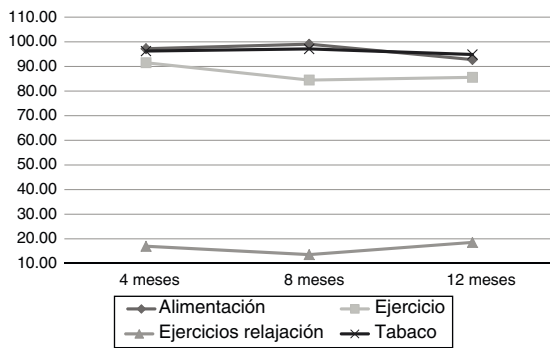


Figura 2. Evolución de las recomendaciones a lo largo del tiempo. Frecuencia de la conducta recomendada/relajación.

Se comprueba dicha relación ($p < 0.05$) entre el seguimiento realizado a los 4 y los 8 meses en la variable adherencia a las recomendaciones realizadas por el programa en lo que al ejercicio físico se refiere ($p = 0.02$), es decir, que en este periodo comprendido entre los 4 y los 8 meses existe algún suceso que media esta relación de forma significativa, de tal modo que reduce la frecuencia del ejercicio físico.

Por último, a los 12 meses se reducen por debajo del nivel inicial las recomendaciones sobre alimentación y se eleva ligeramente la realización de ejercicio. En resumen, se puede decir que la alimentación y el consumo de tabaco se mantienen a lo largo del tiempo, siendo el ejercicio físico el que tiene un menor seguimiento.

Haciendo una ampliación del rango de los datos, en la figura 2 se observa que los ejercicios de relajación apenas se realizan y que no presentan cambios importantes a lo largo del tiempo. Es decir, que aunque realizan poco los ejercicios de relajación, por lo menos los realizan en alguna ocasión durante nuestro periodo de seguimiento.

Los resultados obtenidos sobre apoyo social no confirman las hipótesis planteadas. Es decir, que ni el apoyo (emocional, informacional y material) que proporciona la pareja al paciente ni la satisfacción con el mismo están relacionados con el ajuste a la enfermedad.

Estos datos son contrarios a la mayoría de las investigaciones previas sobre apoyo social y ajuste a la enfermedad cardiovascular, los cuales confirman esta relación (Berkman, 1995; Cohen y Syme, 1985; House, Landis y Umberson, 1988; Orth-Gomer, Rosengren y Wilhelmsen, 1993; Polonsky et al. (1995); Revenson, 1994; Seeman y Syme, 1987; Schwarzer, Knoll y Rieckmann, 2004; Wills y Filer, 2001; Wortman y Conway, 1985).

Una posible explicación de estos resultados es que quizás la muestra bajo estudio esté constituida por personas que presentan un elevado nivel de apoyo social, ya

que no olvidemos que la muestra está incluida dentro de un programa de intervención en el que se incluyen diferentes charlas informativas sobre la enfermedad cardíaca (a la que acuden las parejas) además de grupos de apoyo donde se exponen diversos temas relacionados con el manejo emocional, miedos, preocupaciones, etc., como consecuencia de una primera fase de adaptación a la enfermedad. Si en la muestra se hubieran investigado pacientes que no acuden a un programa de rehabilitación, posiblemente el apoyo informacional de la pareja hubiera tenido un impacto significativo, pero al estar en este programa todos tienen cubiertas sus necesidades de información a través de los profesionales de la salud.

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

En este sentido, no hay que olvidar un dato importante: de toda la población que ha padecido un infarto, solo un 2% pasa por un programa de rehabilitación cardíaca (Márquez-Calderón et al., 2003). Por tanto, ese 2% también corresponde a los sujetos del presente estudio, quienes puede que tengan un mayor nivel de apoyo social que el resto de la población de personas con las mismas características.

También es importante mostrar el tipo de apoyo que proporciona la pareja. Sin embargo, esta relación no fue significativa con relación al ajuste a la enfermedad, por lo que solamente se mostrará la distribución gráfica de las medias para observar qué apoyo se da en mayor medida (fig. 3).

