



Estudio longitudinal de la recuperación psicosocial tras un infarto agudo de miocardio

Longitudinal study of psychosocial recovery after acute myocardial infarction

Victoria Permuy , Alicia Risso 

Universidad de A Coruña

Resumen

En esta investigación se quería indagar si la recuperación y el ajuste psicológicos después de un infarto agudo de miocardio (IAM) se relacionan con la sobreprotección y el apoyo social recibidos, así como esclarecer si estas variables tienen impacto en los niveles de depresión, ansiedad y calidad de vida. Además, se quería averiguar si la sobreprotección ralentiza la reincorporación al trabajo y cómo ésta afecta a la autoeficacia. Las cuestiones planteadas fueron evaluadas en un estudio longitudinal de tres fases (convalecencia hospitalaria y seguimiento a los 4 y 18 meses) en una muestra de 50 pacientes ingresados por IAM. Se emplearon instrumentos para registrar la sobreprotección, el apoyo social, la ansiedad, la depresión, la calidad de vida y la autoeficacia. Los resultados de la primera fase mostraron una relación significativa entre sobreprotección y depresión y entre ésta y una peor calidad de vida. En la segunda, la sobreprotección se relacionaba con la depresión y la calidad de vida, pero solamente cuando producía un descenso en la autoeficacia. Además, quienes no se habían reincorporado al trabajo informaban de recibir mayor sobreprotección. A los 18 meses (tercera fase), la sobreprotección predecía únicamente la ansiedad. En conclusión, la sobreprotección y el descenso en autoeficacia derivado de ella, constituyen variables de ajuste a la enfermedad, en términos de depresión, calidad de vida y ansiedad, mientras que el apoyo social no mostró tener el peso esperado inicialmente.

Palabras clave: recuperación psicosocial, infarto agudo de miocardio, sobreprotección, apoyo social

Abstract

The aim of this research was to investigate whether psychological recovery and adjustment after an acute myocardial infarction (AMI) are related to overprotection and social support received, as well as to clarify whether these variables have an impact on depression levels, anxiety and quality of life. In addition, we wanted to find out whether overprotection slows return to work and how it affects self-efficacy. The issues raised were evaluated in a longitudinal study of three phases (hospital convalescence and follow-up at 4 and 18 months) in a sample of 50 patients admitted by AMI. Instruments were used to record overprotection, social support, anxiety, depression, quality of life and self-efficacy. The results of the first phase showed a significant

relationship between overprotection and depression and between overprotection and depression and poorer quality of life. In the second phase, overprotection was related to depression and quality of life, but only when it produced a decrease in self-efficacy. In addition, those who had not returned to work reported more overprotection. At 18 months (third phase), overprotection only predicted anxiety. In conclusion, overprotection and the decrease in self-efficacy derived from it are variables of adjustment to illness, in terms of depression, quality of life and anxiety, while social support did not show to have the weight initially expected.

Keywords: psychosocial recovery, acute myocardial infarction, overprotection, social support

El apoyo social desempeña un papel importante en el ajuste a diversas enfermedades crónicas, relacionándose con una recuperación más rápida y con el mantenimiento de niveles óptimos de salud (Berkman, Glass, Brisette y Seeman, 2000; Uchino, 2004, 2006), pudiendo observarse en las pasadas décadas la existencia de un creciente número de estudios específicamente orientados a la relación entre el apoyo social y la enfermedad coronaria (Holahan, Moos, Holahan y Brennan, 1995; King, Reis, Porter y Norsen, 1993; Levine *et al.*, 1987; Scheier *et al.*, 1989; Waltz, Badura, Pfaff y Schott, 1988).

