

ASPECTOS PSICOSOCIALES EN LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON  
ENFERMEDAD CORONARIA: EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

MARTHA ISABEL AYCARDI FONSECA

Santafé de Bogotá , Septiembre de 2000

“ Mi agradecimiento sincero va dirigido a mi esposo , a mis hijos y a mis padres por su apoyo constante al haber podido tener momentos intensos de trabajo, sin sentirme lejos de ellos ”.

## TABLA DE CONTENIDOS

TITULO .....	2
RESUMEN .....	3
INTRODUCCIÓN.....	5
 CAPITULO I: Fundamentos Referenciales de la Psicología de la Salud. .....	7
 CAPITULO II: Fundamentos Biomédicos de la Enfermedad Coronaria .....	16
 CAPITULO III: Aspectos Psicosociales y Enfermedad Coronaria .....	27
 CAPITULO IV: Evaluación e Intervención Psicológica del Paciente con Enfermedad Coronaria .....	73
 CAPITULO V: Discusión y Conclusiones .....	103
 REFERENCIAS .....	116

## RESUMEN

La presente monografía hace referencia al papel del aspecto psicosocial en la enfermedad y rehabilitación del paciente con desorden coronario, el cual se constituye como la primera causa de muerte en el mundo. Se inicio el estudio retomando los antecedentes de la psicología de la salud y definiendo los fundamentos biomédicos de la enfermedad para posteriormente realizar un análisis detallado y específico de los aspectos psicosociales como también de la evaluación e intervención en este campo. Para esto se obtuvo una recopilación de diferentes investigaciones realizadas dentro del campo de la rehabilitación cardíaca, las cuales dan la sustentación empírica necesaria para su validez. Considerando que cada vez mas se reconocen los factores comportamentales tanto en la génesis, precipitación, exacerbación, mantenimiento, alivio y eliminación de la enfermedad física, el patrón de comportamiento tipo A se encuentra asociado con 2.37 veces el aumento de riesgo de infarto, 5 veces el aumento de infarto recurrente y el doble de infarto mortal comparado con el tipo B. La hostilidad y la ira no expresada están ligadas con un incremento de 7 veces más de riesgo de enfermedad coronaria. Hay una nueva hipótesis que involucra más la inhibición de la ira, en lugar de la expresión y la recuperación cardiovascular en lugar de la reactividad. Individuos con desórdenes de ansiedad y depresión tienen como vínculo biológico más importante con enfermedad coronaria la variabilidad de la tasa cardíaca. Cada vez hay más evidencia de cómo los estresores crónicos están asociados con incrementos en la respuesta cardiovascular, muerte súbita por fibrilación

ventricular o isquemia silenciosa. Nuevas investigaciones en modelos animales demuestran que el estrés agudo dispara la isquemia miocárdica, promueve la arritmogénesis, estimula la función plaquetaria e incrementa la viscosidad de las plaquetas a través de la hemoconcentración; efectos que resultan en parte de la disfunción endotelial y el daño inducido por el estrés agudo. La hipereactividad del sistema nervioso simpático, manifestada por la respuesta exagerada de la tasa cardíaca y la presión arterial en respuesta a un estímulo psicológico es una característica intrínseca entre algunos individuos. Hay hallazgos que proporcionan evidencia sobre la importancia del apoyo social, de la calidad de las relaciones interpersonales en el desorden cardiovascular; de tal manera que dependiendo del patrón conyugal, hay mayor riesgo de enfermedad si es de hostilidad y dominancia, por la reactividad cardiovascular implicada. Muchos factores de riesgo para enfermedad coronaria pueden ser reducidos o eliminados cuando las personas cambian su comportamiento para lo cual se enuncian una variedad de intervenciones psicosociales como técnicas cognitivo conductuales, de relajación, autocontrol, incremento en las redes sociales y clarificaciones de valores las cuales han demostrado mejoría en cuanto a los resultados de salud de estos pacientes.

## Aspectos Psicosociales en la Rehabilitación del Paciente con Enfermedad

### Coronaria: Evaluación e Intervención.

Las relaciones entre el corazón y la mente son conocidos desde hace tiempo. Los síntomas familiares de taquicardia, palpitaciones e incluso dolores torácicos en momentos de ansiedad, preocupación y miedo intenso, dan razón de la influencia de la emoción en los acontecimientos cardiovasculares.

En el campo de la investigación cardiovascular, la convicción de que ciertos aspectos conductuales están ligados a esta forma de enfermar ha nacido en buena parte de las ocasiones en que se suceden muertes súbitas asociadas a situaciones emocionales extremas. Esta idea se consolidó con los trabajos de Jenkins, Rosenman y Friedman, sus esfuerzos se vieron en sucesivas publicaciones y comenzando en los años 50, lograron que las relaciones entre los aspectos de tipo conductual y la enfermedad cardiovascular haya sido reconocida por la comunidad científica (De Velasco y Maureira 1995).

Desde los primeros tiempos en psicología se ha considerado la relación entre activación emocional y alteraciones neuroendocrinas y muchos de los correlatos fisiológicos de la emoción son considerados también como factores de riesgo de la enfermedad coronaria; de tal manera que los niveles de cortisol, el metabolismo de los lípidos, la hiperinsulinemia, los niveles de triglicéridos, las lipoproteínas de baja densidad, el incremento de la presión sistólica, el aumento del ritmo cardiaco y la actividad del sistema nervioso simpático están ligados a

la reactividad emocional. Son todos elementos relacionados con la aparición de problemas cardiacos y es precisamente esta relación la que ha sido el gran tema de la conexión entre modos de vida y enfermedad cardiovascular.

Los datos epidemiológicos muestran cómo las alteraciones cardiovasculares son la primera causa de morbilidad y mortalidad en el mundo occidental. Uno de los aspectos más relevantes en relación a la calidad de vida son sus consecuencias sociales, emocionales y económicas para la comunidad en general. Poco a poco y a través de las investigaciones y estudios longitudinales se han analizado como factores causales, variables relacionadas con los hábitos de salud que en mayor o menor medida favorecen la aparición de la enfermedad coronaria. Esto quiere decir que cada vez más se enfatiza en la interrelación entre salud y conducta, y a su vez en la forma como la psicología favorece la prevención y el tratamiento de los trastornos cardiovasculares.

El interés de los investigadores en psicología de la salud está centrado en examinar los aspectos conductuales, cognitivos, sociales, económicos, evolutivos y fisiológicos relacionados de alguna manera con la salud y la enfermedad. Aunque la importancia de los factores psicosociales en el desarrollo y la expresión del desorden coronario ha sido debatida, hay una extensa revisión en la literatura que establece que los factores psicosociales contribuyen significativamente a la patogénesis de la enfermedad y es en especial con énfasis en los siguientes: depresión, ansiedad, factores de personalidad y rasgos del carácter como hostilidad, aislamiento social y estrés crónico y agudo. La Psicología de la salud ha demostrado la importancia de

considerar las variables psicológicas en la enfermedad, traduciéndose este interés en múltiples beneficios en la recuperación del paciente a partir de una adecuada intervención psicosocial. Un buen médico es quien logra identificar en el paciente tanto sus necesidades médicas como psicosociales (Fisher, 1996).

Con respecto a esto se han realizado gran cantidad de investigaciones relacionadas con factores psicosociales; de tal forma que la identificación y modificación de estos cobra vital importancia. Este trabajo pretende profundizar en la literatura y las investigaciones hechas acerca de la asociación entre factores psicosociales y enfermedad coronaria, como también describir estrategias de evaluación y tratamiento que reduzcan la incidencia o mantenimiento de conductas de riesgo de dicha enfermedad.

## ASPECTOS PSICOSOCIALES EN REHABILITACION CARDIACA

### **CAPITULO I: FUNDAMENTOS REFERENCIALES DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.**

#### Objetivos:

1. Presentar una delimitación conceptual de la Psicología de la Salud.
2. Definir un concepto actualizado de Salud y la importancia dentro de éste del concepto de Calidad de vida.
3. Definir las implicaciones de la Psicología de la Salud en los procesos de prevención, tratamiento y rehabilitación.

La concepción que la ciencia ha tenido del ser humano ha sufrido grandes modificaciones con el transcurso del tiempo. En décadas pasadas se pensaba y actuaba de tal manera que el cuerpo era competencia de los médicos y la mente era campo de los psicólogos. Sin embargo los profesionales que estudiaban al hombre, a partir de innumerables investigaciones, concluyeron que esta mirada era insuficiente para abarcar la complejidad que implicaba este objeto de estudio. Hasta hace muy poco incluso todos los psicólogos trataban casi exclusivamente con los “problemas de la mente”.

En el pasado en el campo de la psicología, la palabra “doctor” fue virtualmente sinónimo de psicoterapia y el término “enfermedad” fue usado para referirse al fenómeno puramente mental.

Hoy en día se sabe que no son realidades diferentes ni separadas del ser humano y todo ha ido dando cada vez mas importancia y demandando mas la

necesidad del surgimiento de una ciencia que estudie el comportamiento en el campo de la salud / enfermedad, como lo es la Psicología de la Salud. Esta ha comenzado a reconocer los alcances potenciales de las implicaciones de su trabajo para lograr y mantener la salud física y el bienestar. El profesional ha comenzado particularmente a ser consciente de la relación entre teoría, investigación y práctica para la prevención y el tratamiento de las dolencias y entender el significado de enfermedad (DiMatteo ,1991).

Muchos autores que trabajan en este campo se refieren a la psicología de la salud como al aspecto de la psicología que tiene que ver con la experiencia de la salud y la enfermedad, así como el comportamiento que interviene en la determinación y explicación del estado de salud.

Para Stone (1991) citado por Godoy (1999), la psicología de la salud representa la aplicación de tanto de la teoría como de las prácticas psicológicas a los problemas y cuestiones fundamentales del sistema de salud.

Se considera que la psicología de la salud es el área de la psicología interesada en el estudio de la conducta humana en el contexto de la salud y enfermedad, se sirve de los conocimientos, de las estrategias de investigación, de las técnicas de evaluación, del tratamiento de la psicología científica, se apoya en los recursos comunitarios y los aplica a la prevención y al tratamiento de la enfermedad, como también a la promoción y mantenimiento de la salud. (Godoy,1999).

En el pasado un número selecto de psicoterapeutas trabajaron con pacientes con enfermedades físicas en psicoterapia privada y en enseñanza en los hospitales. Las metas que ellos perseguían incluían evaluar el estado

mental del paciente y procurar controlar el comportamiento raro o molesto. Por ejemplo un paciente que respondía frente a una cirugía de cáncer con una depresión severa, podría haber sido remitido a un psicoterapeuta. Remisión que podría ser una respuesta a la frustración del médico del paciente y sus familiares, quienes temen que el paciente cometa un suicidio. O un paciente hospitalizado, para quien la hostilidad ha sido fuente de gran distress para las enfermeras, podría haber sido visitado por un profesional de psicología en un esfuerzo para disminuir este molesto comportamiento y tener una estadía en el hospital más placentera.

Cada vez se le concede más importancia a abordar el problema de la enfermedad desde el marco de la salud y promoción de la salud, reconociéndose cada vez más la necesidad de involucrar los aspectos psicológicos debido al reconocimiento de estar frente a un suceso multifactorial que comprende aspectos cognitivos, afectivos, emocionales, psicofisiológicos, conductuales y psicosociales tanto en la prevención, tratamiento y rehabilitación de una enfermedad.

Hoy en día el papel de la psicología en la salud y la enfermedad es válido desde la investigación sobre cogniciones, emociones y comportamiento en la prevención y tratamiento del desorden y en el entendimiento de la enfermedad ( Di Matteo 1991).

Para partir de un concepto actualizado de salud es necesario revisar cómo ha sido entendida la salud históricamente. Convencionalmente ha sido entendida en forma negativa, en el sentido de considerarla como un estado de

ausencia de enfermedad, anomalías o alteraciones orgánicas y/o mentales y de incapacidad o invalidez consecuentes.

Pero la salud es más que tan solo ausencia de enfermedad, implica diferentes dimensiones de bienestar, de ajuste psicológico, de calidad de vida, de funcionamiento cotidiano, de posibles riesgos de enfermedad y de desarrollo personal, siendo esta una nueva filosofía conceptualizada por la OMS que la enuncia como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Godoy, 1999, p.41).

Sin embargo se ha hecho necesario precisar cada vez mejor el concepto, resaltando el papel que juegan los aspectos psicológicos en la salud y la enfermedad sin desatender obviamente los biomédicos y socioambientales. “La dimensión psicológica de la salud radica en que, en última instancia, la prevención, curación, rehabilitación o inicio de una enfermedad implican la participación del individuo actuando”.(Ribes, 1990, citado por Godoy 1999, p.42)

En los últimos años varias investigaciones empíricas rigurosas (Cohen, Tyrrell y Smith, 1991; Spiegel y cols 1989; Greer y cols 1990; Phillips, Ruth y Wagner 1994; Fawzy y cols 1993) aportan muchos datos que señalan que existe una relación entre factores psicológicos y enfermedad. (Bayés y Borrás 1999).

Desde esta perspectiva , la salud queda definida según Godoy 1999 como: “un proceso de relaciones dinámicas y bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias, socioeconomicoculturales) cuyo resultado es un estado

caracterizado por el equilibrio y el correspondiente bienestar biopsicosocial, siendo la enfermedad la pérdida momentánea o duradera de dicho equilibrio dinámico, acompañada de los correspondientes trastornos, síntomas, discapacidades o necesidades físicas, psíquicas y/ o sociales” (p. 43).

O como plantea Santacreu (1991) citado por Godoy (1999), la salud y la enfermedad deben ser entendidas como: “El estado actual de las relaciones entre el organismo y el ambiente o ecosistema en que este se desenvuelve, siendo la salud la resultante de relaciones o respuestas a corto y largo plazo adaptativas, y la enfermedad de relaciones o respuestas a corto o largo plazo inadaptativas o desadaptadas, estando la capacidad de adaptación de un individuo a su ambiente o ecosistema determinada por los recursos biológicos y psicológicos que posee el individuo y las exigencias o presiones del propio ecosistema” (p. 43).

La psicología desde sus orígenes, ha estado estrechamente relacionada con la salud, en especial la mental; ahora, su conexión con la física o biomédica viene determinada históricamente por la aplicación de procedimientos de terapia, modificación de conducta como relajación, desensibilización, autocontrol y biofeedback en problemas que han sido tradicionalmente considerados como biomédicos y aún más por el reconocimiento cada vez mayor de los factores comportamentales tanto en la génesis, precipitación, exacerbación, mantenimiento, alivio o eliminación de la enfermedad física, que desembocó en el desarrollo de dos disciplinas la Medicina Conductual y la Psicología de la Salud .

Uno de los temas prioritarios de la teoría y práctica de la Psicología de la Salud, es la prevención de la enfermedad y la promoción de la calidad de vida. Y es importante entender la relevancia de la calidad de vida relacionada con la salud. La importancia de este concepto ha crecido durante las dos últimas décadas y se ha convertido en un importante beneficio en el cuidado médico del paciente.

Especialmente, Mc Sweeny y Creer (1995) del departamento de Psiquiatría del Medical College de Ohio, siguieron la pista de la evolución del concepto de calidad de vida y los caminos por los cuales podía medirse; aunque medir algo subjetivo es verdaderamente difícil.

Como concepto científico es relativamente reciente. Thomas Jefferson lo citó y lo incluyó en la persecución de la felicidad como un derecho inalienable en la constitución de los Estados Unidos.

Muchos observadores citaron el comienzo del uso oficial del concepto y su relación con el cuidado médico hasta 1947, cuando la OMS definía salud como “un estado físico, mental y social de bienestar mas que una simple ausencia de desorden o enfermedad” citado por Godoy,1999 (p.41). Pero calidad de vida ha sido registrada en el índice médico solamente desde 1966. En cuanto a la aplicación científica de conceptos psicosociales en el cuidado de la salud, George Engel's desempeña un gran papel en el modelo biopsicosocial de medicina.

Hoy en día los estudios sobre calidad de vida son comunes en la literatura médica como sucede en el Journal Quality of Life Research. Aunque aún todavía se considera como un concepto que está en una temprana etapa

de evolución; lo cual puede apreciarse por la diversidad de definiciones y dimensiones incorporadas en los instrumentos de medición.

Entre los investigadores representativos que vale la pena mencionar se citan a continuación los referidos por McSweeny y Creer (1995):

Calman (1984) quien la definió como “la abertura o brecha entre las expectativas del paciente y los logros”(p. 12).

En forma similar muchos investigadores han usado una variable única de funcionamiento humano como trabajo, felicidad, funcionamiento sexual, como indicador de calidad de vida.

En contraste otros investigadores como Wenger y cols (1984) han proporcionado una definición mas detallada en la cual se incorporan tres dimensiones básicas: capacidad funcional, percepciones y síntomas. Y nueve sub-dimensiones que son: rutina diaria, funcionamiento social, funcionamiento intelectual, funcionamiento emocional, nivel económico, nivel de salud, bienestar o satisfacción en la vida y síntomas relacionados con el desorden.

Spitzer (1986) sugirió que la medida del concepto debería estar restringida a la evaluación de una serie de características entre individuos que estén enfermos. Prefiere el término nivel o estatus de salud. Las dimensiones consideradas son: función física, función social, peso o carga de los síntomas y estado o estatus mental o emocional (sensación de bienestar), idea que retoman también Shipper, Clinch y Powell (1990) y proponen que la calidad de vida representa “el efecto funcional de una enfermedad y de la terapia sobre el paciente y cómo es percibida individualmente”(p.12). Las dimensiones que

consideran son: función física, función ocupacional, estado psicológico, interacción social y sensación somática.

Torrance (1987) indica que: "calidad de vida es la calidad de nuestras vidas en cada punto en el tiempo entre el nacimiento y muerte, es decir agrega un concepto que incorpora todos los factores que afectan al individuo"(p.13). Las dimensiones consideradas son: funcionamiento biológico, funcionamiento físico, funcionamiento social y emocional.

La salud relacionada con calidad de vida de acuerdo a Kaplan y cols (1989) se refiere a: "el impacto de la salud sobre tres funciones: movimiento, actividad física y actividad social"(p.13).

Bergner (1989) sugiere una lista de dominios importantes considerada por los trabajos patrocinados por el Instituto Nacional de Corazón, Pulmón y Sangre, como son: síntomas, estatus funcional (autocuidado, movilidad y actividad física), actividades representadas (trabajo y manejo de actividad doméstica), funcionamiento social (interacción personal, intimidad), estatus emocional (ansiedad, estrés, depresión, bcus de control, bienestar espiritual), cognición (sueño y descanso, energía y vitalidad), percepción de la salud y satisfacción general en la vida.

Todas las diferencias hasta ahora mencionadas dependen de los objetivos de la investigación que se pretenda y de los instrumentos que se utilicen para conseguir estos objetivos. Lo anterior, refleja un rango amplio de dimensiones al definir o medir el concepto y un principio básico en la definición de calidad de vida como es la perspectiva de por quién está definida.

Pearlman y Jonsen (1985) resaltaron: "La calidad de vida puede ser vista desde la mirada del paciente y de otros referentes e incluso desde el punto de vista de la sociedad en general"(p.13). El trabajo de McCullough (1984), plantea que como alternativa en el cuidado de la salud y calidad de vida se debería ser sensible a la idea de si el punto de vista del paciente constituye una buena calidad de vida y por lo menos validarlo con un investigador o clínico.

## **CAPITULO II: FUNDAMENTOS BIO-MEDICOS DE LA ENFERMEDAD CORONARIA**

### Objetivos:

1. Definir el concepto de enfermedad coronaria.
2. Explicar la etiología y fisiopatología de la enfermedad coronaria
3. Informar de la epidemiología sobre la enfermedad coronaria
4. Reconocer y explicar los factores de riesgo coronario y su influencia en la incidencia, desarrollo y prevención de la enfermedad.

### Definición:

La enfermedad coronaria es un desorden de la arterias que irrigan el músculo cardíaco, y aunque en teoría son muchos los factores que pueden producir daños en estas arterias, en la práctica, la enfermedad coronaria es producida casi exclusivamente por procesos de arteriosclerosis. Esta consiste en una lesión difusa de las paredes de las arterias, en la cual el músculo y el tejido elástico disminuyen lentamente y son reemplazados por tejido fibroso, con lo que las arterias se hacen mas firmes y rígidas. Al igual como ocurre con el ateroma, se van sucediendo distintos grados de esta lesión, que es agravada y acelerada por la hipertensión sistémica (estado en el que aumenta la presión arterial) en la que, al menos en algunos casos, el reemplazo fibroso va precedido por hipertrofia del músculo y del tejido elástico (Anderson 1982).

### Etiología y Fisiopatología:

La causa más frecuente de enfermedad coronaria es la arterioesclerosis coronaria. Las manifestaciones de la enfermedad son dadas por la estrechez u

oclusión crónica y/o aguda de la luz del vaso que compromete el flujo sanguíneo.

Según Anderson (1982), la reducción importante de la luz como consecuencia de procesos ateromatosos, especialmente de más de una de las arterias coronarias principales da lugar a:

1. Angor pectoris: Crisis de dolor torácico muy intenso, a veces angustiante, con sensación de muerte inminente, de aparición repentina, consecutivas a una isquemia aguda del miocardio con una irrigación sanguínea inadecuada provocada por factores que incrementan el trabajo cardíaco. Es aliviado mediante el reposo y por la acción de medicamentos vasodilatadores tales como la nitroglicerina.

Los ejercicios físicos, el furor, la ansiedad, una comida copiosa y la exposición al frío pueden inducir la aparición de uno de estos ataques.

2. Infarto de Miocardio: generalmente precipitado por una trombosis oclusiva sobre una placa ateromatosa de una arteria coronaria. La causa más importante del infarto de miocardio es la presencia de ateromas en las arterias coronarias, con fenómenos añadidos de trombosis oclusiva sobre una placa ateromatosa.

