

ACTUALIZACIONES

AVANCES EN PSICOLOGIA CARDIACA

<https://doi.org/10.35954/SM2002.24.1.6>

Eq.May.(Ps) Mabel Lusiardo

*Jefe del Servicio de Psicología de la Rehabilitación
Departamento de Psicología del H.C.F.F.AA.*

INTRODUCCION

La Psicología Cardíaca constituye la rama de la Psicología de la Salud (American Psychological Association – APA - División 38) que identifica los factores de riesgo psicosociales en el desarrollo y perpetuación de la enfermedad cardiovascular y su secuela psicológica.

“Los Psicólogos están produciendo una clara evidencia científica que los factores psicosociales contribuyen a la enfermedad cardiovascular y están trabajando con intervenciones que puedan ayudar a los pacientes a vivir más saludablemente”.

“A pesar de que todavía existe cierto debate, hay un creciente reconocimiento en la comunidad médica acerca de la importancia de los factores psicosociales en la enfermedad cardiovascular”, dice James A. Blumenthal, Ph.D, Profesor de Psicología Médica – de Duke University Medical Center, Durham, NC.

Actualmente Blumenthal y otros Psicólogos están utilizando la ciencia para diseñar intervenciones que ayuden a salvar vidas. Están produciendo una clara evidencia de que los factores psicosociales, como la hostilidad, cinismo, rabia, depresión, estrés, aislamiento social, etc. contribuyen a la enfermedad cardiovascular. Están demostrando que estos factores influyen en el desarrollo de la enfermedad tanto directa como indirectamente, mediante mecanismos patofisiológicos y hábitos malsanos, tales como el tabaquismo, dietas grasas y ejercicio insuficiente.

VINCULO ENTRE: FACTORES PSICOSOCIALES Y ENFERMEDAD CARDIACA

Las especulaciones entre la relación de factores psicosociales y enfermedad coronaria, son tan antiguas como la Medicina misma.

En 1628, William Harvey, describió por primera vez el sistema circulatorio y observó cómo las emociones afectaban el corazón.

En 1897, William Osler, frecuentemente llamado el Padre de la Medicina Interna, describió al paciente típico con enfermedad cardíaca *“como una persona competitiva y ambiciosa, indicadores de cuya máquina está siempre acelerada de antemano”.*

En los años 50, los Cardiólogos Meyer Friedman, y Ray Rosenman, empezaron a trabajar conectando los rasgos de la Personalidad Tipo A – hostilidad flotante, impaciencia, competitividad e inseguridad -, con la enfermedad cardíaca.

Independiente de esta larga historia, todavía la controversia persiste en ámbitos médicos. En años recientes, la emoción de la ira en particular, atrajo un gran interés de los investigadores. En un estudio prospectivo publicado en “Circulation” (Vol.101, No.17) el año pasado, se utilizó un Cuestionario para evaluar la “ira- rasgo” - una propensión a frecuentes, intensos y duraderos estados de furia.

Numerosos estudios han demostrado una asociación positiva entre la ira y los ataques cardíacos o muerte súbita (Janice E. Williams, Ph.D – Universidad de North Carolina en Chapel Hill).

Luego de un período de seguimiento de 4 años y medio, Williams y sus colegas verificaron si los participantes habían sufrido un ataque cardíaco u otros problemas cardiovasculares. Los resultados fueron sorprendentes. Entre las personas con presión arterial normal, aquellos con elevados scores en la Escala de ira tuvieron una probabilidad 3 veces mayor de sufrir ataques cardíacos o muerte cardíaca súbita, comparados con aquellos con puntajes bajos.

“Este y otros estudios han demostrado la asociación positiva entre la ira y los ataques cardíacos o muerte cardíaca súbita. La implicación es que los individuos proclives a la ira pueden beneficiarse de un entrenamiento de manejo de la misma”, dice Williams.

Otros Psicólogos también se han vuelto permanentes en el campo cardíaco, compartiendo su experiencia de los factores psicosociales. Karen A. Matthews, Ph.D, Profesora en la Universidad de Pittsburg y sus colegas, examinaron el rol que la hostilidad, - definida como un rasgo de personalidad caracterizada por el cinismo, desconfianza, rabia y agresión -, juega en la predisposición de la gente joven para la enfermedad cardiovascular.

