Descargado el: 13-11-2026 ISSN 2221-2434

Artículos de revisión

Factores emocionales en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares. Valoración actualizada desde la Psicocardiología

Emotional Factors in the present a topic of Cardiovascular Diseases. Updated Assessment from Psychocardiology

Teresa Rodríguez Rodríguez[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Rodríguez-Rodríguez T. Factores emocionales en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares. Valoración actualizada desde la Psicocardiología. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2012 [citado 2026 Nov 13]; 2(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/132

Resumen

El tratamiento de las enfermedades cardiovasculares exige un abordaje desde la multidisciplinariedad, por la presencia de diversos factores en su origen y evolución. La Psicocardiología se encarga de estudiar los factores de orden psicológico vinculados a estas enfermedades. En el presente trabajo se abordan los factores emocionales que repercuten en diferentes padecimientos coronarios, así como el vínculo de estos, con los diferentes tipos de personalidad. Se exponen resultados obtenidos sobre el estudio de diversas emociones en pacientes portadores de infarto agudo del miocardio en fase aguda, y se ilustra cómo realizar la intervención psicológica para lograr el control emocional de estos pacientes porque puede ser útil para los enfermos y en el mejoramiento del cuadro clínico en general. Finalmente se apela a la necesidad de crear una concientización en la comunidad médica, para que no se desestime el papel de factores de índole subjetiva a la hora de prevenir, diagnosticar y tratar cualquier enfermedad cardiaca.

Palabras clave: emociones, enfermedades cardiovasculares, diagnóstico, terapéutica, prevención de enfermedades

Abstract

The treatment of cardiovascular diseases requires an approach from a variety of disciplines due to the presence of several factors in its origins and evolution. Psychocardiology is responsible for studying the factors related to psychology associated with these diseases. This paper addresses the emotional factors affecting different coronary heart diseases, as well as the link among them, with different types of personalities. Results on the study of various emotions in patients with acute myocardial infarction in the acute phase are presented and it is illustrates how to achieve psychological intervention for emotional control in these patients because it can be useful for them in the improvement of the overall clinical condition. Finally, it is appealed to the need of creating an awareness in the medical community not to discard the role of subjectivity when it comes to preventing, diagnosing and treating any cardiac disease.

Key words: emotions, cardiovascular diseases, diagnosis, therapeutics, disease prevention

Recibido: 2012-09-04 12:43:42
Aprobado: 2012-09-20 15:03:02

Correspondencia: Teresa Rodríguez Rodríguez. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. teresa.rodriguez@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Desde hace varias décadas importantes estudios internacionales le han conferido un valor relevante a factores de índole subjetiva en la aparición y/o agravamiento de las enfermedades cardiovasculares (ECV). Se remontan a los estudios de los cardiólogos Meyer Friedman y Ray Rosenman en 1959[1] quienes reconocieron la asociación entre un patrón de conducta manifiesto y datos biofisiológicos relacionados con problemas cardiovasculares. Finalmente, en 1981, el *National Institute for Heart, Lung and Blood*, de los Estados Unidos, reunió un amplio grupo de especialistas en ciencias biomédicas y conductuales y aceptó el Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) como un factor de riesgo independiente para los trastornos coronarios, con el mismo orden de magnitud que el riesgo asociado a cualquiera de los factores tradicionales, tales como: la presión sistólica, el consumo del tabaco o el nivel de colesterol en suero.[2,3]

Otras reportes también han confirmado la implicación de las emociones en las ECV, tales como: la ira- hostilidad, la depresión, el estrés emocional, y la ansiedad, así como la presencia de otros factores no obstensibles que entorpecen a estos padecimientos. Sin embargo, en la práctica cardiológica asistencial, generalmente no son contemplados a la hora de evaluar al paciente, ni al definir las estrategias de tratamiento, en contraposición a los supuestos del paradigma médico-social.

El reconocimiento del paradigma médico-social, en el que la enfermedad se contextualiza al tener en cuenta factores psicológicos y sociales, impone una redimensión dentro del quehacer profesional de las ciencias que se encargan del proceso salud-enfermedad, que admite desde la prevención primaria de los procesos mórbidos, su recuperación y rehabilitación, así como el enfrentamiento y dignificación de la muerte. Contempla además la interdisciplinariedad, en un intento de elevar la calidad asistencial y de los servicios de salud, presupone profesionales sensibilizados y actualizados frente a esta ardua y humana tarea. Vislumbra variables subjetivas en el proceso de enfermar, morir y también en la conservación de la salud, las cuales mediatizan este proceso.

La participación de la psicología en el vasto campo de la salud ha cobrado especial relevancia a la luz de las redefiniciones del propio concepto de salud y de los cambios mencionados en el panorama epidemiológico, en el que se pretenden explicar las interacciones del organismo, el ambiente y una serie de fenómenos psicológicos, que subrayan la conceptualización de la salud como algo más que la mera ausencia de enfermedad, implica sentirse bien tanto consigo mismo, como en las relaciones con el entorno social y ambiental al enfrentar y resolver los nuevos retos y problemas de la humanidad.[4]

Por lo que el objetivo de este trabajo es: sistematizar el conocimiento acerca de variables emocionales y personológicas relacionadas con las enfermedades cardiovasculares, en aras de incentivar la evaluación integral y multidisciplinaria de estos enfermos y elevar la calidad en el proceso asistencial.

DESARROLLO

La psicología de la salud surge a partir de los años 70 del pasado siglo, y es el producto de una nueva forma de pensamiento en salud, que considera la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad en los niveles conceptual-metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población.[5]

La Psicocardiología surge como un área diferenciada de la psicología de la salud. Se define como: “una disciplina que debe centrarse en todos los aspectos psicológicos que se encuentran relacionados con cualquier padecimiento cardíaco, no solo en los que conciernen a la prevención primaria o secundaria de la enfermedad coronaria y su rehabilitación, sino también a los que aparecen relacionados con procedimientos invasivos, los que derivan de la hospitalización en fase aguda del padecimiento y estados críticos de gravedad del enfermo que crean malestar psicológico, y por ende, la aparición de emociones negativas, a los comportamientos sexuales y su relación con los padecimientos coronarios. Conjuntamente, es necesario incluir a la familia; al ser esta en primer lugar, cuna de aprendizaje de estilos de vida, en segundo lugar, porque se establece como agente de apoyo social y es facilitadora del cambio, además de ser sujetos que se involucran de manera directa en el complejo entramado de las enfermedades cardíacas por marcadores genéticos, y por la herencia social que se trasmite de generación a generación y que da lugar a la aparición de factores de riesgos conductuales y emocionales. Exige además el

diagnóstico de posibles secuelas de estas enfermedades sobre los procesos cognitivos de los enfermos coronarios y el enfoque de género en el estudio e intervención de cualquiera de los padecimientos cardiovasculares."[6]

Por el alcance de las enfermedades coronarias, en particular de la cardiopatía isquémica, tanto en Cuba como a nivel internacional, la Psicocardiología está llamada a convertirse en una disciplina indispensable en el quehacer profesional de los psicólogos de la salud.