Se observa que dentro de los tipos de apoyo ofrecidos al paciente por parte de su pareja (emocional, informacional y material), el apoyo de tipo informacional es el que presenta una media ligeramente más baja, lo que puede estar indicando que la fuente de apoyo más relevante para el tipo de apoyo informacional no

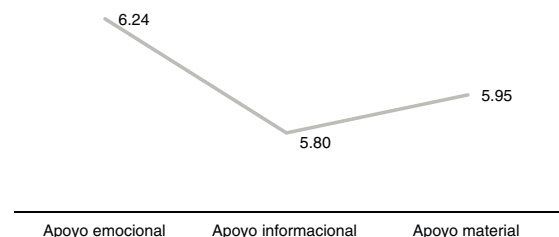


Figura 3. Distribución de la media en función del tipo de apoyo proporcionado por la pareja.

es la pareja sino los profesionales de la salud, ya que los pacientes están inmersos en un programa de rehabilitación orientado dentro del ámbito clínico. Como muestran estudios previos de [Dakof y Taylor \(1990\)](#), [Dunkel-Schetter \(1984\)](#) y [Rose \(1990\)](#), los profesionales de la salud son las fuentes mejor valoradas por los propios pacientes para dar apoyo de tipo informacional. En las enfermedades crónicas el apoyo emocional es valorado más eficazmente cuando procede de personas cercanas, tales como la pareja, la familia o los amigos, mientras que en el caso del apoyo informacional las fuentes más valoradas son otros pacientes y el equipo sanitario ([Dakof y Taylor, 1990](#)). Parece ser que el apoyo emocional es el más útil, independientemente de quien lo proporcione, y que el apoyo informacional es especialmente importante si procede de profesionales de la salud y no de otra fuente como familia o amigos ([Dakof y Taylor, 1990](#); [Dunkel-Schetter, 1984](#); [Rose, 1990](#)). A modo de ejemplo, [Dunkel-Schetter \(1984\)](#) observó, en pacientes de cáncer, que el apoyo de tipo informacional era beneficioso únicamente si provenía del médico, mientras que se consideraba inútil e incluso perjudicial si era ofrecido por la familia o los amigos. Pero si la fuente de apoyo es la propia pareja que proporciona un elevado apoyo de tipo emocional, este resulta ser más eficaz y es un indicativo de calidad de vida superior al del apoyo instrumental ([Jiménez et al., 1999](#)). Estudios longitudinales también indican que el apoyo emocional de la pareja facilita la recuperación tras una cirugía ([Fontana, Kerns, Rosenberg y Colonese, 1989](#); [Kulik y Mahler, 1989](#)).

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

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

Como se ha analizado, el apoyo de carácter informacional se da en menor medida en la muestra, pero esto no

significa que el apoyo informacional no se dé por parte de la pareja dentro del presente estudio.

De los resultados sobre la influencia que tiene la pareja —es decir, fuente de apoyo— en la adhesión a largo plazo a los hábitos saludables recomendados dentro de la rehabilitación cardiaca, se concluye que por un lado existe una diferencia estadísticamente significativa entre el seguimiento realizado a los 4 y 8 meses en cuanto a la adherencia a las recomendaciones realizadas por el programa a nivel de ejercicio físico, presentándose una disminución del número de pacientes que realiza ejercicio físico de forma habitual. Los datos indican que puede existir un momento crítico en cuanto al cumplimiento del ejercicio físico en torno a los 8 meses (se reduce la frecuencia del ejercicio físico).

Los resultados también indican que existe una importante relación estadística ($p < 0.001$) en cuanto a las recomendaciones sobre tabaco (8 meses), que al año se extiende a las recomendaciones de alimentación, ejercicio y tabaco. Es decir, se demuestra la influencia que tiene la pareja en el cumplimiento de las pautas recomendadas al paciente dentro del Programa de Rehabilitación Cardiaca.

En este sentido, la influencia del apoyo social sobre las conductas de salud —alimentación, ejercicio físico y consumo de tabaco— han sido también confirmados por [Chouinard y Robichaud-Ekstrand \(2007\)](#) y por [Emmons, Barbeau, Gutheil, Stryker y Stoddard \(2007\)](#).