Estudios epidemiológicos han revelado la existencia de un gran número de factores que dan lugar a la formación de un ateroma, las principales características que presenta la lesión son: acumulación de lípido, proliferación celular y formación de tejido fibroso. Una serie de factores de los que se sabe que predisponen a su desarrollo son los siguientes:

Lípidos sanguíneos, edad y sexo, hipertensión, tabaquismo, sedentarismo y factores psicológicos. Parece ser que la tensión emocional predispone a la cardiopatía isquémica y quizá esto se deba a que provoca un aumento en la producción de catecolaminas. Estos factores psicológicos también pueden jugar un papel indirecto, pues influyen en la elección de la ocupación, en el hábito de fumar y en las comidas.

3. Muerte súbita: en algunas ocasiones aparece sin síntomas premonitorios. Las muertes inesperadas que han ocurrido a veces durante un registro electrocardiográfico sugieren que la fibrilación ventricular es la causa corriente de fallecimiento en estos pacientes.
4. Insuficiencia cardíaca : es aquel estado en el que el miocardio ventricular no logra mantener una circulación adecuada, para las necesidades del organismo, a pesar de una presión de relleno venoso adecuada.
5. Arritmias cardíacas consecutivas a lesiones isquémicas del sistema de conducción. Es la causa más frecuente de muerte tras un infarto de miocardio, en especial la fibrilación ventricular.

#### Epidemiología:

La principal causa de muerte en el mundo, principalmente en el occidental es la enfermedad cardiovascular; ésta produjo 15. 300.000 muertes en 1996; ocupando el 30 % del total de las muertes en el mundo para ese año; son la principal causa de muerte en todos los países desarrollados; en cifras absolutas, los países en vía de desarrollo contribuyen con 9.770.000 muertes por enfermedad cardiovascular, en contraste con 5.520.000 en los países desarrollados (un exceso del 76%). (Jaramillo y cols. 1999).

La enfermedad coronaria en todas sus manifestaciones constituye la primera causa de muerte en el mundo de los hombres mayores de 35 años. Entre los 35 y 55 años, la incidencia es cinco veces más en los hombres, pero la aparición cada vez más frecuente de factores de riesgo de enfermedad coronaria en la mujer, es la causa del 30 % de las muertes en las mujeres de mediana edad.

La tasa de infartos es cinco veces mayor entre los 40 y 60 años. Desde la década de los 70, la mortalidad coronaria ha venido disminuyendo, 2 % por año, debido a la aparición de las unidades de cuidado intensivo, el manejo agresivo del infarto, a la educación en reanimación cerebro cardiopulmonar, al control de los factores de riesgo como hipertensión arterial, disminución del tabaquismo, control de la dislipidemia, a la promoción del ejercicio y la vida saludable y al desarrollo de nuevos medicamentos. De toda la mortalidad por causas cardiovasculares en personas mayores de 65 años, la enfermedad coronaria causa el 85 % de las muertes; es asintomática en el 20 % de estos pacientes y se encuentra enfermedad coronaria significativa en el 50 % de este grupo. En general la tasa de mortalidad por enfermedad coronaria es de 301 / 100000 (Pineda y Matiz y De Piñeres1994).

Según las proyecciones de la OMS para el año 2020 existirá una pandemia de enfermedad aterotrombótica tan importante que será la causa líder de morbilidad en países como el nuestro (European Heart Journal 1997).

En nuestro medio la enfermedad coronaria isquémica, posiblemente se aproxima a la incidencia de cualquier sociedad comparable; en Colombia entre

1987 y 1990, el 29.3 % de las defunciones fueron atribuibles a este grupo de causas de origen cardiocerebrovascular. En Antioquia estas patologías fueron responsables del 25.1 % del total de muertes con una tasa de 146.3 por 100.000 habitantes para el año 1996. En Colombia, ocurren 1347 muertes en hombres, por cada 100.000 habitantes y en mujeres 665 muertes. Respecto a grupos de edad la mayor mortalidad para ambos sexos se aprecia entre los 65 y 74 años de edad; grupo en el cual está comprendida la enfermedad cardiovascular. En 1995, en Colombia la mortalidad por causas cardiovasculares fue de 28.7 % (125.6 por 100 mil habitantes) (Jaramillo, 1999).

Es muy grande el impacto de la enfermedad que implica cifras de morbimortalidad elevadas y muchos días de productividad perdidos; en un país como el nuestro llega a ser la segunda causa de mortalidad total después de las lesiones personales; ante esto, pensar en prevención, ha tenido como respuesta la creación en las instituciones de salud, de programas de prevención y rehabilitación cardiovascular, entre los cuales puede nombrarse el de la Clínica Shaio el cual no solo trabaja a nivel de rehabilitación de lo pacientes que han sufrido un evento sino también trabaja en prevención con la Clínica de Factores de Riesgo.

#### Factores de Riesgo:

La importancia de los factores de riesgo se ha demostrado en varios estudios, entre ellos el SCRIP (The Stanford Coronary Risk Intervention Project) Haskell (1996), en donde se intervinieron diversos factores de riesgo con modificaciones tanto en el estilo de vida como con medicamentos,

obteniéndose disminución de los eventos coronarios, morbilidad, mortalidad y progresión angiográfica de la enfermedad.

Según Villamizar (1998), la modificación favorable de los factores de riesgo tradicionales conocidos como mayores los cuales son: el tabaquismo, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la diabetes mellitus, la obesidad, la hipertrofia ventricular izquierda, los factores trombogénicos, la hipertrigliceridemia, el estado post-menopáusico, la inactividad física, los factores psicosociales y los marcadores bioquímicos; afectan de manera incuestionable y mas allá de toda evidencia la historia natural de la enfermedad cardiovascular, facilitando opciones de manejo y resultados finales.

En la 27 Conferencia de Bethesda (1996), citada por Villamizar (1998), se adoptó un esquema que categoriza de acuerdo con niveles descendentes de evidencia que soportan el manejo directo de los factores de riesgo. Las categorías propuestas de factores de riesgo son:

Categoría I:

Factores de riesgo para los que las intervenciones han probado reducir la incidencia de eventos coronarios. Dentro de esta categoría se encuentran:

Tabaquismo: Incrementa la mortalidad Cardiovascular en un 50 % y duplica la incidencia de enfermedad cardiovascular. Fumar amplifica el efecto de otros factores de riesgo, acelerando la arterioesclerosis e influyendo en la producción de eventos cardiovasculares agudos. Los pacientes que siguen fumando después de haber sufrido un IAM tienen un riesgo definitivamente mayor de muerte y reinfarto calculado entre el 22 y el 47 %.

Según Jonan, Oates y col (1992) citados por Isaza y Bohórquez (1999), el tabaquismo es uno de los factores de riesgo fuertes para enfermedad coronaria; por tanto dejar de fumar es una de las modificaciones más importantes en la reducción de riesgo de enfermedad coronaria.

Colesterol LDL: la evidencia que vincula niveles elevados de colesterol LDL con enfermedad coronaria, cerebro vascular y vascular periférica se deriva de numerosos estudios epidemiológicos y ensayos clínicos (Conferencia de Bethesda, 1996). La reducción terapéutica del LDL es altamente efectiva en la prevención secundaria, al retardar la progresión de la arterioesclerosis coronaria e incluso promover la regresión de lesiones, lográndose así disminuir los eventos coronarios agudos. Lo anterior se explica en parte por la reducción de la ruptura de la placa aterosclerótica.

Hipertensión Arterial Sistémica: Hay evidencia convincente de que la hipertensión arterial acelera la arteriosclerosis. La hipertensión incrementa los eventos coronarios por daño vascular directo y por sus efectos sobre el miocardio, por lo tanto controlarla reduce el riesgo de efectos cardiovasculares.

Hipertrofia Ventricular Izquierda: Está definida como factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad cardiovascular, incluyendo el IAM, la falla cardíaca y la muerte súbita. Su prevalencia e incidencia aumenta a medida que se elevan los niveles de la presión arterial sistólica y diastólica.

Factores Trombogénicos: Se incluyen entre los factores protrombóticos o trombogénicos varias condiciones que afectan la coagulación: niveles altos de fibrinógeno, especialmente si coexiste con LDL elevado, hipertrigliceridemia , tabaquismo e inactividad física e hiperagregabilidad plaquetaria entre otros.

Categoría II , III y IV : son factores de riesgo que:

Categoría II : Al ser intervenidos probablemente se reduzca la incidencia de eventos coronarios.

Categoría III : Están claramente asociados con un incremento en el riesgo, por tanto su modificación podría disminuir la incidencia de eventos .

Categoría IV : Se asocian a un riesgo aumentado de enfermedad pero no pueden modificarse o si se modifican, es improbable que cambie la incidencia.

Algunos de los factores de riesgo que pertenecen a estas categorías son:

Obesidad: Las alteraciones metabólicas asociadas a la obesidad explican el aumento del riesgo de arterioesclerosis como son la intolerancia a la glucosa, hiperinsulinemia , disminución de HDL y aumento de LDL y VLDL.

Sedentarismo: Desde el punto de vista de beneficios se ha considerado por intermedio de estudios como Yusuf, Caynes, y cols (1998) y Weincer, Froelicher, Smith, y cols (1995) citados por Villamizar (1998), que el ejercicio tiende a disminuir el riesgo de muerte prematura en la mortalidad general o total y el riesgo de muerte cardíaca.

El ejercicio modifica el riesgo de desarrollar diabetes e hipertensión arterial y muestra ser una terapia coadyuvante junto con la dieta en el tratamiento de dislipidemias e hipertensión arterial. La actividad física regular por tanto (30 minutos diarios o 3 veces por semana) en forma continua disminuye el riesgo de enfermedad coronaria. Probablemente mediado por el aumento de HDL, disminución de LDL, reducción de la intolerancia a la glucosa y disminución de peso.

Diabetes Mellitus: Tanto la diabetes Tipo I como Tipo II incrementan el riesgo de enfermedad coronaria (Krolewski, Kosinski y cols 1987). Se calcula que en hombres la diabetes aumenta tres veces el riesgo de enfermedad coronaria y en mujeres este riesgo es mayor.

Edad: Tiene una relación directamente proporcional con el desarrollo de enfermedad coronaria. Por ser un factor inmodificable es importante en pacientes mayores, ajustar al máximo los factores modificables.

Sexo: En el hombre la edad umbral en la cual se inicia el incremento de la enfermedad es a los 45 años (a partir de la cual se cuadruplica el riesgo en relación con las mujeres) y en la mujer a los 55 años. Existe una relación entre la menopausia y la enfermedad coronaria; por el efecto protector de la mujer con los estrógenos.

Historia familiar de enfermedad coronaria:

En estudios epidemiológicos la presencia de enfermedad coronaria en la familia ha surgido como factor de riesgo independiente para enfermedad coronaria. (Colditz, Rim y cols 1991, citados por Villamizar, 1998). Se considera historia familiar si ha habido un familiar en primer grado hombre con enfermedad coronaria antes de los 55 años o de 65 años si es mujer.

Jenkins (1976, citado por Davison y Neale, 1996) plantea que además de los factores de riesgo listados, existen otros que han sido objeto de controversia, porque aún varios estudios han encontrado una estrecha relación entre estos factores y la enfermedad coronaria; esta relación no ha sido confirmada plenamente. Sin embargo los factores de riesgo mencionados dejan por fuera al menos la mitad de las etiologías de la enfermedad coronaria.

Dentro de los factores de riesgo que están aún en controversia se encuentran patrón de comportamiento Tipo A; atribuciones psicosociales como el estrés, el aislamiento social y la depresión entre otros.

Se afirma que el riesgo de verse afectado por una enfermedad cardiaca generalmente se incrementa con el número y severidad de los factores (Allan y Sheidt,1996). Los mismos autores proponen diferenciar entre factores de riesgo modificables e inmodificables o que no son susceptibles de ser intervenidos. Dentro del grupo de los modificables son incluidos los concernientes al estilo de vida y hábitos de salud, los aspectos psicosociales y los marcadores fisiológicos o patológicos de base. Estos abren un campo de acción interdisciplinar ya que son susceptibles de modificación a través de diferentes métodos de intervención y técnicas de modificación de conducta.

#### Factores Psicosociales:

La investigación en el campo de la Psicología Cardiaca ha sido bastante extensa y exhaustiva; gracias a esto ha sido posible determinar algunos de los factores comportamentales más importantes que facilitan la adquisición y desarrollo de la enfermedad coronaria; dentro de estos se encuentran (Allan y Sheidt 1996)

1. Patrón de Comportamiento Tipo A
2. Ira y Hostilidad
3. Estrés Psicológico
4. Tensión Laboral
5. Extenuación vital pérdida de energía, desmoralización, incremento de irritabilidad)

6. Aislamiento social y pérdida de apoyo social
7. Depresión
8. Ansiedad
9. Negación de problemas cardiacos (ignorar el significado de los síntomas cardiacos)

El manejo y control que se haga con referencia a estos factores de riesgo es necesario y muy importante para ampliar el campo de trabajo de la psicología y más específicamente de la Psicología de la Salud. Así mismo se debe dar importancia a los factores psicosociales que tienen que ver con estilos de vida o características ambientales que puedan llegar a controlarse mediante el reconocimiento de su posible incidencia en la recuperación o manejo de la enfermedad cardiaca.

## **CAPITULO III : ASPECTOS PSICOSOCIALES Y ENFERMEDAD**

### **CORONARIA**

#### **Objetivos:**

1. Resaltar la importancia de los factores psicológicos en el proceso de la enfermedad coronaria y en su rehabilitación.
2. Formular la relación bidireccional existente entre los procesos psicológicos y fisiológicos.
3. Explicar la importancia de un modelo de cuidado biopsicosocial.
4. Argumentar y profundizar en los factores de riesgo psicosocial de la enfermedad coronaria.

Qué tan importantes son los factores psicológicos en la enfermedad ? Son más importantes que los físicos? Se puede entender completamente la enfermedad y la salud considerando solamente la psicología individual? Probablemente no. Los factores psicológicos son tan importantes como los físicos pero en una forma diferente. Hay un delicado interjuego entre mente y cuerpo en el dominio de la enfermedad (Di Matteo 1991).

En el modelo biopsicosocial la mente y el cuerpo son considerados como interconectados intrincadamente y esta conexión es bidireccional. Los factores que afectan el bienestar psicológico, cognitivo, emocional, social, espiritual y comportamental afectan también el bienestar fisiológico. Por ejemplo en respuesta al estrés o ansiedad se puede dar como resultado un aumento en la tasa cardiaca y la presión arterial y/o angina. Y en forma similar el estrés fisiológico puede afectar el bienestar emocional (angina puede causar ansiedad y estrés). Simplemente pensamientos, sentimientos, actitudes, creencias,

comportamientos y biología están interconectados en tal forma que pueden contribuir a la enfermedad o potenciar la salud y la recuperación (Benson y Stuart, 1993).

Este modelo biopsicosocial surge porque no es posible explicar todos los comportamientos del individuo desde un modelo centrado en la persona, que se desarrolla biológica y psicológicamente; que aprende de su experiencia con el medio y que además integra y organiza su experiencia de una determinada manera. Por tanto el estudio del ambiente y dentro de él; de las condiciones sociales en las que vive un individuo; al tiempo que las características personales del mismo y su interacción con el ecosistema permite explicar de un modo más completo el comportamiento (y la salud o morbilidad asociado) en cuanto a su génesis y en consecuencia permite dilucidar cuales son las condiciones del ecosistema que facilitan en determinados sujetos las características mórbidas (Engel, 1980 y Schwartz, 1982 citados por Fernández Ballesteros, 1994).

Tradicionalmente mucho del manejo de los pacientes con IAM ha sido enfocado sobre los factores de riesgo fisiológico, sin embargo es importante considerar factores psicosociales que pueden afectar adversamente los logros en salud de estos pacientes.

Entre las observaciones hechas acerca de la importancia de los factores psicosociales en el desarrollo del desorden cardiovascular, William Osler 1892 padre de la medicina moderna (citado por Luten y Powell, 2000) observó que en la preocupación y el esfuerzo excesivo de la vida moderna, la degeneración arterial no era solamente muy común sino que se desarrollaba a menudo con

un riesgo a una edad relativamente temprana. Por esto creía que la alta presión en la cual los hombres viven y el hábito de trabajar la máquina a su máxima capacidad eran más responsables que el exceso de la comida y la bebida .

Osler fue el primer médico en relacionar la arteriosclerosis directamente con comportamientos excesivos caracterizados por metas ambiciosas e impaciencia; y no fue sino hasta 1950 que el concepto de “Coronary Prone Behavior” fue formalizado, sugiriendo que ciertos comportamientos están asociados con el desarrollo de enfermedad coronaria.

Algunos factores psicosociales tales como depresión, patrón de comportamiento Tipo A/ hostilidad, distress, aislamiento social, ansiedad e ira, han sido asociados al incremento de mortalidad y morbilidad en pacientes cardiovasculares. El papel de los factores de riesgo psicosocial en el desarrollo de la enfermedad coronaria ha sido estudiado desde que Friedman y Rosenman reportaron que los pacientes con el patrón de comportamiento Tipo A estaban en alto riesgo para enfermedad cardíaca y en estudios posteriores se puntualizó la hostilidad como factor tóxico. Con lo anterior las emociones negativas predecían la enfermedad coronaria. Williams y cols (1980, citados por Black, Allison, Williams, Rumans y Gau, 1998) asociaron la hostilidad con el riesgo de oclusión significativa en pacientes con arteriografía coronaria. Otros investigadores han mostrado en el contexto de grandes estudios prospectivos una asociación entre afecto depresivo y desesperanza con desorden isquémico coronario y una asociación entre ansiedad y ansiedad fóbica y muerte súbita cardíaca (Anda y cols, 1993 y Kawachi y cols, 1994 citados por Black y cols, 1998).

De hecho vivir con un estilo de vida insano, que implique fumar, estar en sobre peso, tener una dieta alta en grasa saturada, sedentarismo y respondiendo con hostilidad frente al estrés; puede explicar por lo menos el 80% de las muertes por problema coronario (Hamilton y Rose, 1982) .

El comportamiento interactúa recíprocamente con la salud del individuo; de manera que el nivel de salud es en parte función del comportamiento del sujeto; y este a su vez está condicionado por los repertorios básicos de conducta, las características biológicas y las condiciones ambientales pasadas y actuales del propio individuo.

La teoría del estrés proporciona un armazón para investigar la interacción psicofisiológica inherente en el modelo biopsicosocial y las intervenciones mente-cuerpo.

En el paradigma de Selye, el estrés es una variable continua de eustress (estrés bueno) a distress (estrés malo) . El estrés afecta tres áreas en el cuerpo: el área fisiológica; el área psicológica; y el área socio-comportamental y espiritual.

Selye elaboró un modelo de estrés que diera cuenta no solo de las situaciones de activación fisiológica sostenida, que normalmente viven las personas en situaciones típicamente consideradas de estrés (incluyendo un sistema activador emocional en base a un eje endocrino u hormonal; hipotálamo-hipófisis–corteza adrenal, complementario de la activación exclusivamente autonómica) sino también de los efectos negativos a largo plazo que pueden tener lugar en las personas expuestas a situaciones

sostenidas de estrés; es decir al distrés o estrés inadecuado, alterado o anómalo.

La interdependencia del desenlace psicosocial y fisiológico sobre los resultados de un paciente puede ser ilustrado en un Departamento de Emergencia ( DE). En esta situación la ansiedad de estar en el DE causa una respuesta “ Fight or flight” creando un incremento en el consumo miocárdico de oxígeno, ligado a una disminución en el flujo miocárdico y a un desbalance en el suministro y demanda de oxígeno, lo cual puede resultar en angina. Similarmente la angina puede precipitar la ansiedad, la cual induce la respuesta “ fight or flight” causando la misma cascada de cambios psicofisiológicos. La conexión entre estos factores psicosociales y cambios fisiológicos suministran la razón para las intervenciones mente-cuerpo utilizados para reducir síntomas a través de los campos biopsicosociales (Di Matteo, 1991).

Con respecto a esta relación existente entre los procesos psicológicos y fisiológicos, la base tanto teórica como empírica se encuentra particularmente clara en la enfermedad coronaria, en donde las respuestas psicofisiológicas han sido bien documentadas. Ornish y cols (1990), describen la relación existente entre el cerebro y el corazón, explican cómo la activación del sistema nervioso simpático ejerce un profundo efecto en los vasos sanguíneos, incluyendo las arterias coronarias, pulmones y cerebro.

La importancia de los factores psicológicos, se evidencia de manera permanente, ya que muchas de las respuestas que genere el paciente ante su problema de salud van a verse afectadas por la salud psicológica tanto premórbida como postmórbida del individuo, de manera que la respuesta puede

ser mejorada con una buena salud psicológica y un fuerte soporte social a lo largo de la enfermedad (Backman, 1989).

Según Goldberger y Breznitz, (1982), citan estudios de Gordon y Verter, (1969) en lo que se muestra cómo la arterioesclerosis coronaria y el desorden clínico cardiovascular indudablemente tienen una etiología multifactorial cuyo origen patogénico es aún imperfectamente entendido. Se cree generalmente que entre los factores causales que contribuyen están los hábitos alimentarios, la actividad física y el cigarrillo. Sin embargo aún tomando juntos estos factores faltaría explicar una parte sustancial de la incidencia numérica de enfermedad coronaria que difiere en las sociedades o individuos en particular. A Bruhn y Wolf, (1970) con los estudios transculturales que han arrojado evidencias encontradas, respecto del papel causal de los factores de riesgo en la incidencia de enfermedad coronaria ya que varios factores de riesgo están en niveles altos en muchas poblaciones con tasas bajas de enfermedad coronaria Y algunas revisiones críticas de Corday, (1975) que han sugerido que los factores clásicos están lejos de proporcionar una explicación total del incremento en los últimos veinte años de enfermedad coronaria reflejada en la incidencia diferente en varios países occidentales, en la ocurrencia de enfermedad coronaria en individuos específicos y en la reciente declinación de la mortalidad cardíaca que aparece en algunos países.