De los aspectos que engloba el concepto dado serán abordados a continuación fundamentalmente, los que conciernen a la personalidad del paciente coronario y sus emociones vinculadas a la ECV.

La personalidad, las emociones y las enfermedades cardiovasculares

Al considerar las emociones vinculadas a la aparición o complicación de cualquier enfermedad, se está dando justo valor a la subjetividad de cada persona, a su forma de ver y sentir el mundo, y a entender la individualidad de los procesos mórbidos con sus matices biológicos, psicológicos y sociales. Permite además contemplar la enfermedad como un fenómeno complejo y multideterminado, vinculada a una cultura que conforma sus prácticas cotidianas. De manera que en el campo de las enfermedades cardiovasculares el enfoque integracionista es un pilar importante para el adecuado diagnóstico, tratamiento y seguimiento del enfermo.

Los aspectos más significativos del nivel de integración de la subjetividad humana que se denomina personalidad, no pueden ser observados de modo directo en su expresión. Solo se expresan en la conducta, el comportamiento, las expresiones verbales, que suponen un reflejo activo, mediatizado, construido de la realidad objetiva y también subjetiva, que está integrada, y organizada en diferentes subsistemas o configuraciones parciales con diferentes grados de complejidad en perenne interrelación dinámica y dependencia funcional.[7] El sistema personológico como totalidad, constituye el nivel más complejo de integración y organización de los procesos psicológicos a nivel individual que intervienen en la regulación del comportamiento.

En el campo de la salud, la personalidad también ha sido estudiada como factor predisponente en la aparición de algunas enfermedades. Existen investigaciones acerca de la enfermedad coronaria y su relación con el Patrón de Conducta Tipo A (PCTA), al definir que estas personas tienden a percibir como amenazantes una gran cantidad de estímulos ambientales, al aumentar la respuesta adrenérgica frente al entorno diario y definir un patrón de respuesta, característico en estos individuos.[8] Estas personalidades caracterizan a las personas que se manifiestan: exigentes, ansiosos, competitivos, y sobre todo, iracundos y hostiles.

Los efectos de la incidencia del Tipo A de conducta en la enfermedad coronaria pueden resumirse en los siguientes síntomas:

- Los efectos patógenos del colesterol y su asociación con el tabaquismo, el sedentarismo y la falta de ejercicio físico.
- La viscosidad sanguínea.
- El aumento de la frecuencia cardiaca.
- El aumento de la demanda de O^2 miocárdico.
- La vasoconstricción y arritmia por fibrilación ventricular tras estimulación adrenérgica.
- Las hormonas corticales producidas a partir del eje hipófiso-suprarrenal de gran influencia en procesos psicobiológicos como: la ansiedad, la hostilidad, el miedo y la depresión.
- La activación conductual y déficit neurotransmisor.
- Menor capacidad de habituación a la estimulación nerviosa y una mayor deshabituación de la respuesta cardiaca.[9]
- Otros tipos de personalidades como la H y la D sí se han asociado a la aparición de enfermedades cardiacas. En la primera, prima la ansiedad crónica, pero expresada como hostilidad, lo que lleva a quienes la portan a desarrollar una intensa reactividad cardiovascular, por lo que se considera como la responsable de un alto porcentaje de infartos y otras enfermedades cardiovasculares.

La personalidad tipo D ha sido asociada a la enfermedad de las arterias coronarias, a la HTA y a la mortalidad. Se vincula a la depresión, a la alienación social y se caracteriza por la supresión

crónica de las emociones negativas.[8,10]

Se dio a conocer en la década del 90 la llamada también personalidad de distress. Denollet y Brutsaert concluyeron que la presencia de una combinación de afectividad negativa e inhibición social permitiría predecir dichos episodios agudos, independientemente de los factores de riesgo tradicionalmente conocidos. Para estos investigadores se trataría de rasgos que permitirían formular un nuevo perfil, la personalidad de distress, como patrón predictor de eventos coronarios. Por un lado se caracteriza por la inhibición de la expresión emocional que puede desarrollar enfermedad coronaria y desencadenar eventos agudos (como en el caso de la ira reprimida), por el otro, la depresión y la inhibición social, son factores que pueden aumentar la mortalidad por un evento coronario agudo. La propuesta de Denollet es atender al interjuego de ambas, inhibición social y afectividad negativa, para la construcción de este perfil de riesgo.[11,12]

Es importante conocer las características de la personalidad de los sujetos y definir sus patrones comportamentales, porque para estudiar las diferentes enfermedades, es imprescindible conocer la presencia de contradicciones, el nivel de desarrollo de la personalidad y sus mecanismos de autorregulación personal para poder definir una correcta labor psicoterapéutica interventiva.[8]

Otro aspecto importante que nunca debe ser soslayado al enfocar el proceso salud-enfermedad son las emociones. Estas raras veces ocurren en un vacío existencial, por lo general acontecen en un contexto en el que la persona tiene que dar respuesta adaptativa a determinada situación problemática en su entorno. Los avances en las últimas décadas sobre la investigación psico-neuroinmunológica es expresión cabal de ello y ha establecido una estrecha relación con el estrés psicosocial, ocupacional y la enfermedad coronaria.[13, 14]

Trastornos emocionales como: la depresión, la ansiedad, el estrés, parecen encontrarse también asociados a la cardiopatía, relación que queda justificada por el estrecho vínculo que se establece entre el sistema nervioso y el sistema cardiovascular. Al mismo tiempo las emociones se acompañan de respuestas autónomas, endocrinas y somáticas, que dependen de regiones subcorticales del sistema nervioso como: la amígdala, el tronco cerebral y el hipotálamo.[15]

La hostilidad, considerada como un rasgo estable de personalidad, y relacionada con creencias y actitudes hacia los demás, incluye el cinismo, el resentimiento y la desconfianza, es una dimensión más duradera que las anteriores y presupone venganza oblicua o encubierta.