“Nuestro estudio nos permite predecir tempranamente a los individuos que tienen mayor riesgo a lo largo de su vida. Desde un punto de vista preventivo, esto es muy útil, ya que identificar tempranamente a las personas, permite diseñar intervenciones preventivas para retrasar el desarrollo futuro de enfermedades coronarias”, plantea Matthews.

Los Psicólogos también están estudiando las formas en que los factores psicosociales pueden exacerbar los problemas en las personas que ya padecen enfermedad cardíaca. Tanto el estrés mental crónico y agudo, puede afectar negativamente a los pacientes con enfermedad cardíaca. Por eso el manejo del estrés, es un componente adicional apropiado en los Programas de Rehabilitación para estos pacientes.

Los investigadores encontraron que los factores psicosociales también influyen en la recuperación de ataques cardíacos y en otros problemas cardiovasculares. Los pacientes deprimidos tienen una probabilidad 3 veces mayor de morir durante el año siguiente de su ataque cardíaco, que aquellos no deprimidos, independiente de la severidad de su ataque cardíaco inicial.

Este estudio de Nancy Frasure-Smith, Ph.D, Profesora de McGill University School of Medicine at the Montreal Heart Institute, publicado en Psychosomatic Medicine en 1999 (Vol. 61, No.26), también identificó sorprendentes diferencias en el género. El 50 % de las mujeres presentaron una depresión postinfarto comparadas con el 25% de los hombres (probabilidad dos veces mayor), a pesar de que la frecuencia de muerte es la misma en ambos sexos.

El apoyo social puede influir en qué pacientes deprimidos morirán. Frasure-Smith encontró en un estudio publicado en Circulation (Vol.101, No.16) el año pasado, que el impacto de la depresión en la sobrevivencia era mediatizado por el apoyo social percibido por el paciente. Pacientes deprimidos que percibían no recibir un apoyo social adecuado, tenían los índices más elevados de mortandad. En contraste, pacientes deprimidos que informaban recibir apoyo social satisfactorio, tenían la misma frecuencia de muerte que los no deprimidos.

INTERVENCION PARA LA SALUD DE LOS PACIENTES

Ahora que los investigadores tienen información relevante sobre la relación causal entre los factores psicosociales y la enfermedad cardiovascular, el próximo paso será evaluar si las intervenciones diseñadas para influir en dichos factores pueden prevenir o mejorar el pronóstico de la enfermedad cardiaca.

Los investigadores han venido trabajando en esta área durante años y han desarrollado importante evidencia de que tales intervenciones no solamente aumentan la calidad de vida de los pacientes, sino que también mejoran dramáticamente su salud física.

- ⇒ En el “Recurrent Coronary Prevention Project”, los pacientes reciben asistencia médica de rutina, sesiones grupales de asesoramiento sobre factores de riesgo cardíaco, y/ o psicoterapia grupal diseñada para modificar el Comportamiento Tipo A.
- ⇒ En el “Lifestyle Heart Trial”, los pacientes concurren a un Programa riguroso de modificación del Estilo de vida, que incluye terapia de grupo, meditación, yoga, así como ejercicios y una dieta baja en grasas.
- ⇒ En el “Project New Life”, los pacientes reciben asistencia médica de rutina, terapia de grupo cognitivo-conductual. Los pacientes comienzan con terapia individual y luego progresan hacia la terapia grupal.
- ⇒ En los últimos 15 años, Robert Allan, Ph.D., Profesor en el Weill Medical College of Cornell University in New York City, ha estado ofreciendo educación, información, terapia individual y grupal a pacientes cardíacos. Un mensaje importante que les da es:

“ SI TIENEN UNA HISTORIA FAMILIAR MALA,
VIVAN DIFERENTE QUE SU FAMILIA”.

Mientras algunos pacientes necesitan ayuda para reducir su riesgo de problemas cardíacos futuros, otros necesitan psicoterapia individual y/o grupal.

Enojarse es el NO. La ira puede desencadenar un ataque cardíaco y muerte súbita. Allan les enseña a sus pacientes una estrategia para manejarla protegídamente: aprenden a controlar sus explosiones de ira y luego a reencuadrar la situación. Tienen que identificar la situación que los enoja, y en lugar de verse como víctimas de injusticia, tendrán que considerar la situación de una forma menos personal. También les enseña técnicas de relajación.

