

## EVALUACIÓN DEL APOYO SOCIAL ENTRE PACIENTES CARDÍACOS QUIRÚRGICOS: SUBSIDIO PARA LA PLANIFICACIÓN EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Talita Poliana Roveroni Moraes<sup>1</sup>  
Rosana Aparecida Spadoti Dantas<sup>2</sup>

*Las finalidades de este estudio descriptivo y transversal fueron medir el apoyo social de individuos hospitalizados para tratamiento quirúrgico de cardiopatías y verificar las relaciones existentes entre el apoyo social y las variables sociodemográficas. La recopilación de datos ocurrió entre mayo de 2004 y junio de 2005. Participaron del estudio 86 individuos, 47 de los cuales eran hombres, 58 casados, con edad promedio de 53 años. Con respecto al apoyo social, en un intervalo de 1 a 5, se observó una media de  $4,2 \pm 0,74$  (intervalo de 1,92 a 5) para el apoyo emocional, y de  $4,2 \pm 0,6$  (intervalo de 2,3 a 5) para el apoyo instrumental, lo que indica alta satisfacción y disponibilidad con relación a los apoyos recibidos. Se constató correlaciones bajas y estadísticamente significativas entre los apoyos instrumental - emocional y la edad; y entre el apoyo instrumental y la escolaridad. No fueron encontradas diferencias entre el apoyo social con relación al sexo y situación conyugal de los participantes.*

**DESCRIPTORES:** apoyo social; cirugía torácica; rehabilitación

## EVALUATION OF SOCIAL SUPPORT AMONG SURGICAL CARDIAC PATIENTS: SUPPORT FOR NURSING CARE PLANNING

*This descriptive and cross-sectional study aimed to measure social support among subjects hospitalized for surgical treatment of cardiac diseases and to verify the relations between social support and socio-demographic variables. Data were collected between May, 2004 and June, 2005. A total of 86 patients were studied, 47 men, 58 married and the average age was 53 years old. Regarding social support, in an interval from 1 to 5, we found an average of  $4.2 \pm 0.74$  (interval of 1.92 to 5) for the emotional support and  $4.2 \pm 0.6$  (interval of 2.3 to 5) for the instrumental support, which indicate high satisfaction and availability of received supports. We found weak but statistically significant correlations between instrumental and emotional supports and the participants' age and between instrumental support and years of education. We did not find any differences in the perception of social support in terms of participants' gender and marital status.*

**DESCRIPTORS:** social support; thoracic surgery; rehabilitation

## AVALIAÇÃO DO SUPORTE SOCIAL ENTRE PACIENTES CARDÍACOS CIRÚRGICOS: SUBSÍDIO PARA O PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

*Estudo descritivo e transversal com objetivo de medir o suporte social de indivíduos internados para tratamento cirúrgico de cardiopatias e verificar as relações existentes entre suporte social e variáveis sociodemográficas. Os dados foram coletados no período de maio de 2004 a junho de 2005. Participaram do estudo 86 sujeitos, sendo 47 homens, 58 casados, com idade média de 53 anos. Quanto ao suporte social, em um intervalo possível de 1 a 5, constatou-se média de  $4,2 \pm 0,74$  (intervalo de 1,92 a 5) para o suporte emocional e de  $4,2 \pm 0,6$  (intervalo de 2,3 a 5) para o suporte instrumental, indicando elevada satisfação e disponibilidade quanto aos suportes recebidos. Houve correlações fracas e estatisticamente significantes entre os suportes instrumental e emocional e a idade dos participantes e entre suporte instrumental e escolaridade. Não foram encontradas diferenças na percepção do suporte social quanto ao sexo e a situação conjugal dos sujeitos do estudo.*

**DESCRITORES:** apoio social; cirurgia torácica; reabilitação

<sup>1</sup> Alumna de Graduação em Enfermagem; <sup>2</sup> Asesor, Profesor Doctor, e-mail: rsdantas@eerp.usp.br. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el desarrollo de investigación en enfermería

## INTRODUCCIÓN

**A**poyo social ha sido mostrado como un factor que contribuye para la disminución del estrés y favorece para la presencia de mecanismos que el individuo utiliza para enfrentar diversas condiciones crónicas de salud, entre ellas las enfermedades cardíacas<sup>(1)</sup>. La percepción del apoyo social puede variar de acuerdo con el sexo, la edad, la escolaridad y el estado civil de los individuos<sup>(2)</sup>.