El mecanismo fisiológico implicado en la relación entre el complejo ira-hostilidad y los trastornos cardiovasculares podría ser la hiperactivación de los ejes simpático-adrenomedular y adenohipofisario-adrenocortical[16] parece ser que tanto la alta activación puntual y repetida como la hiperactivación mantenida de estos ejes son las responsables de que los sujetos hostiles tengan una mayor incidencia de enfermedades coronarias.

La depresión psíquica también es considerada una emoción contraproducente para procesos coronarios, produce una depresión inmunológica la que hace que se haga más lento en el paciente el programa rehabilitación, al funcionar con niveles de aspiraciones muy por debajo de lo que puede realmente lograr.[17,18]

Este es un factor de riesgo independiente para eventos cardiacos particularmente después de un IMA, ya que se presenta en los enfermos deprimidos un aumento de la mortalidad cardiaca en cerca de tres veces, independientemente de otros factores de riesgo.[18,19]

Los resultados del *I Global-Interheart-Study* permitieron definir, que la asociación del estrés y la depresión fueron importantes predictores de riesgo del IMA en todas las edades, regiones y grupos étnicos, es su efecto comparable al de la hipertensión arterial y la obesidad abdominal.[20, 21]

Los pacientes deprimidos presentan menor adherencia terapéutica que los que no lo están, lo que implica que el cumplimiento de su terapia cardioprotectora, antiagregantes, hipolipemiantes, vasodilatadores coronarios, etc., se vea disminuida y aumente el riesgo de recurrencia de IMA.[22]

Se ha planteado que los estados depresivos inducen a la vida sedentaria, además de favorecer la hipofunción de los barorreceptores, por lo que se reduce de este modo, la capacidad cardiovascular de amortiguar las variaciones tensionales y alteraran la variabilidad de la frecuencia cardiaca. Se ha registrado que las personas depresivas son más propensas a las taquicardias ventriculares, arritmias ventriculares

y fibrilación fatal. También por este motivo aumenta el riesgo de mortalidad en el primer infarto, además de ser un factor, ya ampliamente reconocido, de un segundo infarto fatal.[18]

La depresión eleva la activación de la actividad plaquetaria como resultado de la descarga de serotonina, la cual altera los mecanismos de agregación plaquetaria y favorece la trombogénesis, pero además es vasodilatadora de arterias normales y vasoconstrictoras de arterias ateroscleróticas. Todas estas modificaciones fisiológicas han permitido establecer que los pacientes depresivos presentan un riesgo de mortalidad superior en comparación con aquellos no depresivos. Esto se asociaría con el desequilibrio autonómico relacionado con la depresión, lo cual se refleja en la disminución de la variabilidad antes mencionada en el intervalo QT, por tanto, la evaluación de este parámetro psicológico adquiere por estos datos un rango de prioridad al valorar al paciente con riesgo cardiaco, en tanto se plantea, que la incidencia de depresión aumenta entre las 4 y 6 semanas luego de un IAM.[23]

Pese a todos los argumentos anteriormente expuestos, el paciente deprimido que reciba apoyo psicológico o medicación antidepresiva reduce hasta en un tercio su riesgo de padecer episodios cardiacos.[22]

En pautas emitidas por el *American College of Cardiology/American Heart Association*, en los casos de IAM con elevación del segmento ST, se recomienda la evaluación de los síntomas de depresión, ansiedad, trastornos del sueño y del entorno psicosocial.[24]

El estrés es otra de las emociones implicadas en la vida cotidiana de las personas. Es una respuesta adaptativa y fundamental para la supervivencia de los organismos, se considera que este fenómeno es parte inseparable de la vida. Cuando el estrés persiste en el tiempo y fallan los mecanismos de afrontamiento adecuados, se rompen los mecanismos de equilibrio neuro-hormonales y sobreviene con ello una amplia cascada de respuestas fisiológicas y psicológicas que repercuten negativamente en la vida emocional y fisiológica de las individuos que lo vivencian. La repuesta y enfrentamiento al estrés es individualizada, de manera que inciden factores genéticos y sociales que conforman una manera de afrontar los pequeños y grandes estresores.

El Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales, el DSM-IV(1994), insiste y ahonda en la idea, de que los factores psicológicos o conductuales pueden influir en el inicio y curso de cualquier trastorno orgánico, que enmarca estos trastornos bajo la categoría de factores psicológicos que afectan la condición médica general. Dentro de los principales trastornos causados por el estrés recoge los cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria-angina de pecho, infarto del miocardio, taquicardia, arritmias cardiacas episódicas, enfermedad de Raynaud.[24]

Investigaciones actuales reafirman la estrecha relación del sistema nervioso simpático y el sistema cardiovascular y las respuestas fisiológicas y psicológicas que se desencadenan ante diversos estímulos. Se ha definido que la estimulación simpática está ampliamente distribuida en todo el corazón, especialmente en el nódulo sinoauricular. Se acepta de forma general su intervención en la hipertrofia ventricular, en la frecuencia cardíaca, en la hipertensión arterial, en el síndrome metabólico y en el estrés.[25]

Se ha comprobado que el estrés por vía simpática aumenta la frecuencia cardiaca, y con ello, la necesidad de oxígeno del miocardio, en tanto que el incremento catecolamínico propio de la tensión emocional bloquea los procesos de oxigenación del corazón como consecuencia de las alteraciones hemodinámicas que provoca, y hace más drástico el déficit irrigatorio.[10,26]

Aún en ausencia de enfermedad coronaria, un estrés emocional puede producir disfunción ventricular caracterizada por dilatación de la punta del ventrículo izquierdo y reducción transitoria de la función sistólica. El electrocardiograma muestra intervalos de QT prolongados e inversión difusa de la onda T y en algunos casos puede haber elevación de los biomarcadores cardíacos. Este síndrome denominado miocardiopatía del estrés, se asocia con aumento de hasta tres veces por encima de lo habitual de las catecolaminas, que son el factor desencadenante del atontamiento del miocardio.[10,27]

Este tipo de evento ha sido denominado Síndrome de Tako-Tsubo. Es un trastorno clínico que simula un IAM, aunque los pacientes presentan arterias coronarias normales y característica de disquinesia antero-apical del ventrículo izquierdo que se normaliza en unos

pocos días. Se conoce como cardiopatía de estrés o *apical ballooning*. Se manifiestan características de un síndrome coronario agudo, clínicas, analíticas, electrocardiográficas y ecocardiográficas. La presencia de arterias coronarias sin obstrucciones significativas y la forma típica en la ventriculografía, junto con la ulterior recuperación total del ventrículo apoyan el diagnóstico. Suele comenzar después de un cuadro de estrés importante, físico o psíquico y frecuentemente se observa en mujeres posmenopáusicas que sufrieron un suceso estresante emocional o físico.[28]