Lo anterior ha estimulado la investigación por otras causas, con el fin también de mejorar la predicción y prevención de la enfermedad. Muchos estudios (Jenkins, 1979 citado por Goldberger y Breznitz, 1982) han revisado los posibles papeles que juegan muchos factores psicosociales incluyendo

algunos como: demográficos, socioeconómicos, psicológicos, factores emocionales, religión, trasfondo étnico, estado civil, ocupación, sobrecarga de trabajo, movilidad social y geográfica, ansiedad, neuroticismo, eventos y cambios en la vida, clase social, satisfacción o insatisfacción con la vida, pérdida emocional y deprivación.

Puede ser concluyente que ciertos factores ponen en alto riesgo de enfermedad coronaria pero poco se ha establecido de estar relacionados causalmente tanto con la arteriosclerosis coronaria, como con riesgo de enfermedad coronaria.

Una revisión sistemática de estudios de literatura epidemiológica (Hemingway y Marmot, 1999) identifica los factores psicosociales que han sido más rigurosamente examinados y solamente cuatro tuvieron esa cualidad:

(a) características o rasgos psicológicos como personalidad Tipo A / hostilidad, (b) estados psicológicos como depresión y ansiedad, (c) interacción psicológica con la organización del trabajo como estrés, respecto a control, demandas y apoyo en el trabajo, (d) red social como soporte y apoyo social.

¿Qué es un factor psicosocial? y ¿Cómo podrían los factores psicosociales estar conectados al desorden cardiovascular ?

Un factor psicosocial según Hemingway y Marmot, (1999) puede ser definido como “una medida que potencialmente relaciona un fenómeno psicológico a un medio ambiente social y a unos cambios patofisiológicos” (p.1460)

Según estos autores, hay evidencia de mecanismos que conectan factores psicosociales con enfermedad coronaria lo cual es importante no solo

para hacer inferencias causales sino también para el diseño de intervenciones preventivas. Los factores psicosociales pueden actuar solos o combinados en grupos y pueden ejercer efectos en diferentes etapas de la vida.

Tres caminos pueden considerarse interrelacionados:

1. Los factores psicosociales pueden afectar la salud, relacionada con comportamientos tales como: fumar, dieta inadecuada, consumo de alcohol e inactividad física; los cuales pueden influir en el riesgo de enfermedad coronaria . Si estos comportamientos se encuentran en el camino causal entre factores psicosociales y enfermedad coronaria, entonces es equivocado tratarlos como variables confusas, como algunos estudios lo hacen .
2. Los factores psicosociales pueden causar directamente cambios patofisiológicos agudos o crónicos .
3. El acceso y satisfacción del cuidado médico pueden plausiblemente ser influenciados, por ejemplo por apoyo social (pero hay poca evidencia para esto).

La revisión de los estudios Hemingway y Marmot, (1999) incluyeron estudios que tuvieron un diseño de corte prospectivo, basado en poblaciones saludables y con enfermedad coronaria.

Estudios que mostraron el papel de los factores psicosociales:

1. En poblaciones saludables, los estudios prospectivos sugieren un posible rol *etiologico* para: (a) Tipo A / Hostilidad (6/ 14 estudios); (b) Depresión y Ansiedad (11/ 11 estudios); (c) Características psicosociales del trabajo ( 6/ 10 estudios); (d) Apoyo social ( 5/ 8 estudios).

2. En poblaciones de pacientes con enfermedad coronaria, los estudios prospectivos sugieren un papel *pronóstico* para: (a) Tipo A / hostilidad (0 / 5 estudios); (b) Depresión y Ansiedad (6/6 estudios); (c) Características psicosociales del trabajo (1 / 2 estudios); (d) Apoyo social (9 / 10 estudios).

Sin descuidar la tendencia de la publicación, los estudios prospectivos proporcionan una fuerte evidencia de que los factores psicosociales particularmente depresión y soporte social son factores etiológicos y de pronóstico independientes para enfermedad coronaria.

#### Evidencia para Factores Psicosociales Específicos

(a). Características o Rasgos Psicológicos: Patrón de comportamiento Tipo A / Hostilidad.

Después de la identificación, el patrón de comportamiento Tipo A, fue un término acuñado por los cardiólogos Meyer Friedman y Ray Rosenman en los años 50; es un síndrome caracterizado por competitividad, hostilidad y compromiso exagerado al trabajo; muchos estudios han investigado si el patrón de personalidad o los rasgos de carácter individual fomentan el desarrollo de enfermedad cardiovascular. Mirando un poco hacia atrás, Goldberger y Breznitz, (1982) mencionan los siguientes estudios: Van Dush, (1968) observó que las personas con un fuerte estilo vocal y envueltas en excesivo trabajo estaban predispuestas a enfermedad coronaria. Osler, (1892) implicó fuertemente al estrés y el comportamiento acelerado en enfermedad coronaria . Años mas tarde Menniger y Menninger, (1936) observaron pacientes cardiacos que se caracterizaban por comportamiento fuertemente agresivo. Dunbar,

(1943) encontró que estos individuos se dirigían aceleradamente a sus metas y Kemple, (1945) percibió en ellos el ser ambiciosos y compulsivos, que luchaban para conseguir sus metas que incluían poder y prestigio. Arlow, (1945) y Gildea, (1949) observaron un comportamiento similar y Stewart, (1950) correlacionó nuevas condiciones de estrés en Inglaterra con el incremento de las tasas de enfermedad coronaria.

Se trató por lo tanto de un hecho observacional procedente de la clínica, que se presenta con la apariencia de una predisposición estable en los sujetos y que se relaciona con el riesgo cardiológico a enfermar. Las siguientes son las características que exhiben los pacientes incluidos en esta configuración: impaciencia , urgencia , implicación laboral, competitividad y actitudes duras y hostiles Friedman (1977, citado por Sender, Valdés, Riesco y Martin 1993).

En 1981 los primeros estudios epidemiológicos permitieron que la American Heart Association y el National Heart Lung and Blood Institute, otorgaran oficialmente al patrón A, el estatus de factor de riesgo independiente, comparable en cuanto a valor predictivo a los cuatro factores de riesgo tradicionales juntos (hipertensión, hipercolesterolemia, tabaquismo y obesidad). Por primera vez se da a un factor psicosocial un valor de riesgo para la cardiopatía isquémica. En años posteriores se hicieron valoraciones mas precisas de los elementos constituyentes del Patrón A.(Review Panel, 1982 citado por Sender y cols, 1993).

Los modelos que dan explicación de la génesis del patrón citados por Sender y cols (1993) son :

El Modelo de Control de Glass – 1980:

Siendo el desafío ambiental la forma de evidenciar las características esenciales del patrón de conducta, en términos de condicionamiento, el control de estímulos es primordial en el comportamiento de los sujetos. Por lo tanto Glass opina que un estímulo ambiental asociado a un desafío moderado no suscita una necesidad de dominio y lucha; solo un estímulo saliente, incontrolable de por sí hace responder al sujeto con este patrón. Por tanto lo que gobierna la actividad de los individuos es el *control de los estímulos externos* (ya sea para aproximarse a un premio o para alejarse de un castigo). Esto explica para Glass las conductas básicas directamente relacionadas con impaciencia (lucha contra el tiempo), activación emocional y competitividad.

#### El Modelo del Aprendizaje Cognitivo de Price – 1982:

Es un modelo que se acoge al paradigma del aprendizaje social de Bandura. Hace por tanto hincapié en los elementos cognitivos que están en la base de la psicología y la conducta de estos sujetos. La autora supone una imposibilidad de entender el patrón, de intervenirlo y atenuarlo, si no se conoce el núcleo último de creencias y temores que moldean el desarrollo psicológico de estos individuos; porque considera que sus respuestas poseen valor de hábito y cumplen la función de preservar los temores y las creencias del sujeto; y estos se constituyen en una forma de afrontamiento que está moldeado por la cultura, las instituciones y el medio familiar.

Las creencias que configuran el núcleo del patrón A son principalmente tres y de ellas se derivan tres temores esenciales:

1. Creencia # 1: Es necesario ponerse a prueba uno mismo. Temor: Ser juzgado como carente de éxito y de valor .

2. Creencia # 2 : No existen principios morales universales. Temor: La bondad no prevalecerá en ninguna circunstancia.
3. Creencia # 3: Los recursos generales son escasos. Temor: Necesidades esenciales insuficientes ( tiempo, éxito y reconocimiento ).

#### El Modelo Somatopsíquico de Krantz Y Durel- 1983:

En este modelo se valora la prioridad de una respuesta fisiológica que facilita la organización de determinadas cogniciones que a su vez se traducen en respuestas conductuales, emocionales y actitudinales. Por lo tanto en este modelo no es necesaria una percepción cognitiva y atribucional del estrés para que se produzca la activación. Puede tratarse de individuos que tengan un estado de activación tempranamente condicionado (no necesariamente congénito) o que tienen una enorme facilidad para asociar a elementos estresores ambientales respuestas condicionadas del organismo; consistentes en activación simpática e hipotalámica. Este se refiere más a un modelo de condicionamiento respondiente.

#### El Modelo de Autoregulación de Frautschi y Chesney – 1988:

Parten de la concepción de Krantz y Durel. Consideran que ante la tendencia constitucional o condicionada tempranamente de estos individuos, el organismo no trata de reducir la respuesta, acomodando a ello mecanismos biológicos y psicológicos sino que promueve el mantenimiento de este estado; seleccionando del ambiente aquellos elementos cognitivos que fomentan las conductas de lucha. Los autores lo resaltan más como un paradigma operante en donde el elemento reforzador está constituido por el éxito social y por la obtención de algún rendimiento. El estado de activación condicionado actúa

como un estímulo discriminativo interoceptivo que moviliza su energía en forma de conductas tipo A y probablemente se constituye en el mecanismo nuclear alrededor del cual se organiza la actividad y los logros del patrón.

En una serie de trabajos realizados se encontró que los pacientes clasificados como Tipo A, tienen aproximadamente el doble de incidencia de enfermedad coronaria que los pacientes clasificados como tipo B, encontrando la misma relación tanto en hombres como en mujeres (Workhealth, 1998).

Los individuos Tipo A son quienes están comprometidos en una lucha crónica para hacer y lograr más y más en menos y menos tiempo, a menudo en competencia con otras personas o en oposición con el medio ambiente. El patrón Tipo A incluye comportamientos disposicionales tales como: ambición, agresividad, necesidad de logro, competitividad e impaciencia. Comportamientos específicos como: estar alerta, inquietud, tensión de la musculatura facial, sensación de estar constantemente presionado por el tiempo, propensión a valorar los acontecimientos como retos personales, estilo rápido y enfático al hablar y reacciones emocionales tales como aumento de irritabilidad y signos de expresión de rabia y hostilidad (Rosenman 1980, citado por Goldberger y Breznitz, 1982).

Diferente a otros factores psicosociales, el Tipo A se distingue por ser sujeto de numerosas intervenciones probadas sobre la base de hallazgos positivos en el primer estudio epidemiológico del patrón A, el Western Collaborative Group Study ( WCGS) que se llevó a cabo en población de base de Estados Unidos, en la década de los 60s y el estudio Framingham en los años 70s; ambos tuvieron una duración de 8 años y medio, el primero reportó

que el comportamiento tipo A estaba asociado con 2,37 veces el aumento de riesgo infarto, 5 veces el aumento de riesgo de un IAM recurrente y el doble de infartos mortales, comparado con los tipo B. Y en el segundo presentaban 2,4 veces más riesgo de infarto que los sujetos B. (Rosenman, Brand, Jenkins, Friedman, Strauss y Worn, 1975, citados por Luten y Powell 2000).

Un tercer estudio epidemiológico es el de Honolulu Heart Study realizado en 1970 en una población americana descendiente de inmigrantes japoneses; las cifras fueron muy diferentes a las de los estudios anteriores; fenómeno que se explica porque la sociedad japonesa mantiene unas pautas culturales que fomentan las actitudes poco competitivas, la cooperación y la armonía social, lo cual constituye en un atenuante de hostilidad; actitud que atribuye intenciones negativas a otros, impide al individuo la percepción de apoyo social en el medio.

Estos resultados ofrecen un motivo de reflexión sobre el tema y ponen en evidencia el componente de demanda ambiental vinculado necesariamente a la emergencia del patrón A. Además sabemos que nos encontramos ante un conjunto de manifestaciones conductuales deseadas y potenciadas en nuestro medio cultural.

Un primer problema para definir la psicología del patrón A es su condición de ser un constructo en racimo, el hecho de estar configurado por actitudes y conductas funcionalmente heterogéneas y segundo su naturaleza dimensional. Sin embargo lo que mejor define a los sujetos A es *el patrón de actividad* y todo lo que de este puede derivarse como: crónica sensación de urgencia, impaciencia (se correlaciona con el concepto de ansiedad); lucha contra el tiempo; tendencia a poner énfasis en el resultado; respuesta inquieta

frente a períodos de inactividad; mayor reactividad simpática; incapacidad para delegar funciones y tareas; la vida laboral como eje central de un sistema de valores y el componente autoreferencial.

Williams (1987, citado por Allan y Sheidt, 1996), encontró que no todos los componentes del tipo A tienen igual importancia; es más importante el componente de hostilidad, que el componente de presión de tiempo con relación a enfermedad coronaria; además planteó el término de complejo de hostilidad al describir una orientación de interacción interpersonal y estilo de vida en general cínica, desconfiada y pesimista encontrando que este componente estaba más relacionado con la enfermedad coronaria que el Tipo A en general, el cual ha sido medido operacionalmente con la escala de hostilidad del MMPI .

Spielberger y cols (1985, citados por Sender y cols, 1993) diferencia tres conceptos dentro del complejo hostilidad que combinados de distinta forma y en diverso grado caracterizan el patrón A y estos son: cólera o ira, hostilidad propiamente dicha y agresividad.

La investigación sobre el patrón de conducta Tipo A establece que estos sujetos, frente a los tipo B, tienden a reaccionar a una gama más amplia de situaciones con una mayor actividad simpático-adrenomedular: presión sanguínea, tasa cardíaca, secreción de adrenalina y noradrenalina etc; considerándose que la mayor incidencia de alteraciones cardiovasculares en el Tipo A, no se debe tanto a sus niveles absolutos de reactividad fisiológica en situaciones de estrés, sino a la lenta recuperación que se presenta en estos

índices fisiológicos (Superactivación vs Lenta recuperación) (Hart y Jamieson 1983, Palmero, 1992 citados por Anton y Méndez (1999).

La hostilidad como el atributo principal del patrón de comportamiento Tipo A, ha recibido considerable atención como un elemento tóxico potencial en este constructo de personalidad. Es un constructo psicológico amplio, multidimensional para el cual hay en general un acuerdo de estar acompañado de orientaciones negativas hacia las relaciones interpersonales, incluyendo características tales como ira, creencias cínicas y desconfianza hacia los otros.

La hostilidad puede tener un efecto directo neuroendocrino sobre el corazón, particularmente la vía testosterona y puede poner en acción un efecto más indirecto asociado con otros factores de riesgo cardiovasculares tales como tabaquismo, perfiles lipídicos, presión arterial alta, inactividad física, exceso de consumo de alcohol y obesidad. Dentro de 14 estudios longitudinales que han examinado el papel de la hostilidad sobre los desórdenes coronarios; 10 han encontrado una asociación (Dembroski y cols, 1989; Shekelle y cols, 1983; Everson y cols, 1997 y Koskenvuo y cols, 1988 citados por Luten y Powell, 2000).

Dos estudios grandes que utilizaron escalas para focalizar desconfianza cínica (Everson y cols, 1997 e ira Kawachi y cols, 1996 citados por Lavie y Milani, 1999) han mostrado asociaciones positivas con eventos cardíacos. En el estudio de ira se notó un grado de asociación entre niveles de ira y la frecuencia de subsiguientes eventos coronarios. Además es posible que ciertos componentes del constructo de hostilidad sean mas patogénicos.

Ironson y cols (1992) muestran que la ira produce un gran impedimento en la función ventricular. Usando un protocolo similar, Boltwood y cols (1993) revelaron una relación significativa entre experimentar ira y la vasoconstricción en pacientes arterioscleróticos, pero no en pacientes sin arteriosclerosis (citados por Allan y Scheidt, 1996).

La ira ha sido colocada como factor contribuyente para el principio de IAM. En un estudio, se usaron medidas de episodios de ira autoreportados por la escala de ira para investigar esta relación (Mittleman, Maclure, Sherwod y Muller, 1997, citados por Busselli y Stuart 1999). En esta investigación de pacientes infartados los resultados sugieren que un evento de ira puede disparar el asalto de IAM entre dos horas como período de riesgo. Los investigadores concluyeron que se requiere mas información acerca de cómo estos eventos externos provocan IAM, para desarrollar estrategias que rompan el ciclo de respuesta de ira y reducir los efectos potencialmente dañinos. Además los investigadores encontraron que un nivel educacional más alto puede disminuir el riesgo de disparar un evento cardiaco, sugiriendo que los individuos mejor educados tienen las herramientas para hacer frente a la ira.

La hostilidad puede afectar la actividad aterogénica por mecanismos comportamentales, ya que está asociada con alta concentración de comportamientos insanos en el estilo de vida, incluyendo fumar, mala dieta, obesidad y alcoholismo. Y siendo estos también mas propensos a manifestar otros factores psicosociales asociados con enfermedad coronaria tales como aislamiento social ( Blumenthal y cols, 1987, citados por Busselli y Stuart, 1999).

Varias evidencias en respuestas corporales referidas por Rozanski, Blumenthal y Kaplan 1999, también sugieren que hay múltiples mecanismos patofisiológicos por los cuales la hostilidad puede estar ligada a enfermedad coronaria. Por ejemplo, comparado con individuos no hostiles; los sujetos hostiles manifestaron tasas cardíacas altas y presión arterial como respuestas a estímulos fisiológicos tales como exámenes mentales (Sul y Wan, 1993), como también niveles de alta presión transitoria durante la actividad diaria (Suarez y Blumenthal, 1991). También hay evidencias que sugieren que los individuos hostiles son más propensos a exhibir hipercortisolemia y niveles altos de circulación de catecolaminas (Pope y Smith, 1991, Suarez, Khun y cols, 1998), como también una disminución de la función beta-adrenérgica receptora (Suarez, Schiller y cols, 1997).

Goldberger y Breznitz, 1982, mencionan estudios como los de: Friedman, St George y Byers (1960), en el que el patrón de Tipo A está asociado con el aumento de la secreción de catecolaminas en respuesta a los retos diarios del trabajo. Los de Dembroski y cols, (1978), Friedman, Byers, Diamant y Rosenman, (1975) en respuesta a retos psicológicos específicos y los de Simpson, Olewine, Jenkins, Ramsey, Zizanski Thomas y James (1974) en respuesta a los retos físicos. Está asociado también con aceleración en la coagulación (Friedman, Rosenman y Carroll, 1958) y con el incremento de la agregación plaquetaria (Jenkins, Thomas, Olewine, Zizanski, Simpson y Hames, 1975, Markovitz, Mathews y cols, 1996) .

El estudio reportado por Lavie y Milani, (1999) en el cual de 725 pacientes referidos de la fase II de rehabilitación cardíaca y el programa de

entrenamiento físico del Instituto médico de Ochsner en New Orleans, de Julio de 1994 a Septiembre de 1996, se estudiaron 500 pacientes con una edad promedio de 63, más o menos 11 años, 80% hombres, quienes ingresaron al programa un mes después del evento cardiovascular, el cual incluía IAM 25 % y Cirugía 40%, y aproximadamente el 10% tenían más de un evento clínico . El programa consistía en sesiones de ejercicio de 50 minutos aproximadamente 1 a 3 por semana, orientación nutricional, lecturas diarias y sesiones de grupo dirigidas por profesional entrenado en rehabilitación, educación acerca de factores de riesgo, enfermedad coronaria y adaptación psicológica; educación acerca de factores comportamentales como estrés y función sexual. Respecto a los efectos de este programa sobre los pacientes coronarios con niveles altos de hostilidad, se sugiere que gracias a este se reduce la hostilidad y mejora significativamente la calidad de vida, su capacidad de ejercicio, porcentaje de grasa corporal, niveles de colesterol total y de HDL y otras características comportamentales (incluyendo ansiedad, depresión y somatización) en pacientes con niveles altos de hostilidad. Ellos consideran que debe dirigirse mucha atención a las características comportamentales, incluyendo hostilidad, para intensificar la prevención primaria y particularmente secundaria de la enfermedad coronaria. Los individuos con puntajes altos de hostilidad, tenían más características comportamentales adversas y medidas más bajas de calidad de vida en la línea base, sugiriendo que la mejora observada después de la rehabilitación puede ser clínicamente más importante en los pacientes con niveles altos de hostilidad, comparados con los de bajo nivel. Además los pacientes con altos niveles de hostilidad, tenían un mejoramiento relativamente

más grande en los puntajes de hostilidad, ansiedad y calidad de vida y en tres de los componentes de calidad como salud general, salud mental y energía.

Aunque la depresión es probablemente el factor comportamental más reconocido, asociado con enfermedad coronaria, ya que afecta entre el 20% y 30% de los pacientes después de un IAM y por encima del 40% de los pacientes con enfermedad coronaria estable ( Milani, Littman y Lavie, 1993); y en algunos estudios, más del 70% de los pacientes de enfermedad coronaria con depresión después del infarto continúan estando deprimidos en el seguimiento de un año (Stern, Pascale y Ackerman, 1977); la hostilidad y la ira no expresada ha sido ligada con un incremento 7 veces más de riesgo de enfermedad coronaria (Friedman, Thoresen y Gill, 1986) citados por Lavie y Milani (1999).

Un gran número de estudios han sido publicados en las últimas tres décadas que sugieren que la hostilidad frecuente y crónica y los sentimientos de ira están asociados con un incremento del riesgo para desorden cardiovascular y su asociación con factores de riesgo como hipertensión. En su mayoría las investigaciones han sido conducidas por la hipótesis de que la emotividad de los individuos hostiles y la reactividad cardiovascular hacia los desafíos comportamentales es exagerada y esta reactividad exagerada es un factor causal en el vínculo entre hostilidad y desorden cardiovascular. En este momento la evidencia para esta hipótesis es bastante limitada y mixta y hay dudas acerca de la relevancia etiológica de la reactividad cardiovascular.