Cuando las personas se enferman, el apoyo de los familiares y amigos es importante durante la hospitalización. No obstante, después del alta hospitalaria es que ellos necesitaran un mayor apoyo. En el caso de las enfermedades cardíacas, la participación de los familiares en los programas de rehabilitación cardíaca es de gran importancia. Posterior a la intervención terapéutica, el apoyo que el paciente percibe, principalmente cuando proviene del conyugue, ha sido relacionado con el beneficio que este trae para su rehabilitación, permitiendo el retorno a sus actividades profesionales<sup>(3)</sup> y a la disminución en los niveles de depresión<sup>(1)</sup>. Individuos con mayor apoyo social han presentado mejor desempeño físico y psicológico luego de haber sido sometidos a re-vascularización quirúrgica de miocardio<sup>(4)</sup> y trasplante cardíaco<sup>(5)</sup>. Por otro lado, la falta de apoyo y el aislamiento social esta asociado con altas tasas de morbilidad en individuos con insuficiencia cardíaca<sup>(6)</sup> y sometidos a cirugía de revascularización del miocardio<sup>(7)</sup>.

Otro aspecto que justifica la presente investigación es la asociación positiva entre el apoyo social, el seguimiento al tratamiento prescrito y la calidad de vida. Investigaciones han detectado que individuos casados presentan mayor apoyo emocional, siendo estos positivamente relacionados al estado emocional (disminuyendo la ansiedad y la depresión) y una mejor calidad de vida<sup>(8)</sup>. Por otro lado, el vivir solo puede estar relacionado al aumento en las tasas de retorno de pacientes con enfermedad crónica<sup>(9)</sup>. Fue constatado que entre enfermos solteros existe un mayor retorno de hospitalizaciones debido a que ellos viven solos, al aislamiento social y a la falta de un sistema de apoyo<sup>(9)</sup>.

Estudio realizado con el objetivo de verificar la relación de las variables apoyo social, autoestima y *coping* en la calidad de vida de los individuos, posterior a la cirugía de revascularización del

miocardio, mostró correlaciones positivas o convergentes entre estas variables<sup>(10)</sup>. En este estudio, la inclusión de la media de apoyo social, en el modelo de regresión multivariado, permitió explicar una variación de 15% en la media de la calidad de vida, posterior al control de las variables sociodemográficas y clínicas. Estos resultados, según los autores, confirman la importancia de esta variable en la determinación de la calidad de vida en individuos, posterior a la cirugía en enfermedad arterial coronaria<sup>(10)</sup>.

La finalidad del presente estudio fue evaluar el apoyo social de los pacientes con enfermedad cardíaca, que se encuentran hospitalizados para una cirugía. En el presente estudio, el apoyo social fue considerado como el apoyo que proviene de otras personas y que contribuye para que el individuo se sienta cuidado, valorizado, estimado y seguro de contar con este apoyo<sup>(11)</sup>. La evaluación del apoyo es basada en la percepción en la frecuencia recibida por el sujeto y en la satisfacción frente a los dominios instrumental y emocional de apoyo social<sup>(11)</sup>. El dominio instrumental se refiere a la disponibilidad de ayuda que permite al individuo el manejo o solución de situaciones prácticas u operacionales de su cotidiano, como son, el apoyo material, financiero o apoyo en diversas actividades del día a día. El soporte emocional o de estima consiste en los comportamientos como escuchar, brindar atención o compañía. Tales comportamientos o actitudes contribuyen para que la persona se sienta cuidada y/o estimada<sup>(12)</sup>.

Consideramos que la evaluación del apoyo social entre los pacientes cardíacos, sometidos a cirugía, podrá servir de subsidio para que los profesionales de la salud, en especial los enfermeros y asistentes sociales, puedan planificar mejor la preparación del alta y el seguimiento de los pacientes cardíacos, con la finalidad de obtener una mejor rehabilitación de los mismos.

## OBJETIVOS

Los objetivos propuestos fueron medir el apoyo social de pacientes cardíacos internados para cirugía y verificar las relaciones existentes entre el apoyo social y las variables sexo, edad, escolaridad y situación conyugal de los participantes.

