

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**VARIABLES PSICOSOCIALES  
INTERVINIENTES EN ENFERMEDADES CARDIACAS**

**Autor: Ricardo Daniel Groisman**

**Tutora: Lic. María Mucci**

**7 de Agosto de 2007**

## INDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Objetivos generales.....</b>	<b>5</b>
<b>1.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>5</b>
<b>2. DESARROLLO.....</b>	<b>6</b>
<b>2.1 Metodología.....</b>	<b>6</b>
<b>2.2 Marco Teórico.....</b>	<b>6</b>
2.2.1. Salud, Psicología de la salud y Psicocardiología.....	6
2.2.2. Enfermedad coronaria, factores y conductas de riesgo.....	8
2.2.2.1. <i>Enfermedad Coronaria</i> .....	8
2.2.2.2. <i>Factores de Riesgo</i> .....	9
2.2.2.3. <i>Conductas de Riesgo</i> .....	10
2.2.3. Factores psicosociales de riesgo.....	11
2.2.3.1. <i>Patrón de conducta tipo A</i> .....	12
2.2.3.2. <i>Las emociones de ira y hostilidad</i> .....	12
2.2.3.3. <i>Alexitimia</i> .....	13
2.2.3.4. <i>Depresión</i> .....	14
2.2.3.5. <i>Negación</i> :.....	14
2.2.3.6. <i>Sobreadaptación</i> ,.....	15
2.2.3.7. <i>Ansiedad</i> .....	15
2.2.3.8. <i>Redes de apoyo social</i> .....	16
2.2.3.9 <i>Estrés laboral y Desempleo</i> .....	16
2.2.4. Estrés, afrontamiento y vulnerabilidad.....	17
2.2.4.1. <i>Estilos de afrontamiento</i> .....	18
2.2.4.2. <i>Vulnerabilidad</i> .....	18
2.2.5. Depresión y riesgo coronario.....	21
2.2.6. Intervención psicoterapéutica.....	22
2.2.6.1. <i>Intervención grupal</i> .....	26
<b>2.3. Análisis de datos.....</b>	<b>28</b>
2.3.1 Descripción del caso clínico:.....	28
<b>3. CONCLUSIONES.....</b>	<b>37</b>
<b>3.1. Del caso clínico.....</b>	<b>37</b>
<b>3.2 De la magnitud del problema de las enfermedades cardíacas.....</b>	<b>39</b>
<b>3.3 De los programas de prevención de enfermedades cardíacas. Necesidad de la Interdisciplina.....</b>	<b>39</b>
<b>3.4 De la realización del presente trabajo:.....</b>	<b>45</b>
<b>4. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>46</b>

## Variables picosociales intervinientes en enfermedades cardíacas

### 1. Introducción y Planteamiento del Problema

El presente TFI constituye la aplicación de los contenidos de materias de la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo, articulados con la experiencia llevada a cabo en una institución de terapia psicodinámica, como cumplimiento de la Práctica V y su Residencia.

La práctica fue de 320 horas. Durante la misma, se asistió a ateneos y reuniones de supervisión de casos de pacientes en red atendidos en los consultorios, . Además se concurrió al Servicio de Psicocardiología de un Hospital público, de la Provincia de Buenos Aires, donde se presenciaron entrevistas de admisión y reuniones de supervisión de terapeutas.

Numerosas investigaciones señalan que, en la actualidad, la cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte en los países industrializados, ubicándose por delante del cáncer. Aun en los pacientes que sobreviven a un evento cardíaco, en muchos casos se produce deterioro físico y psicológico (Laham, 2006).

Existen varios *factores de riesgo* en las enfermedades cardíacas que pueden indicar una mayor propensión a sufrir un evento coronario. Junto con ellos, suele haber *factores desencadenantes* dados por situaciones estresantes: conflictos familiares, dificultades económicas o laborales y duelos. En términos estadísticos, en nuestro país, aproximadamente el 70% de los pacientes que padecieron un infarto de miocardio atravesaron una situación psicoemocional importante previa al evento coronario, tales como muerte de un ser querido, pérdida de trabajo o significativo deterioro económico. Dichas cifras revelarían que habría una relación entre situaciones de *pérdidas personales* y accidentes coronarios (Lerman, 2005).

