

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Calidad de vida y apoyo social en pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado

Milagros Jiménez Muro*, Casimiro Gómez Pajuelo**, Carlos Sáenz de la Calzada**, Salustiano del Campo Urbano***, José Luis Lacasa Rivero**** y Marta Pombo Jiménez**

Servicios de *Rehabilitación, **Cardiología y ****Unidad Coronaria. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ***Facultad de Sociología. Universidad Complutense. Madrid.

apoyo social / bioestadística / calidad de vida / cardiopatía isquémica / enfermedades cardiovasculares / estudio comparativo / estudios de seguimiento / factores socioeconómicos / infarto de miocardio

Introducción. Existe una asociación entre apoyo social y salud. En la cardiopatía isquémica apenas se ha estudiado la influencia del apoyo social en la calidad de vida.

Objetivos. Estudiar el entorno social, calidad de vida y apoyo social instrumental y emocional en pacientes con un primer infarto agudo de miocardio.

Pacientes y métodos. Se estudian 155 pacientes, sometidos a dos evaluaciones: al ingreso y a los seis meses. Se incluyeron variables clínicas, socioeconómicas, de apoyo social y de calidad de vida.

Resultados. Nivel socioeconómico: un 90,9% sabe leer y escribir, y el 42,3% o no tiene ningún estudio o poseen formación primaria incompleta. El 45,1% estaba trabajando y seis meses después sólo se había incorporado al trabajo un 14%, predominantemente obreros cualificados y con estudios secundarios o superiores. El 78,7% disponía de apoyo instrumental y un 69,9% apoyo emocional. La calidad de vida mejoró del inicio ($108,1 \pm 19,3$) al final ($101,1 \pm 19,8$). Existe una asociación estadísticamente significativa entre apoyo instrumental y emocional y calidad de vida, lo que indica que la calidad de vida está relacionada con la ayuda que reciben los pacientes.

Conclusiones. La calidad de vida del paciente está asociada al apoyo emocional y instrumental. La percepción de apoyo depende del tamaño de la red social. La calidad de vida y el nivel de estudios están relacionados de tal manera que los pacientes con peor calidad de vida tienen menor nivel de estudios. Baja reincorporación al trabajo tras un primer infarto no complicado.

Palabras clave: *Calidad de vida. Apoyo social. Infarto de miocardio.*

Correspondencia: Dra. M. Jiménez Muro.
Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario 12 de Octubre.
Ctra. de Andalucía, km. 5. 28041 Madrid.

Recibido el 24 de junio de 1998.

Aceptado para su publicación el 26 de febrero de 1999.

QUALITY OF LIFE AND SOCIAL SUPPORT AFTER A FIRST, NON-COMPLICATED ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Introduction. There is a relationship between social support and health. However, there is no very much available research in the area of ischemic heart disease related to the influence of social support on the quality of life.

Objectives. To study the social aspects of patients. To measure emotional and instrumental social support and quality of life, after a first acute myocardial infarction.

Patients and methods. 155 patients were studied under two pieces of assessment: at admission's time and six months later. A protocol was selected with clinical, socio-economic, social support and quality of life variables.

Results. 90,9% could read and write, however 42.3% have any study or completed their primary studies. Moreover, 45.1% of patients were working, at six months only 14% of them had returned to their jobs. They were blue and white collar patients. Availability of instrumental and emotional social support was referred by 78.7% and 69.9% respectively of patient's. At the beginning, the mean quality of life was 108.1 ± 19.3 . Six months later was 101.1 ± 19.1 SD. Statistics revealed that the availability of instrumental and emotional social support impacts favourably on human being's health.

Conclusions. The quality of life is related to the patient's perceived social support. The perceived social support depends directly on the size of their network. Moreover, there is a relationship between quality of life and educational achievement, so that, the lower that patient's quality of life, the lower the educational achievement. After the first not complicated myocardial infarction the return to their jobs is really low.