Las criticas a esta hipótesis corresponden tanto a la teoría como a la interpretación de la información experimental. Hay una nueva hipótesis que

involucra *inhibición de la ira* en lugar de expresión y *recuperación cardiovascular* en lugar de reactividad, (Bosschot y Thayer 1998).

La literatura sobre los estilos de enfrentamiento de la ira y enfermedad cardiovascular parecen sugerir que la inhibición extrema de ira está relacionada a un riesgo alto de enfermedad cardiovascular y que ambos están asociados con niveles altos de hostilidad e ira. Bosschot y Thayer, (1998) mencionan algunos estudios como: Siegman, (1994) muestra que hay evidencia de que la inhibición de la ira, más que la expresión, está relacionada con una importante respuesta cardiovascular maladaptativa; mientras que la expresión aparece como incremento de la reactividad en muchos estudios. Por otro lado, en estudios de Hokanson, (1961), Baker y cols, (1969), Lai y Linden, (1992), Friedman, (1987) y Engebretson, (1989) ha sido mostrada la recuperación prolongada.

La inhibición de la ira parece estar asociada con una curva de recuperación cardiovascular más prolongada después de situaciones provocadoras de ira. En la vida real, la recuperación lenta puede contribuir más al estado de patogenia crónica cardiovascular que la reactividad; la cual está hipotetizada como causa de enfermedad coronaria. La recuperación lenta cardiovascular está relacionada más o menos persistentemente con una baja actividad parasimpática o bajo tono vagal. El alto tono vagal esta asociado con una tasa cardíaca más baja; gran variabilidad en la tasa cardíaca, reactividad, sensibilidad y control y ha mostrado ser cardioprotectora. (Saul, 1990 y Latson, 1994, citados por Bosschot y Thayer, 1998).

Por el lado psicológico el tono vagal ha mostrado estar involucrado en la modulación de la expresión emocional y la regulación del comportamiento en general. El tono vagal está suprimido durante los estados que requieren organización comportamental y respuestas autonómicas a las demandas estresantes ambientales. Además el bajo tono vagal potencialmente también juega un papel importante en la inhibición de los sentimientos de rabia. Por el lado biológico, el bajo tono vagal ha sido asociado con un número de desórdenes cardiovasculares y ha sugerido un papel importante en el desarrollo de la hipertensión.

Vale la pena resaltar entonces que la inhibición de la ira está asociada con un bajo tono vagal. Cuando la inhibición es muy frecuente o crónica, hay una disminución persistente en la velocidad de la recuperación cardiovascular (baja actividad parasimpática) y un cambio del control de la presión arterial a largo tiempo, lo cual puede contribuir a la patología cardiovascular.

(b). Estados Psicológicos: Ansiedad y Depresión

La relación entre depresión y ansiedad y desorden coronario difieren de los otros factores psicosociales por muchas razones; primero la depresión y la ansiedad representan desórdenes psiquiátricos bien definidos con instrumentos estandarizados para su medida y, segundo, la depresión y la ansiedad son comúnmente la consecuencia de enfermedad coronaria. Además por el hecho de ser causa lo coloca como un problema metodológico importante; tercero, la habilidad para diagnosticar y tratar tales desórdenes los hace atractivos para intervenir. Finalmente, la depresión y el desorden coronario podrían

comprometer antecedentes comunes por ejemplo estresores ambientales y apoyo social.

La depresión es común en los pacientes con enfermedad coronaria; aproximadamente del 30% al 50% de los pacientes cardíacos experimentan niveles significativos de depresión (Rose y Robbins, 1993). Esta tasa es tres veces más alta que la de la población en general y más grande que la vista en pacientes con otras condiciones médicas crónicas. Sin embargo los desórdenes de depresión a menudo son subdiagnosticados o inadecuadamente tratados. En un estudio que buscaba las diferencias entre hombres y mujeres en los procesos de rehabilitación cardíaca; las mujeres reportaron niveles más altos de sintomatología depresiva que los hombres; sugiriendo que las mujeres están en un riesgo más alto para presentar eventos recurrentes durante el período post-operatorio. Este hallazgo también es consistente con el hecho de que las tasas altas de depresión son más altas para mujeres que hombres en la población post-infarto (Con, Linden, Thompson e Ignaszewski, 1999).

Los factores de riesgo para la depresión en pacientes con enfermedad coronaria son similares a los encontrados entre pacientes no coronarios e incluyen sexo femenino, historia previa de estado de ánimo, historia familiar de psicopatología, eventos estresantes recientes y una sensación de estar fuera de control de su propia vida (Snyderman y cols 1996 citados por Evans y cols 1999).

Los mecanismos que subrayan el incremento en el riesgo cardiovascular con la depresión son desconocidos; sin embargo la correlación entre las circunstancias psicopatológicas y la predisposición a la enfermedad

cardiovascular es muy alta; pacientes mayores de 55 años con trastorno afectivo que incluía episodios depresivos presentaron un 64% de muertes por enfermedad cardiovascular. ( Isaza y Bohorquez,1999).

Las investigaciones muestran la presencia de muchos mecanismos psicosociales y un incremento en el número de factores potenciales biológicos. Los pacientes post infarto con depresión fueron menos adherentes a los programas de ejercicio y más propensos a seguir fumando que los pacientes no deprimidos. Muchos síntomas afectivos negativos, incluyendo ansiedad, ataques de ira, hostilidad, frustración, tristeza y tensión también han sido ligados a factores de riesgo biológicos para enfermedad coronaria. (Blumenthal y cols, 1982, Hedblad y cols, 1992 citados por Evans y cols, 1999).

La depresión, por sí misma, aumenta la aterogénesis y aumenta la agregación plaquetaria; el estrés en particular si es de naturaleza crónica, también aumenta la actividad plaquetaria y libera catecolaminas vasodepresoras (Isaza y Bohorquez, 1999).

El vínculo biológico más importante entre depresión y enfermedad coronaria puede ser la variabilidad de la tasa cardiaca, una medida del balance entre el simpático y el parasimpático para el sistema de conducción cardíaco. Los pacientes con enfermedad coronaria y depresión tienen baja variabilidad en la tasa cardiaca comparados con los pacientes con enfermedad coronaria pero sin depresión (Rozanski y cols, 1999).

Estudios epidemiológicos recientes evaluaron la relación entre depresión y enfermedad coronaria entre individuos saludables y población con enfermedad coronaria que demostraba consistentemente una relación

prospectiva significativa entre la ocurrencia de episodios de depresión mayor y la incidencia de eventos cardíacos y se encontró como hallazgos importantes referidos por Rozanski y cols, (1999): Primero, la presencia de síntomas depresivos sin el diagnóstico de episodios de depresión mayor, está asociado con un incremento de riesgo de evento coronario (Anda y cols, 1993). Segundo un número de estudios apoya un desnivel entre la magnitud de la depresión y futuros eventos cardíacos (Anda y cols, 1993; Everson y cols 1996; Pratt y cols, 1996). Ambos datos sugieren que el riesgo para enfermedad coronaria asociado con depresión existe a lo largo de un continuo, de acuerdo a la magnitud de los síntomas depresivos.

Un aspecto particular que ha recibido atención específica en la depresión es la ausencia de esperanza. La desesperanza ha sido vinculada con muerte súbita. Rozanski, 1999, menciona varios estudios epidemiológicos prospectivos como Bruhn y cols, (1974) y Engel, (1968), Anda y cols, (1993) y Everson y cols, (1996), que han también reportado una relación entre síntomas de desesperanza y el desarrollo de enfermedad coronaria . Como también se ha demostrado que los hombres que experimentan desesperanza desarrollan significativamente más arteriosclerosis carotídea con el tiempo.

Una considerable evidencia indica que la depresión tiene tanto efectos comportamentales como patofisiológicos. Con respecto a los primeros, la depresión está asociada con comportamientos no saludables como tabaquismo y pobre adherencia al tratamiento (Zigelstein y cols, 1998 citado por Rozanski, 1999) y en cuanto al segundo, el mismo autor menciona que la depresión involucra al menos tres mecanismos: Primero, la depresión está acompañada

por hipercortisolemia (Caroll y cols, 1976); hallazgos asociados a esto incluyen disminución de la hormona adrenocorticotrópica con la administración del factor de liberación de corticotropina ( Gold y cols, 1986). Con el test de estímulo con dexametasona, no se suprime la secreción de cortisol y por el contrario hay una elevación de la concentración del factor de liberación de corticotropina en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes deprimidos. Segundo, los individuos deprimidos pueden desarrollar disminución significativa en la función plaquetaria en general, incluyendo aumento de la reactividad plaquetaria y liberación de productos plaquetarios como el factor plaquetario 4 y la tromboglobulina beta.

La combinación de hipercortisolemia y el aumento de la función plaquetaria establece la base teórica para explicar los efectos pro-aterogénicos de la depresión. Además, la reducción de la variabilidad de la tasa cardíaca y la disminución del control vagal han sido reportados entre los pacientes deprimidos. Estos hallazgos sugieren que los pacientes deprimidos pueden también ser propensos a tener un potencial arritmogénico.

La respuesta más común al desorden coronario es la ansiedad, aproximadamente del 20% al 40% de los pacientes experimentan esta reacción. Después de un evento cardíaco el paciente se muestra más aprehensivo, hiperalerta y puede exhibir un rango amplio de síntomas de respuesta autonómica.( Rose y Robbins 1993).

Respecto a la ansiedad, se destacan como las principales características de la ansiedad y las problemáticas más comúnmente observadas en los enfermos médicos graves: la amenaza a la integridad

narcisista, el miedo a la mutilación o pérdida de vitalidad, el miedo a perder el control físico, el miedo a perder la autonomía, el miedo a la muerte y la ansiedad de separación. Viney y Westbrook (1982), identificaron los patrones de ansiedad en pacientes crónicos hospitalizados y sus resultados mostraron tres grandes patrones de ansiedad centrados en torno a: “los miedos de muerte”, “soledad y miedo al aislamiento interpersonal” y “miedo a las mutilaciones corporales”. Ahora, no solo los aspectos de ansiedad son importantes para comprender la naturaleza y los efectos en el enfermo médico, sino también es importante considerar los esquemas de afrontamiento que utilizan los pacientes, especialmente aquellos que son desadaptativos como negación del conflicto, evitación defensiva, negación alternativa, hipervigilancia y vigilancia (Janis 1985, citados por Derogatis y Wise, 1996).

Estando la ansiedad implicada como una variable psicosocial relacionada con la enfermedad coronaria, es importante establecer y comprender las características que distinguen a la ansiedad clínica de la ansiedad normal. La característica fundamental de la experiencia de ansiedad es una emoción disfórica y desagradable, que conlleva de forma intrínseca a una sensación inminente de amenaza, peligro o pérdida de control. La ansiedad se refiere esencialmente a acontecimientos futuros y el estímulo que la genera depende total o parcialmente de la propia experiencia consciente del individuo, ya que en aquellos casos en que el estímulo es tangible e identificable, podemos etiquetar la respuesta afectiva como miedo. Derogatis y Wise, (1996 y Lader y Marks, 1971 citados por Derogatis y Wise, 1996), caracterizan a la ansiedad clínica como más intensa, frecuente y persistente que la ansiedad

normal y según la experiencia clínica, en la mayor parte de los casos dicha ansiedad es enormemente desproporcionada respecto al estímulo que la produce. La ansiedad clínica o patológica implica normalmente un estado afectivo altamente disfórico en el que las funciones cognitivas, conductuales y fisiológicas tienden a alterarse y desorganizarse.

Matthews y cols (1991, citados por DiNardo y Canino 1998), reportaron que se encontró una correlación moderada entre la ansiedad de rasgo y la presión sistólica; lo cual confirma el planteamiento teórico de que la ansiedad como característica de la personalidad, es un factor mediador entre los eventos estresantes y las respuestas fisiológicas. Hallazgos similares son reportados por Boyle y Siegman (1995, citados por DiNardo y Canino, 1998), en los que estudiantes con altos puntajes de ansiedad, exhibieron fuertes incrementos en la presión sistólica ante estresores, de tal forma que altos puntajes de ansiedad se asocian con el riesgo de desarrollar hipertensión arterial.

Las manifestaciones fisiológicas de la ansiedad generalmente incluyen un incremento en la presión arterial, un incremento de la tasa cardiaca, sudoración, resequedad en boca, náuseas, vértigo, dificultad para respirar y tensión muscular ( Workhealth 1998).

Busselli y Stuart 1999, encontraron que la ansiedad fue un estado prevalente de línea base en pacientes quienes estuvieron hospitalizados por IAM . En este estudio el 69% de los individuos tuvieron puntajes altos de ansiedad. No fue claro si la ansiedad fue causada por la situación de hospitalización, por el desorden cardíaco o por otros factores. Moser y Dracup (1995, citados por Busselli y Stuart 1999) encontraron que estos pacientes post

IAM quienes tenían altos sentimientos de control en línea base fueron significativamente menos ansiosos a los 6 años de seguimiento; sugiriendo que el sentido de control es un aspecto importante de recuperación e influye en los niveles de ansiedad. En un estudio mas tarde, investigaron la relación de ansiedad y las complicaciones pos IAM en su hospitalización y encontraron que la ansiedad fue predictiva de una frecuencia alta de isquemia y complicaciones de arritmias.

Wise (1984, citado por Derogatis y Wise, 1996), considera la enfermedad cardíaca como el campo de la medicina en el que son habituales la ansiedad y la depresión; por tanto es esencial comprender el estilo de personalidad del paciente, como también centrarse en la aparición de la ansiedad como trastorno del estado de ánimo.

Según Cassem y Hackett (1971), “la ansiedad aparece dentro de los dos primeros días y después es seguida por un periodo de negación con el consiguiente inicio de una depresión o abatimiento durante los dos días siguientes. Por último, aparecen los rasgos crónicos después de los primeros cuatro o cinco días de estancia en la unidad de cuidados coronarios”(p.99). (Derogatis y Wise, 1996).

Después de un infarto algunos individuos son incapaces de volver a la actividad laboral debido a motivos psicológicos. Un individuo puede mostrar dificultades según sean sus características psicológicas las cuales determinan el cómo contempla la enfermedad física. Por tanto comprender el significado que la enfermedad tiene para el paciente ayuda a comprender algunos de sus miedos. La asociación entre ansiedad y muerte súbita pero no infarto sugiere

que las arritmias ventriculares podrían ser el mecanismo para muerte cardiaca entre individuos con desordenes de ansiedad. En apoyo a esta hipótesis, se ha observado que individuos con desorden de ansiedad han reducido la variabilidad de la tasa cardíaca (Kawachi, 1995) y además puede haber una alteración patológica en el tono autónomo cardíaco, alteración que podría involucrar una estimulación simpática, la cual ha sido ligada a la ocurrencia de arritmias y muerte súbita (Lown, 1973, citados por Rosanzki, Blumenthal y Kaplan, 1999).

Weissman y cols (1990 citados por Rozanski, 1999), reportan una asociación positiva prospectiva entre enfermedad coronaria y desorden de pánico y entre enfermedad coronaria y preocupación (como una sub-categoría del desorden de ansiedad generalizada), sin embargo se necesitarían más estudios para establecerlo como realmente válido.

(c).El Distress:

Para entender el papel del distress en la salud física de una persona, necesitamos examinar el concepto de estrés.

A través de la historia, como concepto, el estrés ha sido relativamente complicado y ha tenido bastante confusión. Es realmente un constructo que proviene de la física, referido a la cantidad de fuerza ejercida sobre un objeto físico. Este término ha sido usado en los campos de la biología, medicina y psicología, aplicado al organismo humano a partir del año 1850. En 1900 Walter Cannon describió el estrés no como un estímulo sino más como una respuesta a ese estímulo particular de emergencia que requiere que la persona enfrente. Cannon, denominó a la respuesta del estresor, el estrés crítico y lo identificó

con la famosa respuesta “ Fight or Flight “; respuesta en la cual el organismo es preparado para pelear o huir cuando hay peligro. Esta respuesta es bastante dramática fisiológicamente. Cannon sugiere que la experiencia frecuente de esta respuesta de estrés puede romper la homeóstasis fisiológica del individuo e incrementar su vulnerabilidad física pero también puede convertirse en una respuesta adaptativa (Cannon 1932, citado por DiMatteo, 1994) .

Después de la teoría de Cannon, Hans Selye (1956) iendo mas lejos examinó lo que pasaba en el cuerpo humano en respuesta a los estresores; y consideró el estrés como una respuesta inespecífica del cuerpo, a cualquier demanda. Selye desarrolló la teoría de el “Síndrome general de adaptación”, como modelo de reacción ante los estresores, el cual involucra tres fases en la respuesta de estrés, referidos por Fontana, 1989:

La primera fase es de Alarma: en la que el organismo se alerta frente a un estímulo estresor, se moviliza para enfrentarlo. El cuerpo responde con incremento en la actividad adrenal como también en la función cardiovascular y respiratoria.

La segunda fase es de Resistencia: en la que se desencadena la actividad autónoma, el organismo hace esfuerzo para actuar, para vencer el estresor o aprende a ajustarse a él.

Y la tercera fase es de Agotamiento: si esta actividad dura demasiado, se produce daño y el organismo experimenta un agotamiento de los recursos fisiológicos, en su intento por superar o ajustarse a la amenaza.

Selye encontró que la experiencia de estrés resulta en un patrón general de producción hormonal anormal; y precisamente su modelo biológico enfatiza

el efecto del estrés sobre el estado fisiológico del individuo; los mecanismos por los cuales el estrés puede conducir a daño fisiológico.

Sin embargo la sola exposición a los estresores es insuficiente para explicar el desarrollo de enfermedades; existen otros factores según Bravo y cols (1988 citados, por DiNardo y Canino 1998), deben estar presentes además como tejidos vulnerables o estrategias de manejo ineficaces para enfrentar las situaciones de estrés.

En esencia la teoría psicofisiológica postula que “los individuos que tienden a responder con altos montos de reactividad, están predispuestos a desarrollar hipertensión, ya que la repetitiva ocurrencia de estas respuestas en el medio ambiente natural predispone a la larga a un incremento de la presión arterial”(p.84) (Krantz y Manuck, 1984, citados por DiNardo y Canino 1998).

Desde el punto de vista fisiológico, la reactividad cardiovascular se define según Clarkson y cols (1989) como “cambios en varios parámetros fisiológicos incluyendo la presión sistólica, diastólica y el ritmo cardíaco, en respuesta a la discriminación de estímulos ambientales” (p.84) citados por DiNardo y Canino, (1998). Lo anterior refleja una respuesta elevada del sistema nervioso simpático y la mayor parte de los investigadores opinan que la reactividad es probablemente un importante factor de riesgo. El interés central de su estudio está basado en la creencia de que los mecanismos de reactividad cardiovascular pueden darse con tal frecuencia e intensidad ante diversas situaciones individuales, que pueden ser entonces el mecanismo fisiológico que explica cómo se inicia la elevación frecuente del ritmo cardíaco y de la presión arterial, hasta que ésta elevación se estabiliza y se comienza a hablar de

hipertensión arterial esencial con todas sus características. Es entonces cuando se podría considerar a la reactividad como agente etiopatogénico de la hipertensión .

Evidencia que proviene de modelos de investigación en animales, especialmente en el mono cynomolgus, *Macaca fascicularis*, revela que el estrés psicosocial crónico puede conducir, probablemente a una activación excesiva del sistema nervioso simpático, a la exacerbación de la arteriosclerosis coronaria como también a la disfunción endotelial transitoria y aún a la necrosis. Evidencia también en monos indica que el estrés psicosocial seguramente induce a una disfunción de los ovarios, hipercortisolemia y a una activación adrenérgica excesiva en las hembras premenopáusicas conduciendo a la aceleración de la arteriosclerosis (Rozanski 1999).

Es importante distinguir entre comportamiento tipo A del concepto de estrés malo: este patrón ni es una situación estresante, ni una respuesta de estrés, pero sí un estilo exagerado de comportamiento, usado para confrontar situaciones de la vida. El patrón A puede ser elicitado por situaciones placenteras o situaciones difíciles, pero este es particularmente disparado porque son percibidas como desafíos relevantes; este implica un interjuego entre ciertos comportamientos y el ambiente. El Patrón A está manifiesto por los valores característicos, pensamientos y aproximaciones a las relaciones interpersonales, como también por características gestuales, expresiones faciales, actividad motora, el andar, el estilo al hablar y otros manierismos (Rosenman 1978, citado por Goldberger y Breznitz 1982 ).

Cada vez hay más evidencia de que los estresores crónicos pueden ser más dañinos para la salud mental y física que los estresores agudos. La exposición crónica al estrés puede estimular una activación frecuente y persistente de los sistemas neuroendocrino y cardiovascular. Algunos investigadores han mostrado que la exposición crónica al estrés está asociada con incremento de la respuesta cardiovascular a los desafíos agudos como también a una lenta recuperación para llegar a los niveles de reposo, después del cese de la demanda (Lepore y cols, 1998).

Específicamente, el papel que desempeña el estrés en fomentar las enfermedades del corazón y del sistema circulatorio, es el de estimular dos respuestas en el cuerpo: una reacción de alarma aguda que consiste en preparar al cuerpo para luchar o huir y una reacción de vigilancia crónica que consiste en preparar al cuerpo para una resistencia a largo plazo; siendo uno de los órganos más afectados por estas respuestas, el corazón. La alarma y la vigilancia son estimuladas en las glándulas adrenales. La médula adrenal produce adrenalina, hormona que estimula la reacción de alarma y la corteza adrenal produce cortisol, hormona que estimula la reacción de vigilancia. Ambas respuestas tienen sentido cuando se necesita fortaleza y resistencias extras para satisfacer alguna exigencia física insólita pero pueden ser muy destructivas cuando se las estimula repetidamente como respuesta al estrés de todos los días. (Eliot y Breo, 1984).