En tal sentido, Seligman (1986) destaca la importancia de la atribución de indefensión que el sujeto se hace, equivalente al sentimiento de desesperanza, como una peculiar condición insalubre. Según Zukerfeld (1999), la baja tolerancia al desamparo o a pérdidas significativas sería causal de *vulnerabilidad* somática y de enfermedad cardíaca.

La *relación entre factores emocionales y enfermedad cardíaca* ha sido tratada por Bermúdez y Sánchez (1990), quienes destacan las características de competitividad, impaciencia y hostilidad que caracterizan al paciente cardíaco. Posteriormente, Fernández Abascal y cols.

(2001), subrayan la presencia de indicadores del denominado patrón de conducta tipo A, frecuente en los enfermos cardíacos.

*La Psicocardiología* detecta e interviene sobre los factores causantes de cardiopatías y sus secuelas psicológicas. Reúne varias disciplinas, en especial la cardiología y la psicología, trabajando conjuntamente en la prevención primaria y la rehabilitación de las enfermedades cardiovasculares. Tanto sus causas como la rehabilitación dependen, entre otros factores, de variables psicosociales, entre las que se incluyen las relaciones familiares y de pareja, laborales y recreativas (Laham, 2006).

En los Estados Unidos se observa un incremento continuo y alarmante de la enfermedad isquémica vascular: la mayoría de los sujetos que la padecen, aun aquellos con severa aterosclerosis, desconocen su existencia porque se desarrolla de manera asintomática o subclínica. La primera manifestación de la enfermedad, en la mitad de esta población, suele ser el infarto de miocardio, a menudo fatal. Uno de cada cinco decesos en la población adulta, en ese país, es por enfermedad arterial coronaria (EAC). Se estima que en el año 2006 padecieron 875.000 personas su primer ataque cardíaco y otras 500.000 tuvieron un ataque recurrente (Villariño & cols, 2006).

También nuestro país exhibe una cifra alarmante en términos de mortalidad cardiovascular por cada cien mil ciudadanos: 249.5 fallecen por esta causa, 147.5 por causas oncológicas y 51.5 por causas violentas, que abarcan desde accidentes hasta homicidios. Sobre un total de 294.000 defunciones ocurridas durante el año 2003, el 23% era de origen cardiovascular, el 17% tumorales, el 8% cerebrovascular. El factor de riesgo más común encontrado, tanto en general, como en individuos aparentemente sanos, fue el sedentarismo. El 90% de los sujetos no practicaba actividad física, y cerca del 60% presentaba valores inaceptables de hipercolesterolemia (Villariño & cols, 2006).

Esta situación se ve ratificada por un estudio sobre 590 personas que habían sufrido una afección cardiovascular, realizado en el GIRE (Grupo de trabajo e investigación en prevención y rehabilitación cardiovascular), que cuenta con el respaldo de la Federación Argentina de Cardiología y la Sociedad Argentina de Cardiología. Los estudios mostraron que de todos los pacientes que necesitarían ingresar a un plan físico de rehabilitación, sólo lo hacía del 5 al 8%, y un 43% de ellos abandona a los seis meses (Villariño & cols, 2006).

Similares parámetros se dan en Chile, donde se verifica que el 55% de la población presenta varios factores de riesgo simultáneamente, tales como: hipertensión (34%), sobrepeso (38%),

sedentarismo (90%), estimándose que la enfermedad cardiovascular aumentará hasta ser la responsable del 38% de las muertes en el año 2020, a menos que se ataque intensivamente de otra manera el problema (Zaldívar, 2007).