## METODOLOGÍA

### Descripción del local y población de estudio

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, el cual se encuentra dentro de una investigación mas amplia sobre calidad de vida y apoyo social entre individuos con diferentes cardiopatías. Los participantes fueron invitados a participar de la investigación, siendo explicados los objetivos del estudio. Con la decisión de participación por parte del sujeto, el término de consentimiento libre y aclarado fue firmado por ambos (paciente e investigadores).

Este es un estudio descriptivo, de corte transversal, cuya población constó de individuos, de ambos sexos, internados en el servicio de cirugía cardiaca del hospital en mención. Una muestra por conveniencia fue compuesta por aquellos sujetos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: estar hospitalizado para cirugía de cardiopatía congénita o adquirida, dentro del periodo de mayo de 2004 a junio de 2005; tener mas de 18 años; estar en condiciones físicas y emocionales para ser entrevistado y estar de acuerdo en participar del estudio.

### Recolección de datos e instrumentos utilizados

Los datos socio-demográficos fueron recolectados a través de entrevistas individuales con los sujetos, en relación a los datos clínicos, estos fueron identificados en las historias clínicas de los participantes. Para evaluar el apoyo social, utilizamos un instrumento que fue adaptado para ser aplicado en pacientes cardiacos. Se trata de la versión adaptada para el portugués<sup>(12)</sup> de la escala *Social Support Inventory for People who are HIV Positive or Have Aids*<sup>(11)</sup>. La aprobación para su uso fue concedida por la autora brasilera, quien realizó su adaptación para el portugués<sup>(12)</sup>.

La escala adaptada incluye dos categorías o dimensiones de apoyo social, la instrumental y emocional. La dimensión instrumental, evaluada en 10 ítems, incluye la percepción y la satisfacción del individuo en cuanto su disponibilidad de apoyo para: la solución de aspectos operacionales relacionados a su tratamiento de salud, actividades diarias, ayuda

material y/o financiera. La emocional, con 12 ítems, evalúa la percepción y la satisfacción, relacionada a la posibilidad de escuchar, atención, información, estima, compañía y apoyo emocional en relación a su condición de salud y tratamiento<sup>(12)</sup>. Se trata de una escala tipo Likert de 5 puntos que evalúan la frecuencia de apoyo percibido (1=nunca a 5=siempre) y la satisfacción con el mismo (1=muy insatisfecho a 5=muy satisfecho). Dentro del componente que evalúa el apoyo instrumental, el cálculo para el valor apoyo es obtenido a través de la suma de los valores atribuidos a sus 10 ítems, posteriormente son divididos por 10. En relación al componente que evalúa el apoyo emocional, la suma es realizada entre los 12 ítems, posteriormente dividida por este mismo número. Siendo así, los valores medios de los componentes indican que cuanto mayor es el valor, mayor es la percepción de disponibilidad y la satisfacción con los apoyos evaluados, es decir, cuanto mayor es el valor obtenido por la suma de los ítems, mayor es el apoyo social<sup>(12)</sup>.

Para garantizar la comprensión del instrumento, optamos por realizar, primeramente, el análisis semántico de la escala de apoyo social<sup>(13)</sup>. Entrevistamos tres sujetos, a quienes se les preguntó sobre la comprensión de los ítems de la escala y solicitamos sugerencias para que los ítems sean lo mas comprensibles. Esta etapa permitió la reformulación de la redacción de algunos ítems, favoreciendo la comprensión del instrumento final, por lo tanto sin alterar el significado de los mismos. Seguidamente, fue realizado un test piloto con otros cinco sujetos, los cuales se encontraban dentro de los criterios de inclusión de nuestra muestra, con el objetivo de verificar la adaptación del instrumento de recolección, incluyendo la escala de apoyo social. Posterior al test piloto, se constató que no existía necesidad de ser realizadas alteraciones en el instrumento, encontrándose el mismo adecuado para la recolección de datos. Frente a esta conclusión, optamos por incluir a estos sujetos en la muestra final del estudio.

### Procesamiento y análisis de los datos

Posterior al procesamiento de los datos recolectados en el programa de software *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versión 13.0, estos fueron analizados a través de estadística descriptiva, con medidas de posición (media y mediana) y de

variabilidad (desviación Standard).El análisis de la confiabilidad de la medida de apoyo social y la consistencia interna de los ítems de la escala adaptada (total y dimensiones) fue verificada por el alfa de Cronbach.