Key words: *Social support. Quality of life. Myocardial infarction.*

(*Rev Esp Cardiol* 1999; 52: 467-474)

INTRODUCCIÓN

El infarto agudo de miocardio (IAM) es una de las principales causas de muerte en los países industrializados. El gran desarrollo tecnológico de las últimas décadas ha permitido alcanzar un diagnóstico preciso y un modelo de atención sanitaria adecuada a las necesidades del paciente¹. Sin embargo, existen numerosos aspectos no resueltos que influyen en la recuperación, evolución y calidad de vida (CV) del paciente que ha sufrido un IAM². Parece razonable suponer que junto al estado de la función cardiovascular hay que considerar una amplia variedad de factores sociales, psicológicos, culturales y económicos que pueden afectar al pronóstico y a la CV del enfermo. Efectivamente, la evidencia empírica muestra que la naturaleza de los recursos interpersonales encontrados en el apoyo social (AS) afecta a la situación del individuo y puede reducir o aumentar la CV del paciente tras un IAM³. Por todo ello y con objeto de valorar la relación entre CV y AS, se ha realizado un estudio que describe el entorno social de los pacientes y analiza la influencia del apoyo social en la calidad de vida de los pacientes con IAM no complicado.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio longitudinal descriptivo, de seis meses de seguimiento en pacientes con primer episodio de IAM, en el Hospital Universitario 12 de Octubre. La recogida de los datos se realizó desde febrero de 1994 hasta febrero de 1995. La investigación fue realizada en un marco de población definida por unos criterios de inclusión y de exclusión. Los criterios de inclusión fueron: primer episodio de infarto, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 35 y 75 años, ingresados en el hospital y pertenecientes al Área Sanitaria 11. Se excluyeron los pacientes con segundo infarto y aquellos que presentaron cualquier complicación clínica grave: angina postinfarto, insuficiencia cardíaca (clase Killip 2 o superior, insuficiencia mitral aguda, rotura cardíaca, o necesitaron respiración asistida y asistencia circulatoria durante la estancia en la unidad coronaria [UC], o necesidad de coronariografía y/o procedimientos urgentes de revascularización). Se adoptaron dichos criterios de exclusión con el fin de homogeneizar la muestra y evitar los sesgos que las complicaciones severas pudieran introducir en relación con la CV.

Definiciones

Apoyo social. Se define por el conjunto de transacciones emocionales y materiales no regladas entre los individuos que componen la red social⁴. *Apoyo emocional.* Se define por disponer de un persona o personas en las que confían o pueden desahogarse cuando

se tiene problemas o preocupaciones. Se les preguntaba a los pacientes específicamente respecto a la presencia o no de apoyo emocional y quién se lo proporcionaba^{5,6}. *Apoyo instrumental.* Se define como la ayuda material dirigida hacia el individuo. Se les preguntaba a los pacientes si disponían de ayuda o no para realizar ciertas tareas, como recordarles la toma de la medicación, las citas con su médico, ayuda en desplazamientos habituales, realización de ejercicio físico, prestar ayuda económica y quién se lo proporcionaba^{5,6}.

Red social. Se define como un tipo específico de relaciones que vincula a un grupo determinado de personas, objetos o acontecimientos⁷. En consecuencia, y a efectos del presente estudio, el apoyo social que las redes prestan a sus miembros constituye un factor decisivo en el mantenimiento y mejora de la salud física, psíquica y social.

Calidad de vida. Se define como la situación en la que el sujeto puede realizar adecuadamente las funciones orgánicas e instrumentales básicas, así como las funciones sociales y las funciones de relación⁸. La CV es un baremo psicométrico que se utiliza para valorar el estado de salud subjetivo del individuo. El nivel de CV depende no sólo de los efectos que la enfermedad produce en la actividad funcional habitual, sino también de las experiencias pasadas y de las expectativas futuras, así como de las condiciones familiares y sociales⁹. La valoración de la CV persigue como finalidad última conciliar los elementos objetivos y subjetivos incluidos en los conceptos de salud y de enfermedad.

Infarto agudo de miocardio complicado. Se definió como aquel paciente que sufrió en la fase aguda del IAM bien insuficiencia cardíaca, shock cardiogénico, angina postinfarto, o complicaciones mecánicas del tipo insuficiencia mitral o pericarditis¹⁰, como se ha comentado anteriormente.

Entrevista

Inicialmente, cada paciente del estudio fue evaluado por un cardiólogo para definir si el infarto era o no complicado, y a continuación se esperaba a que fuera trasladado de la UC a la planta de hospitalización para realizar la primera entrevista, una vez explicado el objetivo del estudio y solicitado el consentimiento. Para cada participante se cumplimentó un cuestionario en el que se recogió la información de las variables del estudio en dos evaluaciones. La primera tuvo lugar entre el séptimo y decimoquinto día del ingreso y la segunda a los seis meses. Las entrevistas fueron llevadas a cabo por la primera firmante del artículo y dos personas entrenadas específicamente para ello.