La ansiedad es otra modalidad de la respuesta emocional que se expresa en los sistemas de respuestas cognitivo, fisiológico y conductual y que también está relacionada con trastornos cardiacos, y que llega a precipitar con frecuencia episodios isquémicos. Rasgos de ansiedad y síndrome depresivo suelen asociarse a una mayor respuesta de presión arterial y frecuencia cardíaca ante las emociones negativas percibidas a lo largo del día.[29]

Una vez que se ha producido el evento coronario, la presencia de estados ansiosos en el paciente incrementa el riesgo de sucesos isquémicos y de arritmias.[30]

La ansiedad ha sido vinculada a la patogenia de las enfermedades cardiovasculares[31] y si el paciente requiere de hospitalización, esta condición provoca temor, estrés y ansiedad por ser una experiencia emocional intensa[32] lo que exige su plena consideración en la atención de los pacientes coronarios, porque tales emociones activan la actividad simpática, aspecto contraproducente para el paciente con IMA.[15]

En investigaciones realizadas por otros autores, se ha reseñado que la ansiedad incide negativamente en los tratamientos quirúrgicos de la enfermedad (angioplastia y derivación) y en la recuperación posquirúrgica de ellos. Afecta la rehabilitación pos-infarto y predice un estado de la calidad de vida más pobre en el año siguiente del evento coronario. Por último, se asocia al dolor torácico pre y post-infarto, y a las quejas somáticas post-infarto.

Algunos autores como Luderitz y col. valoraron el grado de ansiedad en pacientes con desfibriladores automáticos implantados (DAI) en diferentes tipos de intervención y tiempos, al encontrar altos niveles de esta emoción en dichos enfermos.[33] Estudios recientes plantean, que el principal predictor de empeoramiento de la calidad de vida y ajuste psicológico al DAI, tras el implante, es el número de descargas del dispositivo, los antecedentes de trastornos de ansiedad o depresión, y el escaso apoyo social o familiar entre otros.[34,35]

El tratamiento de las arritmias cardiacas es otra manifestación de las alteraciones cardiovasculares, que ha evolucionado rápidamente desde la introducción de la estimulación cardiaca a finales de la década de 1950. Muchas veces con criterio de implantación de marcapasos (MP). Hallazgos recientes definen que los pacientes con enfermedad cardiaca al ser sometidos a estudios electrofisiológicos, implante de marcapaso y revascularización del miocardio, tienen diferencias en los niveles y prevalencia de ansiedad, pero no presentan diferencia con relación a los niveles y a la prevalencia de depresión.[36]

La cirugía cardiaca, otro procedimiento invasivo, desde el mismo momento de su indicación, despierta en el paciente una serie de temores que causan: angustia, depresión, miedo a la pérdida de control, y pesimismo acompañado de miedo a la muerte.

Aleer, Copeland, Fuller y Copeland refieren, que cuando se inició el trabajo relativo al trasplante de órganos, la supervivencia era limitada y lo principal era lograr que sobrevivieran, por lo que se le dio poca prioridad a los aspectos psicológicos. Posteriormente observaron que la deficiencia de dejar de considerar al paciente como algo más que la suma de sus partes llevó a estos a grandes desajustes psiquiátricos.[37]

Se han reportado diferentes manifestaciones psicológicas en pacientes que se han sometido a estudios invasivos y/o cirugía cardiovascular, ello obedece a la situación impactante que puede provocar este tipo de procedimiento, entre estas manifestaciones se pueden mencionar: trastornos del sueño y complicaciones psiquiátricas en estos pacientes con trasplante cardíaco y que se les atribuyó la mayor incidencia de los síntomas psicóticos, en parte a una autoimagen distorsionada que acompañaba a la adquisición del corazón del donante.[37]

Se plantea que en el paciente trasplantado pueden aparecer algunos cuadros psiquiátricos, deben tenerse en cuenta: el delirium, que es frecuente en el postoperatorio inmediato y las complicaciones neuropsiquiátricas por la

medicación inmunosupresora pues son de especial relevancia. Un sentimiento de euforia y de bienestar aparece normalmente después de un trasplante exitoso.

La ansiedad en la forma de ataques de pánico, ansiedad generalizada y trastornos adaptativos, es muy frecuente. De hecho, alcanza prevalencias de entre el 14 % y el 39 % en los trasplantes. Se presentan con una incidencia ligeramente superior a los trastornos depresivos.[38]

En la valoración médica de seguimiento no se excluye el cuadro externo de la enfermedad, referido a todos los datos obtenidos por métodos y medios de investigación. Son datos objetivos que dan un gran aporte al conocimiento y manejo de la enfermedad,[39] pero si se quiere establecer una labor terapéutica adecuada, no deben desvincularse los datos subjetivos que pertenecen al cuadro interno del padecimiento. Pueden también constituir deficiencias relevantes en el tratamiento del paciente coronario, la no consideración de sus problemas particulares, de su estado emocional, de sus conflictos, vivencias, enfrentamiento a la enfermedad, entre otros, porque entorpece y frena la recuperación del evento. Las diferentes formas de percepción, evaluación y respuestas ante su padecimiento tienen a la vez un impacto importante en lo que se refiere a los síntomas que interfieren en la vida cotidiana, así como el establecimiento de la cronicidad del cuadro y el logro del cuidado apropiado, con la cooperación o resistencia al tratamiento.

El manejo de los factores de riesgo emocionales es avalado por la literatura científica, sin embargo, el espectro de la mirada médico-cardiológica aún no ha tomado en consideración plena el valor que se le concede a la modificación de estos.[21, 40]

Pensar en la implementación de estrategias de intervención con pacientes cardiovasculares, que involucren el aprendizaje de técnicas psicoterapéuticas para el control de las emociones y el adecuado afrontamiento al estrés, ha sido un objetivo importante dentro de la prevención secundaria, sobre todo en los afectados por infarto agudo del miocardio, no debe perderse de vista que debe seguir enriqueciéndose porque provee a las personas de recursos protectores de la salud y conjuga con la intención de desarrollar habilidades de autocuidado.

Reacciones emocionales durante la hospitalización del paciente con IMA en fase aguda. Algunos resultados de la investigación psicológica

La terapéutica psicológica es una necesidad de los pacientes infartados durante el período de hospitalización. Ayuda a mejorar el estado clínico del enfermo, el enfrentamiento a la enfermedad y al contexto, además de iniciarlos en el aprendizaje de técnicas útiles para contrarrestar las emociones negativas, muy vinculadas a la enfermedad isquémica durante el periodo agudo y posterior a este. Rodríguez[41] encontró los siguientes resultados en un estudio realizado con pacientes infartados en fase aguda.