Referido al caso de estudio, desde la descripción del material clínico de un paciente, con diagnóstico de infarto agudo de miocardio, se intenta identificar en su historial variables psicosociales que hubieran actuado como factores de riesgo de la enfermedad e incidir en su rehabilitación. Se integra material aportado por la terapeuta tratante y los aspectos trabajados en la supervisión del caso. Se enuncian algunas hipótesis y reflexiones al incluir el Modelo Integrativo Multidimensional de Corsi (2005), dada la complejidad de la multicausalidad en el enfermo cardíaco que posibilita integrar los aportes de los marcos teóricos referenciales: psicodinámico, conductual, cognitivo e interaccional, desde una perspectiva multidimensional.

El objetivo del TFI surge a partir de considerar que la inclusión de un papel activo del psicólogo en programas de prevención primaria y secundaria, orientado a propiciar cambios de hábitos y estilo de vida, y fortalecer la adherencia al tratamiento, constituiría un factor protector salugénico de un amplio sector de la población.

### **1.1 Objetivos generales**

Describir las variables biopsicosociales de riesgo coronario en el seguimiento de caso único de un paciente del Servicio de Psicocardiología derivado por depresión desde el Servicio de Cardiología de un hospital público, con diagnóstico médico de infarto agudo de miocardio (IAM).

### **1-2 Objetivos específicos**

- 1) Evaluar la presencia de algunos factores y mecanismos psicológicos de riesgo coronario:
  - a) Depresión
  - b) Alexitimia
  - c) Hostilidad e Ira
  - d) Ansiedad
  - e) Sobreadaptación
  - f) Negación

2) Describir algunas condiciones sociales predisponentes:

- a) Pérdida laboral
- b) Pérdidas económicas
- c) Ausencia de soportes afectivos
- d) Estrategias desadaptativas de valoración y afrontamiento al estrés

## **2. DESARROLLO**

### ***2.1. Metodología***

El presente Trabajo de Integración Final tendrá una modalidad descriptiva.

*Tipo de estudio:* Modelo de caso único.

*Participante:* Caso clínico de un paciente de sexo masculino, de 58 años de edad.

*Instrumentos:* Historia clínica, entrevista psicológica de admisión, reuniones de supervisión del terapeuta tratante.

*Procedimiento:* Se evaluará la presencia de factores psicosociales como posibles concausales de la enfermedad coronaria y su posible incidencia para su rehabilitación.

Dado que el tratamiento se desarrolló siguiendo la técnica psicoanalítica, las sesiones se realizaron en un encuadre del cual participaron exclusivamente el paciente y la terapeuta, a efectos de favorecer la transferencia, principal instrumento de la mencionada técnica. Por lo tanto, el material de la Historia Clínica que se transcribe es eminentemente descriptivo.

### ***2.2. Marco Teórico***

#### **2.2.1. Salud, Psicología de la salud y Psicocardiología**

La Oficina Regional Europea de la OMS (1988) define **salud** como "la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente". Según esta definición, la salud es un medio para lograr las mejores capacidades funcionales y potenciales del individuo. La salud es, pues, un proceso dinámico, no una situación estática. Integra además un aspecto social, que se relaciona con los contextos ecosistémicos del individuo; entorno que no puede quedar al margen cuando se habla de la salud. Según Saforcada (1999), los problemas de salud, tanto en su origen como en su

evolución, están asociados al modo y condiciones de vida y trabajo, y en general, al denominado *estilo de vida individual*.

Por largo tiempo la salud se abordó desde un modelo *patogenético*, centrado en el individuo y su estado físico, sin considerar los aspectos psicosociales que concurren sobre ella. Esta posición se modifica a lo largo del siglo XX al vislumbrarse, desde la Organización Mundial de la Salud, en 1948, la concepción de salud como estado positivo (Mucci & Benaim, 2005).

Desde esa perspectiva, la OMS (1995), sostiene que “la salud es un *estado completo* de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. La posesión del mejor estado de salud del que se es capaz de conseguir constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera que sea su raza, religión, ideología política y condición económico-social”.