Es destacable que no se mantenga esa significancia en cuanto a las recomendaciones sobre ejercicios de relajación, lo cual puede indicar que ni para la pareja ni para el paciente esta recomendación es aplicable, porque quizá se ponga en cuestión su utilidad para ambos.

Discusión

Todo lo anterior resalta la importancia del apoyo de la pareja en el cumplimiento de las pautas recomendadas ([Marín-Reyes y Rodríguez-Morán, 2001](#); [Wang et al., 2002](#)). En este caso el apoyo de la pareja ejerce un efecto positivo, ya que el paciente finalmente realiza una conducta cardiosaludable, de ahí su gran influencia. En general vivir con alguien —en este caso la pareja— se ha visto que tiene una relación positiva con las conductas de adherencia ([Godin, Côté, Naccache, Lambert y Trottier, 2005](#); [Pratt et al., 2001](#)).

Con relación al apoyo social y teniendo en cuenta las áreas de tratamiento, se han encontrado diferentes resultados al relacionar apoyo social y adherencia. Según estas áreas, los individuos tendrán una mayor o menor adherencia. Es decir, un individuo puede cumplir perfectamente con la toma de medicamentos y puede

no seguir las otras recomendaciones (dieta y ejercicio físico) (Froján y Rubio, 2005). Como afirman Finnegan y Suler (1985) y posteriormente Blumenthal, Barefoot, Haney y Zimet (1987), la red de apoyo social de la persona puede influir en el mantenimiento de conductas deseables de salud, en el seguimiento de prescripciones médicas (dieta, medicación, ejercicio otros cambios en el estilo de vida) y en el cumplimiento de programas de rehabilitación, lo que nos estaría indicando la importancia tanto de las fuentes de apoyo como del tipo de apoyo que estas proporcionen de cara al cumplimiento de las recomendaciones pautadas (Goodwin et al., 2001; Martos, Pozo y Alonso, 2008). Por ejemplo, se ha encontrado que existen diferencias significativas en adherencia al ejercicio físico en función del apoyo social de los amigos (Courneya, Plotnikoff y Hotz, 2000; Okun et al., 2003). En este caso, el apoyo social de los amigos ejerce mayor influencia en la realización del ejercicio físico que el apoyo familiar. El apoyo familiar, en cambio, será muy importante para el cumplimiento de la toma y administración de medicamentos.

En resumen, el éxito final de la rehabilitación cardíaca a largo plazo depende de la capacidad del paciente para mantener las conductas de salud recomendadas en los programas de rehabilitación, incluyendo el ejercicio físico. Este mantenimiento, que implica cambios en los estilos de vida a largo plazo, está fundamentalmente determinado por factores psicológicos y sociales (Galve et al., 2014).

Como se ha puesto de manifiesto en numerosos estudios, el apoyo social es uno de los factores psicosociales más influyentes en la conducta de adherencia a los tratamientos que se han de seguir cuando aparece una enfermedad, sobre todo si se trata de una enfermedad crónica (DiMatteo, 2004; Doherty, Schrott, Metcalf e Iasiello-Vailas, 1982; Haynes y Sackett, 1974; Jung, 1990; Kara, Caglar y Kilic, 2007; Martos et al., 2008; Pozo, Alonso y Hernández, 2007; Uchino, 2006). De tal modo que un apoyo social inadecuado también podría llevar al incumplimiento terapéutico (Marín-Reyes y Rodríguez-Morán, 2001; Wang et al., 2002). De hecho, estudios previos como los de DiMatteo (2004) y Dunbar-Jacob y Schlenk (2001) confirman que entre un 20 y un 40% de enfermos crónicos no siguen las recomendaciones médicas.

En resumidas cuentas, es importante, además de las intervenciones psicoeducativas que según Aldcroft, Taylor, Blackstock y O'Halloran (2011) producen un efecto positivo en los niveles de actividad física y potencialmente en los hábitos alimentarios y el tabaquismo, que también se diseñen intervenciones orientadas específicamente a las parejas de cara a resolver problemas

de adaptación y afrontamiento hacia la enfermedad, es decir, el mejor ajuste posible a lo largo del tiempo de una enfermedad crónica.