En la actualidad, las patologías coronarias en general y el infarto de miocardio (IM) en particular gozan de un mayor índice de supervivencia gracias a los avances en las técnicas médicas, en los procedimientos quirúrgicos y en los tratamientos farmacológicos, pero, además de la recuperación física, el proceso de ajuste tras haberlo sufrido generalmente va acompañado de respuestas de ansiedad, depresión, insomnio, fatiga, irritabilidad, descenso de la autoestima, cambios en el deseo y la actividad sexual, temores de recurrencia y muerte, y cambios en el auto-concepto, lo es conocido desde hace cierto tiempo (Doehrman, 1977, Mayou, 1979). Así, desde la Psicología de la Salud se ha prestado especial atención a las influencias no estrictamente médicas en el funcionamiento de los pacientes y el apoyo social ha sido identificado como factor importante, generalmente asociado a efectos beneficiosos para la salud (Berkman *et al.*, 2000; Uchino, 2004, 2006). Sin embargo, algunas investigaciones aludían ya desde los años sesenta y setenta a posibles aspectos negativos y se introducía el interés por las conductas de sobreprotección. Tales estudios mostraban cómo aquellos enfermos coronarios que no se reincorporaban al trabajo tras la hospitalización tenían familias más sobreprotectoras que los que sí lo hacían (Lewis, 1966), o que los pacientes que creían recibir un tratamiento preferencial de las personas de su entorno, experimentaban mayores niveles de discapacidad (Hyman, 1971), y que cuanto más preocupada estaba la familia, los pacientes trabajaban menos horas, independientemente de la severidad del infarto (Garrity, 1973). Esta clase de hallazgos, refrendados por estudios posteriores, como el Thompson y Lewin (2000) sobre rehabilitación y lo que han dado en llamar “neurosis cardíaca” post-infarto, en el cual se remarca la necesidad de aconsejar a la pareja y entorno acerca de no sobreproteger a los pacientes y alterar las rutinas lo mínimo posible, excepto los cambios necesarios en el estilo de vida. Condon y McCarthy (2006), por su parte, resaltaban que cuando un paciente se siente sobreprotegido, esta percepción interfiere con sus deseos de “volver a la normalidad”. Por tanto, la familia y el entorno, a pesar de preocuparse por el enfermo podrían interferir negativamente en su recuperación.

Pero la sobreprotección no debería considerarse automáticamente como un exceso de apoyo social y, de hecho, existen trabajos recientes que han puesto de manifiesto que la primera es diferente de la cantidad y calidad del segundo (Permuy y Risso, 2014). Por este motivo, deberían evaluarse por separado para poder distinguir sus respectivos efectos.

Por otro lado, en los estudios acerca de la recuperación tras un IM tradicionalmente se han tomado como variables dependientes el bienestar emocional y la calidad de vida. El bienestar emocional sería la ausencia de distrés (depresión/ansiedad), mientras que la calidad de vida en el contexto de salud/enfermedad constituye un constructo multidimensional y cuantificable que permite evaluar el estatus subjetivo de salud del individuo

(Peinado-Peinado, Merino-Llorens, Roa-Rad, Macía-Palafox y Quintero-Henson, 2008). En este sentido, son de destacar los estudios que han investigado la relación entre apoyo social y sobrepotección con ansiedad y depresión (Cimarolli, Reinhardt y Horowitz, 2006; Thompson y Sobolew-Shubin, 1993a, 1993b; Thompson, Galbraith, Thomas, Swan y Vrungos, 2002), las relaciones entre apoyo social y calidad de vida en enfermedades cardiovasculares (Jiménez-Muro *et al.*, 1999; Joeques, Maes y Warrens, 2007), o específicamente la sobrepotección en relación a la calidad de vida en pacientes coronarios (Joeques, Van Elderen y Schreurs, 2007).

En esta línea, para la presente investigación se plantearon una serie de cuestiones: dilucidar si la sobrepotección y el apoyo social se relacionan con la recuperación psicosocial a través de variables como depresión, ansiedad y calidad de vida, si la sobrepotección incide en la posterior reincorporación al trabajo de los pacientes, y si afecta a su autoeficacia. Habitualmente, los pacientes atraviesan un período variable de hospitalización tras sufrir un episodio coronario, lo cual facilita establecer unos hitos o períodos críticos de recuperación psicosocial: al recibir el alta hospitalaria, al recibir el alta médica para reincorporarse a la actividad cotidiana y el período ulterior a esa reincorporación (por ejemplo, en el año inmediatamente posterior). Por ello, para evaluar las cuestiones antes mencionadas la investigación se llevó a cabo en tres fases y con la misma muestra: durante la fase de rehabilitación hospitalaria (primera fase), a los cuatro meses (segunda fase) y a los dieciocho meses (tercera fase), constituyendo un estudio de tipo longitudinal.

Método

Participantes

La muestra inicial estuvo formada por 50 pacientes hospitalarios que habían sufrido un primer infarto de miocardio y que reunían los criterios de inclusión: haber sido admitidos en el hospital con un diagnóstico primario de infarto agudo de miocardio (IAM), no tener ninguna historia de patología psiquiátrica o cualquier otra enfermedad grave, mantener las capacidades cognitivas intactas y estar en disposición de prestar consentimiento escrito, estar alfabetizado y no tener más de 75 años (de cara a minimizar comorbilidad relacionada con la edad).

Los participantes que decidieron voluntariamente participar en el estudio fueron predominantemente varones (el 90 %, lo que se corresponde con los índices de prevalencia del IAM), con edades comprendidas entre 38 y 72 años ($M = 58.4$; $DT = 0.10$). El nivel educativo era medio-bajo (el 66 % no había completado la enseñanza secundaria) y más de la mitad estaban laboralmente activos (58 %); de ellos, un porcentaje importante (42 %) eran operarios. Por otro lado, el 92 % compartía su hogar con al menos otra persona, que solía ser el cónyuge (88 %).