La personalidad como rasgo y como estado fue estudiada a través del Test de Idare, mediante el cual se aseveró que la ansiedad alta como rasgo, estuvo presente en el 61,9 % de los pacientes, como rasgo media en el 37,1 %, y solo el 1,0 % de los sujetos tenían baja ansiedad rasgo, mientras que como estado al iniciar el periodo de hospitalización fue alta para el 75,3 % de los sujetos, media para el 24, 7% y baja para el 0,0 %.

La depresión (evaluada a través del Test de Beck), al inicio de la hospitalización fue leve para el 38,1 % de los pacientes, moderada para el 10,3 % y solo 2,1 % eran portadores de depresión severa, mientras que el 49,5 % de los pacientes no estaban deprimidos.

La satisfacción vital de los pacientes en los estadios iniciales del ingreso fue alta para 27,8 %, para el 53,6 % normal y baja en el 18,6 %.

La presencia de pensamiento rumiativo alto caracterizó al 55,7 % de los sujetos, el pensamiento rumiativo normal al 25,8 % y rumiación del pensamiento baja al 18,5 %.

En cuanto a la vulnerabilidad al estrés como característica personológica la mayoría de los sujetos se concentraron en la categoría extremadamente vulnerable (54,6 %) en seriamente vulnerable el 32,0 % y vulnerables fueron solo el 13,4 %.

En la entrevista semi-estructurada se obtuvieron otros datos de interés, referidos a situaciones de conflicto y estrés presente en los pacientes estudiados. Las áreas más afectadas fueron, la familiar (41,2%), la esfera laboral (37,1 %) y la esfera social (32,0 %). Otra característica de esta

distribución fue que un mismo paciente podía referir dificultades en una o más esferas

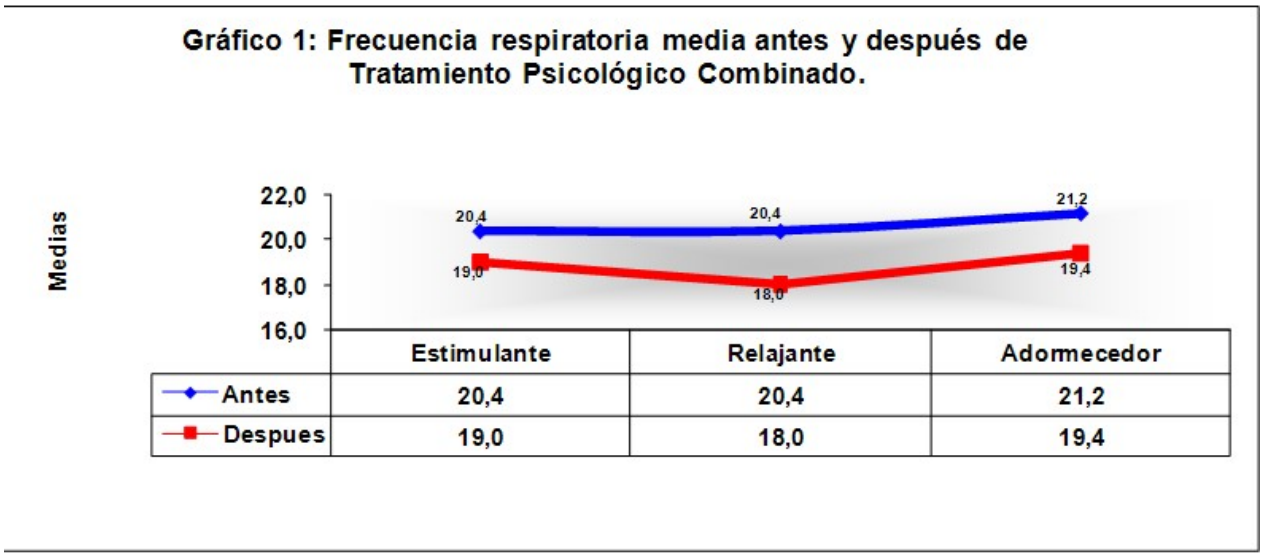
Un elevado porcentaje de personalidades con rasgo ansioso se encontraron en los pacientes estudiados, resultado que coincide con lo recogido en la literatura, la cual plantea que la ansiedad es característica en la mayoría de los pacientes portadores de enfermedades cardiovasculares y es uno de los rasgos distintivos del PCTA.[1]

La presencia de estrés y conflictos en los sujetos estudiados también ocupó cifras elevadas, varias investigaciones han corroborado que un estrés psicológico agudo y crónico a menudo puede preceder a un IMA, arritmias cardiacas y muerte súbita cardiaca.[33] Se ha comprobado que el estrés por vía simpática aumenta la FC, y con ello, la necesidad de oxígeno del miocardio, en tanto que el incremento catecolaminico propio de la tensión emocional, bloquea los procesos de oxigenación del corazón como consecuencia de las alteraciones hemodinámicas que provoca, por lo que se hace más drástico el déficit irrigatorio.[42]

El 50,5 % de los infartados a su ingreso, venían sufriendo de depresión en sus diferentes formas de manifestación, se ha demostrado que esta afección emocional está asociada a un aumento significativo del riesgo de desarrollar enfermedad coronaria e IMA y mortalidad cardiaca.[22]

A estos pacientes en el periodo agudo de la enfermedad se les aplicó tratamiento con técnicas de relajación (técnicas relajantes combinadas (TPC) creadas por la autora, técnica relajante, técnica adormecedora, técnica relajante-estimulante).[43] La técnica fue seleccionada según predominio de síntomas psicológicos, identificados después de la entrevista psicológica. Se observó que posterior al tratamiento psicológico y con estricto control de otras variables, se produjeron modificaciones en algunos parámetros fisiológicos de estos pacientes infartados. Cuando se aplicó el TPC relajante los resultados, respecto a las modificaciones de la frecuencia respiratoria media (FR) fue el más relevante, esta modificación puede haber llegado hasta 3 c/min. Las otras dos modalidades del TPC (estimulante y adormecedor) favorecieron también la modificación de este parámetro, pero en menor medida que el anteriormente explicado. (Gráfico 1).