Financiación

Artículo procedente de un amplio estudio sobre «Apoyo social y afrontamiento en enfermedad cardíaca, 2011» que financió a través de una beca para la realización de estudios de postgrado la «Fundación La Caixa» a la autora Dra. Isabel Varela Montero.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Ailshire, J. A. y Crimmins, E. M. (2011). Psychosocial factors associated with longevity in the United States: Age differences between the old and oldest-old in the Health and Retirement Study. *Journal of Aging Research*, 530–534.
- Albus, C. (2010). Psychological and social factors in coronary heart disease. *Annals of Medicine*, 42(7), 487–494.
- Aldcroft, S. A., Taylor, N. F., Blackstock, F. C. y O'Halloran, P. D. (2011). Psychoeducational rehabilitation for health behavior change in coronary artery disease: A systematic review of controlled trials. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 31(5), 273–281.
- Ali, S. M., Merlo, J., Rosvall, M., Lithman, T. y Lindström, M. (2006). Social capital, the miniaturisation of community, traditionalism and first time acute myocardial infarction: a prospective cohort study in southern Sweden. *Social Science & Medicine*, 63, 2204–2217.
- Almagiá, E. B. (2014). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237–243.
- Badía, X. y Alonso, J. (1994). Reliability and validity of the Spanish version of the Sickness Impact Profile. *Quality of Life Research*, 3, 65.
- Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W. y Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and final revision of health status measure. *Medical Care*, 19, 787–805.
- Berkman, L. F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57, 245–254.
- Bigatti, S. M. y Cronan, T. A. (2002). An examination of the physical health, health care use, and psychological well-being of spouse of people with fibromyalgia syndrome. *Health Psychology*, 21, 157–166.
- Blumenthal, J. A., Barefoot, J., Haney, T. y Zimet, G. (1987). Social support, Type A behavior, and coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 49, 331–340.
- Bouchard, G., Lussier, Y. y Sabourin, S. (1999). Personality and marital adjustment: Utility of the five-factor model of personality. *Journal of Marriage and Family*, 61(3), 651–660.
- Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Siegler, I. C., Clapp-Channing, N. E., Lytle, B. L., Bosworth, H. B., et al. (2001). Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosomatic Medicine*, 63, 267–272.