Del total de la muestra inicial, solamente 21 personas tomaron parte en toda la investigación, que tuvo una duración de 18 meses, siendo la pérdida de individuos debida, en la mayor parte de los casos, a un empeoramiento de su salud.

Instrumentos

Sobrepotección. Para evaluar la sobrepotección se empleó el formato abreviado de la versión al español (Permuy y Riso, 2014) de la *Overprotection Scale for Adults (OPSA)* de Thompson y Sobolew-Shubin (1993a).

Sobrepotección de la persona significativa. Para obtener datos sobre esta variable se elaboró un nuevo instrumento, a partir de ítems referidos a la sobrepotección de la pareja o cuidador/a habitual existentes en diferentes estudios publicados en otros idiomas. Está compuesto por 20 enunciados de sobrepotección, una escala de ineficacia y otra de control, y una pregunta final relativa a sentimientos sobre la ayuda.

Apoyo Social. El apoyo social se evaluó a través de las subescalas Necesidades de apoyo, Apoyo recibido, Satisfacción con el apoyo y Búsqueda de apoyo del *UCLA Social Support Inventory (UCLA SSI)* de Dunkel-Schetter, Feinstein, y Call (1986). El inventario consta de 70 ítems que pueden combinarse para obtener 49 índices

diferentes y, en su conjunto, intenta ser un marco conceptual general para la evaluación del apoyo social, pudiendo ser adaptarla a las necesidades específicas de una determinada investigación.

Ansiedad y depresión. Para evaluar la ansiedad y la depresión, se empleó la *Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital* (Ibáñez y Caro, 1992), que es la versión española, altamente fiable, de la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond y Snaith, 1983). Está formada por un total de 14 ítems (7 para depresión y 7 para ansiedad), que se presentan intercalados. Se ofrecen cuatro posibles categorías de respuesta que varían para cada enunciado.

Calidad de vida. La calidad de vida fue evaluada mediante un instrumento estructurado y específico para pacientes post-infarto: el cuestionario de Velasco, Del Barrio, Mestre, Penas y Ridocci (1993) que, como destacan sus autores, resulta muy recomendable para ser aplicado a pacientes de países de habla hispana. Su validez es alta ($r = .81$) y también su reproductibilidad (.75) y fiabilidad ($\alpha = .90$). Durante la primera fase de la presente investigación, dado que los pacientes serían entrevistados en el hospital durante la fase de rehabilitación, se consideró conveniente reformular el contenido de algunos de los ítems, para darles un formato de expectativas futuras (cognitivas y comportamentales), concretamente en las subescalas de movilidad y ocio y trabajo. En las fases subsiguientes se utilizó la versión original del cuestionario.

Autoeficacia. La medida de variable se introdujo en la segunda fase del estudio (a los cuatro meses del IAM), a raíz del análisis de los resultados obtenidos en la primera. Se empleó la adaptación al español de la *Escala de Autoeficacia Generalizada* (Bäßler y Schwarzer, 1996), realizada por uno de los autores de la versión original (que había sido empleada en estudios con miles de participantes). Consta de 10 ítems para evaluar las creencias optimistas propias para afrontar una serie de demandas de la vida, haciendo énfasis en la competencia personal. Sus propiedades psicométricas son adecuadas (ver, por ejemplo, Luszczynska, Scholz, Schwarzer, 2005).

Otras variables. Además de sobre las variables anteriormente comentadas, en la primera fase se recogieron datos sociodemográficos (sexo, edad, nivel educativo, ocupación y actividad laboral), y en la segunda y tercera sobre medicación ansiolítica y antidepresiva, así como sobre reincorporación al trabajo y actividades habituales, incluyendo un ítem destinado a evaluar sus perspectivas de reincorporación en un futuro inmediato, para los pacientes que no se habían reincorporado, mientras que había otro ítem para conocer si la actividad se percibía como más estresante que antes, para los que sí lo habían hecho.

Procedimiento

Después de obtener los permisos necesarios (incluidos los de los comités de ética), el procedimiento seguido con los pacientes con diagnóstico primario de IAM fue entrevistarlos durante la rehabilitación hospitalaria. Se les informaba de los objetivos del estudio, se garantizaba la absoluta confidencialidad y anonimización de los datos que proporcionarían, y se solicitaba la participación y la firma del consentimiento informado (basado en el empleado habitualmente en el hospital). En esta primera fase la recogida de datos se hizo de forma oral. En las dos fases siguientes, a los cuatro y a los 18 meses de haber sufrido el IAM, los cuestionarios se enviaron por correo para ser autoaplicados, previa llamada telefónica de seguimiento y recordatorio de la participación.