Gráfico 1. Frecuencia respiratoria media antes y después del tratamiento sicológico combinado

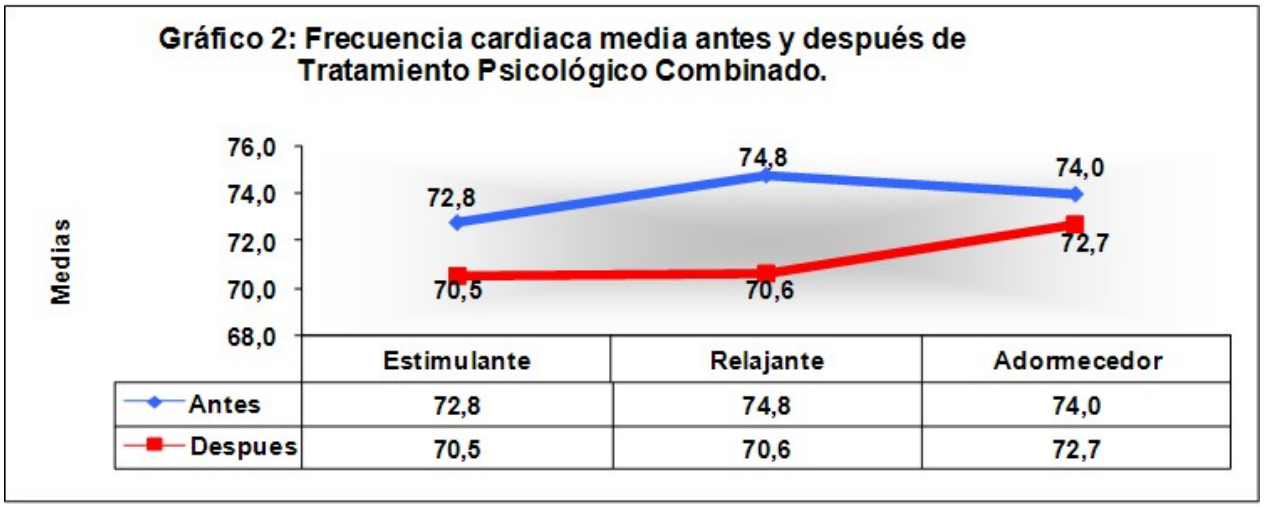


De igual modo que en el parámetro anteriormente analizado, en la frecuencia cardiaca media (FC), el TPC relajante fue el de mayor efectividad, expresado en el límite superior del IC al 95 % donde las modificaciones pudieran ser de hasta 7 lat/min.

Los resultados en cuanto a modificaciones de la

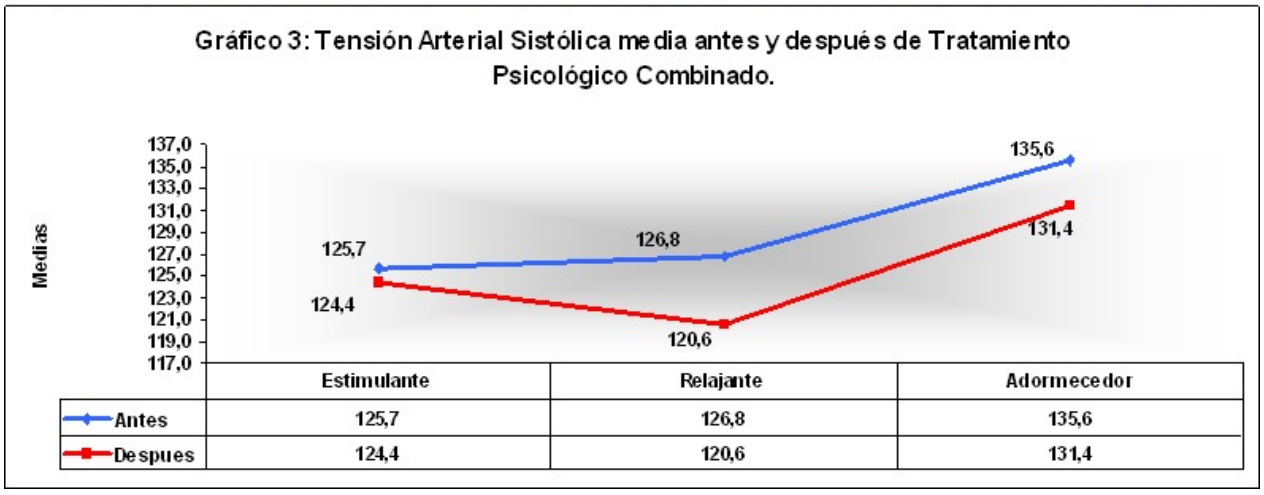
FC al ser aplicadas las restantes modalidades de tratamiento psicológico, tuvieron un nivel de repercusión menos relevante que el anterior, aunque no son despreciables porque pudieron favorecer la modificación según el límite superior del IC al 95 % hasta en 4 lat/min. en el TPC estimulante y hasta 3 lat/min. en el TPC adormecedor. (Gráfico 2).

Gráfico 2. Frecuencia cardiaca media antes y después del tratamiento sicológico combinado



La TAS media estuvo muy favorecida por el TPC relajante y por el TPC adormecedor y tuvo modificaciones de hasta 12 y 8 mmHg respectivamente expresadas en el límite superior del IC al 95 %. Sin embargo las reducciones que produjo el TPC estimulante también deben ser consideradas como beneficiosas al modificarse hasta aproximadamente 4 mmHg. (Gráfico 3).

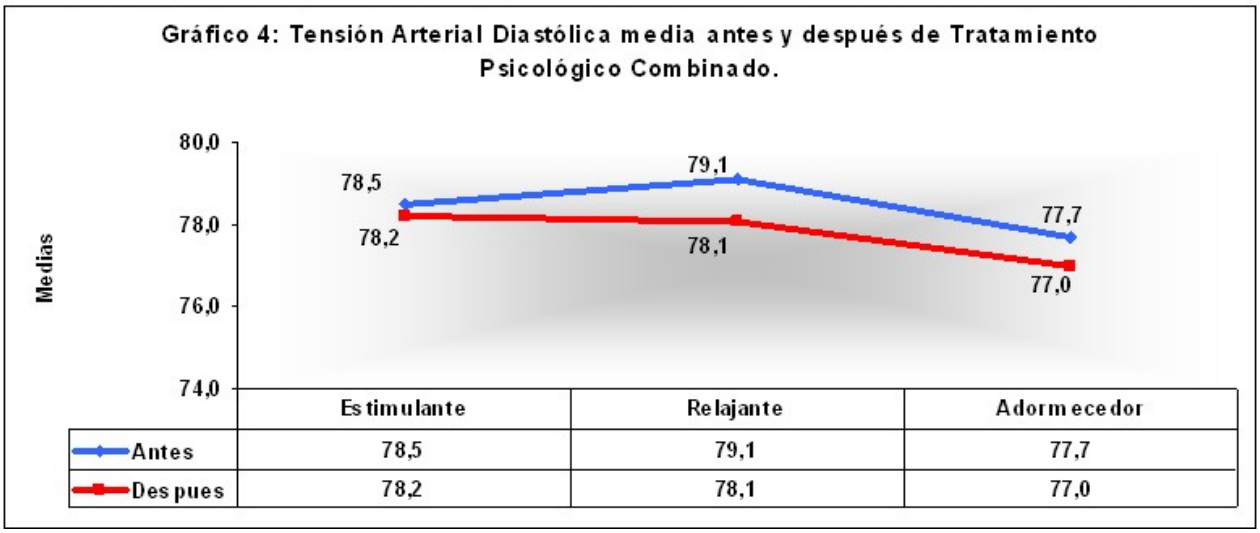
Gráfico 3. Tensión arterial sistólica antes y después del tratamiento sicológico combinado