- Brummett, B. H., Brefoot, J. C., Siegler, I. C., Clapp-Channing, N. E., Lytle, B. L., Bosworth, H. B., et al. (2005). Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosomatic Medicine*, 63, 267–272.
- Chouinard, M. y Robichaud-Ekstrand, S. (2007). Predictive value of the transtheoretical model to smoking cessation in hospitalized patients with cardiovascular disease. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 14, 51–58.
- Cohen, S. y McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. En A. Baum, S. E. Taylor, y J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health*. New Jersey: Hillsdale.
- Cohen, S. y Syme, L. (1985). *Social support and health*. New York: Academic Press.
- Courneya, K. S., Plotnikoff, R. C. y Hotz, S. B. (2000). Social support and the theory of planned behaviour in the exercise domain. *American Journal Health Behaviour*, 24, 300–308.
- Coyne, J. C., Ellard, J. H. y Smith, A. F. (1990). Social support, interdependence and the dilemmas of helping. En B. R. Sarason, I. G. Sarason, y G. P. Pierce (Eds.), *Social Support: An Interactional View*. New York: Wiley.
- Dakof, G. A. y Taylor, S. E. (1990). Victims' perceptions of social support: What is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 80–89.
- Dalteg, T., Benzein, E., Fridlund, B. y Malm, D. (2011). Cardiac disease and its consequences on the partner relationship: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing, Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 10(3), 140–149.
- De la Cuerda, R. C., Diego, I. M. A., Martín, J. J. A., Sánchez, A. M. y Page, J. C. M. (2012). Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. *Revista Española de Cardiología*, 65(1), 72–79.
- Díaz, V. P. (1987). Evaluación del apoyo social. En R. Fernández (Ed.), *El ambiente: un análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23(2), 207–218.
- Doherty, W. J., Schrott, H. G., Metcalf, L. y Iasiello-Vailas, L. (1982). Effect of spouse support and health beliefs on patient adherence. *Controlled Clinical Trials*, 3(2), 137.
- Dracup, K. (1994). Cardiac rehabilitation. The role of social support in recovery and compliance. En S. A. Shumaker y S. M. Czajkoeski (Eds.), *Social Support and Cardiovascular Disease*. New York: Plenum Press.
- Dunbar-Jacob, J. y Schlenk, E. (2001). Patient adherence to treatment regimen. En A. Baum, T. A. Revenson, y J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 571–580). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patients interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40(4), 77–98.
- Ell, K. (1996). Social networks, social support and coping with serious illness. The family connection. *Social Science and Medicine*, 42(2), 173–183.
- Emmons, K. M., Barbeau, E. M., Gutheil, C., Stryker, J. y Stoddard, A. M. (2007). Social influences, social context and health behaviors among working-class, multi-ethnic adults. *Health Education & Behavior*, 34, 315–334.
- Finnegan, D. L. y Suler, J. R. (1985). Psychological factors associated with maintenance of improved health behaviors in postcoronary patients. *The Journal of Psychology*, 119, 87–94.
- Flecher, B. (1991). *Work, Stress, Disease and Life Expectancy*. New York: Wiley.
- 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.
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M., et al. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*, 1919–1924.
- Froján, M. X. y Rubio, R. (2005). Discriminant analysis of treatment adherence in insulindependent diabetes mellitus. *Psychology in Spain*, 9(1), 41–48.
- Gallar, M. (1998). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Paraninfo.
- Galve, E., Alegría, E., Cordero, A., Fácila, L., de Bobadilla, J. F., Lluís-Ganella, C., et al. (2014). Temas de actualidad en cardiología: riesgo vascular y rehabilitación cardíaca. *Revista Española de Cardiología*, 67(3), 203–210.
- Garrido, M. E. (1993). Autoeficacia e intervención en problemas de familia. *Psicothema*, 5(Supl.), 337–347.
- Godin, G., Côté, J., Naccache, H., Lambert, L. D. y Trottier, S. (2005). Prediction of adherence to antiretroviral therapy: A one-year longitudinal study. *AIDS Care*, 17, 493–504.
- Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guthrie, H., et al. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 345, 1719–1726.
- Gorkin, L., Follick, M. J., Wilkin, D. L. y Niaura, R. (1994). Social support and the progression and treatment of cardiovascular disease. En S. A. Shumaker y S. M. Czajkoeski (Eds.), *Social Support and Cardiovascular Disease*. New York: Plenum Press.
- Haynes, R. B. y Sackett, D. L. (1974). *An annotated bibliography on the compliance of patients with therapeutic regimens*. Department of Clinical Epidemiology and biostatistics. Hamilton, Ontario: McMaster University Medical Centre.
- Hobfoll, S. E. (1985). Limitations of social support in the stress process. En I. G. Sarason y B. R. Sarason (Eds.), *Social Support: Theory, Research and Application*. Boston: Martinus Nijhoff.
- House, J. S., Landis, K. R. y Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540–545.
- Imes, C. C., Dougherty, C. M., Pyper, G. y Sullivan, M. D. (2011). Descriptive study of partners' experiences of living with severe heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 40(3), 208–216.
- Jacobson, D. E. (1986). Types and timing of social support. *Journal of Health and Social Behavior*, 27(3), 250–264.
- Jiménez, M., Gómez, C., Sáenz, C., del Campo, S., Lacasa, J. L. y Pombo, M. (1999). Calidad de vida y apoyo social en pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado. *Revista Española de Cardiología*, 52, 467–474.
- Jung, J. (1990). Global versus health specific social support and match of preferred and perceived social support levels in relationship to compliance and blood pressure of hypertensives. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(13), 1103–1111.
- Kara, B., Caglar, K. y Kilic, S. (2007). Nonadherence with diet and fluid restrictions and perceived social support in patients receiving hemodialysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(3), 243–248.
- Kleiboer, A. M., Kuijer, R. G., Hox, J. J., Schreurs, K. M. G. y Bensing, J. M. (2006). Receiving and providing support in couples dealing with multiple sclerosis: A diary study using an equity perspective. *Personal Relationships*, 13, 485–501.

