

Factores de riesgo psicológico en pacientes con enfermedad cardiovascular

Orellano, Claudia Marcela*

*“La garra de la muerte me tocó el corazón”
J.C. (Un paciente)*

Resumen

Dentro de los programas de prevención en salud, el estrés ha sido considerado como un factor de riesgo cardiovascular, se lo denomina malestar psicológico y ha sido interpretado como un proceso de adaptación patológica. El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de un estudio exploratorio descriptivo que evaluó la presencia de factores de riesgo psicológico definidos como: malestar psicológico representado en síntomas de ansiedad, angustia, depresión y hostilidad en una población de pacientes que presentaron un evento cardiovascular. Las conclusiones indicaron la presencia de malestar psicológico en esta población, que se manifestó en su gran mayoría mediante síntomas de ansiedad y angustia.

Palabras clave: Malestar psicológico - Angustia - Ansiedad- Depresión- Hostilidad

Psychological risk factors in patients with cardio vascular disease

Abstract

Within the health prevention programs, stress has been considered as a cardiovascular risk factor. It is called psychological discomfort and it has been interpreted as a pathological adaptation process. The aim of this study was to evaluate the presence of psychological risk factors defined as psychological discomfort and represented in symptoms such as anxiety anguish, depression and hostility in a population of patients who had a cardiovascular event. The results indicated that the presence of psychological discomfort in this population manifested mostly by symptoms of anxiety and anguish.

Keywords: Psychological discomfort - Anguish - Anxiety- Depression- Hostility.

Introducción

Es profusa la bibliografía que destaca los factores de riesgo cardiovasculares como el colesterol, la hipertensión arterial, el tabaquismo, la dislipemia, el sedentarismo y el estrés, incorporado este último dentro de los factores de riesgo biomédico por su estrecha relación con aspectos fisiológicos del organismo (hipotálamo y sistema nervioso vegetativo). El estrés ha sido destacado en los programas de prevención de la salud y se lo incluye e interpreta dentro de las características e indicadores de diversos trastornos mentales, que adquiere la capacidad de ser un proceso adaptativo o patológico. Su persistencia en el tiempo provoca malestar psicológico, por lo que se lo considera un factor de riesgo psicológico y puede ser expresión de diversos síntomas clínicos (DSM-IV, 2002; Lanús, Avezum, Bautista, Díaz, Luna, Islam et. al., 2007; Laham, 2006; Lazarus & Folkman, 1986; Sandin, 2003; Selye, 1960).

El *malestar psicológico* es de carácter biopsicosocial, y es experimentado por un sujeto cuando las demandas o exigencias de la vida cotidiana exceden sus recursos adaptativos, este proceso estresante es nocivo, presentándose colateralmente síntomas como angustia, ansiedad, depresión y hostilidad.

Según Lazarus & Folkman, (1986) los individuos se autoperceben como sobreadaptados a la

cotidianidad de su vida y responden de modo constante a las situaciones estresantes, es decir de forma estereotipada y rígida fallando los recursos personales adaptativos.

Una aproximación al origen del estrés

La investigación sobre el estrés es de larga data y estuvo inspirada en los modelos provenientes del campo de la física, por lo cual se lo concebía como la relación entre la carga externa aplicada sobre un objeto y la deformación experimentada por el mismo. En el campo médico se comienza a utilizar el término estrés a partir de los desarrollos de Selye (1960), que lo conceptualiza como un síndrome específico que genera cambios inespecíficos en el organismo, se trata de un conjunto de respuestas de carácter fisiológico a partir de la activación del eje hipotálamo-hipofisocorticosuprarrenal, con aumento de corticoides y del eje simpático-médulo-suprarrenal.

Otras teorizaciones diferencian ejes de análisis: 1) las que focalizan en el estímulo, 2) las centradas en la respuesta del organismo y 3) las que lo explican de modo transaccional. Desde este último, Lazarus & Folkman (1986) definieron el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, externas y/o internas,

* Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina. E mail: clauorellano@yahoo.com.ar

que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Otros aspectos asociados a procesos estresantes son los denominados *acontecimientos desencadenantes*, de carácter contingente, resultan relevantes siempre que las personas los registren subjetivamente como significativos (Baró Aylón, 1993; Holmes & Rahe, 1967).

Categorías sintomáticas presentes en el malestar psicológico

Como consecuencia del malestar psicológico aparecen frecuentemente distintos síntomas, como *angustia, ansiedad, depresión y hostilidad*. Se seguirá a Sierra, Ortega & Zubeidat en la distinción entre angustia y ansiedad.