La función de los Psicólogos Rehabilitadores es potencialmente muy importante en los resultados médicos. Pero, no solamente los pacientes necesitan intervención, sino que también los médicos, nurses, enfermeras, etc. que trabajan con estos pacientes. Estos necesitan reemplazar cada vez más, su énfasis habitual en la recuperación para centrarse más en las habilidades de afrontamiento (“coping skills”), y, aprender a satisfacer las necesidades psicosociales de sus pacientes.

COLABORACION CON LOS CARDIOLOGOS

Uno de los más entusiastas partidarios de la Psicología Cardíaca es Jeffrey Fisher, MD, Profesor del Weill Medical College, y colega de Allan. El Dr. Fisher plantea que muchos cardiólogos ignoran el rol que juegan las emociones en la enfermedad y su recuperación. Muchos pacientes así como Médicos, son presos del estigma social todavía asociado con la búsqueda de tratamiento psicológico, por lo que aquellos no reciben el mejor tratamiento que necesitan.

En lugar de tratar la enfermedad cardiovascular desde una perspectiva estrictamente médica, Fisher afirma que los cardiólogos deben trabajar con los psicólogos para abarcar tanto los aspectos físicos como psicológicos propios de la enfermedad.

“Los Psicólogos deberían estar involucrados en todos los aspectos de la medicina, ya sea ayudando a las personas a lidiar con su estrés o ayudándolas a adherirse a tratamientos médicos. Necesitamos darnos cuenta que la mente es una gran e importante parte de nuestro bienestar ”, dice Fisher.

Para los psicólogos, la mejor forma de empezar es trabajar junto a los cardiólogos y manejar el lenguaje técnico. Integrarse en el equipo de salud visitando en las rondas habituales a los pacientes cardíacos internados. Esta es la forma de *“colocar el pie en la puerta”*.

Los psicólogos y cardiólogos, no son los únicos que se benefician de este trabajo conjunto. En realidad, los pacientes son los últimos beneficiarios de la colaboración entre la Psicología y la Cardiología, dado el costo/ beneficio de tales intervenciones.

Cada médico sabe instintivamente de la enorme influencia que la psique tiene en el bienestar y funcionamiento humano. La oportunidad de colaboración entre la Cardiología y la Psicología en el trabajo habitual hospitalario, deberá aprovecharse para mejorar la habilidad de los profesionales de la salud para sanar y mejorar la calidad de vida de los pacientes cardíacos.

BIBLIOGRAFIA:

ALLAN R, SHEIDT S. Heart and Mind. The practice of Cardiac Psychology. American Psychological Association; 1996 – USA.

BLUMENTHAL JA. Cardiology journal. Circulation; 1999; Vol. 99; Nº 16.

BLUMENTHAL JA, JIANG W, BABYAK NA, KRANTZ DS, FRID DJ, COLEMAN R E, WANGH R, HANSON M, APPELBAUM M, O`CONNOR C, MORRIS JJ. Stress management and exercise training in cardiac patients with myocardial ischemia. Arch Int Med 1997; 157: 2213 – 2223.

CLAY R. Monitor on psychology. 2001; 32: 42-49

JONES DA, WEST RR. Psychological rehabilitation after myocardial infarction: multicentre randomised controlled trial. BMJ 1996; 313: 1517 – 21.

KUBSANSKI LD, KAWACHI I, WEISS S T, SPANOW D. Anxiety and coronary heart disease: a synthesis of epidemiological, psychological and experimental evidence. Ann Behav Med 1998; 20: 47-58.

LINDEN W, STOSSEL C, MAURICE J. Psychosocial interventions in patients with coronary artery disease: a meta – analysis. Arch Intern Med 1996;156:745–52

ROZANSKI A, BLUMENTHAL JA, KAPLAN J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. Circulation 1999; 99: 2192 – 2217.

SCHLESINGER, Z. An interdisciplinary approach to cardiac rehabilitation, Heart Lung, 12: 336. 1983

WASSERFUL, SMOLLER S, APPLGATE WB, BARGE K, CHANG CJ, DAVIS BR, GRIMM R JR et al. Change in depression as a precursor of cardiovascular events. Arch Intern Med 1996; 156: 553 – 61.

☆☆☆