Variables clínicas. Se obtuvieron de la historia del paciente y son las siguientes: edad, sexo, localización del infarto (anterior, inferior, lateral, antero-septal y

más de una localización)¹⁰. *Variables socioeconómicas*. Las definidas por el Instituto Nacional de Estadística. *Apoyo social y red social* se midieron con el índice de red social de Seeman y Berkman¹¹. Consta de 61 ítems divididos en cuatro áreas: 1) tamaño de la red: mide el número de personas que componen la red social, esposa(o), número de hijos(as), nietos(as), hermanos(as), sobrinos(as) y amigos(as); 2) estructura de la red: mide, a) número de contactos semanales y mensuales con cada uno de los miembros de la red, y b) número de miembros de la red que viven en el domicilio del paciente, en la misma ciudad y fuera de ella; 3) apoyo social y función del apoyo social instrumental o emocional. La categorización del apoyo social se ha realizado mediante una única respuesta dicotómica, y 4) quiénes son los proveedores. Calidad de vida se midió con la escala de CV de Velasco-Del Barrio¹². Consta de 44 ítems dividida en ocho áreas: salud, sueño y descanso, comportamiento emocional, proyectos de futuro, movilidad, relaciones sociales, comportamiento de alerta, comunicación, tiempo de ocio y trabajo. Cada ítem responde en una escala de Likert de 1 a 5 puntos. La puntuación máxima es de 220 puntos para los pacientes que refieren una mala calidad de vida mientras que la puntuación mínima es de 44 puntos que corresponde a los que refieren una buena CV.

Análisis estadístico

La recogida y análisis de los datos se llevó a cabo siguiendo los criterios propuestos en los objetivos. Se realizó un estudio descriptivo de las variables. En el caso de las variables cuantitativas se indica el número de efectivos de la muestra (número de casos), la media aritmética, la desviación estándar, así como los valores máximo y mínimo. Para las variables cualitativas, se analizó, la frecuencia absoluta (número de casos) y la frecuencia relativa (%). Dado el tamaño inicial de la muestra (155 pacientes), no se ha considerado necesario efectuar el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar el ajuste a la normalidad, de acuerdo con el teorema central del límite. Sólo en aquellos subgrupos con efectivos inferiores a 30 se ha realizado este test. Para estudiar las posibles relaciones entre tamaño y estructura de la red y tipo de apoyo, en el análisis de las variables cuantitativas se ha utilizado la comparación de medias apareadas o el test de Student. Para variables dicotómicas se ha utilizado la prueba de McNemar. En el caso de variables cualitativas, se ha realizado la prueba de la χ^2 (Pearson), con la corrección de Yates y, en su caso, la prueba exacta de Fisher. Para el estudio de las posibles relaciones entre apoyo y calidad de vida se ha utilizado el análisis de variancia de una vía y, en su caso, el test de Newman-Keuls para la determinación de los pares que discrepaban entre sí. En el estudio de las posibles

relaciones entre calidad de vida y un factor de nivel de estudios se ha realizado el análisis de variancia (ANOVA) de una vía para conocer si existen diferencias significativas. A su vez, seis meses después de padecida la enfermedad, se realizó una investigación descriptiva y analítica que trató de probar la existencia de alguna diferencia significativa en ambos tipos de variables respecto al momento de la aparición de la lesión cardiovascular.

RESULTADOS

Se estudiaron 155 pacientes de los cuales 129 eran varones y 26 mujeres. La edad media fue de $60,6 \pm 9,6$ años. Variables clínicas: en cuanto a la localización del infarto, el 40% (62) de los enfermos sufrieron infarto inferior, mientras que el resto de ellos se distribuyeron de la siguiente forma: un 6,4% (10 pacientes) infarto lateral, 7,7% (12 pacientes) antero-septal; 14,1% (22 pacientes) infarto anterior e infarto en más de una localización un 31,6% (49) de los pacientes. A los seis meses del IAM, el 86,4% (115 varones y 19 mujeres) accedieron a realizar la segunda entrevista. No aceptaron continuar en el estudio el 5,1% de los pacientes, el 3,8% no fueron localizados y un 1,2% se trasladó a vivir a otras ciudades. Un 3,2% de los pacientes fallecieron durante el seguimiento y un 16,5% fueron sometidos a cirugía de revascularización.