La angustia se presenta como una amenaza a la integridad del individuo, del yo, de sus valores, de su integridad física y psicológica. Según Sierra, Ortega & Zubeidat, (2003, p.34) se destacan síntomas físicos de paralización, de constricción y opresión, es entendida según como “sentimiento vital de índole penosa y carácter indefinido y donde el individuo se siente impotente y entregado a algo desconocido”

La ansiedad es una reacción emocional manifestada sobre todo a nivel cognitivo, se expresa en sensaciones de nerviosismo, ahogo y miedo.

Cuando un individuo siente o afirma tener ansiedad, intervienen en dicho proceso distintas variables, por lo que ninguna de ellas debe ser despreciada para el estudio del mismo; se trata de variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta). (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003, p.26).

La depresión es un trastorno del estado de ánimo donde prevalecen los sentimientos de desesperanza, tristeza patológica, desinterés y falta de energía, “la depresión es una tristeza patológica que está presente en prácticamente todas las personas y que comúnmente se encuentra unida al sentimiento o estado de soledad en que se hallan”. (González Escobar & Valdez Medina, 2005, p.261).

La hostilidad se caracteriza por un estado afectivo predominante de enojo e irritación incluyendo comportamientos explosivos. En relación a estos planteos Iacovella & Troglia sostienen que:

La hostilidad es el resultado de las influencias que puede haber recibido un sujeto por parte de su medio ambiente a lo largo de su vida, ya que el factor genético si actúa, lo hace de modo muy reducido. Los sujetos que presentan hostilidad se caracterizan por esperar lo peor de los demás, estar siempre a la

defensiva, crear ambientes de tensión y competitividad y percibir al entorno como un espacio de lucha para lograr objetivos. (Iacovella & Troglia, 2003, p. 54).

Factores psicológicos y enfermedad cardiovascular

En un estudio pionero sobre la incidencia de factores de riesgo, los cardiólogos Friedman y Rosenman, postularon en 1959, la existencia de un patrón de comportamiento asociado con los trastornos cardiovasculares, el Patrón de Conducta Tipo A. Este patrón caracteriza a aquellas personas que presentan una respuesta autonómica al estrés por la activación del Sistema Simpático Adrenal, por lo que serían más propensas a padecer enfermedades cardiovasculares (Laham, 2006). El patrón de conducta tipo A presenta: hostilidad, impaciencia, competitividad, alta necesidad de control e indefensión (Eagleston, Chesney & Rosenman, 1988).

La hostilidad ha sido asociada a eventos cardíacos, según Dembroski & Siegman, (1987) las personas hostiles son más propensas a desarrollar enfermedades cardíacas y las situaciones de ira precipitan eventos agudos.

La personalidad tipo D como factor de riesgo psicológico, ha sido definida por Denollet (1991) a partir de una afectividad negativa: irritación, tensión, posición pesimista ante la vida, oposicionismo y de la inhibición social: apartarse de los demás por no poder expresar las emociones, no posibilita el acceso a redes vinculares y sociales de apoyo. Estudios acerca de estrés negativo se relacionan a emociones displacenteras como ansiedad, depresión y hostilidad (citado por Laham, 2006).

Desde el campo de la psicopatología se analizan inervaciones erróneas crónicas del sistema neurovegetativo (que preparan a la lucha o a la fuga en situaciones conflictivas). Desde esta perspectiva, las situaciones que llevan a la enfermedad están relacionadas con la significación afectiva del individuo por la relación problemática no resuelta, dado que la tensión crónica puede provocar trastornos funcionales crónicos, generando como consecuencia la lesión orgánica (Alexander, 1952; Dumber, 1943; Freud, 1916/1991; Menninger & Menninger, 1936).

También en las categorías diagnósticas de DSM-IV (APA, 2002) se interpreta la relación entre los trastornos de ansiedad y trastornos de angustia que muestran que en los centros de asistencia general, estos expresan una prevalencia del 60% en patología cardíaca, otro tanto, los trastornos depresivos en infarto de miocardio reciente.

El estudio Interheart para Latinoamérica (Lanas et al., 2007) incluye la importancia de los factores de riesgo psicológico y los destaca como indicador de compromiso. El riesgo de presentar eventos coronarios, según muestra el estudio, aumenta entre dos y cuatro veces si se fuma o si se es diabético, hipertenso o dislipémico; si la persona fuma y es diabético o hipertenso, el riesgo aumenta trece veces; si además

tiene niveles lipídicos incorrectos, el riesgo aumenta cuarenta y dos veces; si el individuo es obeso, aumenta sesenta y cinco veces; si tiene factores psicológicos, ciento ochenta y cinco veces; si el paciente tiene todos los factores de riesgo, tiene trescientas tres veces más riesgo de tener un evento coronario. A nivel poblacional este estudio mostró la asociación entre factores de riesgo psicosocial y riesgo de infarto agudo de miocardio en 11.119 casos de 52 países, interrogando aspectos referidos al estrés, depresión, trabajo en el hogar y principales episodios de vida en el último año (sucesos vitales previos).