Para alcanzar el segundo objetivo propuesto, decidimos seleccionar las variables socio-demográficas que habían sido indicadas en la bibliografía revisada, por tener asociación con el apoyo social. Así, analizamos las relaciones entre las medidas de apoyo social (instrumental y emocional) y las variables sexo, edad, escolaridad y situación conyugal.

Las relaciones entre las medidas de apoyo social (instrumental y emocional) y las variables continuas (edad y años de estudio) fueron analizadas a través del coeficiente de correlación de Spearman. La fuerza de las correlaciones fue verificada siguiendo la clasificación a seguir: baja magnitud ( $r < 0,03$ ), moderada magnitud ( $0,03 \leq r < 0,5$ ) y gran magnitud ( $r \geq 0,05$ )<sup>(14)</sup>. Para las variables nominales (sexo y situación conyugal) fue utilizado el test de Mann-Whitney para comparar las medidas de apoyo social entre los grupos. El nivel significativo establecido fue de 0,05.

Fue adoptado como criterio para el procesamiento de los datos perdidos, la exclusión de la muestra de los participantes que tuvieran 20% o más ítems sin respuesta<sup>(15)</sup>. Para el caso de la escala utilizada, este criterio consideraría que no fueran respondidos entre cuatro o mas ítems. En base a este criterio, dos participantes fueron excluidos de la muestra. Para dos pacientes que no quisieron responder un ítem del instrumento, relacionado a la satisfacción con uno de los aspectos de apoyo recibido, fue utilizado el criterio de sustitución del dato perdido por la media de las respuestas dadas por los individuos para los demás ítems de la escala<sup>(10)</sup>.

## RESULTADOS

Durante el periodo de ejecución del estudio, 192 pacientes fueron internados en el servicio de cirugía cardiaca. De este total 88(45,8%) se encontraban dentro de los criterios de inclusión anteriormente citados. Los motivos que explican este porcentaje fueron: alta hospitalaria antes de tener contacto con los investigadores, no quisieron participar del estudio y, situaciones clínicas

desfavorables. Sin embargo, de los 88 incluidos en la muestra, dos fueron excluidos por no poder responder más del 80% de los ítems de evaluación de apoyo social. Así, la muestra final fue compuesta por 86 participantes, lo que equivale a 44,8% de la población a ser estudiada.

Las características socio-demográficas y clínicas de los participantes se encuentran en la Tabla 1.

Tabla 1 - Características socio-demográficas y clínicas de la muestra estudiada. Ribeirão Preto, SP. 2004/2005

Variáveis (N=86)	Média (DP)* ou número (%)	Mediana (intervalo)
Edad (en años)	53,3 (15,35)	53,2 (16 - 77)
Sexo		
femenino	39 (45,3%)	
masculino	47 (54,7%)	
Escolaridad (en años)	4 (3,97)	4 (0 - 16)
Ingreso familiar (en reales)	710 (605,3)	710 (65 - 3000)
Estado Civil		
casado/viviendo con alguien importante	58 (67,4%)	
viudo/separado/soltero	28 (32,6%)	
Número de personas con que el paciente vive		
de 0 a 3 personas	68 (79%)	
4 o más personas	18 (20%)	
Situación profesional		
Activo	20 (23,3%)	
Jubilado con actividades remuneradas	08 (9,3%)	
Jubilado	30 (34,9%)	
Trabajo en casa, sin remuneración	17 (19,8%)	
Otros	11 (12,8%)	
Tiempo de hospitalización (en días)	6 (6,75)	6 (0 - 33)
Número de enfermedades asociadas	2 (1,43)	2 (0 - 6)
Período de hospitalización		
Pre-operatorio	56 (65,1%)	
Pos-operatorio	30 (34,9%)	
Cardiopatía		
Enfermedad Arterial Coronaria	38 (44,2%)	
Valvulopatía	32 (37,2%)	
Ambas	05 (5,8%)	
Otras	11 (12,8%)	
Indicación quirúrgica		
Revascularización de miocardio	41 (47,7%)	
Cambio/cirugía plástica de válvulas	32 (37,2%)	
Ambas	02 (2,3%)	
Otra indicación	11 (12,8%)	

\* DP: Desviación Standart

De acuerdo con las características socio-demográficas de la muestra fue verificado que, de los 86 participantes, 47 (54,7%) eran del sexo masculino, 58 (67,4%) eran casados o vivían con alguien importante; la edad varió entre 16 y 77 años (media de 53,3). Con relación al salario y escolaridad encontramos un grupo con condiciones económicas y escolares precarias; el cual corresponde a un ingreso familiar medio de 710 reales y cuatro años de estudio.