- Kors, D. J. (2000). Does social support reduce cardiovascular stress reactivity? Only if you want support. A test of a match/mismatched hypothesis (Cardiovascular reactivity. Dissertation Abstracts International: Section B). *The Sciences & Engineering*, 60(7-B), 3619.
- Kroenke, C. H., Kubzansky, L. D., Schernhammer, E. S., Holmes, M. D. y Kawachi, I. (2006). Social networks, social support and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 24, 1105–1111.
- Kulik, J. A. y Mahler, H. I. M. (1989). Social support and recovery from surgery. *Health Psychology*, 8, 221–238.
- Latour, J. y Gutierrez, V. T. (1995). Efecto de los factores psicosociales en la supervivencia a corto y largo plazo de los pacientes con infarto agudo de miocardio. *Medicina Intensiva*, 19, 183–188.
- Marín-Reyes, F. y Rodríguez-Morán, M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública de México*, 43(4), 336–339.
- Márquez-Calderón, S., Villegas Portero, R., Briones Pérez de la Blanca, E., Sarmiento González-Nieto, V., Reina Sánchez, M., Sáinz Hidalgo, I., et al. (2003). Implantación y características de los programas de rehabilitación cardíaca en el Sistema Nacional de Salud español. *Revista Española de Cardiología*, 56(8), 775–782.
- Martos, M. J., Pozo, C. y Alonso, E. (2008). Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos. *Boletín de Psicología*, 93, 59–77.
- Maton, K. I. (1989). Community settings as buffers of life stress. Highly supportive churches, mutual help groups and seniors centres. *American Journal of Community Psychology*, 17(2), 203–232.
- Medalie, J. y Goldbourt, V. (1976). Angina pectoris among 10.000 men: II. Psychosocial and other risk factors as evidence by a multivariate analyses of a five year incidence study. *American Journal of Epidemiology*, 60, 910–920.
- Okun, M. A., Ruehmar, L., Karoly, P., Lutz, R., Fairholme, C. y Schaub, R. (2003). Social support and social norms: Do both contribute to predicting leisure-time exercise? *American Journal of Health Behaviour*, 27(5), 493–507. <http://dx.doi.org/10.5993/AJHB.27.5.2>
- Orth-Gomer, K., Rosengren, A. y Wilhelmsen, L. (1993). Lack of social support and incidence of coronary heart disease in middle-aged Swedish men. *Psychosomatic Medicine*, 55(1), 37–43.
- Patterson, A. C. y Veenstra, G. (2010). Loneliness and risk of mortality: A longitudinal investigation in Alameda County, California. *Social Science & Medicine*, 71(1), 181–186.
- Piferi, R. L. y Lawler, K. A. (2006). Social support and ambulatory blood pressure: An examination of both giving and receiving. *International Journal of Psychophysiology*, 62, 328–336.
- Polonsky, W. H., Anderson, B. J., Lohrer, P. A., Welch, G., Jacobson, A. M. y Schwartz, C. (1995). Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care*, 18, 754–760.
- Pozo, C., Alonso, E. y Hernández, S. (2007). Diseño de una intervención psicosocial dirigida al incremento de la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos. En A. Blanco y J. Rodríguez Marín (Eds.), *Intervención psicosocial* (pp. 75–101). Madrid: Prentice Hall.
- Pratt, R. J., Robinson, N., Loveday, H. P., Pellowe, C. M., Franks, P. J., Hankins, M., et al. (2001). Adherence to antiretroviral therapy: Appropriate use of self-reporting in clinical practice. *HIV Clin Trials*, 2, 146–159.
- Revenson, T. A. (1994). Social support and marital coping in chronic illness. *Annals of Behavioral Medicine*, 6, 122–130.
- Revenson, T. A. y Majerovitz, D. S. (1991). The effects of chronic illness on the spouse. *Arthritis Care and Research*, 4(2), 63–72.
- Rodríguez, C. J., Elkind, M. S., Clemow, L., Jin, Z., di Tullio, M., Sacco, R. L., et al. (2011). Association between social isolation and left ventricular mass. *The American Journal of Medicine*, 124(2), 164–170.