Algunos teóricos han argumentado que la continua y fuerte estimulación fisiológica asociada con el estrés crónico puede incrementar la susceptibilidad a la enfermedad por el daño a varios órganos y tejidos y por la supresión de las

respuestas del sistema inmune. (Mc Ewen y cols, 1993 y Sterling y cols, 1988, citados por Lepore, 1998).

Rabking y Struening (1976, citados por DiNardo y Canino 1998), encontraron que existe una asociación temporal entre el desarrollo de enfermedades, y el incremento en el número de eventos estresantes que requieren de una respuesta adaptativa por parte del individuo. Al respecto se han obtenido coeficientes de correlación hasta de  $r: .30$ . No obstante la sola exposición a estresores es insuficiente para explicar el desarrollo de enfermedades, dado que, existen otros factores que requieren de consideración. Según Bravo y cols (1988, citados por DiNardo y Canino 1998) deben estar presentes además, otras condiciones como tejidos vulnerables, o estrategias de manejo ineficaces para enfrentar las situaciones de estrés.

Para autores como Schroeder y Costa (1984), y Pickering (1990), se debe considerar la influencia de factores mediadores como lo son las características de la situación o evento estresante, la vulnerabilidad fisiológica y las características individuales, como atributos biológicos y psicológicos. Quizás el factor mediador más ampliamente estudiado dentro del campo de la medicina conductual son las características y respuestas individuales tales como ansiedad, preocupación, percepción individual y otros. Es importante resaltar la asociación entre la percepción de la tarea de laboratorio y el valor de la sistólica durante la tarea de campo, hallazgo que podría sugerir que la percepción individual de la tarea puede ser más estresante que las características particulares de la misma. ( citados por DiNardo y Canino 1998).

James Blumenthal (1996) sugiere que el estrés podría incrementar las demandas, a la vez que reduce las respuestas, además el estrés puede ser un potente generador de isquemia. Según Allan y Scheidt (1996), situaciones de estrés intenso pueden interrumpir la actividad de los nervios que controlan el músculo cardíaco, causando que se interrumpa el bombeo de sangre que tiene lugar normalmente y se inicie rápidamente un proceso de fibrilación ventricular, siendo esta una de las mayores causas de muerte súbita a nivel cardíaco.

Rose y Robbins, 1993 mencionan a varios autores que ilustran el papel del estrés psicológico: para Lowny y Verrier, (1976) es bien conocido en la precipitación de muerte súbita por el disparo del sistema nervioso simpático en la fibrilación ventricular. Para Nestel, Verghese y Lovell, (1967), los sujetos con desorden cardiovascular exhiben un incremento en el rendimiento adrenérgico. Según Keys y Taylor, (1971), en el estudio prospectivo de Minnesota fue relevante la respuesta exagerada al test presor del frío, lo cual se consideró un predictor fuerte de incidencia de enfermedad coronaria, en el cual dicha incidencia según Brozek y cols, (1966) estuvo ligada a comportamientos característicos del patrón de comportamiento Tipo A, como fue sugerido por la asociación de riesgo de enfermedad coronaria con altos puntajes sobre la escala de actividad de Thurstone.

El papel del estrés psicológico en la precipitación del infarto de miocardio ha sido ampliamente conocido (Rosenman y Chesney, 1980), y ha sido este asociado con el incremento en la coagulación y en la agregación plaquetaria (Haft y Fani, 1973) citados por Eliot y Breo, (1984).

Deanfiel y cols, (1984), citados por Allan y Sheidt, (1996) reportaron por primera vez la relación entre activación emocional e isquemia al miocardio silenciosa, en un laboratorio de investigación de pacientes con enfermedad coronaria; adicionalmente los mismos autores citan a Barry, (1988), quien notó un incremento de la isquemia, especialmente de tipo silenciosa asociada a estrés psicológico en la vida diaria en pacientes que llevan un diario comportamental.

Gottdiener y cols, (1944) , Jain, Burg, Soufer y Zaret, (1995), citados por Allan y Scheidt, (1966), muestran que aproximadamente el 50% de los pacientes cardiacos presentan evidencia de isquemia silenciosa, asociada a estrés mental. La mayor implicación de la isquemia silenciosa es que el individuo no es consciente de su vulnerabilidad fisiológica.

(d). Aislamiento Social y Falta de Apoyo Social:

La investigación epidemiológica sobre el desorden cardiovascular mencionada por Brown, (1998), ha identificado una variedad de factores de riesgo que involucran las relaciones interpersonales; por ejemplo, el aislamiento social y el bajo apoyo social están asociados con un incremento en el riesgo de enfermedad coronaria tanto en personas sanas como también con la disminución de sobrevivencia entre los pacientes con enfermedad coronaria (Hazuda, 1994 y Miller y cols, 1996). El rasgo de personalidad de hostilidad crónica es un factor de riesgo fuerte para enfermedad coronaria y este está también asociado con altos niveles de conflicto interpersonal y disminución del apoyo social (Smith y cols, 1988 y Miller y cols, 1995).

Existe una amplia evidencia de que una red social personal estable, sensible, activa y confiable es salutogénica, es decir protege a la persona de las enfermedades, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevivencia. Existe en la actualidad amplia evidencia de investigación que indica que la gente menos integrada socialmente tiene más posibilidad de morir o para plantearlo en otros términos, que la pobreza de red social afecta negativamente a la salud. (Sluzki, citado por Dabas y Najmanovich, 1995).

La primera investigación que señaló este fenómeno fue el clásico estudio sociológico empírico de Durkheim (1897) sobre el suicidio, que demostró que existe una mayor probabilidad de suicidio en la gente con menor nicho social, en comparación con quienes poseen una red social mas amplia, accesible e integrada.

Ahora algunos hallazgos epidemiológicos y psicofisiológicos llevan a proporcionar evidencia sobre la importancia de la calidad de las relaciones interpersonales en el desorden cardiovascular. Epidemiológicamente los estudios han establecido que el matrimonio por sí mismo puede reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (Burman y Margolin, 1992) presumiblemente debido al efecto benéfico de el apoyo social, sin embargo el grado de beneficio parece estar moderado por las características de la relación tales como la historia y calidad. Por ejemplo, la discordia conyugal y la historia de divorcio se han sido encontrado predictores subsecuentes de enfermedad cardiovascular. (Tucker, Friedman y cols, 1996 ),citados por Brown, (1998).

Además, aunque el apoyo social del matrimonio puede ser benéfico en la mayoría de los casos, estos efectos pueden estar alterados por las

características específicas de la relación. Ewart y cols, (1991), demostraron que las interacciones que involucran la expresión de hostilidad entre esposos estuvieron asociados con incrementos en la reactividad de la presión arterial; resultado que fue replicado por Kiecolt-Glaser y cols (1994) citados por Brown(1998). Estos hallazgos han emergido de estudios de entrenamiento en estrategias de comunicación.. Una intervención que consistía en la instrucción de estrategias constructivas para la discusión de desacuerdos conyugales resultó en una reducción significativa de los niveles de reactividad cardiovascular durante la interacción entre pacientes hipertensos y sus parejas.

La investigación descrita demuestra la importancia de una variación en las interacciones conyugales a lo largo de una primera dimensión de hostilidad vs amistad. Los comportamientos sociales pueden estar caracterizados como una variación a lo largo de una segunda dimensión básica de dominancia vs sumisión. Como la hostilidad, los patrones de dominancia vs sumisión en el matrimonio pueden también tener consecuencias importantes para la reactividad cardiovascular y por último para la enfermedad coronaria.

La investigación epidemiológica sobre los patrones conyugales y el riesgo de enfermedad coronaria sugiere que los conflictos que involucren dominancia y control pueden quebrantar por otro lado los efectos beneficiosos del matrimonio. Se realizó un estudio con 45 parejas las cuales participaron en una serie de tareas que involucraban el defender sus opiniones diferentes y también proporcionaron tasas de su nivel típico de dominancia vs sumisión en relación a su pareja. La reactividad de la presión arterial fue asociada

positivamente con la percepción de la pareja como dominante. (Carmelli y Rosenman, 1985 y Eaker y cols, 1983, citados por Brown, 1998).

A pesar de algunas limitaciones de los estudios como es la potencial artificialidad, el hecho es que la hostilidad y la dominancia son influencias importantes sobre la reactividad cardiovascular durante las interacciones conyugales, lo cual sugiere que estos factores influyen en la salud a través de mecanismos psicofisiológicos.

Algunos Investigadores se han preguntado sobre cómo la presencia del apoyo de otros reduce la reactividad cardiovascular. Para esto se han planteado unas teorías que buscan dar una explicación a esto y entre estas se tiene las siguientes, citadas por Lepore, (1998):

#### Teoría del Amortiguamiento Neuroendocrino:

Sostiene que la presencia de otros tiene un efecto directo de amortiguamiento sobre la activación neuroendocrina, la cual reduce el desencadenamiento de respuestas debidas a las amenazas o demandas comportamentales. Fue sugerido por Bovard (1959), con lo cual enfatiza la influencia directa que la presencia de otros tiene sobre la respuesta pituitaria-adrenal. Este modelo comienza suponiendo que, el cerebro media las reacciones biológicas al estrés: los estresores excitan el hipotálamo posterior, el cual envía señales nerviosas a las células neuroendocrinas en la eminencia mediana del hipotálamo, el cual estimula la liberación de la hormona adrenocorticotrópica al torrente sanguíneo y éste estimula a glándula adrenal que libera catecolaminas (epinefrina y norepinefrina). Esta cadena de eventos,

resulta en una respuesta conductual, biológica, y psicológica de estrés, tales como miedo, ansiedad y todo un mecanismo neuroendocrino en el cuerpo.

Bovard, ha argumentado que el nivel de excitación inicial en el hipotálamo posterior regula el grado por el cual los estresores ambientales estimularán la respuesta pituitaria adrenal. En individuos con un alto nivel de actividad, lo cual según Bovard, conduce a un estado de aprehensividad; aún cuando los desafíos ambientales sean de un nivel bajo, se puede disparar la respuesta pituitaria-adrenal y en individuos con un nivel bajo de actividad esta respuesta solamente se disparará por demandas de una magnitud relativamente grande.

De acuerdo con este modelo, la presencia de los otros incrementa la actividad en el hipotálamo anterior, lo cual a su vez inhibe la actividad del hipotálamo posterior y el centro y en consecuencia de esto se reduce la actividad pituitaria- adrenal. Esto quiere decir que la activación en el hipotálamo posterior es mucho más grande en individuos que están solos comparados con los que están acompañados.

#### Teoría de la Reevaluación Cognitiva:

Una explicación alternativa es la que sostiene que los otros facilitan el enfrentamiento a través de la reevaluación de los procesos cognitivos. Esto es que el apoyo social puede difundir las amenazas percibidas en una situación estresante y en relación con esto hacer un corto circuito de la respuesta fisiológica de estrés.

Este modelo tiene el potencial de dar razón de lo no explicado por el modelo de amortiguamiento. Primero, este modelo sostiene que el soporte

social es específicamente beneficioso para los individuos bajo estrés; por lo tanto esto no predice niveles de excitación de los individuos solos vs individuos acompañados cuando están en reposo o enfrentados a niveles bajos de exigencia. Segundo, este modelo podría dar cuenta de los efectos mixtos encontrados en los estudios de apoyo social en laboratorio bajo condiciones de alto estrés.

Si el apoyo social capacita al individuo para reevaluar un estímulo estresante como benigno o superable, ellos podrían no necesitar movilizar una respuesta fisiológica prolongada o vigorosa al estímulo .

Gerin y cols (1995, citados por Lepore 1998), encontraron que el estrés percibido fue significativamente más bajo entre individuos en condición de apoyo que en la condición solitaria.

Diversas investigaciones epidemiológicas alertaron acerca de la correlación entre pobreza de red social y enfermedad o muerte; muestras de gente socialmente más aislada, por ejemplo solteros o viudos con pocos amigos y poca participación en actividades sociales informales o formales manifiestan mayor prevalencia de tuberculosis (Holmes, 1956); accidentes (Tillman y Hobbes, 1949), infartos de miocardio (Reed y cols, 1983; Orth Gomer y otros 1983), recaída de esquizofrenia (Dozier, Harris y Bergman 1987) y globalmente mortalidad (citados por Dabas y Najmanovich, 1995).

Desde los años 70, se han realizado una serie de estudios prospectivos basados en comunidades, los cuales han examinado la influencia de factores sociales sobre el desarrollo de la enfermedad coronaria. Inicialmente los estudios se enfocaron sobre aspectos cuantitativos de apoyo social, tales como

la presencia de afiliaciones familiares, número de amigos y la amplitud de su participación en actividades de grupo y organizacionales. Área que ha sido denominada red social. Dentro de esta algunos estudios evaluaron la influencia del estado en pareja ( si vive solo, casado o separado ) y otros han valorado aspectos tangibles de apoyo tales como acceso a la guía o práctica de servicios comunitarios. A través del tiempo sin embargo, la naturaleza cualitativa del sistema del apoyo social (ej: cantidad de apoyo emocional percibido ) ha ido incrementando también. Rozanski, Blumenthal y Kaplan, (1999) citan quince estudios que examinaron el impacto de los factores sociales sobre la incidencia futura de enfermedad coronaria en poblaciones saludables. Y según Blazer, (1982) se encontró una baja asociación en la incidencia de enfermedad coronaria a través del tiempo y en forma similar los bajos niveles de percepción de apoyo emocional, conferían un gran incremento en el riesgo para futuros eventos coronarios.

Hemingway y Marmot, (1999), en una revisión de 11 estudios que evaluaron la relación entre factores sociales y el pronóstico en pacientes con preexistencia de enfermedad coronaria; mencionan los trabajos en los que se encontraron relaciones pronósticas significativas y una proporción de riesgo sustancial. Por ejemplo Berkman y cols, (1992) observaron un aumento de aproximadamente dos veces más en los siguientes eventos coronarios en pacientes post- infartados, reportando un bajo nivel de soporte emocional y Williams y cols, (1992) observaron un incremento similar de tres veces más en mortalidad por encima de los 5 años entre pacientes con enfermedad coronaria quienes eran no casados o no tenían un confidente significativo en su vida.

Ahora la relación causa-efecto entre los factores sociales y la enfermedad coronaria es también soportada por otra evidencia. Primero, se ha reportado una gradiente inversa entre la magnitud del apoyo social y la incidencia de enfermedad coronaria y/o futuros eventos cardiacos. Estudios citados por Rozanski y cols, (1999), han propuesto que el apoyo social puede actuar como tope del efecto de varios estresores ambientales y por tanto incrementar la susceptibilidad al desorden coronario, ( Alloway, 1987) pero la mayoría de la evidencia sostiene un papel directo. Cinco de ocho estudios de corte prospectivo etiológico que han investigado aspectos del apoyo social en relación a la incidencia de enfermedad coronaria fueron positivos, Medalie, (1976), House, (1982) y Vogt, (1992), reportando una asociación moderada y Berkman, (1983) y Orth Gomer, (1993), reportaron una asociación fuerte.

El soporte social hace referencia al grado en que una persona esta conectada con otras en la comunidad; ha sido considerado como un factor de riesgo inverso de considerable magnitud, no solo para enfermedad coronaria sino también para la morbilidad y mortalidad por todas las causas (Allan y Scheidt , 1966).

Berkman y Syme, (1979, citados por Busselli y Stuart, 1999) encontraron una relación entre red social y mortalidad en un estudio conducido en Alameda, California. Estos resultados sugirieron, que las personas con escasa red social tienen unas tasas de mortalidad significativamente más altas comparadas con aquellas con redes mayores. Estos estudios proveen un fundamento de soporte a la relación del apoyo social con la salud. Y en un metanálisis , examinando el papel del soporte social y enfermedad coronaria , la

conclusión fue, que el apoyo social juega un papel vital en la recuperación de la enfermedad como también en las medidas de prevención primaria y secundaria ( Anderson, 1996).

En una investigación del papel del soporte social , en el desorden cardiaco isquémico, se encontró que los pacientes que recibieron soporte emocional e intervenciones en reducción de estrés a través de llamadas telefónicas o visitas después de la salida, tenían reducción en la incidencia de IAM recurrente por encima de un período de siete años después. (Frasure y cols, 1985/89, citados por Lavie y Milani, 1999).

De igual forma, Rozanski y cols, (1999), mencionan dos estudios, en el primero, con pacientes mayores con infarto, se encontró que la falta de apoyo emocional estuvo asociada con un incremento en el riesgo de mortalidad en los primeros seis meses después del infarto (Berckman y cols, 1992). Y en el segundo, un estudio de 530 sujetos, quienes fueron seguidos por más de dos años, se concluyó que vivir solo fue un factor de riesgo independiente para eventos cardiacos recurrentes ( Case y cols, 1992 ).

Allan y Scheidt, (1996), mencionan varios trabajos como los de : Parkes, (1964), Rees y Lutkins, (1967), Cottington, Matthews, Talbott y Kuller, (1980), los cuales han estudiado la relación entre el apoyo social y la tasa de mortalidad y el porcentaje de muerte súbita, encontrando que de todos los factores psicosociales, el apoyo social aparece en la literatura como el más consistente en el establecimiento de la relación mente-corazón.

Ruberman , Weinblatt, Golberg y Chaudhary, (1984), citados por Allan y Sheidt, (1996), relacionaron los contactos sociales en una población post-

infartada, se entrevistaron 2315 sujetos, mostrando que los pacientes con niveles altos tanto de aislamiento social, como de niveles de estrés de vida, mostraban un incremento en el riesgo total de muerte y de muerte súbita en los tres años siguientes al infarto.

O`reilly y Thomas, (1989 citados por Allan y Scheidt, 1996), realizaron un estudio para evaluar el mantenimiento en la modificación de los factores de riesgo, encontrando que los pacientes con mayor mantenimiento de modificación de conductas de riesgo, recibían un mejor soporte emocional por parte de su familia que aquellos que no lo mantuvieron, sugiriendo que es necesario involucrar a la familia en los programas de reducción de factores de riesgo.

Estas investigaciones sugieren que este tipo de intervenciones de soporte o apoyo durante períodos de incremento de vulnerabilidad al estrés, bien sea en la fase aguda o no, pueden tener una influencia protectora.

## **CAPITULO IV : EVALUACION E INTERVENCION PSICOLOGICA DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CORONARIA**

### Objetivos:

1. Justificar el papel de la psicología de la salud en la evaluación e intervención de la enfermedad coronaria.
2. Resaltar la importancia de un programa de rehabilitación cardiaca y su impacto sobre la calidad de vida.
3. Reconocer diferentes tipos y tópicos de la evaluación e intervención psicológica en el paciente con enfermedad coronaria.

Numerosas evidencias en diversos estudios citados por Linden, Stossel y Maurice, (1996) sugieren que la enfermedad médica crónica esta asociada con un incremento en la prevalencia e incidencia de disturbios psicológicos y psiquiátricos. Un resumen de literatura de Hill, Kelleher y Shumaker, (1992), está basada en dos tesis: primero, que la enfermedad crónica es vista como un estresor y éste está asociado con un incremento en el distrés psicológico y segundo, que las intervenciones pueden minimizar o aliviar el distrés psicológico. Por otro lado, un metanálisis, acerca de las intervenciones psicosociales para pacientes con enfermedad coronaria concluyó que la adición de tratamientos psicosociales a los regímenes de un programa de rehabilitación cardiaca reducen la morbi-mortalidad, el distress psicológico (ansiedad y depresión), y algunos factores de riesgo biológico como la presión sistólica, la tasa cardiaca y el nivel de colesterol. Se indicó que las intervenciones psicosociales pueden estar asociadas con beneficio para los pacientes con enfermedad coronaria además de la medicación y el ejercicio, ambos en

términos de mejorar la calidad de vida como también reducir la mortalidad. Se sugiere que el tratamiento psicosocial tiene un efecto benéfico mayor sobre la reducción de eventos cardíacos no fatales. Se halló un porcentaje de reducción en recurrencia del 46% a los dos años o menos de seguimiento y un porcentaje de reducción del 39% para seguimientos mayores de dos años.

Otro metaanálisis de Mendes, Powell y Kaplan, ( 1991, citado por Evans y cols, 1999), de 23 estudios, mostró que los pacientes quienes recibían intervenciones psicosociales (psicoterapia individual, de grupo y manejo del estrés) en conjunción con la rehabilitación cardíaca estándar, tenían reducciones más grandes en la presión arterial, la tasa cardíaca y el nivel de colesterol que los pacientes que solo recibían el programa estándar. El proyecto de prevención de recurrencia coronaria demostró un 44% de reducción de reinfarto y una disminución en los factores de riesgo tales como hostilidad, impaciencia, depresión e ira cuando los pacientes pos infarto recibieron tratamientos psicológicos.

El objetivo de la intervención psicosocial en la fase aguda de los eventos es mitigar o prevenir síntomas de distress, los cuales tienen implicaciones a través de las áreas biológica, psicosocial y espiritual. El mejoramiento en el funcionamiento psicosocial y en la calidad de vida es ahora reconocido como uno de los objetivos más importantes de la rehabilitación cardíaca, ya que el desorden cardíaco puede conducir a problemas psicosociales y a la reducción de la calidad de vida .

La rehabilitación cardíaca realza el funcionamiento cardiovascular, psicosocial y vocacional, reduce las hospitalizaciones, los costos cardíacos, la mortalidad y la ocurrencia de nuevas lesiones coronarias.

El US Public Health Service, recomienda que la calidad de vida puede ser utilizada como una medida de resultado de la rehabilitación cardíaca y muestra que los programas de rehabilitación cardíaca se dirigen a los factores psicosociales para ayudar a los pacientes a conectarse con una vida más productiva y activa. El éxito de la rehabilitación cardíaca requeriría entonces de pacientes que aprendan rutinas efectivas de ejercicio, comportamientos saludables y cambios en el estilo de vida.

Mejorar la calidad de vida, incluyendo la reducción de la ansiedad y depresión, (que a menudo ocurre después del problema coronario) permite que los pacientes tengan una mayor probabilidad de retornar al trabajo (Levin, 1991, citado por Busselli y Stuart, 1999). Sin Rehabilitación cardíaca los pacientes a menudo continúan exhibiendo disminución en la calidad de vida y dificultades psicosociales algún tiempo después del evento coronario.