Resultados

En primer lugar, se quiso conocer si los instrumentos nuevos, o que se aplicaban por primera vez en una muestra de este tipo, podían considerarse adecuados. En este sentido, conviene destacar que la fiabilidad del instrumento de *Sobreprotección de la persona significativa* fue muy buena ($\alpha = .90$), pese al tamaño muestral y considerando que sólo tenía 20 ítems. En cuanto a la validez convergente, la correlación con la versión abreviada de la *OPSA* fue de $.93, p \leq .001$. Por su parte, la fiabilidad para la *Escala de Ineficacia* fue de $\alpha = .77$ y de $\alpha = .44$ para la de

Control (al eliminar el primer enunciado la fiabilidad asciende a .63). En cuanto a la *Escala de ansiedad y depresión en hospital*, su fiabilidad en la presente muestra fue buena: $\alpha = .83$ para la escala en su conjunto, $\alpha = .79$ para la Subescala de Ansiedad, y $\alpha = .68$ para la de Depresión. El *Cuestionario de calidad de vida después de infarto de miocardio*, incluyendo los enunciados reformulados (44 ítems en total), obtuvo una fiabilidad de $\alpha = .92$.

Primera fase: rehabilitación hospitalaria inmediatamente posterior al IAM

Uno de los objetivos del estudio era conocer cómo sobreprotección y apoyo social se relacionaban con ansiedad, depresión y calidad de vida. Las correlaciones resultantes (*r* de Pearson) entre las variables se muestran en la Tabla 1.

Posteriormente, para conocer el valor predictivo de cada uno de los predictores significativamente relacionados con las variables resultado, se realizó un análisis de regresión múltiple, cuyos resultados se detallan en la Tabla 2.

Tabla 1.

Correlaciones entre predictores y variables resultado

Predictores	Variables resultado		
	Ansiedad	Depresión	Calidad de vida
Sobreprotección OPSA	.268	.293*	.370**
Necesidades de apoyo	.258	.083	.027
Apoyo recibido	-.154	-.190	-.250
Satisfacción con el apoyo	-.331*	-.353**	-.137
Búsqueda de apoyo	-.253	-.304*	-.258
Índice Sobreprotección UCLA	-.054	.143	.228
Puntuaciones discrepancia UCLA	-.309*	-.280	-.248

* $p \leq .05$ (bilateral), ** $p \leq .01$ (bilateral)

Tabla 2.

Resultados de los análisis de regresión múltiple

Predictores	R ² corregida	Cambio R ²	Cambio F	β
<i>Ansiedad</i>				
Bloque 1				
Sexo**	.110	.130	0.015	0.360
Bloque 2:				
(Sexo)	.183	.109	0.064	0.229
Satisfacción con el apoyo				-0.191
Puntuaciones discrepancia UCLA				-0.232
<i>Depresión</i>				
Bloque 1:				
Sexo**	.148	.166	0.004	0.408
Bloque 2:				
(Sexo)**				0.348
Búsqueda Apoyo	.307	.201	0.008	-0.171
Sobreprotección OPSA*				0.296
Satisfacción con el apoyo				-0.230
<i>Calidad de vida</i>				
Bloque 1 (solo):				
Sobreprotección OPSA**	.120			0.371

* $p \leq .05$ (bilateral), ** $p \leq .01$ (bilateral)

Durante esta primera fase, ni el apoyo social ni la sobreprotección mostraron una relación significativa con la ansiedad, aunque sí el sexo, que explica un 11 % de la varianza. En cuanto a la depresión, el bloque formado por las variables predictoras (sobreprotección, búsqueda de apoyo social y satisfacción con el apoyo recibido) explican un 20.1 % de la varianza, mientras que el bloque de sexo explica un 14.8 %. La sobreprotección constituye el predictor más importante, por su contribución a la varianza explicada, ya que el coeficiente β estandarizado de la ecuación es significativo ($\beta = .30$; $p = .02$); mientras que la satisfacción con el apoyo y la búsqueda de apoyo social arrojaron coeficientes β no significativos en el modelo multivariado.

Por otra parte, la calidad de vida solamente se relacionaba significativamente con la sobreprotección ($r = .37$; $p < .01$), por lo que se llevó a cabo el análisis de regresión con esta única variable predictora. Como se puede ver en la Tabla 2, la sobreprotección, por sí sola, da cuenta del 12 % de la varianza de las puntuaciones de calidad de vida actual o expectativas de calidad de vida futura.