Perfil socioeconómico

La situación socioeconómica de los pacientes se expone en la **tabla 1**. En cuanto al nivel de estudios, la mayoría de los enfermos sabe leer y escribir (90,9%), no sabe leer ni escribir el 9,1%, y casi la mitad de ellos (43,6%) o bien no posee ningún estudio (27,0%), o bien tiene formación primaria incompleta (16,6%). Solamente un 38% de los enfermos poseen estudios primarios completos y tan sólo el 18,4% han cursado estudios secundarios y de estos, únicamente un 5,8% ha realizado estudios superiores. Respecto a la actividad laboral, el trabajo no cualificado y los obreros manuales son las ocupaciones ejercidas por la mayor parte (66,4%) de los enfermos analizados y un 14,3% de los pacientes eran pequeños empresarios o ejercían profesiones liberales. Por lo que respecta a su situación profesional actual, casi la mitad de ellos (45,1%) estaban trabajando mientras que la otra mitad (41,3%) se encontraba en situación de jubilación reglamentaria o anticipada. Si nos referimos a los ingresos familiares mensuales, aproximadamente la mitad de los pacientes (42,5%) percibían cantidades inferiores a 90.000 pesetas y sólo un 25% de ellos disfrutaban de rentas familiares mensuales superiores a 150.000 pesetas.

Al examinar los datos relativos a las comodidades de la vivienda observamos que la mitad (50,4%) de los

TABLA 1
Situación socioeconómica de los pacientes del estudio

Características	7-15 días (%, n = 155)	6 meses (%, n = 134)	P
Edad	60,6 ± 9,6*		
Sexo (V/M)	129/26	115/19	
Estado civil			
Casado	86,4		
Viudo	7,3		
Soltero/separado	6,3		
Alfabetización			
Leen y escriben	90,9		
Leen y no escriben/no leen ni escriben	9,1		
Nivel de estudios			
Sin estudios	27,0		
Primaria incompleta	16,6		
Primaria completa	38,0		
Estudios secundarios y universitarios	18,4		
Profesión ejercida durante más tiempo			
No cualificado	25,2		
Obrero cualificado	41,2		
Oficinista, dependiente	19,3		
Profesión estudios medios/superiores	14,3		
Actividad laboral			
Trabaja	45,1	14,0	< 0,001
Trabaja en sus labores	7,5	7,7	NS
Jubilado/enfermedad/laboral o normal	41,0	71,9	< 0,001
Paro	6,4	6,4	NS
Ingresos familiares mensuales (ptas.)			
Ingresos mensuales < 90.000	42,5	43,6	NS
Ingresos < 150.000	32,2	36,1	NS
Ingresos > 150.000	25,3	20,3	NS
Tipo de vivienda			
Propietario vivienda	90,2		
Comodidades de la vivienda			
Poseen coche	41,3		
Poseen ascensor	65,2		
Poseen calefacción	50,4		

*Media ± desviación estándar.

pacientes dispone de calefacción, el 65,2% de ascensor y un 41,3% de los pacientes tiene coche. Asimismo, la mayoría de los pacientes poseen ducha, bañera (99,3%), agua caliente (97,4%), gas (97,4%) así como radio y televisión (99,3%). Un 90,2% son propietarios de la vivienda.

Seis meses después del infarto, las diferencias significativas ($p < 0,001$), recogidas en la **tabla 1**, tienen lugar en la categoría de los que trabajan y en los jubilados, que descienden en 31,1 y 30,9 puntos, respectivamente, desde el inicio.

TABLA 2

Relación entre tamaño medio de la red y número de pacientes que refieren tener o no tener apoyo instrumental y emocional después del infarto

7-15 días	Número	Media ± DE	p
Apoyo instrumental/sí	122	26,1 ± 12,6	< 0,001
Apoyo instrumental/no	33	17,8 ± 9,6	
Apoyo emocional/sí	108	26,2 ± 12,4	< 0,001
Apoyo emocional/no	47	20,2 ± 11,8	

Percepción de apoyo instrumental y emocional y red social

Se presenta en la **tabla 2**. El número de pacientes que refieren tener y no tener apoyo instrumental y emocional y la media y desviación estándar del tamaño de la red social. Los resultados obtenidos muestran que la percepción o no de ambos tipos de apoyo depende del tamaño de la red ($p < 0,001$).

Los proveedores de apoyo fueron los cónyuges en el 64,4% de los casos, seguidos de los amigos en un 14,9%, las hijas en un 7,4%, un familiar varón en un 7,4%, un familiar mujer en un 4,6% y los hijos varones en un 3,7%.