Si bien no se describe en el presente trabajo, son de destacar problemas en relación a la adherencia al tratamiento integral, los factores socio-sanitarios, las diferencias de género, condiciones familiares y de acompañamiento de cuidadores que se presentan en las personas afectadas por cuadros cardíacos.

También desde la perspectiva de estudios de género Urquijo, Giles, Richard's & Pianzola, publicaron en 2003 un análisis de las características psicológicas que presentaban mujeres internadas en Unidad Coronaria encontrando altos índices de depresión y ansiedad, escaso apoyo social y alexitimia entre otros.

Método

El presente trabajo exploratorio-descriptivo se plantea como objetivo principal evaluar y describir factores de riesgo psicológicos: malestar psicológico, síntomas de angustia, ansiedad, depresión y hostilidad en los pacientes con enfermedades cardiovasculares del programa de Unidad de Prevención Cardiovascular del Servicio de Cardiología del Hospital Interzonal General Dr. Alende de Mar del Plata. De manera complementaria, se establece como objetivo secundario evaluar acontecimientos desencadenantes previos a la aparición de la enfermedad cardiovascular.

Participantes

Se evaluaron clínicamente 35 pacientes de sexo masculino con enfermedad cardiovascular con un promedio de edad de 54 años ± 7 , que realizaron

tratamiento en el programa de prevención secundaria del Servicio de Cardiología del Hospital Interzonal General Dr. Alende de la ciudad de Mar del Plata, durante el periodo marzo-octubre del año 2012. Se incluyeron para el estudio pacientes que se encontraban compensados y en tratamiento interdisciplinario por consultorio externo.

Instrumentos y Procedimiento

Se realizaron tres entrevistas diagnósticas y se estableció criterio para tratamiento psicoterapéutico. Los pacientes manifestaron su consentimiento y se acordó compromiso de confidencialidad.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica hospitalaria y de la planilla de evaluación psicológica que valora antecedentes familiares biomédicos, antecedentes psiquiátricos, tabaquismo, alcoholismo, adicciones, violencia familiar, antecedentes de la internación en Unidad Coronaria, motivo de consulta psicológica, estado actual, acontecimientos vitales previos al diagnóstico, malestar psicológico y síntomas clínicos. De la información recabada se extrajo para el análisis los indicadores de malestar psicológico, de acontecimientos vitales desencadenantes previos y se consignó el ámbito en que se producían estos últimos, familiar y laboral, estimándose la distribución de los síntomas para cada uno de ellos. Se agruparon cuatro categorías sintomáticas: Angustia, ansiedad, depresión y hostilidad.

Resultados

Se aprecia la prevalencia de malestar psicológico en un 89% de la población masculina estudiada. Los síntomas de angustia se presentaron en un 34% de los pacientes, de ansiedad en un 29%, los de depresión en un 17% y de hostilidad en un 11%; mientras que en un 9% de los sujetos no se registraron síntomas.

El 74% del total de los sujetos refirieron acontecimientos desencadenantes previos, un 43% se presentaron en el ámbito familiar y 31% en el ámbito laboral. Dentro del ámbito familiar fueron relevantes los síntomas de depresión y ansiedad (33%), de angustia (27%) y hostilidad en menor porcentaje (7%) En el ámbito laboral se destacó la angustia 45%, seguido por

Tabla 1. Categorías de síntomas en pacientes con enfermedad cardiovascular.

Síntomas	ansiedad	angustia	depresión
hostilidad	29%	34%	17%
11%			
Síntomas atribuidos a acontecimientos vitales previos en el ámbito familiar	33%	27%	33%
7%			
Síntomas atribuidos a acontecimientos vitales previos en el ámbito laboral	22%	45%	22%
11%			

ansiedad y hostilidad 22%, y depresión 11% (Ver Tabla 1).

Los resultados indican la prevalencia de malestar psicológico en la población analizada, expresándose en síntomas de ansiedad y angustia en un elevado porcentaje, como así también la presencia de acontecimientos vitales desencadenantes previos en la mayoría de los pacientes con enfermedad cardiovascular. En el ámbito familiar se destacan la pérdida de seres queridos, separaciones de pareja y enfermedades de familiares; mientras que en ámbito laboral la pérdida del empleo en conjunto con las responsabilidades y exigencias del mismo, transformaron de modo negativo el proyecto personal. Estas personas afirman que el sentido de su vida les fue adjudicado por la identidad laboral, es decir, el trabajo como posibilidad de inserción de la vida misma como determinante de esta y no como un aspecto más. Así también, refieren que comenzaron a trabajar en épocas tempranas de su vida (prepubertad, adolescencia) heredando la identidad laboral de sus figuras parentales significativas o como ausencia de ellas (desamparo).