Segunda fase: seguimiento a los cuatro meses del IAM

En la segunda fase del estudio una de las cuestiones fundamentales era la reincorporación al trabajo/actividad habitual. Los resultados mostraron que los pacientes que no se habían reincorporado en los cuatro meses posteriores al IAM tenían puntuaciones más altas en sobreprotección ($M = 14.19$), medida a través de la OPSA, que los que sí se reincorporaron ($M = 10.29$), siendo las varianzas homogéneas: $t(26) = -2.20, p = .040$. También se encontraron diferencias en las respuestas al Cuestionario de sobreprotección proporcionada por la persona más significativa para el paciente ($M = 56.33$ para los que no se habían reincorporado, frente a $M = 42.14$ para los que sí lo habían hecho): $t(26) = -2.10; p = .042$.

A continuación se realizó un análisis de regresión múltiple donde se introdujeron las puntuaciones totales en ambos cuestionarios de sobreprotección. Se encontró que el modelo de sobreprotección, en conjunto, explicaba un 22 % de la varianza en reincorporación al trabajo (12.4 % por la OPSA y 10.4 % por el Cuestionario de sobreprotección de la pareja o persona más significativa del entorno), con $p = .037$. Este resultado es consistente con la línea de investigación que relaciona la sobreprotección con la reincorporación a las actividades habituales.

Además, de modo similar a la primera fase, también se realizaron análisis de regresión para ansiedad, depresión y calidad de vida. No se encontraron variables significativamente relacionadas con la ansiedad, pero en el modelo para depresión la ineficacia (o descenso en autoeficacia) derivada de los comportamientos de sobreprotección fue una variable significativa, que explica el 23 % de la varianza ($p = .07$). El signo positivo de la relación, tanto en el coeficiente de correlación ($r = .51, p \leq .05$) como en el coeficiente beta ($\beta = 0.34$), indica que los pacientes que experimentan mayor descenso en autoeficacia derivada de las conductas sobreprotectoras de las que son objeto, presentan puntuaciones más altas en depresión. Algo similar puede decirse de la calidad de vida, ya que la mencionada ineficacia se relaciona positivamente ella explicando el 56 % de la varianza ($r = .75, p = .03$), lo cual indica que los pacientes que se perciben como menos eficaces a causa de las conductas sobreprotectoras del entorno inmediato, presentan peor pronóstico en calidad de vida.

Tercera fase: seguimiento a los 18 meses del IAM

En esta tercera fase, a los dieciocho meses del IAM, se repitieron los análisis realizados en las fases anteriores, para contribuir a la predicción de las variables de interés. Tal como se muestra en la Tabla 3, en el análisis de regresión para la ansiedad, la sobreprotección evaluada mediante la OPSA explica un 38 % de la varianza. El signo positivo del coeficiente beta para la sobreprotección evaluada mediante la OPSA (0,49) indica que los pacientes más sobreprotegidos por las personas que les rodean muestran, en general, mayores niveles de ansiedad.

En cuanto al modelo para depresión, la sobreprotección queda excluida. Solamente la ineficacia derivada de los comportamientos de sobreprotección recibidos y la autoeficacia generalizada son variables significativas, explicando

Tabla 3

Resultados de los análisis de regresión múltiple

Predictores	R^2 Corregida	Cambio R^2	Cambio F	β
<i>Ansiedad</i>				
Modelo:	.38	.10	2.19	
Sobreprotección OPSA*				0.49
<i>Depresión</i>				
Modelo 1:	.42	.46	11.96	
Ineficacia por sobreprotección**				0.68
Modelo 2:	.60	.19	7.059	
Ineficacia por sobreprotección**				0.57
Autoeficacia General*				-0.44
<i>Calidad de vida</i>				
Modelo 1	.43	.47	10.88	
Ineficacia por sobreprotección**				0.69
Modelo 2:	.66	.24	9.11	
Ineficacia por sobreprotección**				0.52
Apoyo social recibido**				0.52

* $p \leq .05$ (bilateral), ** $p \leq .01$ (bilateral)

explicando conjuntamente un 60 % de la varianza (la ineficacia derivada de la sobreprotección o ayuda excesiva de la persona más próxima explica por sí sola un 42 %). La relación entre depresión e ineficacia derivada de las conductas sobreprotectoras de las que son objeto es positiva, indicando que si aumenta una también lo hace la otra. En cambio, autoeficacia generalizada y depresión correlacionan negativamente, indicando que los pacientes con menor autoeficacia generalizada presentan puntuaciones más altas en depresión.