Para conocer quién de los componentes de la red ejercía más ayuda y de qué tipo era dicha ayuda se estudió la relación entre la percepción de apoyo instrumental y emocional y los distintos componentes de la red: cónyuge, hijos, nietos, hermanos, sobrinos y amigos. Los datos expuestos en la **tabla 3** revelan que los hijos, nietos y sobrinos son los proveedores de ayuda material (instrumental) pero no emocional. Los hermanos, por su parte, están asociados a ambos tipos de prestaciones tanto materiales como afectivas, mientras que los amigos están relacionados exclusivamente con ayudas de orden afectivo. A su vez, la presencia del cónyuge no se asocia significativamente ni con el apoyo instrumental ($p = 0,578$) ni con el emocional ($p = 0,110$).

Con el fin de determinar los factores de los que depende la ayuda que prestan los diferentes miembros de la red, se analizó la estructura de la red (número de contactos semanales o mensuales y número de miembros próximos a la vivienda del paciente) y su relación con el apoyo. Con los datos recogidos en la **tabla 4** se observa que la disponibilidad de ayuda material y emocional se produce cuando existe un mayor número de contactos. Sin embargo, la proximidad a la vivienda esta asociada únicamente con el apoyo instrumental ($p < 0,001$) y no con el emocional.

A los seis meses de padecer la enfermedad, la percepción de apoyo instrumental (**tabla 5**) apenas se modifica y sin embargo el apoyo emocional desciende en 17 puntos. El análisis realizado entre ambos cortes presenta diferencias significativas del apoyo emocional ($p < 0,001$) pero no del instrumental. El resto de los parámetros estudiados no han mostrado modifica-

TABLA 3
Composición media de los distintos miembros de la red y su relación con el apoyo social

	Apoyo Social 7-15 días					
	Apoyo instrumental/sí (n = 122)	Apoyo instrumental/no (n = 33)	p	Apoyo emocional/sí (n = 108)	Apoyo emocional/no (n = 47)	p
Hijos*	2,6 ± 1,6	1,7 ± 1,2	< 0,001	2,6 ± 0,9	2,3 ± 1,7	NS
Nietos*	2,6 ± 0,9	1,3 ± 1,8	< 0,05	2,3 ± 3,1	1,7 ± 2,7	NS
Sobrinos*	13,1 ± 9,6	9,2 ± 7,0	< 0,05	12,8 ± 9,1	11,1 ± 9,5	< 0,05
Hermanos*	3,4 ± 2,0	2,5 ± 2,0	< 0,05	3,5 ± 2,0	2,7 ± 2,2	< 0,05
Amigos*	3,6 ± 3,8	2,3 ± 3,2	NS	4,0 ± 3,9	1,6 ± 2,3	< 0,001

*Media ± DE.

TABLA 4
Relación entre apoyo social y estructura de la red: número de contactos y proximidad a la vivienda a los 7-15 días

	Apoyo instrumental/sí (n = 122)	Apoyo instrumental/no (n = 33)	p	Apoyo emocional/sí (n = 108)	Apoyo emocional/no (n = 47)	p
Contactos /semana/mes*	18,5 ± 10,9	10,0 ± 5,6	< 0,001	18,9 ± 11,4	11,6 ± 5,9	< 0,001
Proximidad/casa/ciudad/fuera*	16,7 ± 10,7	10,9 ± 7,3	< 0,001	16,5 ± 10,7	13,3 ± 9,4	NS

*Media ± DE.

TABLA 5
Relación entre apoyo social instrumental y emocional 7-15 días y 6 meses después del infarto

Apoyo social (n = 134)	7-15 días (%)	6 meses (%)	p
Instrumental/sí	106 (79,1)	107 (79,8)	NS
Instrumental/no	28 (20,9)	27 (20,2)	
Emocional/sí	93 (69,4)	76 (56,7)	
Emocional/no	41 (30,5)	58 (43,2)	< 0,001

ciones significativas. La respuesta más llamativa se obtiene en relación con los hermanos que aumentan la frecuencia de visitas y ayuda de orden material y emocional significativamente ($p < 0,001$). Igualmente, la de los amigos, que presenta una relación significativa en el apoyo emocional ($p < 0,001$) respecto del inicio.