En la actualidad se acuerda que el nivel de salud supone cierto *equilibrio* entre el organismo biológico, el conjunto de factores psicológicos en interacción con factores medio ambientales; estilos, calidad y condiciones de vida; sistema de salud, a su vez transversalizados por factores socio-económico-político-culturales, sistemas de creencias y costumbres. En este sentido, la tendencia sanitaria actual se centra más en prevenir enfermedades, promover hábitos y estilos de vida saludables y educar para la salud (Mucci & Benaim, 2005).

Para Etchegoyen (2006), la idea de que la mente o psiquis y el cuerpo forman una unidad indivisible, está desde los inicios del psicoanálisis y aún antes en algunos escritos pre psicoanalíticos de Freud.

La medicina psicosomática clásica alcanza su máximo esplendor en los Estados Unidos, cuando Franz Alexander dirige el Instituto de Psicoanálisis de Chicago, a partir de 1939. En la Argentina sus libros se estudiaban en el Instituto Pichon Riviere y en el Servicio de Psicopatología del Policlínico Araoz Alfaro de Lanus, a cargo de Mauricio Goldenberg. La medicina psicosomática actual es distinta a la de sus inicios, porque la influencia de la mente en el cuerpo está fuera de discusión. Se habla de conceptos como la creatividad negativa, la calidad de vida, el cambio psíquico y la técnica de la afirmación, y nos permite reflexionar sobre los conceptos de pulsión de muerte, el trauma y el acting out en la psicomatosis (Etchegoyen, 2006)

Por su parte, Chiozza (2006) se refiere al paralelismo psicofísico a partir del cual se intenta definir la medicina psicosomática. Plantea estados de conciencia y procesos orgánicos que se influyen mutuamente.

Según Laham (2001), las *vinculaciones* entre rasgos psicológicos y enfermedades -no sólo cardíacas- fueron reconocidas tempranamente en la historia de la humanidad. A mediados del siglo XVIII Gendron discutía aspectos psicosomáticos en el cáncer en sus *Enquires into de nature, knowledge and cure of cancer*. El reconocimiento de dichas vinculaciones constituye la base del interés que permite el surgimiento de un nuevo campo de la ciencia psicológica: la psicología de la salud.

La Psicología de la Salud no alude sólo a los aspectos positivos del proceso salud-enfermedad. Se trata de psicología aplicada a la salud, la enfermedad y sus derivados, la promoción y la prevención (Morales Calatayud, 1999).

Mucci & Benaim (2005) describen el desarrollo de la Psicología de la Salud, que recibe la confluencia de diversas disciplinas. A partir del modelo biopsicosocial de Engel (1977) que considera factores biológicos, psicológicos y sociales en la génesis y mantenimiento de las enfermedades, se destaca el pasaje de una medicina centrada en el organismo y la enfermedad, a una medicina centrada en la persona. Además, enuncian los aportes de la psicología clínica, la psicología médica; la medicina psicosomática, la medicina conductual y la psicología comunitaria.

Integrada en la Psicología de la Salud, la Psicocardiología se define como “la rama de la psicología de la salud que detecta los factores de riesgo psicosociales que inciden en el desarrollo y desencadenamiento de las enfermedades cardiovasculares, y las secuelas psicológicas de los eventos cardíacos” (Laham, 2001). En este sentido, se consideran factores de riesgo al conjunto de elementos orgánicos, psicológicos, sociales y ambientales que confluyen para incrementar la vulnerabilidad de una persona y refuercen la probabilidad de que ésta desarrolle una enfermedad y/o la ocurrencia de eventos agudos (Laham, 2006).

Mucci (2004) considera el concepto de series complementarias de Freud, como una manera de superar la dicotomía mente-cuerpo, considerando que debe tenerse en cuenta lo disposicional, el vivenciar infantil y el vivenciar accidental (traumático) del adulto.