Con relación a las características clínicas de los sujetos, 56 (65,1%) estaban esperando la cirugía (periodo pre-operatorio). La enfermedad arterial coronaria y las valvulopatías fueron los diagnósticos mas frecuentes, lo que justifica la indicación quirúrgica para revascularización de miocardio (47,7%) y para cambio o cirugía plástica de válvulas (37,2%).

Los resultados relacionados a las dimensiones instrumental y emocional del apoyo social se encuentran en la Tabla 2.

Tabla 2 - Evaluación de las dimensiones instrumental y emocional de la escala de apoyo social. Ribeirão Preto, SP. 2004/2005

Dimensiones	ESS* Instrumental	ESS* Emocional
Número de Items	10	12
Intervalo Esperado	1 - 5	1 - 5
Intervalo Obtenido	2,3 - 5	1,92 - 5
Media (D.P.)**	4,2 (0,6)	4,2 (0,74)
Alfa de Cronbach	0,74	0,86

\* Escala de Apoyo Social  
\*\*D.P.: Desviación Standart

En un intervalo de 1 a 5, se obtuvo una media de  $4,2 \pm 0,74$  (intervalo de 1,92 a 5) para la dimensión emocional, y media de  $4,2 \pm 0,6$  (intervalo de 2,3 a 5) para la instrumental. Con relación a la confiabilidad de las escalas (total y dimensiones), la consistencia interna de los ítems se mostró adecuada en la muestra estudiada; con valores de alfa de Cronbach de 0,88 (total), 0,74 (apoyo instrumental) y 0,86 (apoyo emocional).

Con relación a las fuentes de apoyo social mencionadas por los participantes, observamos que ellas fueron relativamente las mismas en las dos categorías de apoyo (Tabla 3). En los dos tipos de apoyo analizados, las tres fuentes mas referidas por los participantes fueron en orden decreciente: "No vive con familiar", "conyugue/compañero" y "Vive con familiar".

Tabla 3 - Frecuencia de las fuentes de apoyo instrumental y emocional mencionadas por los participantes (N= 84). ibeirao Preto, SP. 2004/2005

Fuente de Apoyo	ESS* Instrumental	ESS* Emocional
No vive junto con el familiar	70 (81,4%)	69 (80,2%)
Conyugue/compañero	61 (70,9%)	61 (70,9%)
Vive con el familiar	49 (57,0%)	50 (50,8%)
Vecino(s)	30 (34,9%)	29 (33,7%)
Amigo(s)	28 (32,6%)	41 (47,7%)
Profesionales de la salud	04 (4,7%)	16 (18,6%)
Jefe/compañero de trabajo	03 (3,5%)	07 (8,1%)
Otros	02 (2,3%)	06 (7,0%)

\* Escala de Apoyo Social

Para responder al segundo objetivo del estudio, es decir, verificar las relaciones existentes entre el apoyo social y variables socio-demográficas, utilizamos test no paramétricos de correlación lineal y de comparación de las medias de apoyo social entre los grupos.

Para verificar la correlación entre las medidas de apoyo social y las variables continuas (edad y años de estudio) utilizamos el coeficiente de correlación de Spearman. Los resultados obtenidos fueron: baja correlación, a pesar de ser significativos, entre la edad y la dimensión emocional ( $r=0,26$ ;  $p<0,05$ ) e instrumental ( $r=0,26$ ;  $p<0,05$ ). Con respecto a la correlación de apoyo con la escolaridad obtuvimos baja correlación entre ambas dimensiones, a pesar de ser los resultados significativos para la dimensión instrumental ( $r= -0,21$ ;  $p<0,05$ ) y no significativo para la dimensión emocional ( $r= -0,13$ ;  $p>0,05$ ). Ambas correlaciones se mostraron inversas, confirmando que la relación presentada en los estudios encontrados fue de una disminución en la percepción del apoyo emocional social con un aumento de la escolaridad de los sujetos.