Calidad de vida y apoyo social

La **tabla 6** presenta la puntuación media total de calidad de vida al inicio del estudio y a los seis meses de la enfermedad. La puntuación media total descendió en siete puntos respecto al inicio, lo que pone de manifiesto que los pacientes percibieron una mejor CV. Asimismo, en el análisis comparativo realizado entre la puntuación media total de CV de ambos cortes se observa una diferencia significativa ($p < 0,001$). Las áreas que mejoraron y presentaron diferencias signifi-

TABLA 6
Calidad de vida inicial y seis meses después de la enfermedad

Calidad de vida (n = 134)	7-15 días (Media ± DE)	6 meses (Media ± DE)	p
Salud	19,7 ± 5,4	17,3 ± 5,0	< 0,001
Sueño	7,6 ± 3,3	7,2 ± 3,2	NS
Emoción	8,8 ± 3,0	6,5 ± 2,7	< 0,001
Proyectos de futuro	8,4 ± 2,8	6,4 ± 2,5	< 0,001
Movilidad	15,9 ± 4,5	17,0 ± 4,1	< 0,05
Relación	16,4 ± 5,1	16,2 ± 5,3	NS
Alerta	5,6 ± 2,8	7,3 ± 3,3	< 0,001
Comunicación	8,6 ± 3,5	9,1 ± 4,5	NS
Ocio	17,1 ± 5,4	13,1 ± 4,6	< 0,001
Total	108,1 ± 19,3	101,1 ± 19,8	< 0,001

cativas fueron: salud, emoción, proyectos de futuro y ocio. Sin embargo, alerta y movilidad empeoraron significativamente. El resto no presentó modificaciones de interés.

Al examinar la relación entre el AS y la CV (**tabla 7**), los resultados obtenidos revelan una asociación significativa ($p < 0,001$) entre ambos parámetros en el inicio y a los seis meses de la enfermedad. En ambos cortes, los pacientes con apoyo emocional presentaron puntuaciones más bajas de CV que los que no poseen ningún tipo de apoyo.

En relación con el nivel de estudios y calidad de vida (**tabla 8**), inicialmente los pacientes sin estudios

TABLA 7
Relación entre apoyo social y calidad de vida
a los 7-15 días y 6 meses después del infarto

Apoyo social	Número	7-15 días (Media ± DE)	Número	6 meses (Media ± DE)
Ambos	89	88,2 ± 16,7	78	86,7 ± 16,9
Instrumental	33	93,3 ± 13,8	28	87,1 ± 15,5
Emocional	19	82,2 ± 10,8	15	82,3 ± 15,4
Ninguno	14	103,5 ± 21,2	13	102,4 ± 19,6
p		NS		< 0,001

Para más detalles, véase la explicación en el texto.

consiguieron puntuaciones medias de CV global más elevadas que los grupos con estudios primarios, secundarios y universitarios. Las puntuaciones medias alcanzadas en el seguimiento descienden en las tres categorías, lo que revela que todos los grupos mejoran a los seis meses de padecer la enfermedad. No obstante, es preciso destacar que la mejoría es menor en aquellos enfermos que no poseen estudios, con una diferencia significativa de $p < 0,05$. Asimismo, en el análisis realizado entre CV y un factor de nivel de estudios aparecen diferencias significativas ($p < 0,001$) sólo a los seis meses de la enfermedad.

DISCUSIÓN

En este estudio, realizado para conocer la influencia de las variables socioeconómicas en el AS y la CV se ha encontrado asociación significativa únicamente entre nivel de estudios y CV, es decir, que el nivel de educación aparece como factor decisivo en la percepción del bienestar de los pacientes. No obstante, el estudio descriptivo sugiere otros aspectos referidos a la situación real de los pacientes que merecen ser resaltados. Así, se percibe que un bajo nivel cultural, acompañado de un bajo nivel de estudios, va a propiciar la aparición de serias dificultades en el seguimiento de la enfermedad (seguir la dieta, la medicación, atender las pruebas, incluso la propia comunicación con los profesionales sanitarios). En este sentido, conviene señalar que una buena comunicación entre pacientes, médicos y personal de enfermería beneficiará, sin duda, a ambas partes, especialmente en el tratamiento

y seguimiento de una enfermedad^{13,14}. Parece interesante comentar el comportamiento de la variable «incorporación laboral». Hay que destacar que sólo un 14% de los enfermos se incorporó a su trabajo habitual, precisamente, aquellos que eran obreros cualificados y los que poseían estudios secundarios o superiores o eran trabajadores por cuenta propia. Esta cifra es llamativamente baja, si la comparamos con las de estudios de similares características. En efecto, la incorporación al puesto de trabajo suele situarse en torno al 80% en los primeros meses del suceso, y un 10% más lo hace entre los tres y seis meses siguientes¹⁵. El presente estudio, sin embargo, parece apuntar que la baja por enfermedad institucionaliza el rol del paciente, especialmente en el caso de los trabajos de baja cualificación. La baja reincorporación laboral observada puede ser atribuida, entre otras causas, a la falta de estímulos profesionales, a la escasa cualificación laboral de la mayoría de los enfermos, unida a la baja calidad de sus puestos de trabajo, que puede hacer que resulte muy poco atractiva la idea de la reincorporación al mundo laboral, lo cual dificulta la integración social de los enfermos. Si atendemos a estos datos, podría sugerirse entonces el diseño y puesta en práctica de una política sanitaria específicamente laboral que contemplara, entre otras cosas, las modificaciones a realizar en el puesto de trabajo con el fin de facilitar la integración de los pacientes en la sociedad. No obstante, una de las limitaciones del estudio es que se refiere a una población con unas características socioeconómicas como las descritas, y probablemente las conclusiones no se puedan extrapolar a poblaciones con un perfil socioeconómico diferente.