Aún los factores específicos psicosociales y de calidad de vida que afectan la eficacia de la rehabilitación cardíaca, no están claramente entendidos, porque pocos estudios sobre esto se han hecho. La identificación de estos factores es importante ya que puede ayudar a una intervención mucho más definida.

Un infarto puede ocasionar un tremendo asalto sobre la autoimagen, el paciente experimenta miedo, pánico y a menudo debe implementar un cambio drástico en su estilo de vida que lo compromete a un modo de vida de sobrevivencia. La persona debe tomar medicamentos, cambiar su dieta, parar

de fumar, hacer ejercicio, manejar presiones laborales y aprender a relajarse, debe manejar el miedo de otro infarto o evento coronario, ajustar sus hábitos sexuales, en fin como lo explica DiMatteo, (1990). “La enfermedad coronaria requiere de un grado significativo de adaptación psicológica como también física “(p.135).

Tomando en consideración lo anterior, la intervención psicoterapéutica breve puede ser necesaria en forma tanto preoperatoria como postoperatoria. Bellack, (1993), sostiene unos principios básicos importantes:

1. Comprender la naturaleza del problema en términos de la historia personal general del paciente.
2. Se debe explorar el significado específico de la enfermedad o cirugía para cada paciente en particular (ganancias secundarias).
3. Explorar en cada caso de cirugía, los temores generales y específicos del paciente acerca del procedimiento (con respecto a la anestesia), las expectativas, conceptos y temores acerca de la muerte.
4. Iniciar un período de educación. Un paciente educado con frecuencia es mas cooperativo, muchas veces el no acatar la prescripción de fármacos y otro tratamiento, es el resultado de falta de comprensión por parte del paciente.
5. Comprender el impacto de la crisis actual en términos de la situación vital del paciente.

Además de la evaluación física y del estado de salud, en los últimos años se le ha dado cada vez más importancia a la evaluación psicosocial, con el fin de identificar los pacientes con problemas emocionales o sociales. La importancia

de esta evaluación se debe a que casi una tercera parte de los enfermos se encuentran psicológicamente afectados. Y son precisamente estos casos los que deben ser tratados oportunamente para no empeorar su estado, y no obstaculizar el beneficio que puedan obtener de la rehabilitación (Drori & cols 1996). Según ellos, la evaluación psicológica comprende la identificación de los siguientes factores:

1. Reacción mental : (a) depresión; (b) angustia y ; (c) negativismo.
2. Carácter de la personalidad, conducta, y la forma de enfrentamiento a la enfermedad.
3. Autopercepción frente a la enfermedad: conocimiento, creencias, esperanzas, autoevaluación de su estado de salud.
4. La función cognoscitiva.

Para conseguir lo anterior es importante evaluar dos variables que se consideran especialmente relevantes en casi todos los procesos terapéuticos:

(a) el grado de adaptación a la enfermedad; y (b) el cumplimiento o adherencia terapéutica .

El concepto de adaptación se refiere al ajuste que tiene lugar entre las demandas específicas que supone la enfermedad; síntomas clínicos, características y efectos de los tratamientos, perturbaciones que conlleva en las diferentes esferas de la vida cotidiana y las respuestas emocionales y conductuales que se producen en el enfermo al afrontar dicha situación. (Bayés, citado por Fernandez , 1994).

Con respecto al cumplimiento terapéutico, los datos de adherencia terapéutica de que se dispone son insatisfactorios por cuanto el nivel de

cumplimiento medio para distintas enfermedades crónicas parece oscilar alrededor del 50% (Sackett y Snow, 1979 citados por Fernández, 1994).

Lo anterior hace necesario la evaluación del grado de cumplimiento de los pacientes y en lo posible, la detección a priori de aquellas personas que tienen mayor probabilidad de un cumplimiento deficiente, con el fin de proporcionar una ayuda especial que facilite el grado mínimo de adherencia que requiere su situación.

Una buena evaluación de las expectativas de autoeficacia (Bandura 1977,1986; Villamarin, 1987,1990 citados por Fernández, 1994) proporcionan un buen instrumento para detectar a las personas con mayores problemas de cumplimiento.

Varias investigaciones han mostrado que muchos factores de riesgo para enfermedad coronaria pueden ser reducidos o eliminados cuando las personas cambian su comportamiento. Ornish y cols, (1998) mencionan el Lifestyle Heart Trial, el primer ensayo clínico al azar para investigar si los pacientes ambulatorios podrían ser motivados a hacer y mantener cambios importantes en su estilo de vida y si la progresión de la arteriosclerosis coronaria podría ser detenida o reversarse sin medicamentos para disminuir el colesterol. Después de un año se encontró que el grupo experimental fue capaz de hacer y mantener cambios en su estilo de vida, reportando un porcentaje de 37.2% de reducción en el colesterol da baja densidad y un porcentaje del 91% de reducción en la frecuencia de los episodios de angina. El promedio del diámetro de la estenosis regresó de 40.0% a 37.8% un año más tarde, un cambio que fue correlacionado con el grado del cambio en el estilo de vida. En contraste

con el grupo control, para el colesterol fue de 6% y tuvieron un 165% de incremento en la frecuencia de episodios de angina y el diámetro de estenosis progresó de 42.7% a 46.1%. Para este estudio el grupo experimental fue sometido a un programa intensivo para cambio en el estilo de vida que incluía dieta vegetariana, ejercicio aeróbico moderado, entrenamiento en manejo de estrés, dejar el cigarrillo y un grupo de apoyo psicosocial. Conviene subrayar que encontraron, que en este estudio el determinante primario de cambio en el porcentaje del diámetro de estenosis en el grupo experimental no fue ni la edad, ni la severidad de la enfermedad sino la adherencia a los cambios recomendados en dieta y estilo de vida.

Los tratamientos cuidadosos para la presión alta, la diabetes, mantener el peso normal y una dieta adecuada, evitar el cigarrillo, comprometerse con el ejercicio y modificar las reacciones de estrés pueden ayudar a reducir los riesgos de enfermedad y como puede verse estas prácticas están entre el control del comportamiento de la persona. Estos comportamientos preventivos, requieren de un compromiso psicológico y una modificación de creencias, actitudes y conductas. No es simple una cura directa para la enfermedad, no hay un medicamento único ni cirugía; todos los tratamientos requieren de la participación y compromiso del individuo.

En un meta análisis reciente hecho por Linden y cols (1996, citados por Busselli y Stuart 1999), se mostró que la adición de tratamientos psicológicos en el programa de rehabilitación cardíaca reduce los factores de riesgo, el distress psicológico y la morbimortalidad. El mejoramiento en hostilidad y otras características comportamentales como también en calidad de vida, después

de un programa de rehabilitación cardíaca son atribuibles a múltiples mecanismos. El entrenamiento en ejercicio tiene efectos saludables sobre ciertas emociones, sobre la depresión, se enfatiza y se muestra como una oportunidad para que el paciente se haga cargo de su recuperación y de su propia salud lo cual influye en el enfrentamiento y recuperación social y emocional después de un evento. Además la socialización y el relacionarse con otros pacientes, quienes están en varias etapas de recuperación y rehabilitación probablemente también contribuye a los efectos favorables vistos en hostilidad, depresión y otros factores comportamentales .

Una variedad de intervenciones biopsicosociales tales como terapia cognitivo comportamental, la respuesta de relajación, incremento de las redes sociales, clarificación de valores, como también estrategias de autocontrol ha estado mostrando mejoramiento en los resultados de salud en estos pacientes

Los blancos específicos de las intervenciones son cuatro:

1. Disminuir la actividad fisiológica.
2. Incrementar la habilidad del paciente para identificar las distorsiones cognitivas y apreciar realísticamente los estresores.
3. Promover hábitos saludables en el estilo de vida y reforzar el enfrentamiento.
4. Promover la conexión consigo mismo, los otros y el significado y propósito de la vida.

Estas intervenciones proporcionan una base para adquirir estrategias de autocontrol que son fundamentales para el éxito, para hacer frente al estrés,

modificar los factores de riesgo y adaptarse a la enfermedad crónica ( Benson y Stuart, 1993, citados por Buselli y Stuart, 1999).

Las intervenciones cognitivo comportamentales son importantes en el enfrentamiento con la crisis de un evento coronario, la apreciación realista y ajuste a las demandas de vivir con una enfermedad crónica y la modificación de riesgo coronario .

La reestructuración cognitiva específicamente conduce a la relación entre pensamientos, conductas y fisiología y se ha encontrado que es particularmente efectiva en el tratamiento de la ansiedad y depresión. En este proceso estructurado, los pacientes son instruidos en su respuesta a una situación estresante, ellos deben parar, tomar una respiración, reflexionar y buscar un camino más efectivo y saludable para responder al estrés (Benson y Stuart, 1993, citados por Busselli y Stuart, 1999)

El proceso de reflexión requiere que el paciente examine el estrés desde la perspectiva de los pensamientos automáticos y distorsionados y creencias que son la base disparadora del estrés. Por ejemplo, los sentimientos de ansiedad son a menudo precipitados por miedo a lo desconocido; la depresión a menudo surge de sentimientos de pérdida o desesperanza; la ira de sentimientos de ser tratado injustamente; la hostilidad de ver la vida como una batalla ( “Yo contra los demás”); y la frustración de sentimientos de falsas expectativas o expectativas irrealistas. Una vez estos sentimientos han sido identificados los disparadores para situaciones estresantes pueden ser mejor entendidos y las distorsiones cognitivas conducidas o prevenidas. Los pacientes pueden ser guiados a través de este proceso, en cualquier situación estresante que ocurra.

Estos ejercicios son útiles para romper el ciclo ansiedad – preocupación como también el ciclo estrés –síntoma, cuando sienten ansiedad o depresión y ser más consciente de sus emociones.

Rachman (1978, citado por Stoyva y Anderson, 1982) propuso un modelo de conceptualización tripartita de la reacción individual a las amenazas, comparable con la ansiedad. Esta mantiene que el manejo del estrés, es un fenómeno con aspectos comportamentales, fisiológicos y experimentales o cognitivos; lo cual debe estar contemplado en los procedimientos comúnmente empleados en el manejo del estrés, aspecto que refleja la naturaleza multidimensional de la respuesta del estrés.

Algunas técnicas como el entrenamiento en relajación y biofeedback enfatizan en la modificación de las respuestas fisiológicas (antes cadenas de respuestas fisiológicas excesivas). Otras tales como la aproximación a la autoafirmación, técnicas de imaginería, focalizan sobre los cambios cognitivos (en errores perceptuales y creencias distorsionadas). El entrenamiento en asertividad y el aprendizaje de habilidades sociales enfatizan en el cambio comportamental. En otras palabras, el trabajo clínico sobre manejo de estrés ya refleja la conceptualización de los tres sistemas de conceptualización de la reacción individual al estrés. Esta conceptualización debe tener una utilidad tanto en diagnóstico como en las fases de tratamiento del manejo del estrés.

Lo anterior nos capacita para preguntarnos ¿Cuál sistema o sistemas de reacción de estrés del individuo está afectado?. De forma similar, durante el tratamiento es necesario focalizar los cambios de la respuesta maladaptativa.

Dentro de los métodos psicológicos para aminorar los estados de estrés de mayor aceptación citados por Drori y cols, (1996) están:

1. El entrenamiento en relajación muscular progresiva, que es una técnica originada en las investigaciones de Jacobson y hoy día es la más aceptada para combatir el estrés en los cardiacos. Se basa en el principio de que para obtener una relajación mental y corporal debe existir ante todo una relajación de todos los sistemas que funcionan en el cuerpo. Si se enseña al paciente cómo relajar directamente el sistema músculo esquelético se conseguirá como resultado también una disminución de la excitación del sistema nervioso central y del sistema nervioso autonómico.
2. El entrenamiento autógeno, autorelajación concentrativa, técnica desarrollada por Shultz, se basa en el logro gradual del dominio sobre la actividad del sistema nervioso simpático y parasimpático por medio de un sistema de autorregulación psicósomática, que consiste en la concentración pasiva en la que se enseña al paciente a enfocar la atención en imágenes visuales, auditivas o físicas agradables y tranquilizadoras para conseguir cambios psicológicos favorables como sensaciones placenteras de calor en manos o relajación muscular.
3. Métodos cognoscitivos y de conducta, entre los cuales está el de la inoculación de estrés desarrollados por Meichenbaum y Cameron, técnica que se basa en la enseñanza y en la adquisición de la aptitud para enfrentarse al estrés que le permiten al paciente acondicionarse a eventos productores de estrés y en esta forma disminuir el estado angustioso.

La respuesta de relajación en general es una respuesta fisiológica innata opuesta a la respuesta “fight or flight”, puede disminuir la reactividad fisiológica como también síntomas de ansiedad, estrés, ira e impaciencia, hostilidad (Benson, (1975) citado por Buselli y Stuart, 1999).

En el cuidado agudo las técnicas que elicitán la respuesta de relajación pueden incluir:

(a) respiración diafragmática; (b) relajación muscular progresiva; (c) respiración enfocada; (d) visualización; y (e) masaje cuidadoso.

Hay dos elementos básicos necesarios para producir la respuesta de relajación:

1. Enfocar la conciencia sobre un pensamiento, palabra, frase, oración o movimiento repetitivo.
2. Desatender pensamientos intrusos.

Ayudar a los pacientes a identificar las manifestaciones físicas de estrés, promueve la conciencia al estrés y técnicas que facilitan la relajación muscular, tales como el masaje.

Dentro de las técnicas indicadas para el control de respuestas fisiológicas y para lograr el equilibrio físico y emocional está el Biofeedback. Según Drori y cols, (1996), es “una técnica de tratamiento psicofisiológico que por intermedio de instrumentos especiales obtiene y transmite al paciente información inmediata, directa y precisa de sus propios procesos fisiológicos sobre los cuales no es habitualmente consciente, permitiéndole eventualmente ejercer sobre ello un control voluntario (comportamiento del pulso, elevación de la tensión arterial, de la temperatura corporal y sudoración). Gracias a este

proceso terapéutico, el paciente adquiere el autodomínio psicofisiológico sobre el estrés por medio de reacciones especiales sobre algunos sistemas fisiológicos, como el sistema cardiovascular”(p.61). Las premisas fundamentales para la aplicación del Biofeedback a los pacientes con desorden cardiovascular son, primero, que la respuesta cardiovascular es en parte mediada neuralmente y a través del uso de técnicas de entrenamiento conductual, es posible efectuar estas respuestas motoras bajo control, de estímulos antecedentes o consecuentes. La segunda premisa es que una vez estas relaciones han sido aprendidas, el paciente puede implementarlas por él mismo. Y la última premisa es que el paciente puede aprender a reconocer las respuestas erróneas (o situaciones que son más probables de elicitar respuestas) (Benson, 1975, citado por Busselli y Stuart, 1999).

Las estrategias de autocontrol son vitales para hacer frente a las necesidades en la crisis aguda como también en el momento en el que se requiere mantener el cambio comportamental y tener éxito en el ajuste de la enfermedad. Proporcionar información, en la fase aguda es muy importante para reforzar sentimientos de control, disminuir ansiedad y proporcionar una base para una apreciación realista; y enseñar estrategias y fortalecer recursos en actitudes son los componentes esenciales de este modelo.

El paciente debe ser más consciente de los daños potenciales de sus auto-conversaciones y afirmaciones negativas y aprender a usar autoinstrucciones que sean compatibles con el éxito, las cuales pueden ser dadas por la aplicación de los tres principios de autorregulación que son:

Automonitoreo o autoobservación; Autoevaluación y Autoreforzamiento (Brownll y cols, 1986, citados por DiMatteo, 1991).

El individuo puede conseguir un sentido de controlabilidad en forma conductual cuando desarrolle conductas que impidan o atenúen los acontecimientos aversivos y en forma cognitiva, cuando el individuo crea que puede dominar las amenazas del entorno que puedan surgir. El poder de controlar puede disminuir el grado de activación fisiológica; en las situaciones en las que existe la posibilidad de ejercer control, pero este no se aplica, lo que reduce las respuestas fisiológicas de ansiedad es el saber que existe tal posibilidad (Glass, Reim y Singer, 1971, citados por Bandura, 1987). Es muy distinto decidir que en un momento determinado no va a ejercerse ningún control, pero se puede hacer en el momento que se desee, que estar privado de todo medio para ejercer control, mientras los estresores continúan presentes. Renunciar al control deja al individuo en una situación de vulnerabilidad absoluta; mientras que disponer de un control utilizable le permite dominar la situación o por lo menos hace que las situaciones sean menos intimidantes.

Las estrategias para autocuidado ( Ej. conciencia mente- cuerpo y monitoreo de síntomas) son ayudas importantes para disminuir la tensión muscular y la actividad fisiológica y acrecentar el manejo de los síntomas. En la fase aguda, el ejercicio (dentro de los parámetros recomendados) protege el tono vasomotor, es importante para prevenir el desacondicionamiento y también sirve para promover la autoconfianza y el optimismo (Dossey y cols, 1995, citados por Linden y cols, 1996).

Blumenthal y Emery, (1988, citados por Linden y cols, 1996) reportaron que algunos investigadores han apuntado como blanco de intervención, la reducción del patrón coronariopático (“coronary prone-behavior”), refiriéndose también al patrón de comportamiento Tipo A; otros han enseñado técnicas de relajación o paquetes para manejo de estrés. El elemento común de todos los tratamientos sin embargo es la suposición acertada de que el estrés psicológico contribuye al proceso de enfermedad coronaria y que la reducción del estrés basada en intervenciones psicológicas puede ser beneficiosa. La diversidad tan grande en el abordaje ha hecho difícil determinar conclusiones firmes acerca de cuál intervención psicológica trabaja mejor. Y esto es muy consistente con los beneficios de la psicoterapia que se encuentran en la literatura (Lipsey, 1993 y Roberts y cols, 1993 citados por Linden y cols, 1996) que supone que muchos de los beneficios observados no están ligados específicamente a una técnica sino que son atribuibles a factores no específicos como apoyo emocional, establecimiento de esperanza y sensación de control.

El proyecto de prevención coronaria, un programa comportamental para el comportamiento Tipo A estudió tres grupos de sujetos: ( Friedman, Thoresen, Gill y cols, 1982, citados por Busselli y Stuart, 1999).

1. Aquellos quienes recibían apoyo comportamental (entrenamiento en relajación, terapia cognitiva, dieta, ejercicio y consejo o información de enfermedad coronaria).
2. Aquellos quienes recibían apoyo cardíaco (Información acerca de dieta, ejercicio y enfermedad coronaria)

3. Y un grupo control que recibía un tratamiento estándar (sin consejo adicional).

Los resultados mostraron que las tasas más bajas de reinfarto y muerte cardiovascular después de un año, fueron vistas en aquellos que recibieron apoyo comportamental vs aquellos del grupo del consejo cardíaco y tratamiento estándar. Cuatro años y medio después, el grupo experimental (el de apoyo comportamental) tuvo tasas significativamente más bajas de recurrencia cardíaca = 12.9% que los de los grupos de apoyo cardíaco = 21,2% y de los de tratamiento estándar = 28.2%. Y adicionalmente aquellos del grupo comportamental y de apoyo cardíaco tuvieron una reducción marcada en el comportamiento Tipo A, comparada con los del tratamiento estándar.

Los resultados de estos estudios sugieren que modificar el estilo de personalidad hostil, cambiar actitudes y comportamiento puede tomar años, sin embargo un temprano reconocimiento y valoración de esto en el paciente puede ser el primer paso hacia un cambio comportamental.

Según Sender y cols, (1993) las principales estrategias terapéuticas que fundamentan la intervención psicológica, con los individuos Tipo A son:

1. Proporcionar una información detallada con datos científicos y cifras epidemiológicas de las características del patrón y su relación con la enfermedad coronaria y los mecanismos biológicos. Se puntualizan los objetivos de la intervención que son: (a) Mantener la salud (la cual está relacionada con su manera de interactuar con el entorno); (b) Mejorar el balance consumo de energía / eficacia (implica reducir actividad innecesaria).

2. Relajación: técnicas para disminuir la tensión muscular y sus respuestas fisiológicas que la acompañan. Sin importar tanto la técnica es importante sobre este punto insistir en que el paciente entienda que la relajación no pretende disminuir o suprimir la actividad sino conseguir el equilibrio emocional y fisiológico.
3. Reestructuración cognoscitiva: parte de la base del modelo ABC de Ellis, (1957) que postula que las actitudes y creencias son responsables directas del malestar emocional y de los problemas interpersonales. A= acontecimiento activador. B= Creencias, pensamientos e ideas sobre ese acontecimiento. C= Consecuencias identificadas como desagradables. Esta técnica consiste en observar las creencias irracionales, pensamientos negativos que provocan consecuencias desagradables, discutirlos y sustituirlas por creencias racionales eficaces. Técnica que tiene implícita la hipótesis de Price, (1982) en su modelo, para quien es indispensable intervenir sobre esas creencias y temores que constituyen la esencia psicológica del patrón de actividad.
4. Solución de problemas: la técnica mejor acogida por los pacientes, que no solo permite resolver los problemas concretos, cotidianos sino que promueve la capacidad de reflexión del sujeto; es ideada por D' Zurilla y Goldfried, ( 1971) la cual consta de cinco pasos: a. Especificar el problema. b. Perfilar la respuesta habitual (Quién está implicado? Qué, Dónde, Cuándo y Por qué sucede ?). c. Lista de alternativas. d. Consecuencias. e. Evaluación de los resultados.

5. Asertividad vs Agresividad: el individuo Tipo A es hipersensible a cualquier estímulo suponga un cuestionamiento a su valía personal o profesional y es precisamente este factor el implicado en conductas descontroladas y agresivas. Por esto enseñar técnicas asertivas puede mejorar el autocontrol y la comunicación interpersonal.
6. Dentro de las consideraciones preferibles se tiene la terapia de grupo para modificar el patrón, ya que tiene como ventajas evitar la confrontación terapeuta y paciente; se facilita la identificación de características en otros; se tiene la retroalimentación de los demás y facilita que se amplíen los círculos de intereses.