Finalmente, en lo que respecta a la calidad de vida, sucede algo similar: la sobreprotección medida a través de la OPSA se relaciona significativamente con la calidad de vida, pero quedó excluida del modelo de regresión, donde la ineficacia derivada de la sobreprotección explica por sí sola un 43 % de la varianza. Al añadirse el apoyo social recibido, el bloque conjunto explica un 66 %. Por otro lado, los coeficientes beta estandarizados muestran que ambas variables se relacionan positivamente con la calidad de vida (0.59 y 0.52), aunque puntuaciones altas en el test de calidad de vida se relacionan con un peor pronóstico, como ya se mencionó. Así, podría decirse que aquellos que se sienten más ineficaces por la sobreprotección de su pareja o persona significativa, son los que en realidad tienen niveles de calidad de vida más bajos.

Discusión

Uno de los objetivos fundamentales de este estudio era comprobar cómo se relacionaban el apoyo social y la sobreprotección con variables de salud emocional (como ansiedad y depresión) y de salud general (calidad de vida), en la línea de investigaciones anteriores como las mencionadas de Cimarolli et al. (2006), Joeques, Maes y Warrens (2007) y Joeques, Van Elderen y Scheurs (2007).

En la primera fase, con datos recogidos durante la estancia hospitalaria, se comprobó que una mayor sobreprotección se relacionaba con más depresión y peor calidad de vida, como sucedía en trabajos previos. En cambio, el apoyo social no mostró tener apenas peso en la predicción de los niveles de ansiedad y calidad de vida. Sólo la satisfacción con el apoyo social se relacionaba con las puntuaciones en depresión, y en menor medida de lo que lo hacía la sobreprotección.

En el momento de plantear la investigación, tras la fase de evaluación en el hospital, se planeó un seguimiento a los cuatro meses de recibir el alta hospitalaria. En ese momento, se incluyó el instrumento para evaluar la sobreprotección de la persona más significativa del entorno de quien ha sufrido un IAM, que suele ser la pareja, para evaluar la sobreprotección que estuviese específicamente centrada en el enfermo ya en su casa, y no tuviese un carácter tan genérico como la sobreprotección que proporciona el entorno próximo en general. También se incluyó la variable retorno al trabajo/actividades habituales. En esta segunda fase se encontró que, si bien las relaciones entre sobreprotección y depresión no estaban tan claras (a no ser que se tomase en cuenta el grado en que la sobreprotección hacía que los pacientes se sintieran más ineficaces), el retorno al trabajo sí se mostraba relacionado con la sobreprotección. En este sentido, los pacientes más sobreprotegidos (tanto por los adultos de su alrededor como por su pareja) se reincorporaban en menor medida al trabajo aun cuando, en teoría, su estado de salud no les impedía hacerlo, hallazgo que se sitúa en la línea de los resultados obtenidos por Condon y McCarthy (2006) y por Thompson y Lewin (2000). Otro resultado importante fue que la depresión y la calidad de vida, a pesar de no predecirse a partir de la sobreprotección, sí lo hacían a partir del descenso en autoeficacia, al que hemos denominado *ineficacia percibida derivada de la sobreprotección*.

Constatado lo anterior, se decidió, para la tercera fase, evaluar también la autoeficacia general. Esta última fase del estudio, se realizó un año y medio del alta hospitalaria, con el objetivo de realizar un seguimiento de la evolución de las variables estudiadas más a largo plazo. Se encontró que el descenso de autoeficacia derivado de la sobreprotección se relaciona con la sobreprotección (cuanto más se sobreprotege al paciente éste se muestra menos confiado en sus capacidades para afrontar la enfermedad), pero en cambio, inesperadamente, no se relaciona

con la autoeficacia general en otros ámbitos de la vida. Asimismo, destaca el hecho de que la relación entre sobreprotección y depresión vuelve a estar presente en esta tercera fase (tal y como sucedía en la primera). Una posible interpretación de este hecho podría ser que en la segunda fase (a los cuatro meses), la depresión no se relaciona con la sobreprotección porque en ese momento relativamente reciente tras el infarto los pacientes carecen del apoyo de los profesionales de la salud que tenían durante la fase de rehabilitación hospitalaria y así, tiene mayor cabida dentro de sus esquemas cognitivos el hecho de que las personas de su alrededor les cuiden en exceso y se muestren más sobreprotectores, lo cual no influiría en su estado de ánimo siempre y cuando no se alteren sus percepciones de autoeficacia. Durante la tercera fase, en cambio, una vez transcurrido cierto tiempo (algo más de un año, desde la segunda fase), la sobreprotección podría perpetuar el ciclo depresivo y la depresión a su vez, perpetuar las conductas de sobreprotección del entorno.