En cuanto al análisis de las características de la red y su asociación con el apoyo social, en el corto período de tiempo que abarca la presente investigación apenas ha sido posible rastrear la evolución del tamaño y estructura de la red, pero sí ha aparecido, de forma expresa, la característica de estabilidad, especialmente referida al número de familiares que la integran. Es preciso señalar que el tamaño de la red ejerce una influencia esencial en la provisión de apoyo social. Sabemos por los resultados obtenidos que los familiares más directos, fundamentalmente la esposa(o), son los proveedores de ayuda material y emocional aunque no se asocie significativamente con ninguno de ellos.

TABLA 8
Relación entre nivel de estudios y calidad de vida

Parámetro	Número	7-15 días (Media ± DE)	Número	6 meses (Media ± DE)	p
Sin estudios	60	109,7 ± 18,3	60	102,5 ± 19,9	< 0,05
Estudios primarios	48	107,5 ± 17,9	48	100,0 ± 18,8	< 0,05
Estudios secundarios y universitarios	26	104,8 ± 18,1	26	94,5 ± 14,7	< 0,05

Esto nos sugiere, al igual que en otros estudios⁵, que de no existir el cónyuge sus funciones en cuanto a la prestación de apoyo son tomados por otro u otras personas. Los hijos son importantes proveedores de ayuda material, en tanto que los amigos suelen estar relacionados sólo con el apoyo emocional. El papel desempeñado por los hermanos abarca tanto ayudas materiales como emocionales. Algunos autores lo atribuyen a la pertenencia a la misma generación, al mismo nivel socioeconómico, cultural y social¹⁶. De todos modos, el apoyo aparece como una necesidad esencial del ser humano en épocas de crisis, en este caso cuando nos hallamos ante un individuo enfermo. Por tanto, cuando el paciente no tiene a su disposición familiares próximos busca proveedores sustitutos. Según nuestro estudio, la integración del individuo en una red de gran tamaño supone para él tener a mano mayores oportunidades de conseguir apoyo. No obstante, tener o no tener apoyo depende, decisivamente, de la estructura cualitativa de la red aun más que de sus aspectos cuantitativos. Es decir, de las numerosas oportunidades que la red ofrece sólo unas pocas llegan a materializarse en verdadero apoyo instrumental o emocional.

En último término nos referimos a la calidad de vida. La CV mejoró significativamente del inicio al final. Ésta fue debida a la mejoría observada en las áreas de salud, emoción, proyectos de futuro y ocio mientras que el resto de las áreas no se modificaron o empeoraron. Por otro lado, existe una asociación significativa entre la CV global y el apoyo instrumental y emocional percibido. Así, los pacientes que declaran tener ayuda instrumental y/o emocional presentan puntuaciones más bajas en la escala de CV global que aquellos que no reciben ningún tipo de ayuda; es decir, su calidad de vida es mejor. La percepción del apoyo emocional parece ser un indicativo de CV superior al apoyo instrumental, ya que se obtuvieron puntuaciones más bajas. Algunos autores afirman que la falta de tal apoyo (emocional) se puede constituir en predictor de morbilidad¹⁷ aunque éste no ha sido uno de los parámetros analizados.

De este trabajo se desprende la necesidad de seguir investigando la validez del contenido del conjunto de ítems y la sensibilidad de las escalas de CV y AS, como ya han puesto de manifiesto diversos autores¹⁸⁻²⁰.

A partir de los datos de nuestro estudio, conocemos, en definitiva, algo mejor la situación y condiciones de los pacientes de una enfermedad tan grave y frecuente como es el IAM en un entorno social definido. De este estudio, se podrían desprender medidas de actuación que ayuden a mejorar el bienestar de los pacientes, su CV, en suma, desde el mismo momento de la aparición de la lesión hasta su plena recuperación e integración social. Todo ello debe ser aceptado como un valioso medio o recurso puesto al servicio del objetivo esencial perseguido. En este orden de cosas, el AS debe ser considerado como un factor decisivo y determinante

de la propia evolución del enfermo que ha sufrido un infarto agudo de miocardio.