La TAD fue el parámetro fisiológico que menos se favoreció. El TPC relajante resultó ser el de mayor efectividad, y pudo modificarse según el límite superior del IC al 95 % hasta 3 mmHg. En menos cuantía influyeron el TPC adormecedor y el estimulante, pueden verse los resultados

ilustrados gráficamente. (Gráfico 4).

Gráfico 4. Tensión arterial diastólica media antes y después del tratamiento sicológico combinado



La presión arterial media (PAM) también fue susceptible a cambios bajo tratamiento con TPC, y se destacó tal modificación con el relajante y el adormecedor donde el límite superior del IC al 95 % muestra que esta pudo haber llegado hasta 4 y 3 mmHg respectivamente. El TPC estimulante también influyó positivamente sobre la PAM.

Las modificaciones que se produjeron en dos de estos parámetros fisiológicos la FC y la TAS propiciaron la disminución del doble producto (DP). Antes de aplicarse el tratamiento este parámetro estaba en valores medios de 10 110 y después de aplicado el tratamiento los valores medios descendieron hasta 8 756. Esto siempre va a favorecer al paciente con enfermedad cardiovascular porque se traduce en protección del músculo cardiaco.

Las modificaciones propiciadas en los parámetros fisiológicos descritos con anterioridad tuvieron una repercusión favorable desde el punto de vista clínico en los pacientes del estudio. Según criterio cardiológico la FR puede aumentar levemente después del IMA que provoca déficit del suministro de oxígeno al organismo, como consecuencia de la ansiedad y el dolor y puede normalizarse cuando se corrigen las molestias físicas y psíquicas.[44]

La taquicardia y la hipertensión pueden aumentar el consumo de oxígeno por el miocárdico y provocan un mayor deterioro hemodinámico y consecuencias negativas para la favorable evolución del enfermo. La FC es uno de los determinantes del gasto cardiaco que cuando se encuentra fuera de lo normal produce detrimento hemodinámico en el paciente, con consecuencia desfavorable para órganos diana. Se considera que la descompensación emocional precipita la descompensación cardiaca.[35]

Por otra parte los resultados acerca de las modificaciones de la PAM bajo tratamiento, con las técnicas psicoterapéuticas del TPC fueron importantes en el manejo clínico de estos pacientes en la fase aguda del evento coronario, resultados avalados por lo señalado en el Programa Nacional de Evaluación, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la HTA en Cuba, se significa que la OMS estima que una disminución de 2 mmHg en la PAM de la población produce una reducción del riesgo de mortalidad global y puede reducir la incidencia de la enfermedad coronaria en 9 % y la de una enfermedad cerebrovascular en 15 %. Existen evidencias de que las personas ansiosas sufren mayor aumento de la presión arterial.[33]

CONCLUSIONES

Las terapias psicológicas preventivas en pacientes coronarios deben plantearse como objetivo, fomentar en los pacientes cardiópatas

recursos psicológicos que mejoren las estrategias de afrontamiento al estrés y otras emociones negativas, en aras de preservar la salud. La comunidad médica no debe desestimar el papel de las emociones y la personalidad en la aparición y/o empeoramiento de las enfermedades cardiovasculares

La atención psicológica ha de considerarse imprescindible en la evaluación y tratamiento de los pacientes con ECV, y se debe iniciar desde el debut del padecimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Godás Sieso T, Gómez Gil E, Salamero Baró M, Fernández Huerta JM, Fernández-Solá J. Relación entre el síndrome de fatiga crónica y el patrón de conducta tipo A. Med Clin. 2009;133(14):539-41

2. Assessment of Type A behaviour by the Borttner scale and ischemic heart disease. Belglan-French Pooling Project. Eur Heart J. 1984;5(6):440-6

3. Coronary-prone behavior and coronary heart disease: a critical review. The review panel on coronary-prone behavior and coronary heart disease. Circulation. 1981;63(6):1199-215

4. Oblitas LA. Psicología de la salud y calidad de vida. 2da ed. México: Internacional Thomson; 2006

5. Morales Calatayud F. La investigación en Psicología de la Salud en Cuba: experiencias y potencialidades. Estudios de Psicología. 2011;16(1):23-30

6. Rodríguez Rodríguez T. La Psicocardiología, disciplina indispensable de estos tiempos. Medisur [revista en Internet]. 2010 [citado 15 Ene 2011];8(3):[aprox. 5p]. Disponible en: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1156/126

7. Fernández Rius L. Pensando en la personalidad. Selección de lecturas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006

8. Hernández Meléndez E, Palomera Chávez A, De Santos Ávila F. Intervención psicológica en las enfermedades cardiovasculares. Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud; 2003

9. Laham MA. Psicocardiología. Su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias. Sum Psicológ. 2008;15(1):143-69

10. Ahmadi N, Hajsadeghi F, Ebrahimi R. Estrés postraumático, aterosclerosis coronaria y mortalidad. American Journal of Cardiology. 2011;108(1):29-33

11. Richard sM, Solanas A. Millon s personality model and ischemic cardiovascular acute episodes: profiles of risk in a decision tree. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2008;8(2):437-50

12. Pons X, Gil M. Patrones de comportamiento relacionados con la salud en una muestra española de población general. Acta Colombiana de Psicología. 2008;11(1):97-106

13. Arce Bustabad S. Inmunología clínica y estrés. En busca de la comunicación pedida entre el cuerpo y el alma. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007

14. Ziegelestein RC. Estrés emocional agudo y arritmias cardíacas. JAMA. 2007;298(3):324-9

15. Coloucci WS, Braunwald E. Fisiopatología de la Insuficiencia cardiaca. En: Braunwald E, Douglas Z, Libby P. El libro de la Medicina cardiovascular. 7th ed. Madrid: Elsevier; 2006: p. 614-51