Para analizar la relación entre el apoyo social y las variables de categorías (sexo y situación conyugal) utilizamos el test de Mann-Whitney. Los resultados muestran que no existió diferencia entre los valores obtenidos en las dos dimensiones de apoyo social con relación al sexo y a la situación conyugal de los participantes ( $p>0,05$ ). Referente al apoyo instrumental no existió diferencias entre hombres ( $M=4,2$ ;  $DP=0,51$ ) y mujeres ( $M=4,0$ ;  $DP=0,69$ ); entre casados/viviendo con alguien ( $M=4,2$ ;  $DP=0,52$ ) y entre solteros/separados/viudos ( $M=3,9$ ;  $DP=0,72$ ). Lo mismo fue observado en mujeres con relación al apoyo emocional, presentando un valor medio de  $3,9 \pm 0,85$  y los hombres con una media de  $4,1 \pm 0,63$ . La media entre los sujetos casados/viviendo con alguien fue de  $4,1 \pm 0,7$  y de  $3,9 \pm 0,82$  entre los solteros/separados/viudos.

## DISCUSIÓN

Luego de haber concluido el análisis de los datos, constatamos que el apoyo social de los participantes fue elevado tanto para la dimensión emocional como para la instrumental. Estos resultados fueron semejantes a los obtenidos con individuos portadores de HIV/SIDA, en un estudio que utilizó la misma escala de evaluación en el Brasil<sup>(12)</sup>.

Los resultados obtenidos en la correlación entre el apoyo social y la edad de los participantes mostraron relaciones estadísticamente significativas, directas o convergentes, a pesar de ser de baja magnitud. Tales resultados sugieren que los participantes más ancianos evaluaron el apoyo recibido como más disponible y satisfactorio que los individuos más jóvenes. Otros autores resaltaron que entre los más ancianos se percibe una mayor tolerancia con relación al apoyo de familiares y amigos<sup>(2)</sup>. Mencionan que al contrario de los adultos más jóvenes, los ancianos no se sienten tan presionados en las obligaciones y en las actividades diarias en el hogar, así como en el cuidado de los hijos. Por otro lado, las experiencias acumuladas en la vida permiten que los ancianos enfrenten mejor la pérdidas ocasionadas por su enfermedad crónica<sup>(2)</sup>.

En la dimensión emocional de apoyo, al analizar si la medida de apoyo percibido se relacionaba con la escolaridad de los sujetos, obtuvimos bajas correlaciones, siendo estas no significativas. Sin embargo, la dirección entre las medidas confirma la relación inversa entre las variables, indicando que con el aumento de los años de estudio disminuye el apoyo social percibido<sup>(2)</sup>. Estos resultados difieren de los obtenidos entre sujetos con HIV/SIDA, cuya evaluación más positiva fue en aquellos con mayor escolaridad<sup>(12)</sup>.

Con relación al apoyo social y la situación conyugal, fue constatado que no existió diferencia entre los grupos (casados/viviendo con alguien y solteros/viudos/separados) en las dos dimensiones de apoyo social percibido. Un resultado diferente fue obtenido en otro estudio en el cual los individuos casados o que vivían con alguien tuvieron medias más elevadas, principalmente en el apoyo de dimensión emocional<sup>(12)</sup>.

Otro resultado que nos llamó la atención fue el relacionado a las fuentes de apoyo citadas por los participantes. Constatamos que, para las dos dimensiones de apoyo no fueron los conyugues/compañeros los apoyos más citados, y si, los familiares que no vivían con los participantes. Nuestro estudio, difiere por tanto, de otros estudios en los cuales sus resultados muestran que existe una mayor disponibilidad percibida y satisfacción con los apoyos, en especial el instrumental, por parte de las personas que viven con sus conyugues/compañeros<sup>(16-17)</sup>. Algunos autores consideran que los individuos casados

o que viven con alguien importante, tienen mayor apoyo cuando se les compara con los individuos solteros, separados o viudos. La percepción de una mayor disponibilidad y satisfacción con el apoyo instrumental parece ser producto de que esta modalidad incluye el apoyo material y operacional en el tratamiento de salud, lo que permite dividir los gastos por la proximidad entre el proveedor y el que recibe el apoyo<sup>(16-17)</sup>.

No obstante, encontramos diferentes opiniones, con investigadores que se preguntan si el hecho de estar casado o tener a alguien, garantiza que él pueda tener el apoyo que él necesita. Ellos consideran que algunos factores tales como sexo, edad, y la enfermedad pueden justificar las diferencias existentes en la obtención de apoyo que proviene de los conyugues<sup>(2)</sup>. Se resalta que, la premisa de que el conyugue debe ser la fuente de apoyo de mayor disponibilidad, puede generar problemas entre adultos en fase productiva los cuales, generalmente, no esperan asumir el rol de cuidadores de sus compañeros en esta fase de sus vidas<sup>(18)</sup>.

