

# Relación entre apoyo social, nivel de estrés y claudicación intermitente

C. R. V. García-Viniegras\* - M. Cardona Alvarez\*\* - L. Almeida Hernández\*\*\* - M. E. Alvarez Morfa\*\*\*\*

Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular  
La Habana (Cuba)

## RESUMEN

Se analiza la posible acción, como factor de riesgo de aterosclerosis periférica, del «stress» emocional, del apoyo social como amortiguador de éste y de algunos aspectos de la personalidad del individuo como regulador fundamental del comportamiento, mediante la valoración de un grupo de 23 pacientes ateroscleróticos grado II y su comparación con un grupo control coincidente en edad y sexo.

## SUMMARY

The possible action, as risk factor of peripheral arteriosclerosis, of the emotional stress; the effect of the social support to deaden this stress, and some aspects of the personality as fundamental regulator of the individual behaviour, are analyzed. 23 atherosclerotic patients, II degree, were valued and compared with a control group of the same age and sex.

## Introducción

En enfermedades crónicas como la aterosclerosis, cuya etiología no se encuentra bien precisada, el estudio y control de los factores de riesgo cobra una especial significación. En los últimos años el estrés

emocional y sus mecanismos de acción sobre la enfermedad han merecido especial atención. Aquellos factores que pudieran hacer de los sucesos de la vida un agente patógeno o no, merecen un cuidadoso análisis y control. Entre ellos, se han argumentado algunos factores de personalidad y los llamados factores de apoyo social, que a juicio de algunos investigadores actúan como amortiguadores de los efectos de las situaciones estresantes sobre la salud humana. En este sentido **Cassel** (1) supone que los procesos psicológicos influyen

en la vulnerabilidad del organismo en general y, como centro de su hipótesis, expresa que las variaciones en el apoyo social son un factor importante que influye en la susceptibilidad al estrés psicológico y a las enfermedades, actuando como un factor amortiguador (buffer) (2, 3). **Kessler** (4) señala que las personas que más apoyo reciben de su ambiente tienden a ser más saludables que quienes no tienen estas ventajas. Algunos autores, como **House** (5) y **Thomas** (6), señalan que el apoyo social es efectivo solamente en la medida en que es percibido y que, nosotros agregamos, resulta significativo para la jerarquía de motivos de la personalidad en cuestión.

En la literatura se refieren diversas experiencias en relación a la acción del apoyo social como factor influyente sobre los efectos del estrés, tanto en estudios epidemiológicos (7, 8, 9, 10, 11, 12) como en experimentales (13).

Considerando que en el estudio del estrés como factor de riesgo y del apoyo social como amortiguador no puede obviarse el análisis de la personalidad del individuo como reguladora fundamental del comportamiento, es por lo que nos hemos propuesto investigar estos elementos en los pacientes ateroscleróticos, para tratar de establecer su posible acción como factor de riesgo de la enfermedad.

El apoyo social, como lo entienden la mayoría de los autores, se corresponde con lo que nosotros

\* J. Dpto. Psicología. Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular.

\*\* Especialista en Bioestadística. Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular.

\*\*\* Técnica en Psicometría. Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular.

\*\*\*\* Licenciada en Psicología. Policlínico «Luis Carbó».

consideramos un adecuado nivel de comunicación con los demás que le permite al sujeto participar activamente con sus criterios en la actividad social y, a su vez, recibir de otros información y afectos (14). Esta vida social, activa y creadora para el sujeto, vinculada a otros aspectos importantes de su dinámica de personalidad, tales como la autoestimación, las perspectivas de futuro y el sentido de su vida en general, pueden dar lugar a un nivel consciente volitivo de regulación de la personalidad que será el que actúe como amortiguador del estrés o como factor protector ante la enfermedad.