CONCLUSIONES

De la investigación realizada se puede concluir que la CV está directamente asociada al apoyo instrumental y emocional. Los pacientes con apoyo presentan una mejor CV que los que no lo poseen. A su vez, el AS depende del tamaño de la red. Asimismo, la CV y el nivel de estudios están estrechamente relacionados, de tal manera que los pacientes con peor CV son aquellos con menor nivel de estudios. Finalmente, hay que resaltar la escasa incorporación laboral de este grupo de pacientes con infarto de miocardio no complicado.

AGRADECIMIENTO

Este trabajo no hubiera sido posible sin la estimable y desinteresada colaboración de los pacientes que tuvieron la amabilidad de responder a las numerosas preguntas incluidas en las dos entrevistas. Deseamos expresar nuestro agradecimiento a Doña Cristina Díaz y a todo el personal del Servicio de Admisión, Unidad Coronaria y Planta de Cardiología del Hospital 12 de Octubre por la amabilidad y ayuda que nos han brindado a lo largo de todo el desarrollo del trabajo de campo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ben-Sira Z, Elizer R. The structure of readjustment after heart attack. *Soc Sci Med* 1990; 30: 523-536.
2. Sáenz de la Calzada C, Gómez Pajuelo C, Gómez Sánchez M. Historia natural y factores pronósticos de la enfermedad coronaria. *Cardiología & Hipertensión* 1991; 2: 19-23.
3. Friis R, Taff G. Social support and social networks and coronary heart disease and rehabilitation. *J Cardiopul Rehabil* 1986; 6: 132-147.
4. Bowling A, Browne PD. Social networks, health, and emotional well-being among the oldest old in London. *J Gerontol Soc Sci* 1991; 1: 520-532.
5. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up of Alameda County. *Am J Epidemiol* 1978; 109: 186-204.
6. House JS, Kahn RL. Measures and concepts of social support. En: *Social support and health* (2.ª ed.). Orlando: Academic Press, 1985; 78-102.
7. Berkman LF. Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Ann Rev Public Health* 1984; 34: 1-9.
8. Oldridge N, Guyatt G, Jones N. Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1991; 67: 1.084-1.089.
9. Mendola WH, Fenny DH, Patrick DL. Quality of life and coronary artery bypass surgery patients. *Soc Sci Med* 1978; 13A: 457-461.
10. Huggins GS, O'Gara PT. Clinical presentation and diagnostic evaluation in acute myocardial infarction. En: Fuster V, Ross R, Topol EJ, editores. *Atherosclerosis and coronary artery disease* (3.ª ed.). Filadelfia: Lippincott-Raven, 1996; 835-854.

11. Seeman TE, Berkman LF. Structural characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: who provides support. *Soc Sci Med* 1988; 7: 737-749.
12. Velasco JA, Del Barrio V, Mestre MV, Penas C, Ridocci F. Validación de un cuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes postinfarto. *Rev Esp Cardiol* 1993; 46: 552-558.
13. Ajzen I, Fishbein M. Attitude behaviour relations: a theoretical analysis and review of empirical research. *Psychol Bull* 1977; 84: 888-918.
14. Gutiérrez Vicen T, Latour Pérez P, López Camps V, Bonatre Mora J, Giner Boix JS, Rodríguez Serra M et al. Efecto de los factores sociales sobre la calidad de vida de los supervivientes de un infarto de miocardio. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 766-769.
15. Fletcher GF. Estado actual de la rehabilitación cardíaca. *Curr Prob Cardiol* 1992; 4: 242-246.
16. Kaplan RM, Bush JW. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychol* 1982; 1: 61-80.
17. Bengton VL, Mangen DJ. Generation's, families, and interactions: an overview of the research program. En: Mangen DJ, Bengton VL, Landry PH, editores. *Measurement of intergenerational relations* (1.ª ed.). Londres: Sage, 1988; 7-10.
18. Brotons C, Permanyer Miralda C. La evaluación de resultados (*outcomes*) y de su relevancia clínica en cardiología: especial referencia a la calidad de vida. *Rev Esp Cardiol* 1997; 50: 192-200.
19. Latour J, Abreira V, Cabello JB, López Sánchez J. Las mediciones en cardiología: validez y errores de medición. *Rev Esp Cardiol* 1997; 50: 117-128.
20. Bowling A. *Measuring Health*. Reino Unido: Open University Press, 1992; 120-148.