Ahora, sabiendo que cuando nos referimos al patrón, nos encontramos ante un conjunto de manifestaciones conductuales relacionadas con las demandas culturales, se hace necesario en ese sentido que el cambio que se busca con la intervención no suponga una pérdida sustancial de gratificaciones sociales por parte del entorno del individuo; con la segura insatisfacción personal subsiguiente. En cuanto a la intervención psicológica sobre el Patrón A, con el fin de atenuar, no hay que pretender convertir a estos sujetos en patrones B sino acercarlos al modelo que Kobasa denomina resistencia; configurado por los elementos saludables del Patrón A y que preserve su componente energético ( Kobasa y cols, 1983, citados por Sender, Valdés y cols, 1993). Lo anterior es primordial ya que es importante aceptar que pese a que los sujetos A suelen desatender sus síntomas por considerarlos una debilidad incompatible con sus objetivos e intereses, hay trabajos en los que aparecen como más propicios a presentar síntomas y trastornos variados.

Considerando este patrón, los investigadores han analizado el papel desempeñado por el establecimiento de metas en los individuos con esta orientación conductual, considerada como factor de riesgo en enfermedad coronaria; en estudios de laboratorio, estos individuos, comparados con los tipo B, muestran un establecimiento de metas elevadas, mayor resistencia a modificar sus aspiraciones ante experiencias de fracaso y una tendencia a evaluarse a sí mismos, comparándose con las ejecuciones más elevadas (Grimm y Yarnold, 1984; Matthews y Siegel, 1983; Snow, 1978 citados por Bandura, 1987). Los varones que han sufrido enfermedades coronarias tienen tendencia a imponerse a sí mismos criterios elevados de ejecución que con frecuencia les resultan imposibles de alcanzar (Rime y Bonauni, 1976 citados por Bandura, 1987).

Por lo anterior puede entenderse el sufrimiento personal que puede producirse como consecuencia de unos criterios de autoevaluación estrictos e inadecuados, además de que este individuo ejerce escasa autodirección, lo cual hace necesario evaluar e intervenir en estos procesos de autoevaluación y autoconocimiento.

La autoeficacia percibida se define según Bandura, 1987, como “los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado”(p.416). No se hace referencia a los recursos de que disponga sino a la opinión que tenga sobre lo que puede hacer con ellos.

Es importante dentro de esto diferenciar los conceptos de expectativas de eficacia personal y expectativas de resultados; mientras el primero es “el juicio

emitido sobre la propia capacidad para alcanzar un cierto nivel de ejecución”(p.416), el segundo, hace referencia a “las consecuencias más probables que producirá dicha ejecución”(p.416). Esto es importante considerarlo como factor influyente dentro del funcionamiento psicosocial del individuo y aún más verlo comprometido dentro del proceso de cambio implicado en el manejo de factores de riesgo de enfermedad coronaria; ya que las creencias del individuo sobre sus capacidades operativas funcionan como un conjunto de determinantes próximos de su conducta saludable, de sus patrones de pensamiento y de las reacciones emocionales que experimenta ante las situaciones que encuentra difíciles de enfrentar durante el proceso de recuperación después de un evento coronario.

Este proceso demanda y exige del individuo tomar decisiones sobre el curso y duración más adecuada de conductas que le permitan conseguir sus propósitos de salud. Y su elección está determinada en parte por sus juicios de eficacia personal.

El individuo tiende a evitar aquellas tareas y situaciones que cree que exceden sus capacidades, pero inicia y desarrolla aquellas que se considera capaz de dominar ( Bandura, 1987).

Es así entonces como dentro del proceso se hace necesaria una evaluación de las propias capacidades ya que esta ayudará en gran medida a conseguir un funcionamiento más adecuado. La opinión del individuo sobre sus propias capacidades influye en sus patrones de pensamiento y en las reacciones emocionales; aquellos que se consideran ineficaces en el afrontamiento de las demandas del entorno exageran la magnitud de sus deficiencias y de las

dificultades potenciales del medio. Estas dudas autoreferidas crean estrés y distraen la atención de lo que debería ser el comportamiento adecuado para solventar las posibles fallas personales y contratiempos; dificultan la utilización adecuada de los recursos de que dispone el individuo, mientras que las personas que poseen una autoeficacia alta, centran sus esfuerzos en las demandas que pueda plantearles la situación y se sienten estimulados por aquellos obstáculos que exigen un mayor esfuerzo. ( Lazarus, 1978 y Beck, 1976 citados por Bandura, 1987)

En el ámbito de la salud, la ineficacia percibida puede ocasionar disfunciones psicológicas importantes; las personas que albergan dudas sobre sí mismas, en cuanto a su capacidad de afrontamiento, experimentan un gran malestar y dedican mucho esfuerzo a acciones de tipo defensivo.

El autodomínio de dolor ilustra la generalidad del mecanismo de la autoeficacia a través de diferentes formas de influencia. El dolor es un fenómeno psicológico complejo que está influido por factores psicosociales; no es simplemente una experiencia sensorial que se produce como consecuencia de la estimulación de los receptores del dolor sino también depende de factores de atención, de cómo se evalúa cognitivamente la experiencia y de la autoactivación de sistemas fisiológicos, por medio de diferentes estrategias de afrontamiento ( Bandura, 1987).

La autoeficacia percibida puede modificar la experiencia de dolor por varios mecanismos según Bandura, 1987:

1. El individuo que piensa que puede aliviar su dolor, movilizará con mayor probabilidad todas las habilidades de que disponga al respecto y perseverará en su esfuerzo.
2. Reduce los pensamientos perturbadores que generan activación fisiológica aversiva y tensión corporal, lo cual exacerba el dolor y el malestar.
3. Puede conseguir el alivio del dolor, distrayendo la atención de la sensación dolorosa hacia actividades que consigan mejorarlo (fijarse en las sensaciones dolorosas hace que estas sean más perceptibles y por tanto más difíciles de soportar). Cuanto más atención requieran las actividades de afrontamiento, menos atención podrá prestarse al dolor.

En lo que se refiere al control cognitivo es importante resaltar que en toda experiencia dolorosa pueden distinguirse dos componentes; primero, es el malestar producido por los acontecimientos externos aversivos y segundo es el malestar producido por los pensamientos que se originan. Este componente correspondiente al pensamiento; la activación generada por las ideas perturbadoras y repetitivas es el responsable de buena parte del malestar de la persona. Las personas que se consideran ineficaces; se preocupan excesivamente por sus deficiencias de afrontamiento, exageran la gravedad de las amenazas y pueden llegar a preocuparse por peligros que raramente ocurren o nunca llegan a producirse (anticipación de ansiedad). Y es precisamente debido a esto que pueden presentar un nivel elevado de malestar generado cognitivamente. Lo anterior puede afectar de una manera importante la recuperación del paciente y su proceso de adaptación sano frente al cambio.

Por lo tanto es necesario valorar la predisposición a la ansiedad del paciente ya que podrá aprender a disminuir su estrés y su debilitamiento modificando sus patrones de atención y de pensamiento mediante instrucción u organizando sus estrategias de afrontamiento. En estos casos se reemplaza la ideación de contenido estresor, por el ensayo mental de estrategias de afrontamiento, para hacer frente a los estresores; y como resultado de esto las personas despliegan sus habilidades de forma más eficaz para afrontar las demandas que su situación específica requiere.(Wine, 1971 y Sarason, 1975 citados por Bandura, 1987).

Desde el punto de vista de intervención los medios de afrontamiento de tipo cognitivo muestran mayor eficacia que la relajación muscular en el control del dolor. Si el paciente logra considerar que puede ejercer cierta influencia sobre el dolor y en general sobre la repercusión de la enfermedad coronaria en su vida; y puede hacer para disminuir su riesgo, lleva una vida más activa, experimenta menor cantidad de dolor y hace que las situaciones incómodas de su recuperación sean menos estresantes.

Un sentido elevado de eficacia aumenta la dedicación a actividades encaminadas a procurarse mas salud; hay un aumento de persistencia en la búsqueda de soluciones y un mayor nivel de logro cognitivo.

En la reducción o control de factores de riesgo como tabaquismo, alcoholismo y obesidad, la eficacia autoreguladora actúa como factor determinante. La capacidad para la autorregulación requiere determinados mecanismos personales de determinación de la acción y de la autoeficacia para utilizarlos de forma eficaz (Bandura,1987). Los individuos que dudan de su

capacidad para controlar adecuadamente su motivación y su conducta tienden a reducir sus esfuerzos ante situaciones que ponen a prueba sus capacidades.

Los factores precipitantes habituales de la pérdida de autocontrol suelen ser la incapacidad para afrontar las emociones negativas, las presiones sociales que incitan a determinadas conductas y los conflictos personales (Bamos y Niehaus, 1985 citados por Bandura, (1987). El individuo que posee las habilidades y la seguridad en su eficacia de afrontamiento moviliza el esfuerzo necesario para superar las situaciones de alto riesgo con las que ha de enfrentarse. El dominio de las situaciones problema fortalece la eficacia autorreguladora, mientras que cuando no se desarrolla al máximo las habilidades de afrontamiento y se infrutilizan porque se duda de la propia capacidad, se produce la recaída.

Pero, otro punto importante de considerar en esta área que merece la pena mencionar es lo expresado con la teoría original de la indefensión aprendida formulada por Seligman, (1975 citado por Bandura, 1987); y es que “el ser humano se rinde y se deprime cuando sus acciones no influyen sobre lo que ocurre a su alrededor”(p.472). De tal manera que el paciente que considera que haga lo que haga para recuperarse, para cambiar es inútil, ni siquiera intenta ejercer el mínimo de control en situaciones en que su comportamiento, podría conseguir ciertos resultados.

Los estudios realizados sobre conductas fáciles de modificar pero cuyos cambios se mantienen con dificultad, indican que la autoineficacia percibida aumenta la vulnerabilidad a la recaída. Los investigadores miden la autoeficacia de los fumadores de cigarrillos para resistirse a fumar bajo diversos inductores

sociales y estresores después de haber abandonado el hábito por diversos medios. Aunque todos dejen de fumar no muestran el mismo nivel de autoeficacia, para poder resistir al impulso de fumar; los que vuelven a reincidir manifiestan mejor nivel de autoeficacia al final del tratamiento, sobre su capacidad de resistencia en las situaciones que normalmente incitan a fumar. Cuanto mayor es la eficacia autoreguladora percibida, mayor es el éxito que se alcanza en la abstención del hábito durante el período de seguimiento (DiClemente, 1981; Colletti y cols, 1985; Mc Intyre y cols, 1983; Walker y Franzini, 1983 citados por Bandura, 1987).

La autoeficacia percibida al final del tratamiento, predice la forma más probable de reaccionar de los sujetos ante una recaída posterior en caso de que se produzca. Las personas con una autoeficacia elevada suelen considerar las recaídas como contratiempos pasajeros y vuelven a restablecer el control. Los individuos que se consideran menos eficaces muestran ante las recaídas un descenso importante de autoeficacia percibida y recaen completamente.

Las medidas de autoeficacia percibida pueden utilizarse entonces para evaluar progresos y para regular de la mejor manera posible los nuevos retos y las pruebas de dominio de las situaciones de riesgo. Identificando las áreas de vulnerabilidad, el individuo puede aprender a afrontar adecuadamente situaciones arriesgadas que puedan implicarle algún problema y poner a prueba su capacidad autoreguladora.

La recuperación de un infarto con su respectivo tratamiento de intervención representa un problema importante en el que se puede observar tanto el efecto de la eficacia interactiva (es decir la del entorno social, la cual puede establecer

limitaciones en la conducta de la personas o puede hacer que se conducta sea óptima, según la opinión que tengan los demás de nuestra eficacia) como la contribución de las autopercepciones de eficacia en el desarrollo de hábitos que favorecen la salud.

Restaurar la eficacia física percibida es un ingrediente esencial en el proceso de recuperación de un infarto. La recuperación psicológica del paciente con infarto puede ser lenta, ya que este puede evitar el ejercicio físico, las actividades recreativas con las que disfrutaba, tardar en reanudar su vida profesional, social y sexual; porque cree que estas le obligarán a sobrecargar su debilitada capacidad cardíaca. Por lo tanto la rehabilitación de estos pacientes consiste en reinstaurarles el sentido de eficiencia cardíaca de forma que puedan llevar una vida satisfactoria y productiva.

Es importante destacar cuatro fuentes principales de información sobre eficacia para convencer al enfermo coronario de su fortaleza cardíaca: (Bandura ,1987)

1. Información de eficacia por experiencia directa que se obtiene a través del ejercicio de esfuerzo que se le indica realizar en una banda sin fin.
2. Información vicaria de eficiencia que se pueda proporcionar valiéndose de otros pacientes exitosos, poniéndolos como ejemplo.
3. Informando al paciente en forma persuasiva de lo que es capaz de hacer.
4. Informar al paciente el significado de la información fisiológica de eficacia para asegurarse de que no interprete de forma equivocada sus manifestaciones fisiológicas por ejemplo: una aceleración del ritmo cardíaco, significa un nuevo infarto o recaída. O atribuyendo al corazón

otros o la mayoría de trastornos del organismo que puedan presentársele ( Las expectativas de eficacia cardíaca son especialmente interesantes en este tipo de enfermos, porque tienden a basar su nivel de actividad en el grado particular de fortaleza que perciben en su corazón).

Todo lo anterior puede influir en aumentar la eficacia percibida y esta capacidad física percibida es mejor predictor de la reanudación de una vida activa, que la capacidad cardiovascular reflejada por el nivel máximo de frecuencia cardíaca alcanzada en la prueba de esfuerzo ( Bandura, 1987).

La recuperación psicológica después de un infarto también comporta un aspecto social, más que individual. La opinión de la pareja respecto a la capacidad cardíaca y física en general de su cónyuge puede facilitar o retrasar la recuperación. Las personas que creen que su pareja tiene un corazón fuerte tienen mucha probabilidad de animarles a que reanuden su vida activa anterior en comparación con los que piensan que su corazón esta deteriorado y que es vulnerable a cualquier posible daño.

Existe un buen número de investigaciones que indican que la autoeficacia percibida interviene en las conductas de salud. A no ser que el individuo crea que puede dominar y cumplir hábitos que favorezcan su salud, es poco probable que dispense el esfuerzo suficiente para conseguirlo. Aquellas personas que se consideran incapaces de abandonar el hábito del tabaco, ni siquiera intentan a pesar de las severas advertencias que se hacen sobre los efectos perjudiciales sobre la salud; mientras que los más autoeficaces superan el deseo de fumar y rompen con el hábito (DiClemente, Prochaska y Gilbertini, 1985 citados por Bandura, 1987).

En los primeros años de la Rehabilitación cardíaca, se puso énfasis especial en la vuelta al trabajo, un aspecto mas dentro de la readaptación social y profesional, que es bien importante dentro del marco de la readaptación social de los pacientes cardíacos. Esta reincorporación además de estar condicionada por su patología de base y sus complicaciones, lo está en mayor grado por unos condicionantes psicológicos y sociales. Velasco, (1996) da a conocer una serie de condicionantes psicológicos y sociales que deben conocerse para intentar corregir:

Somáticos y Cardíacos: severidad del infarto, angina post infarto, insuficiencia cardíaca y otras enfermedades.

Psicológicos: síntomas cardíacos subjetivos, sintomatología mas psicósomática que física, sensación de incapacidad, ansiedad y depresión: inestabilidad emocional, pesimismo, preocupación por salud y excesiva protección familiar.

Sociales: Período de baja laboral, edad, clase social, trabajo de esfuerzo, consenso erróneo del médico.

Las variable que con mayor frecuencia dificultan la vuelta al trabajo son de origen psicológico y social; se ha encontrado que el 75% de los pacientes que no vuelven a su trabajo después de un programa de rehabilitación cardíaca no lo hacen por motivos de esa índole. Wiklund, (1984, citado por Velasco, 1996), señala que los síntomas subjetivos que el paciente refiere son el primer determinante en la vuelta al trabajo, aunque se trata mas de sintomatología psicósomática que física.

El dolor torácico que refiere el paciente, sea anginoso o no, ocasiona pesimismo, depresión y una excesiva preocupación por su estado de salud, lo que lleva a una dificultad en la readaptación social tras el Infarto. Y si la sensación de incapacidad persiste, puede conducir a trastornos emocionales de ansiedad y depresión. Por otro lado todos estos cuadros psicológicos suelen conducir a figuras de sobreprotección por parte de familiares más directos, lo que lleva a dificultar no solo la reinserción laboral sino el proceso de recuperación general.

La movilización en información precoz, proporcionada de una manera adecuada no solo mejora la capacidad funcional del paciente sino también la confianza en sí mismo, su sensación de bienestar, y reduce el grado de depresión. Respecto a la información es importante considerarla dentro de un programa de educación interdisciplinario en el cual se consideren temas como enfermedad coronaria y los factores de riesgo más importantes.

Es importante valorar según últimos estudios, la disminución cognitiva que se observa comúnmente entre los pacientes que participan tanto en la rehabilitación cardíaca como pulmonar. Y en particular, los estudios indican disminución entre los pacientes después de cirugía de By pass coronario como también entre los pacientes hipóxicos con enfermedad obstructiva crónica ( Emery,1987).

La naturaleza de los déficits cognitivos en estos pacientes incluye:

1. Problemas de memoria.
2. Dificultad para resolver problemas.
3. Tiempos de respuesta tardía. Déficit en fluidez verbal.

Las cuales pueden afectar la habilidad del paciente para actuar y además puede restringir la participación en rehabilitación.

La función cognitiva puede ser disminuida por hipoxia cerebral secundaria a la disfunción cardíaca. Deficiencias neurológicas también han sido observadas entre los pacientes de rehabilitación cardíaca después de cirugía cardíaca (Robinson, Blumenthal, Burker y Reves,1990). La naturaleza y dimensión de estas deficiencias cognitivas post-cirugía varían ampliamente y se piensa que pueden ser resultado de una microembolia durante la operación o por hipoperfusión.

Por último, el trabajo con el paciente no solo debe considerar las necesidades físicas sino también las necesidades psicológicas. El psicólogo debe trabajar con el paciente para ayudarlo a evaluar sus cambios en el plan de vida que sean requeridos para acomodar las limitaciones de la enfermedad y su afrontamiento y ajustarse a los tratamientos necesarios para mantener el funcionamiento óptimo; como también debe trabajar con la familia del paciente para asistirle en los cambios que llegan a sus vidas resultantes de la condición del paciente.

## **CAPITULO V: DISCUSION Y CONCLUSIONES**

### Objetivos:

1. Definir y concluir el estado de la investigación con relación a los factores psicosociales implicados en la enfermedad coronaria.
2. Comparar y analizar los datos arrojados por las investigaciones.
3. Inferir y plantear las formas más apropiadas y útiles de evaluación e intervención psicológica en el campo de la enfermedad coronaria.

### Resumen de las investigaciones y análisis:

Es interesante analizar el siguiente cuadro (ver Tabla 1) en el cual se presenta un resumen de las investigaciones que se han venido citando en este trabajo, con el objeto de tener una visión más cercana y concreta, no solamente de los temas tratados y sus conclusiones sino además del número de ellas y de las épocas de su desarrollo.