## Material y método

Se estudiaron 23 pacientes ateroscleróticos grado II, según clasificación de **Le Fontaine** (5), recién diagnosticados por el Servicio de Arteriología del Instituto de Angiología, entre 43 y 73 años de edad, con una edad promedio de 55 años. A cada uno de estos pacientes se le aplicó una prueba de complementar frases para la exploración del nivel consciente volitivo de regulación y cuatro composiciones acerca de las siguientes temáticas: el sentido de mi vida, las relaciones en mi trabajo, mi pareja y las relaciones con mis amigos. Esta técnica permite a los sujetos expresar diversos aspectos de su personalidad, como puede ser el nivel de elaboración personal de los contenidos, lo cual constituye un elemento esencial en la expresión exitosa de los motivos mediatos de la personalidad. El análisis de las cualidades de la personalidad permite realizar conclusiones sobre el nivel de compromiso emocional y la inserción de los sujetos en los proyectos y planes futuros dentro de cada área. Las temáticas del área social sugeridas en estas composiciones nos permitió así clasificar a los sujetos según manifestaran

**Tabla 1**  
**Valores promedios del estrés total en un grupo de pacientes ateroscleróticos grado II y sus controles. Instituto de Angiología, 1986**

	Sanos	Enfermos	
N	30	30	
$\bar{X}$	47,22	66,65	T = - 2,17
SD	30,65	29,97	

**Tabla 2**  
**Proporción de casos con alto y bajo apoyo social en cada grupo estudiado**

	Sanos	Enfermos
AS		
Alto	15	12
AS		
Bajo	8	11

apoyo social alto o bajo, además de que nos ayudaron en la exploración del nivel de funcionamiento de la personalidad para clasificar el nivel consciente volitivo de regulación o nivel de normas y estereotipos.

Además se aplicó un listado de cambios de vida o eventos vitales, considerando el estrés total como indicador del nivel de estrés; esto es, la sumatoria del valor que el individuo atribuye a cada una de las situaciones por él enfrentadas (16), en tanto las evalúe como evento tensionante para él.

Por otra parte, se estudiaron con estas mismas técnicas 23 sujetos controles, sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares ni síntomas de claudicación intermitente, pareados por edad y sexo con la muestra de estudio.

Se realizó un análisis de comparación de medias entre los niveles de estrés total obtenidos para am-

bos grupos y un análisis de comparación de proporciones, mediante la prueba de chi cuadrado para las variables apoyo social y nivel consciente volitivo de regulación.

Además, para estimar la magnitud de cada uno de los factores de riesgo, tomando en cuenta la influencia de los otros, se realizó un análisis de regresión logística múltiple. El riesgo relativo fue estimado mediante  $RR = e^B$  donde B es el coeficiente correspondiente al factor de riesgo que se evalúa en la función logística.

## Resultados

La diferencia encontrada al comparar la media del estrés total del grupo de enfermos con la del grupo control resultó estadísticamente significativa (Tabla 1).

Al analizar la relación entre el estado de salud (sanos o enfermos) y el apoyo social se encontró un valor de chi cuadrado no significa-

Tabla 3

**Proporción de casos con y sin nivel consciente volitivo de regulación en el grupo de ateroscleróticos y en el grupo control**

	Sanos	Enfermos
NCV		
SI	14	6
NO	9	17

Tabla 4

**Riesgo relativo y su significación, tomando en cuenta el intervalo de confianza estimado**

	RR	Significación
Estrés Total	1,03	p 0,05
Edad	1,04	N.S.
Sexo	0,67	N.S.
Apoyo Social	0,83	N.S.
Nivel Consciente Volitivo	0,21	p 0,05

tivo para el nivel establecido de  $= 0,05$  (Tabla 2). Sin embargo, sí lo fue al analizar la proporción de casos con y sin un nivel consciente volitivo en cada uno de los grupos (Tabla 3).

En cuanto al cálculo de riesgo relativo, se encontraron valores de Z, estadísticamente significativos para las variables estrés total y nivel consciente volitivo; no así para las variables edad, sexo y apoyo social. El riesgo relativo y su significación, tomando en cuenta el intervalo de confianza estimado, se observa en la Tabla 4.