16. Palmero F, Gómez C, Guerrero C, Carpi A, Díez JL, Diago JL. Hostilidad, Psicofisiología y Salud Cardiovascular. Avances en Psicología Latinoamericana. 2007;25(1):22-43

17. Whooley MA, De Jonge P, Vittinghoff E, Otte C, Moos R, Carney RM, et al. Depressive Symptoms, Health Behaviors, and Risk of Cardiovascular Events in Patients With Coronary Heart Disease. JAMA. 2008;300(20):2379-88

18. Glassman A, Bigger T, Gaffney M. Gravedad de la depresión y mortalidad coronaria. Archives of General Psychiatry. 2009;66(9):1022-9

19. Whang W, Kubzansky LD, Kawachi I, Rexrode KM, Kroenke CH, Glynn RJ, et al. Depression and risk of sudden cardiac death and coronary heart disease in women: results from the Nurses Health Study. J Am Coll Cardiol. 2009;53(11):950-8

20. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al. Association of

psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11,119 cases and 13,648 controls from 52 countries. Lancet. 2004;364(9438):937-52

21. Yusuf F, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas et, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study). Lancet. 2004;364(9438):953-62

22. Surtees PG, Wainwright NW, Luben RN, Wareham NJ, Bingham SA, Khaw KT. Depression and ischemic heart disease mortality: evidence from the EPIC-Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study. Am J of Psychiatry. 2008;165(4):515-23

23. Nicholson N, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6,362 events among 146,538 participants in 54 observational studies. Eur Heart J. 2006;27(23):2763-64

24. American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3th ed. Washington DC: Mosby; 1994

25. Fuster V, Wayne A, O Rourke RA, Hurst s. El corazón: Cardiopatía coronaria e hipertensión arterial. 11th ed. New York: McGraw Hill Interamericana; 2007

26. Dimsdale JE. Psychological stress and cardiovascular disease. J Am Coll Cardiol. 2008;51(13):1237-46

27. Núñez Gil IJ, Luaces Méndez M, García-Rubira JC. Cardiopatía de estrés o síndrome de Tako-Tsubo: conceptos actuales. Rev argent cardiol [revista en Internet]. 2009 [citado 24 Sep 2012];77(3):[aprox. 6p]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482009000300011&lng=es

28. Salaverría Garzón I, Villaseñor Navas M, Sánchez Herrera S, Martínez Elbal L. Síndrome de Tako-Tsubo (discinesia apical transitoria). Un síndrome que simula un infarto de miocardio. An Med Interna. 2008;25(1):20-2

29. Esquivel Molina CG, Gámez Castillo JA, Villa Hernández F, García Espino FA, Martínez Mendoza JA, Aguirre Galindo B, et al. Ansiedad y Depresión en Síndrome Coronario Agudo. Medicrit. 2009;6(1):18-23

30. Fan AZ, Strine T, W Jiles R, Mokdad AH. Depression and anxiety associated with cardiovascular disease among persons aged 45 years and older in 38 states of the United States, 2006. Prev Med. 2008;46(5):445-50

31. Barsky AJ. Aspectos psiquiátricos y conductuales en las enfermedades cardiovasculares. En: Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Braunwald E. Tratado de Cardiología. 7th ed. Madrid: Elsevier; 2006: p. 2129-44

32. López I. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. An Med Interna. 2007;24(5):209-11

33. Friedmann E, Thomas SA, Inquito P, Kao CW, Metcalf M, Kelley FJ, et al. Quality of life and psychological status of patients with implantable cardioverter defibrillators. J Interv Card Electrophysiol. 2006;17(1):65-72

34. Peinado-Peinado R, Merino-Llorens JL, Hernán Roa-Rad E, Macía-Palafox E, Quintero-Henson O. Calidad de vida y estado psicológico de los pacientes portadores de desfibrilador automático implantable. Rev Esp Cardiol. 2008;8(1):40-50

35. Carneiro AF, Mathias LA, Rassi Júnior A, Morais NS, Gozzani JL, Miranda AP, et al. Evaluación de la ansiedad y depresión en el período preoperatorio en pacientes sometidos a procedimientos cardíacos. Rev Bras Anestesiol. 2009;54(9):431-8

36. McAleer MJ, Copeland J, Fuller J, Copeland JG. Psychological aspects of heart transplantation. J Heart Transplant. 1985;4(2):232-3

37. Switzer GE, Dew MA, Twillman RK. Psychosocial issues in living organ donation. En: Trzepacz PT, Di Martini AF. The trasplant patient: biological,psychiatric and ethical issues in organ transplantation. New York: University Press Cambridge; 2000: p. 42-66

38. Freeman AM, Folks DG, Sokol RS, Fahs JJ. Cardiac transplantation:clinical correlates of psychiatric outcome. Psychosomatics. 1988;29(1):47-54

39. Luria AR. Cuadro interno de la enfermedad y patologías iatrógenas. En: Zeigarnik B, Nikolaeva VV. Antología de Patopsicología. Moscú: Universidad Estatal; 1982: p. 52-73

40. Kaptein I, De Jonge P, Van Dem Brink R. Course of depressive symptoms after myocardial infarction and cardiac prognosis:A Latent Class Analysis. Psychosom Med. 2006;68(5):662-8

41. Rodríguez T. Estrategia de atención psicológica a pacientes con infarto agudo del miocardio hospitalizados [Tesis]. La Habana: Biblioteca Virtual de Salud; 2008 [citado Mar 2009]. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/117/

42. Antman E, Braunwald E. Infarto Agudo del Miocardio. En: Braunwald E, Douglas Z, Libby P. El libro de la Medicina cardiovascular. 7th ed. Madrid: Elsevier; 2006: p. 1364-1493

43. Rodríguez T, Castro CJ, Navarro JJ, Bernal JL. Control elemental de las emociones a través de técnicas de relajación en pacientes con infarto agudo del miocardio con riesgo vital. Psicología científica [revista en Internet]. 2008 [citado 23 Mar 2010];1:[aprox. 5p]. Disponible en: http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-340-6-control-elemental-de-las-emociones-a-traves-de-tecnicas-de-relajacion-en-pacientes-con-infarto-agudo-del-miocardio-con-riesgo-vital.html

44. Giverts M, Colucci W, Braunwald E. Aspectos clínicos de la insuficiencia cardiaca con gasto cardiaco elevado y edema. En: Braunwald E, Douglas Z, Libby P. El libro de la medicina cardiovascular. 7th ed. Madrid: Elsevier; 2006: p. 652-8