Estos resultados si bien no pueden expresarse como representativos dado el escaso número de pacientes evaluados, son convergentes con la bibliografía dedicada al análisis de la incidencia de aspectos emocionales en el infarto de miocardio, como así también la asociación de factores de la personalidad con enfermedades cardiovasculares severas.

Conclusión

Se puede concluir que el análisis de sucesos

vitales previos al desencadenamiento de la enfermedad cardiovascular, ha sido de utilidad para reflexionar y discutir la relación entre síntomas y eventos vitales significativos en los pacientes que concurren a consulta con diagnóstico de trastornos de ansiedad y angustia, donde muchas veces la derivación queda acotada a una práctica de atención psiquiátrica.

Simultáneamente el trabajo en equipos interdisciplinarios ha permitido virar hacia una visión de conjunto que pone en jaque el tipo de atención unilateral que brindan muchas veces los sistemas de atención para la salud. En ese sentido, los trabajos desarrollados en el Instituto de Psicocardiología, en conjunto con el Instituto Lanari, el hospital Italiano, Sanatorio Güemes y la Universidad de Buenos Aires, producen investigaciones, encuentros y jornadas de discusión para el abordaje de pacientes cardiovasculares.

Es de destacar el interés que despierta la temática acerca de la prevención de los factores de riesgo psicosocial en espacios y congresos de cardiología, donde desde el año 2005 se trabaja en la elaboración de guías y consensos de prevención destacando factores subjetivo-sociales en relación a los genéticos, como determinantes patológicos de la enfermedad cardiovascular.

En la práctica clínica diaria se ha podido observar que pacientes que consultaron previamente en guardia hospitalaria por cuadros de ansiedad, crisis de angustia y estados depresivos registraron síntomas somáticos similares al síndrome coronario agudo, que con el tiempo requirieron internación diagnosticados por esta última patología.

Finalmente, se torna esencial la difusión de estos aspectos dentro de los denominados factores de riesgo, ya que aportan al diagnóstico diferencial y

Referencias

- Alexander, F. (1970). *La medicina psicosomática*. Paris: Editorial Payot.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson. (4ta Ed).
- Baró Aylón, J. (1993). *Análisis de situaciones psicológicas desencadenantes en pacientes afectados de infarto de miocardio*. Universidad de Lleida. Recuperado de <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcw9547>.
- Dembroski, T; Siegman, A. (Eds.) (1987). *In search of coronary prone. Beyond type A*. Maryland: Siegman.
- Dumbar, H. (1943). *Psychosomatic Diagnosis*. New York: Hoeber.
- Eagleston, J; Chesney, M; Rosenman, R. (1988). Factores psicosociales de riesgo en las enfermedades coronarias: El patrón de comportamiento tipo A como ejemplo. *Revista latinoamericana de psicología*, 20(001), 81-89.
- Freud, S. (1916/1991). *Series complementarias. Lecciones introductorias al psicoanálisis*. Obras completas. Vol. XVI. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- González Escobar, S.; Valdez Medina, J. (2005). Significado psicológico de la depresión en médicos y psicólogos. *Psicología y salud*, 15(2), 257-262.
- Holmes, T.H. y Rahe, R. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218
- Iacovella, J. & Troglia, M. (2003). La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares. *Psico-USF*, 8(1), 53-61.
- Laham, M. (2006). *Escuchar al corazón*. Buenos Aires: Ed. Lumiere.
- Lanas, F.; Avezum, A.; Bautista L.; Díaz, R.; Luna, M.; Islam S. & Yusuf, S. (2007). Risk factors for acute myocardial infarction in Latin America: the Interheart Latin American study. Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera. Chile. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17339564>.

- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Menninger, K; Menninger, W. (1936). Psychoanalytic observations in cardiac disorders. *American Heart Journal*, 11, 10-21.
- Sandín, B (2003). El estrés. Un análisis basado en el papel de los actores sociales. *Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 141-147.
- Selye, H (1960). *La tensión en la vida*. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora.
- Sierra, J; Ortega, V; Zubeidat, (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Mal-estar e subjetividades*, 3, 10-59.
- Urquijo, S.; Giles, M.; Richard`s, M.; Pianzola, E. (2003). Variables psicológicas asociadas a las patologías isquémico-cardiovasculares. Un estudio de género. *Revista argentina de Cardiología*, 31, 190-198.

Fecha de recepción: 22-11-13

Fecha de aceptación: 29-09-14