## Discusión

Los resultados de nuestro estudio demuestran la necesidad de tomar en cuenta los factores psicológicos desde un punto dinámico e integral. Numerosos estudios han evaluado estos factores con un enfoque conductista y por ende reduccionista. Tal es el caso de las

investigaciones acerca del tipo A de conducta y de aquellas que evalúan el apoyo social como número de contactos sociales o pertenencia a determinados grupos, sin considerar la significación que dichos vínculos humanos poseen para un individuo en particular ni el grado de participación consciente en el control de los eventos que le acontecen, entre ellos la vida social que se desarrolla alrededor y la propia percepción de la misma como vivencia positiva de apoyo.

El apoyo social medido en términos de compromiso emocional con los contactos sociales percibidos como positivos por el individuo no resultó significativo en nuestro estudio, lo cual no concuerda con lo planteado por otros autores (16, 17, 18, 19). Sin embargo, el nivel consciente volitivo de regulación sí resultó significativamente asociado a la enfermedad, tanto en el análisis univariado de la proporción de

casos como al estimar la magnitud del riesgo relativo de ese factor.

El apoyo social alto, tal y como fue evaluado por nosotros, estuvo presente o fue requisito para evaluar un sujeto como portador de un nivel consciente volitivo de regulación, además de la orientación hacia el futuro, la autovaloración adecuada, la capacidad de establecer metas conscientemente, así como el camino para obtenerlas y el compromiso emocional con los contenidos expresados.

Podemos pensar que el apoyo social, tan defendido en la literatura como factor protector de enfermedad, sólo alcanza tal categoría cuando se enmarca en individuos que tienen además un nivel consciente volitivo de regulación de su conducta y no cuando se observa en sujetos que funcionan a un nivel de regulación de normas y estereotipos.

Así, también el estrés total en el cual interviene, por supuesto, la dinámica de la personalidad anteriormente expuesta, determinando el estrés vivenciado por un individuo en particular, resultó el otro factor cuyo riesgo relativo alcanzó un nivel estadísticamente significativo.

## Conclusiones

1. El nivel consciente volitivo de regulación de la conducta puede actuar como factor protector de aterosclerosis en la muestra de sujetos analizada.
2. El estrés total se comportó como un factor de riesgo importante.

## BIBLIOGRAFIA

1. CASSEL, J.: The contribution of the social environment to host resistance. «Amer. J. Epidemiol.», 104: 107-123, 1976.
2. CASSEL, J.: Psychosocial processes and «stress». Theoretical formulations. «International J. Health Services», 4: 471-482, 1974.

# CINARIZINA ALONGA

MICRONIZADA

3. HENDERSON, S.: A development in social psychiatry. The systematic study of social bonds. «J. Nerv. Ment. Dis.», 168: 63-69, 1980.
4. KESSLER, R. C.: Life events, social supports and mental health, in W. R. Gove (Ed.). «Deviance and Mental illness». Beverly Hills. Sage Publications, 1982, p. 54.
5. HOUSE, J. S.: «Work stress and social support». Reading, M. A.: Addison-Wesley Publishing Co., 1981.
6. THOMAS, W. I.; THOMAS, D. S.: «The Childs in American Behavior problems and programs». New York: Alfred A. Knopf. 1982, p. 70-77.
7. BERKMAN, L.; SYME, S. L.: Social networks, host resistance and mortality. A nine-year follow-up study of Alameda Country residents. «Am. J. Epidemiol.», 109: 186-204, 1979.
8. CARTER, H.; GLICK, P. C.: «Marriage and divorce: a social and economic study». (Amer. Public. Health. Assoc. Vital and Health Statistics Monograph). Cambridge: Harvard University Press, 1970.
9. DEAN, A.; LIN, N.: The stress-buffering role of social support. Problems and prospects of systematic investigation. «J. Nerv. Ment. Dis.», 165: 403-417, 1977.
10. LORVENTHAL, M. F.; HAVEN, C.: Interaction and adaptation: Intimacy as a critical variable. «Am. Sociol. Rev.», 33: 20-30, 1968.
11. MEDALIE, J. H.; GOLDBOURT, V.: Angina pectoris among 10,000 men: Psychosocial and other risk factors as evidenced by multivariate analysis of a five-years incidence study.
12. MURAWSKY, B. et al.: Social support in health and illness: The concept and its measurement. «Cancer Nursing», 1: 365-371, 1978.
13. BACK, K. W.; BEGDINOFF, M. D.: Buffer conditions in experimental stress. «Behavioral Science», 12: 384-390, 1967.
14. GONZALEZ REY, F.: La comunicación. Su importancia en el desarrollo de la personalidad. «Rev. Hosp. Psiq.» de la Habana, 24 (1): 35-52, enero-mayo, 1983.
15. HEBERER, G. et al.: «Enfermedades de la Aorta y las grandes arterias». Barcelona: Editorial Científico Médica, 1970, p. 352.
16. VICTORIA GARCIA-VINIEGRAS, C. R.: Técnicas de medición de estrés. Una revisión crítica y proposición de un nuevo método. (En vías de publicación). 1986.
17. BROWN, G. W. et al.: Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. «Sociology», 9: 225-254, 1975.
18. MILLER, O.; INGHAM, J.: Friends, Confidants and symptoms. «Social Psychiatry», 11: 51-57, 1976.
19. WINNUBST, J. A. M. et al.: Social support as a moderator of stressor-strain relationship in industrial organization. University of Nijmegen. «The Netherlands Association for Stress Research The Netherlands», 1980.