- Rogers, C. R. (1980). *El poder de la persona*. México: El Manual Moderno.
- Rook, K. S. (1985). The function of social bonds: Perspectives from research on social support, loneliness and social isolation. En I. G. Sarason y B. R. Sarason (Eds.), *Social Support: Theory, Research and Applications*. Boston: Martinus Nijhoff.
- Rose, J. H. (1990). Social support and cancer: Adult patients' desire for support from family, friends, and health professionals. *American Journal of Community Psychology*, 18(3), 439–464.
- Rutledge, T., Reis, S. E., Olson, M., Owens, J., Kelsey, S. F., Pepine, C. J., et al. (2004). Social networks are associated with lower mortality rates among women with suspected coronary disease: The National Heart, Lung, and Blood Institute-sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 882–888.
- Sánchez, A. M. A. (2012). *Calidad de vida, apoyo social y autoeficacia en personas con infarto agudo de miocardio en un área sanitaria de la provincia de Huelva [tesis inédita de doctorado]*. Huelva: Universidad de Huelva.
- Sayago-Silva, I., García-López, F. y Segovia-Cubero, J. (2013). Epidemiología de la insuficiencia cardíaca en España en los últimos 20 años. *Revista Española de Cardiología*, 66(8), 649–656.
- Schulz, R. y Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality. The caregiver health effects study. *The Journal of the American Medical Association*, 282(23), 2215–2219.
- Schwarzer, R., Knoll, N. y Rieckmann, N. (2004). Social support. En A. Kaptein y J. Weinman (Eds.), *Introduction to Health Psychology* (pp. 158–182). Oxford, England: Blackwell.
- Seeman, T. E. y Syme, S. L. (1987). Social networks and coronary artery disease: A comparison of structure and function of social relations as predictors of disease. *Psychosomatic Medicine*, 49(4), 341–354.
- Shumaker, S. y Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11–36.
- Stansfeld, S. y Fuhrer, R. (2002). Social relations and coronary heart disease. En S. Stansfeld y M. Marmot (Eds.), *Stress and the Heart. Psychosocial Pathways to Coronary Heart Disease*. England: British Medical Journal Books.
- Stern, M. J. y Pascale, L. (1979). Psychosocial adaptation post-myocardial infarction: The spouse's dilemma. *Journal of Psychosomatic Research*, 23, 83–87.
- Torres, X. y Baillès, E. (2015). *Comprender el estrés: Estrés y salud*. España: AMAT.
- Tsouana-Hadjis, E., Vemmos, K. N., Zakopoulos, N. y Stamatiopoulos, S. (2000). First stroke recovery process: The role of family social support. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(7), 881–887.
- Uchino, B. N. (2004). *Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377–387.
- Wang, P. S., Bohn, R. L., Knight, E., Glynn, R. J., Mogun, H. y Avorn, J. (2002). Noncompliance with antihypertensive medications. The impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *Journal of General Internal Medicine*, 17(7), 504–511.

- Wilcox, B. L. y Vernberg, E. M. (1985). Conceptual and theoretical dilemmas facing social support research. En I. G. Sarason y B. F. Sarason (Eds.), *Social Support: Theory, Research, and Applications*. Boston: Martinus Nijhoff.
- Wills, T. A. y Filer Fegan, M. (2001). Social networks and social support. En A. Baum, T. A. Revenson, y J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 209–234). Mahwah, NY: Erlbaum.
- Wortman, C. B. y Conway, T. L. (1985). The role of social support in adaptation and recovery from physical illness. En S. Cohen y L. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp. 281–302). New York: Academic Press.
- Zhang, X., Norris, S. L., Gregg, E. W. y Beckles, G. (2007). Social support and mortality among older persons with diabetes. *The Diabetes Educator*, 33, 273–281.