Por otro lado, a pesar de que el número de participantes de esta investigación se fue reduciendo a lo largo de las tres fases, sus datos sociodemográficos coinciden con los de estudios epidemiológicos con muestras mucho mayores. Además, en realidad las muestras que se vienen empleando en distintas investigaciones que estudian la influencia de la variable apoyo social en diversas condiciones crónicas son generalmente pequeñas, con participantes frecuentemente reclutados siguiendo muestreos de conveniencia, en función de unos estrictos criterios de inclusión previamente definidos. De hecho, los estudios que seleccionamos previamente para realizar un análisis de muestras tenían tamaños muestrales que oscilaban entre los 22 y 100 pacientes, dependiendo de la metodología y de los objetivos de las investigaciones, encontrándose los más grandes (con $N = 100$ o $N = 86$, por ejemplo) en estudios de naturaleza retrospectiva.

En cuanto a la distribución desigual por sexos, el hecho de que en la presente investigación se emplease una muestra mayoritariamente constituida por hombres viene determinado por la propia naturaleza del IAM, que afecta predominantemente a varones (a pesar de que cada vez va siendo mayor el número de mujeres que lo padecen cada año). No obstante, en el momento en que se definieron los criterios de inclusión en el estudio y, a diferencia de lo que sucede en otros trabajos, se decidió no acotarlo solo a varones, dado que el empleo de muestras de naturaleza mixta (aunque sea en desigual proporción) resulta más que recomendable, ya que se considera que suelen reflejar mejor la realidad epidemiológica y la prevalencia de la enfermedad.

En cuanto a líneas de investigación futura, cabe apuntar que la escasa importancia predictiva mostrada por el apoyo social en calidad de vida, ansiedad y depresión, sugiere que quizás no resulta tan determinante como la sobreprotección en la recuperación del infarto y si lo sea, en cambio, en los momentos anteriores a la enfermedad (como factor de protección frente al padecimiento de enfermedades, como se ha señalado en muchos estudios). También es de destacar la importancia de la relación entre sobreprotección y depresión, sobreprotección y calidad de vida, y sobreprotección y retorno al trabajo. Respecto a esto último, resulta curioso el hecho de que más de un noventa por ciento de los pacientes que desempeñaban alguna actividad tenía intención de reincorporarse a la misma y, a la luz de los resultados, lo hizo en mayor medida el grupo de pacientes que no manifestaba sentirse sobreprotegido por el entorno, por su pareja o por ambos. Otro aspecto de interés sería explorar la relación de la sobreprotección con el descenso en autoeficacia de los pacientes, como ya se ha hecho en algunos estudios (Joekes, Maes y Warrens, 2007; Joekes, Van Elderen y Schreurs, 2007), centrándola en las variables autoeficacia y sobreprotección a la hora de predecir el ajuste post-infarto de miocardio.

Referencias

- Bäßler, J. & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 51, 843-857. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4)