**COMPOSICION:** Comprimidos: Cada comprimido contiene: Cinarizina (D.C.I.), 75 mg Excipiente, c.s. Gotas: Cada ml (25 gotas) contiene: Cinarizina (D.C.I.), 75 mg Sacarina sódica, 1,25 mg Excipiente, c.s.p., 1 ml. **INDICACIONES:** Tratamiento a largo plazo de la insuficiencia cerebral y periférica, incluyendo claudicación intermitente, dolor en reposo y tras tornos vasoespásticos. Ejemplo: Enfermedad de Raynaud. Trastornos del equilibrio; vértigos de origen central o periférico. Profilaxis de las cefaleas vasculares (jaquecas, migraña). A dosis inferiores, prevención del mareo cinético. **POSOLOGIA:** Dosis media recomendada: Adultos: 75 mg. (25 gotas o un comprimido) dos veces al día. Prevención del mareo cinético: 30 mg (10 gotas) dos horas antes de iniciar el viaje. Si es preciso, se administrarán posteriormente 15 mg (5 gotas) cada 8 horas. Modo de empleo: Mezclar las gotas de **Cinarizina Alonga** con agua y agitar hasta conseguir una suspensión homogénea. El agua pierde su transparencia y adquiere un aspecto opalescente. **CONTRAINDICACIONES:** No debe administrarse a pacientes con enfermedad de Parkinson o con sintomatología extrapiramidal. Fase aguda del ictus cerebral. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** En casos poco frecuentes pueden aparecer ligera somnolencia, molestias digestivas, fatiga y reacciones cutáneas. Se han descrito también efectos anticolinérgicos, sequedad de boca, visión borrosa, etc. **ADVERTENCIAS:** La cinarizina puede causar somnolencia por lo que deberán tener precaución las personas que deban conducir vehículos o manejar maquinaria peligrosa. La seguridad del empleo de cinarizina en mujeres embarazadas no ha sido establecida. Aunque los estudios en animales de experimentación no han mostrado efectos teratogénicos, se recomienda no administrar el fármaco durante este período. Se desaconseja el consumo de bebidas alcohólicas durante el tratamiento. **INTERACCIONES:** Puede potenciar el efecto sedante de los depresores del sistema nervioso central (alcohol, barbitúricos, etc.) así como el efecto y/o toxicidad de anticolinérgicos y anti-depresivos tricíclicos. **PRECAUCIONES:** Deberá emplearse con cuidado en pacientes con glaucoma e hipertrofia prostática. Si aparecieran síntomas extrapiramidales debe suspenderse inmediatamente el tratamiento. **SOBREDOSIFICACION:** No existen antídotos específicos. En caso de ingestión masiva accidental se recomienda lavado gástrico y tratamiento sintomático habitual. **PRESENTACION Y P.V.P. IVA:** Comprimidos: Caja con 30 comprimidos, 395 ptas. Gotas: Frasco con 30 ml. 428 pesetas.