Tabla 1

### Resumen investigativo:

TEMA	INVESTIGADOR	FECHA
Hay relación entre los factores psicológicos y las enfermedades.	Cohen, Tyrrell, Smith	1991
	Spiegel	1989
	Philips, Ruth, Wagner	1994
La enfermedad coronaria produjo en 1996 en el mundo 15.300.000 muertes (30% del total de las muertes).	Fawzy	1993
	Jaramillo	1999
Hay asociación entre la hostilidad y el riesgo de oclusión coronaria o desorden coronario (10/14 estudios)	Williams y cols.	1980
	Dembroski y cols.	1989
	Shekelle y cols.	1983
	Everson y cols.	1997
	Koskenvuo y cols.	1988

TEMA	INVESTIGADOR	FECHA
Los individuos hostiles:		
(a) Tienen tasas cardiacas altas y presión arterial alta.	Sullivan	1993
(b) están propensos a hipercortisolemia.	Pope, Smith	1991
(c) tienen disminución de la función beta-adrenérgica receptora.	Suarez, Schiller	1997
La hostilidad y la ira no expresadas implican siete veces mas riesgo de enfermedad coronaria.	Friedman, Thoresen, Gill	1986
Hay una asociación entre afecto depresivo y desesperanza con desorden isquémico coronario y asociación entre	Anda y cols. Kawachi y cols.	1993 1994

TEMA	INVESTIGADOR	FECHA
ansiedad y ansiedad fóbica con muerte súbita coronaria.		
La ansiedad y la depresión son corrientes en la enfermedad coronaria.	Wise	1984
Comportamiento Tipo A asociado con 2.37 veces aumento de riesgo de IAM; 5 veces aumento de riesgo de un infarto recurrente y doble de infarto mortal (comparado con Tipo B).	Rosenman, Brand, Jenkins, Friedman, Strauss y Worn	1975
Dos estudios que focalizaron la desconfianza cínica e ira, mostraron	Everson y cols. Kawachi	1997 1996

TEMA	INVESTIGADOR	FECHA
asociación positiva con eventos coronarios.		
La ira produce un gran impedimento en la función ventricular.	Ironson y cols.	1992
Relación significativa entre experimentar ira y la vasoconstricción en pacientes arterioescleróticos.	Boltwood y cols.	1993
La ira puede disparar el asalto de IAM entre dos horas como período de riesgo.	Mittleman, MaClure, Sherwod y cols.	1995.
Hay relación entre activación emocional	Deanfiel y cols.	1984

TEMA	INVESTIGADOR	FECHA
e isquemia al miocardio silenciosa.		
La ansiedad como estado prevalente de línea base en pacientes hospitalizados por IAM.	Busselli y Stuart	1999
La hostilidad puede afectar la actividad aterogénica por mecanismos comportamentales.	Blumenthal y cols	1987
Individuos hostiles son más propensos a exhibir hipercortisolemia y niveles altos de circulación de catecolaminas.	Pope y Smith	1991
	Suarez, Khun y Cols.	1998
Y una disminución de la función beta-	Suarez, Shiller y cols.	1997

TEMA	INVESTIGADOR	FECHA
adrenérgica receptora.		
Individuos con desorden de ansiedad han reducido la variabilidad de la tasa cardíaca.	Kawachi	1995
Existe una asociación temporal entre el desarrollo de enfermedad y el incremento en el número de eventos estresantes.	Rap King y Struening	1976
El estrés incrementa las demandas, reduce las respuestas y es generador de isquemia.	Blumenthal	1996

TEMA	INVESTIGADOR	FECHA
La actividad de los nervios que controlan el músculo cardíaco es interrumpida por estrés intenso.	Allan, Scheidt	1996
El estrés psicológico esta relacionado con la precipitación de muerte súbita, por el disparo del SNS en la fibrilación ventricular.	Lown y Verrier	1976
El estrés psicológico está relacionado con el infarto del miocardio.	Resenman, Chesney	1984
Aproximadamente el 50% de los	Gottdiener y cols.	1994

TEMA	INVESTIGADOR	FECHA
pacientes cardiacos presentan evidencia de isquemia silenciosa asociada a estrés mental.	Jain, Burg, Soufer y Zaret	1995
Riesgo de personalidad de hostilidad crónica, asociado con altos niveles de conflicto interpersonal y disminución del apoyo social.	Smith y cols. Mller y cols.	1988 1995
Por el apoyo social que implica, el matrimonio puede reducir el riesgo de la enfermedad cardiovascular.	Burman, Margolin	1992
Discordia conyugal e historia de divorcio	Tucker, Friedman y cols.	1996

TEMA	INVESTIGADOR	FECHA
han sido encontradas como predictores subsecuentes de enfermedad cardiovascular.		
Reactividad de la presión arterial	Carmelli y Rosenman	1985
asociada positivamente con la percepción de la pareja como dominante.	Eaker y cols.	1983
Hay relación entre escaso apoyo emocional y la enfermedad coronaria.	Berkman	1992
	Williams	1992
	Alloway	1987
	Ruberman	1984

TEMA	INVESTIGADOR	FECHA
Pacientes con niveles altos tanto de aislamiento social como de estrés de vida, presentan un incremento en el riesgo total de muerte y muerte súbita.	Ruberman, Weinblatt, Golberg y Chawdhary	1984
Pacientes con mayor mantenimiento de modificación de conductas de riesgo recibían un mejor soporte emocional por parte de sus familias.	O' reilly y Thomas	1989
La adición de tratamientos psicosociales a los regímenes de un programa de rehabilitación cardíaca (RC) reduce la morbi-mortalidad, distress psicológico	Linden, Stossel y Maurice	1996

TEMA	INVESTIGADOR	FECHA
(ansiedad, depresión), presión sistólica, tasa cardiaca y nivel de colesterol.		
La adición de tratamientos psicológicos en el programa de RC reduce los factores de riesgo, el distress psicológico y la morbi-mortalidad.	Linden y cols.	1996.

### Balance de los estudios:

El siguiente sería un balance de las conclusiones de los estudios anteriores:

1. Importancia del tema : al estudio de la enfermedad coronaria, de sus causas, de sus tratamientos debe darse la mayor importancia en nuestra sociedad. Se trata nada menos que de la enfermedad que causa el mayor número de muertes en el mundo, ya que llega a ser el 30% del total de muertes que ocurren según un estudio de 1996; debe tenerse en cuenta adicionalmente que ésta cifra es aun mayor para los países subdesarrollados.
2. Relación entre los factores psicológicos y las enfermedades: muchos de los estudios citados estuvieron orientados a estudiar y efectivamente mostraron que existe relación entre las enfermedades en general y los factores psicológicos que afectan a las personas. El estudio de Ribes, (1990) llega a concluir que tanto la prevención, como el inicio, la curación y aun la rehabilitación de una enfermedad, dependen de altísimo grado del propio individuo, lo cual a la vez demuestra la importancia del aspecto psicológico en el tema.
3. Relaciones entre el estrés y la enfermedad coronaria: en más de 20 estudios citados se encuentra demostrada la ya innegable relación entre estos dos factores. Se ha encontrado que las personas con exceso de trabajo, las compulsivas, las impacientes, las sometidas a altos niveles de presión, de competitividad, son las mas vulnerables a la presentación de enfermedades coronarias. Varios otros estudios también citados

anteriormente demuestran que hay relaciones fisiológicas que explican el fenómeno, ya que en estos casos se presentan tasas cardíacas y presión arterial más altas; hay propensión a la hipercortisolemia, se interrumpe la actividad de los nervios que controlan el músculo cardíaco y hay aumento de la coagulación y de la agregación plaquetaria. En resumen un alto nivel de estrés produce numerosas alteraciones orgánicas que conducen al infarto del miocardio.

4. Otros factores psicosociales: con base en las conclusiones de por lo menos cinco estudios adicionales puede afirmarse que hay relación entre las relaciones sociales de los individuos y la enfermedad coronaria; definitivamente las personas con escaso apoyo emocional están más expuestas a los problemas del miocardio; pero adicionalmente es interesante tener en cuenta que en el estudio de Tucker y Friedman, (1996) se encuentra relación entre ella y la discordia conyugal y que el estudio de Burman y Margolin, (1992) encuentra que el riesgo de la enfermedad cardiovascular es menor para quienes tienen matrimonios que puedan considerarse que proporcionan apoyo personal y social a los individuos.

Para los individuos Tipo A y en especial los que en ellos se resalte la hostilidad o ira inhibida hay un acuerdo general de tener mayores probabilidades de presentar desorden coronario tanto por su efecto fisiológico directo como también por su asociación indirecta con otros factores de riesgo cardiovascular como tabaquismo, niveles de lípidos, presión arterial, inactividad física, obesidad y consumo de alcohol entre otros.

Es también claro el vínculo biológico entre depresión y ansiedad con enfermedad coronaria tanto a nivel etiológico como de pronóstico. El estudio de Stem, Pescale y Ackerman, (1977) tiene especial interés pues allí se encuentra que más del 70% de los pacientes coronarios que sufrían depresión previa a su accidente, continúan todavía deprimidos durante el año siguiente.

#### Oportunidad de la Intervención Psicológica:

Ante un panorama como el que se encuentra por todo lo expuesto y por el balance de los estudios que se han presentado, no queda duda alguna de que no solamente es conveniente sino necesaria la intervención psicológica en la atención del problema, como instrumento complementario al tratamiento clínico médico pero esencial para la atención integral y la recuperación del paciente. Es necesario considerar al ser humano como una unidad en la que mente y cuerpo están conectados. Aplicar el reduccionismo del modelo biomédico a la enfermedad crónica niega la interacción mente-cuerpo sobre la estabilidad hemodinámica, la isquemia coronaria, la agregación plaquetaria, el metabolismo de los lípidos, glucosa, presión arterial y tono vasomotor como también el bienestar emocional, apoyo social y su conexión.

Este trabajo ha propuesto enfatizar, que además de el tratamiento tradicional, las intervenciones psicosociales pueden ayudar a mejorar la supervivencia, calidad de vida de los pacientes con desorden cardiovascular a través de la psicoterapia y otras modalidades de tratamiento tales como el apoyo familiar, social y espiritual.

Cuáles son los campos de acción y la oportunidad de la intervención psicológica ?

1. Prevención primaria: Si definitivamente para muchos de los pacientes coronarios el origen de su enfermedad tiene raíces psicológicas es necesario en primer lugar procurar este tipo de intervenciones que consideren los factores que inciden en las conductas de riesgo y promover comportamientos saludables. Dirigirse a la educación para la salud, divulgando acerca de sus consecuencias y de los métodos de su tratamiento mediante conferencias en todos los niveles; a nivel macrosocial que puede ser a nivel comunidad en las empresas y sus trabajadores con programas que detecten factores de riesgo en sus empleados y a través de programas dirigidos a incrementar los hábitos tempranos en la población juvenil e infantil.
2. Prevención secundaria: esta intervención es también de gran importancia, ya que pretende actuar sobre los individuos en los que ya existen factores de riesgo. La intervención psicológica demuestra beneficio sobre varios factores comportamentales incluyendo ansiedad, somatización, depresión, hostilidad y en general sobre la calidad de vida, la cual es atribuible a múltiples mecanismos como un programa de ejercicio, atención psicoterapéutica propiamente dicha, educación del paciente y manejo nutricional. Este manejo debe tener como foco el conocimiento y comprensión del proceso de enfermedad y sus manifestaciones; proporcionándole el poder al paciente para modificar y participar en su propia recuperación y así obtener como resultado un paciente

comprometido en su propio cuidado de la salud, lo cual influye en el enfrentamiento y recuperación social y emocional después de un evento coronario.

3. Ahora, aunque los pacientes a menudo saben que su estilo de vida y factores psicosociales pueden afectar su salud; si los médicos no enfatizan el papel de estos factores en el consejo e intervención con sus pacientes, el paciente puede terminar desmeritando su importancia. Por el contrario si el médico motiva a su paciente en la identificación y el manejo de los factores puede resultar mas beneficiado.

#### Características de la Intervención Psicológica:

En la intervención psicológica, las técnicas utilizadas, no son específicas para trastornos cardiovasculares sino que implican estrategias de intervención en crisis, de reducción de la ansiedad y manejo de la depresión, técnicas cognitivas de autocontrol, relajación, manejo de estrés, técnicas de intervención psicológica con el individuo Tipo A. Es apropiado en este proceso identificar el blanco de intervención para cada paciente, esto requiere conocer de las diferencias individuales, las características del paciente para proveerle una intervención contextualizada y preferencial en cuanto los factores de riesgo psicosocial específicos; puesto que el tratamiento es mucho más efectivo cuando apunta a las necesidades del paciente. Lo anterior implica que dentro de este contexto psicológico es importante conocer u obtener información de la personalidad del paciente ya que el impacto de los factores psicosociales están moderados por la personalidad y la capacidad para enfrentarse psicológicamente.

## REFERENCIAS

Allan, R. Scheidt, S. (1996). Empirical Basis for Cardiac Psychology. En: Heart and Mind: The practice of cardiac Psychology. S: Washingtong.

Anderson, J.R. ( 1982). Patología de Muir: Compendio de Anatomía, Patología y Patología General. Barcelona : Espaxs.

Antón, D.M. y Méndez, F.X. (1999). Líneas Actuales de Investigación e Psicología de la Salud. En: Simón, M.A. (Ed). Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. Madrid: Pirámide, Pags. 217-244.

Backman, M.E. (1989). The Psychology of the Psysicaly Ill Patient: A clinician's guide. : New York. Plenum Press.

Bandura, A. (1987).Pensamiento y Acción. Fundamentos sociales Barcelona: Martinez Roca.

Bayés, R. y Borrás, F.X. (1999). Psiconeuroinmunología y salud. En: Simón, M.A (Ed). Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. Madrid: Pirámide, Pags. 77-104.

Bellak, L. (1999). Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia. México: Manual Moderno.

Benson, H. y Stuart, E.M. (Eds).(1993). The Wellnes book: The comprehensive Guide to Maintainig Health and treating Stress-Related Illness.New York: Simon & Shuster.

Black, J.L, Allison, T.G, Williams, D.E, Rummans, T.A. & Gau, G.T.(1998). Effect of intervention for psychological distress on rehospitalization rates in cardiac rehabilitation patients. Psychosomatics, 39: 134-143.

Blumenthal, J.A, Emery,C.F, Madden, D.J, George, L.K, Coleman, R.E, Riddle, M.W, McKee, D.C, Reasoner, J & Williams, R.S. (1989). Cardiovascular and behavioral effects of aerobic exercise training in helthy older men and women. Journal of Gerontology, 44, 147-157.

Brosschot, J.F & Thayer, J.F. (1998). Anger inhibition, cardiovascular recovery and vagal function: A model of the link between hostility and cardiovascular disease. Annals of Behavioral Medicine, 20. 4, 326-332.

Brown, P.C, Smith, T.W & Benjamin, L.S. (1998). Perceptions of spouse dominance predict blood pressure reactivity during marital interactions. Annals of Behavioral Medicine, 20. 4, 286-293.

Busselli, E.F & Stuart, E.M. (1999). Influence of psychological factors and biopsychosocial interventions on outcomes after myocardial infarction. Journal of Cardiovascular Nursing, 13; 60-72.

Colditz, G.A & Rim, E.B. (1991). Aprospective study of parental history of myocardial infarction and coronary artery disease in men. Anual Journal Cardiology, 67, 933-938.

Con, A.H, Linden, W, Thompson, J.M, Ignaszewsk, A. (1999)The psychology of men and women recovering from coronary artery bypass surgery. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation,19: 152-161.

Dabas, E. & Najmanovich, D. (1995). Redes: El Lenguaje de los Vínculos. Argentina: Paidós.

Davison, G & Neale, J. (1996). Abnormal Psychology. New York: Jhon Wiley & Sons.

Derogatis, L.R & Wise, T.N. (Eds). (1996). Trastornos Depresivos y de Ansiedad en Asistencia Primaria. Barcelona : Martinez Roca.

DiMatteo, M.R. (1991). The Psychology of Health, Illness and Medical Care: An individual perspective. California: Brooks/Cole..

DiNardo, Y & Canino, E.L.(1998). Reactividad cardiovascular en laboratorio y campo. Revista Latinoamericana de Psicología. 30. (1) : 83-102.

De Velasco, J. A., Maureira, J.J. (1995). Rehabilitación del Paciente Cardíaco. Madrid: Doyma

Drori, J, Lederman, D & Arbelaez, F.M. (1996). Avances en Rehabilitación Cardíaca. Colombia:Ediciones hispanoamericanas.

Eliot, R.S, Breo, D.L. (1984). ¿Vale la Pena Morir de Estrés?: Un Programa para que el Estrés no lo Cuente entre sus Víctimas. (2 Ed). Buenos Aires: Atlántida

Emery, Ch.F.(1997). Cognitive Functioning among Patients in Cardiopulmonary Rehabilitation. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation. 17, 407-410.

European Heart Journal (1997), Volumen 18. 1569-1582.

Evans ,D.L, Staab, J.P, Petite, J.M, Morrison,M.F, Szuba, M.P, Ward, H.E, Wingate,B, Luber, M.P & O'Reardor, J.P. (1999). Depression in the Medical Setting: Biosychological Interactions and Treatment Considerations. Journal Clinic Psychiatry. 60 , Suplemento 4: 40-55.

Fernandez, B.R. (Comp). (1994). Evaluación Conductual Hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud. ( 1 Ed). Madrid: Pirámide.

Fisher, J, (1996) Is There a Need for Cardiac Psychology ?: The View of a Practicing Cardiologist. En: Allan, R. Y Sheidt (Eds) Heart and Mind: The Practice of Cardiac Psychology.: Washigton.

Fontana, D.(1992). Control del Estrés. . México: El Manual Moderno.

Godoy, J. F. (1999). Psicología de la Salud: Delimitación Conceptual. En: Simón, M.A. (Ed): Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. Madrid: Pirámide, pags 39-76.

Golberger,L. & Breznitz, S. (Eds). (1982). Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects. New York: Free Press.Macmillan.

Hamilton, H.K & Rose, M.B. (1982). Professional Guide to Disease. New York: Spring house.

Haskell, W.L. (1996). Effect of intensive multiple risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical cardiac events in men and women with coronary artery disease. Circulation, 89, 975-990.

Hemingway, H, & Marmot, M. (1999). Psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease: Systematic review of prospective cohort studies . British Medical Journal, London. 318. 1460-1467.

Isaza, D, & Bohorquez, R. (Directores huesped).(1999). Clinicas Colombianas de Cardiología: I Consenso Nacional para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Infarto Agudo del Miocardio. Sociedad Colombiana de Cardiología. 2.Número 3. pags, 197-209.

Jairath, N. (1999). Coronary Heart Disease and Risk Factor Management: A nursing perspective. New York: Saunders.

Jaramillo, E.S, Rozo, R.H, Merchan, A, Calderon, J, Blanco, M.I, Pineda, M, Charria, D.J, Velez, S. (Eds).(1999). Cardiología. Sociedad Colombiana de Cardiología. Bogotá. Boehringer Ingelheim.

Krolewski, A.S, Kosinski, E.J. (1987). Magnitude and Determinants of Coronary Artery Disease in Juvenile Onset Diabetes Mellitus. Annual Journal Cardiology. 31, 731-740.

Lavie, C.J & Milani, R.V. (1999). Effects of Cardiac Rehabilitation and exercise Training Programs on Coronary Patients with High Levels of Hostility. Mayo Clinic Procedures, 74: 959-966.

Lepore, S.J.(1998). Problems and prospects for the Social Support Reactivity Hypothesis. Annals of Behavioral Medicine. 20. 4, 257-269.

Lewinsohn,P.M, Gotlib, I.H & Hautzinger, M. (1997). Tratamiento Conductual de la Depresión Unipolar. Manual para el Tratamiento Cognitivo Conductual de los Trastornos Psicológicos. Madrid. Siglo XXI.

Linden, W, Stossel, C, & Maurice, J. (1996). Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease (meta-analysis). Archives of Internal Medicine, 156: 745-752.

Luten, A.G & Powell, L.H. (2000). Preventive Cardiology. Mc Graw Hill: 373-394.

McSweeney,A.J, & Creer, T.L.(1995). Disease-a-Month: Health related quality of life assesment in medical care. 61. (1). Mosby- Yearbook Inc. Pags.5-64.

Mittleman, M.A, Maclure, M, Nachnani, M, Sherwood, J.B, Muller, J.E. (1997). Educational Attainment, Anger and the Risk of Triggering Miocardial Infarction Onset Study Investigators. Archives of Internal Medicine,157: 769-775.

Moser , D.J, Cohen, R.A, Clark, M.M, Aloia, M.S, Tate, B.A, Stefaninik, S, Forman, D.E & Tilkemeier , P.L. (1999)Neuropsychological Functioning Among Cardiac Rehabilitation Patients. Journal Cardiopulmonary Rehabilitation,19.19-97

Ornish, D, Sherwitz, L.W, Billings, J.H, Gould, L.K, Merrit, T.A, Sparler, S, Armstrong, W.T, Ports, T.A, Kirkeeide, R.L, Hogeboom, Ch & Brand, R.J. (1998). Intensive Lifestyle Changes for Reversal of Coronary Heart Disease. Jama. 280. (23): 2001-2007.

Pashkow, F. J., & Dafore, W. A, (1993). Clinical Cardiac Rehabilitation: A Cardilogist's Guide. Baltimore: Williams & Wilkins.

Pineda, C.M, Matiz, H & De Piñeres, O.G. (1994). Enfermedad Coronaria: Manejo Práctico. Escuela Colombiana de Medicina. 14: Pags.9-23.

Robinson , M, Blumenthal, J.A, Burker, E.J & Reves, J.G. (1990). Coronary Artery Bypass Grafting and Cognitive Function: A Review. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation. 10: 180-189.

Rose, M.I. & Robbins, B, (1993). Psychosocial Recovery Issues and Strategies in Cardiac Rehabilitation. En: Pashkow, F.J & Dafore, W.A (Eds.) Clinical Cardiac Rehabilitation: A Cardiologist's Guide. Baltimore: Williamss y Wilkins, Pags. 248-259.

Rozanski, A, Blumenthal, J.A, Kaplan, J.(1999). Impact of Psychological Factors on the Pathogenesis of Cardiovascular Disease and Implications for Therapy. Circulation, 99: 2192-2217.

Sender , R, Valdés, M, Riesco, N & Martin, M.J. (Eds). (1993).El Patrón de Conducta y su Modificación Terapéutica. Barcelona: Martinez Roca..

Simón, M.A (1993). Psicología de la Salud: Aplicaciones Clínicas y Estrategias de Intervención. Madrid: Pirámide.

Simón, M.A. (Ed).(1999). Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. Madrid: Biblioteca Nueva..

Stoyva, J & Anderson, C. (1982). A coping-Rest Model of Relaxation and Stress Management. En: Goldberger, L. & Breznitz, S. (Eds) Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects. New York: Mcmillan, pags. 745-760.

Swenson, J.R & Abbey, S.E. (1993). Management of Depression and Anxiety Disorders in the Cardiac Patient. En: Pashkow, F.J & Dafore, W.A (Eds). Clinical Cardiac Rehabilitation: A Cardiologist's Guide. Baltimore: Williamss y Wilkins, pags. 263-283.

Tabrizi, K, Littman, A, Williams, R.B & Scheidt, S. (1996). Psychofarmacology and Cardiac Disease. Heart and Mind: The practice of Cardiac Psychology. Washington: Allan R y Scheidt. S. (Eds).

Villamizar, A.M (Director Huésped). (1998). Factores de Riesgo Cardiovascular: Evidencia que Soporta su Asociación con la Enfermedad Aterosclerótica, Utilidad de su medición y Respuesta de la Intervención. Clinicas Colombianas de Cardiología. 1 (4): 221-226.

Whiteman, M.C, & Fowkes, G.R. (1997). Hostility and the Heart. British Medical Journal,. 315: 379-380.

Workhealth.(1998). Type A Behavior and Coronary Artery Disease.  
Workhealth.org/risk/rbftypea.

Bogotá, 2000-06-05

Dr Luis Florez:

De la manera mas atenta me dirijo a usted para hacerle la entrega de la monografía titulada: “ Aspectos psicosociales en la rehabilitación del paciente con enfermedad coronaria: Evaluación e Intervención “. Una vez lo haya estudiado, le agradezco me lo comunique para hacer las correcciones necesarias.

Atte:

Martha I Aycardi

Para comunicarse conmigo:

Tel : Casa: 6135828 - 6247331

Consultorio: 2716973 ó 6243211 Ext 2654

Beeper: 6220055 Código ; 28688

Gracias,

Martha Isabel Aycardi F.