## CONCLUSIONES E IMPLICANCIAS PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

Constatamos un elevado apoyo social, instrumental y emocional, entre los participantes. Correlaciones estadísticas significativas, a pesar de ser bajas fueron observadas entre las dos dimensiones de apoyo social y la edad de los sujetos estudiados. Con relación a la escolaridad, se encontró una baja correlación, e inversa entre los años de estudio y el apoyo instrumental; sin embargo, este no fue estadísticamente significativo. No fueron comprobadas diferencias en los apoyos emocional e instrumental cuando analizamos el sexo y la situación conyugal de sus participantes.

Considerando que el apoyo social ha sido un factor que permite enfrentar la enfermedad y la recuperación del individuo con cardiopatías, y que presenta un elevado apoyo social; este ha sido asociado a bajos niveles de estrés y depresión posterior a la cirugía cardiaca, por lo cual se sugiere que, el enfermero incluya la evaluación del apoyo social para la planificación de la asistencia.

Consideramos que la evaluación del apoyo social contribuirá en la detección de aquellos individuos con mayores dificultades en su

reabilitación. Por ejemplo, individuos que perciben el apoyo social como insatisfactorio o indisponible, se sentirán incapaces para cambiar y mostrar

comportamientos favorables a su salud cardiaca, tales como: practicar ejercicios físicos, tener una dieta adecuada y dejar de fumar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Penninx BWJH, Tilburg TV, Kriegsman DMW, Boeke AJP, Deeg DJH, Eijk JTHM. Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases. *J Aging Health* 1999; 11(2):151-68.
2. Allen SM, Ciambone D, Welch LC. Stage of life course and social support as a mediator of mood state among persons with disability. *J Aging Health* 2000; 12(3):338-41.
3. Dantas RAS, Aguillar OM, Barbeira CBS. Retorno às atividades ocupacionais e sexuais após cirurgia de revascularização do miocárdio. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 julho; 9(4):26-31.
4. Lindsay GM, Smith LN, Hanlon P, Wheatley DJ. The influence of general health status and social support on symptomatic outcome following coronary artery bypass grafting. *Heart* 2001; 85:80-6.
5. Bohachick P, Taylor MV, Sereika S, Reeder S, Anton BB. Social support, personal control, and psychosocial recovery following heart transplantation. *Clin Nurs Res* 2002; 11(1):34-51.
6. Murberg TA, Bru E. Social relationships and mortality in patients with congestive heart failure. *J Psychosom Res* 2001; 51(3):521-7.
7. Brummett BH, Barefoot JC, Siegler IC, Clapp-Channing NE, Lytle BL, Bosworth HB et al. Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosom Med* 2001; 63(2):267-72.
8. Bennett SJ, Perkins SM, Lane KA, Deer M, Brater DC, Murray MD. Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Qual Life Res* 2001; 10:671-82.
9. Berkman B, Millar S, Holmes W, Bonander E. Predicting cardiac patients at risk for readmission. *Soc Work Health Care* 1991; 16(1):21-38.
10. Dantas RAS, Motzer SA, Ciol MA. The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. *Int J Nurs Stud* 2002; 39(7):745-55.
11. Renwick R, Tracy H. Description and validation of a measure of received support specific to HIV. *Psychol Rep* 1999; 84: 663-73.
12. Seidl EMF. Pessoas vivendo com HIV/Aids: configurando relações entre enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. [tese]. Brasília (DF): Universidade de Brasília/UnB; 2001.
13. Pasquali L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília (DP): LabPAM/IBAPP; 1999.
14. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Upper Saddle River (NJ): Prentice-Hall; 1980.
15. Cohen J, Cohen P. Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences. 2ª ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum; 1983.
16. Dantas RAS. Reabilitação após cirurgia de revascularização do miocárdio. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1999.
17. Boutin-Foster C, Charlson ME. Getting to the heart of social support. A qualitative study on the mechanisms of action of social support among patients with coronary artery disease. *J Clin Epidemiol* 2002; 55(6): 629.
18. Allen S, Goldscheider F, Ciambione D. Gender roles, marital intimacy and nomination of spouse a primary caregiver. *Gerontologist* 1999; 39:150-8.