- Buunk B.P., Berkhuisen M.A., Sanderman, R., Nieuwland, W. & Ranchor, A.V. (1996). Actieve betrokkenheid, bershermend bufferen en overbescherming: Meetinstrumenten voor de rol van de partner bij hartvalidatie / The role of the partner in heart disease: Active engagement, protective buffering, and overprotection. *Gedrag and Gezondheid*, 24, 304-313.
- Cimarolli, V. R., Reinhardt, J. P., & Horowitz, A. (2006). Perceived overprotection: Support gone bad? *The Journals of Gerontology: Series B*, 61(1), 18-23. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.1.S18>
- Condon, C. and McCarthy, G. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients' perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 37-44. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2005.06.005>
- Doehrman, S. R. (1977). Psychosocial aspects of recovery from coronary heart disease: a review. *Social Science and Medicine*, 11, 199-218.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L., & Call, J. (1986). UCLA social support inventory. Unpublished manuscript, University of California, Los Angeles. Disponible en: <https://cds.psych.ucla.edu/documents/UCLASocialSupportInventory.doc>
- Garrity, T. F. (1973). Vocational adjustment after first myocardial infarction: Comparative assessment of several variables suggested in the literature. *Social Science and Medicine*, 7, 707-717.
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K. & Brennan, P. L. (1995) Social Support, coping and depressive symptoms in late middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology*, 14(2), 152-163. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.14.2.152>
- Hyman, M. D. (1971). Disability and patients' perceptions of preferential treatment: some preliminary findings. *Journal of Chronic Disease*, 24(5), 329-342. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(71\)90123-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(71)90123-8)
- Ibáñez, E. & Caro, I. (1992). La escala Hospitalaria de ansiedad y depresión. su utilidad práctica en Psicología de la salud. *Boletín de Psicología*, 36, 43-69.
- Jiménez-Muro, M., Gómez-Pajuelo, C., Sáenz de la Calzada, C., del Campo-Urbano, S., Lacasa-Rivero, J.L. & Pombo-Jiménez, M. (1999). Calidad de vida y apoyo social en pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado. *Revista Española de Cardiología*, 52(7), 467-474. <https://www.revespcardiol.org/es-calidad-vida-apoyo-social-pacientes-articulo-X0300893299001282>
- Joekes, K.J. & Maes, S. & Warrens, M. (2007). Predicting quality of life and self-management from dyadic support and overprotection after myocardial infarction. *British Journal of Clinical Psychology*, 12(4), 473-489. <https://doi.org/10.1348/135910706X118585>
- Joekes, K., Van Elderen.T., Schreurs K (2007) Self-efficacy and overprotection are related to quality of life, psychological well-being and self-management in cardiac patients. *Journal of Health Psychology*, 12(1), 4-16. <https://doi.org/10.1177/1359105306069096>
- King, K.B., Reis, H.T., Porter, L.A. & Norsen, L.H. (1993). Social support and long term recovery from coronary artery surgery: Effects on patients and spouses. *Health Psychology*, 12(1), 56-63. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.12.1.56>
- Levine J., Warrenburg, S., Kerns, R., Schwartz, G., Delaney, R., Fontana, A., ... Cascione, R. (1987). The role of denial in recovery from coronary heart disease. *Psychosomatic medicine*, 49(2), 109-117. https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Citation/1987/03000/The_role_of_denial_in_recovery_from_coronary_heart.1.aspx
- Lewis, C.E (1966). Factors influencing the return to work of men with congestive heart failure. *Journal of Chronic Diseases*, 19(11-12), 1193-1209. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(66\)90018-X](https://doi.org/10.1016/0021-9681(66)90018-X)
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: multicultural validation studies. *The Journal of Psychology*, 139(5), 439-457. <https://doi.org/10.3200/JRLP.139.5.439-457>

- Mathur-Marchesani, A.R. (1998). *The effects of social support and overprotectiveness on the perception of illness and psychosocial recovery of cardiac rehabilitation patients*. George Washington University. Tesis doctoral publicada en 2001 en Ann Arbor, MI: UMI (University Microfilms International).
- Mayou, R. (1979). The course and determinants of reactions to myocardial infarction. *The British Journal of Psychiatry*, 134(6), 588-594. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.6.588>
- Peinado-Peinado, R., Merino-Llorens, J.L, Roa-Rad, J.H., Macía-Palafox, E. & Quintero-Henson, O. (2008). Calidad de vida y estado psicológico de los pacientes portadores de desfibrilador automático implantable. *Revista Española de Cardiología*, 8 (Supl. A), 40a-50a. <https://www.revespcardiol.org/es-calidad-vida-estado-psicologico-pacientes-articulo-S1131358708735374>
- Permuy, V. & Riso, A. (2014). ¿Es la sobreprotección un constructo diferente del apoyo social? *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*. 1, 44-54. <https://doi.org/10.17979/reipe.2014.1.1.22>
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Magovern, G. J., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A., & Carver, C. S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1024-1040. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1024>
- Thompson, S. C. & Sobolew- Shubin, A. (1993a). Perceptions of overprotection in ill adults. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 85-97. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1993.tb01053.x>
- Thompson, S. C., & Sobolew-Shubin, A. (1993b). Overprotective relationships: A non supportive side of social networks. *Basic and Applied Social Psychology*, 14(3), 363-383. https://doi.org/10.1207/s15324834baspl403_8
- Thompson, S. C., Galbraith, M., Thomas, C., Swan, J., & Vrungos, S. (2002). Caregivers of stroke patient family members: Behavioral and attitudinal indicators of overprotective care. *Psychology and Health*, 17, 297-312. <https://doi.org/10.1080/08870440290029557>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9056-5>
- Velasco, J. A., Del Barrio, V., Mestre, M. V., Penas, C. & Ridocci, F. (1993). Validation of a new questionnaire to evaluate the quality of life in patients after myocardial infarction. *Revista Española de Cardiología*, 46(9), 552-558.
- Waltz M., Badura, B., Pfaff, H. & Schott, T. (1988). Marriage and the psychological consequences of a heart attack: A longitudinal study of adaptation to chronic illness after 3 years. *Social Science and Medicine*, 27(2), 149- 158. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90323-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90323-1)
- Zigmond, A. S. & Snaith R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Fecha de recepción: 14 de agosto de 2019.

Fecha de revisión: 25 de noviembre de 2019.

Fecha de aceptación: 26 de noviembre de 2019.

Fecha de publicación: 1 de diciembre de 2019.