## 2.2.2. Enfermedad coronaria, factores y conductas de riesgo

### 2.2.2.1. *Enfermedad Coronaria*

Según Laham (2001), la *cardiopatía isquémica* es la enfermedad producida por la falta de irrigación (isquemia) de las paredes del corazón. A este déficit subyace un proceso de **obstrucción**, de diferentes grados, de las arterias coronarias responsables de la irrigación sanguínea del músculo cardíaco, denominado miocardio.

La causa más frecuente de lesiones obstructivas coronarias es la *ateroesclerosis* que consiste en la acumulación de ciertas sustancias, en particular colesterol y calcio, en el interior de las paredes arteriales, lo que puede afectar cualquier arteria del organismo, produciendo obstrucciones en su calibre. Esto da lugar a la falta de flujo en el área que alimenta.

Las dos formas clínicas básicas de manifestación de la cardiopatía isquémica son la angina de pecho y el *infarto agudo de miocardio (IAM)*; ambos resultan de un mismo fenómeno: la reducción en el aporte de sangre al corazón. En el caso de la angina, puede ser transitorio -dura un breve lapso-, o evolucionar hacia un IAM. En él, la reducción en el aporte sanguíneo es lo suficientemente prolongada como para producir la necrosis -muerte- de una parte del miocardio. Generalmente el infarto es el resultado del cierre total de la luz arterial (Laham, 2001).

#### *2.2.2.2. Factores de Riesgo*

Para la Sociedad Argentina de Cardiología (2001), existen varios factores de riesgo que inciden en el desarrollo y progresión de la enfermedad coronaria. Se desagregan en tres grupos en función de sus componentes: *factores de riesgo inherente, tradicionales y emocionales*.

Los factores de riesgo inherente resultan de condiciones genéticas o físicas que no pueden ser cambiadas aunque se modifiquen las condiciones de vida y, por lo tanto, no son susceptibles de prevención ni de tratamiento, como la edad y el sexo. Dentro de ellos se incluyen la diabetes y la historia heredo-familiar de eventos cardiovasculares. En relación con el sexo, los hombres presentan un riesgo mayor que las mujeres sobre todo antes de los 45 años; a partir de esa edad tienden a equipararse. La edad es otro factor que tiene relación directa con el riesgo, a mayor edad mayor riesgo, siendo crítico partir de los 40 años y máximo en los 60 años. En lo que se refiere a los antecedentes familiares, la existencia de uno o más parientes con eventos coronarios, especialmente si sucedieron antes de los 60 años, será un indicador más de riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular.

El grupo de factores tradicionales comprende los de un mayor componente físico/biológico, también emocional: hipercolesterolemia, aumento de los triglicéridos, hipertensión arterial, y factores comportamentales p.ej., el tabaquismo. Dichos factores son reconocidos como de riesgo coronario a los que se agregan la obesidad, la diabetes, el sedentarismo, la dislipemia (Sociedad Argentina de Cardiología, 2001).

*Los factores de riesgo emocionales incluyen los no tradicionales:*

1. El patrón de conducta Tipo A;
2. Las emociones de ira y hostilidad;
3. La reactividad cardiovascular;
4. La depresión;
5. La ansiedad y
6. La carencia o el déficit de redes de apoyo familiares y/o sociales.

Los factores emocionales de riesgo no se presentan aisladamente, se influyen mutuamente, no pudiéndose delimitar dónde comienza uno y dónde lo hace otro, y a su vez interactúan con los factores de riesgo tradicionales.

Con referencia a las condiciones preexistentes a la ocurrencia del evento cardíaco, la Sociedad Argentina de Cardiología (2001), sostiene que “para que un individuo sea obeso, fumador o adicto al trabajo, o transgresor de una dieta, hace falta un *perfil psicológico* determinado que favorezca la emergencia de cualquiera de estos rasgos”.

Según Castro Kubat (1981), existe una *multicausalidad* de factores que influyen de distinta manera, sea por cambios en la convivencia, en las relaciones familiares o con amigos, en la vida laboral, cambios económicos, de la vida social o de las condiciones de vida, configurando situaciones estresantes de diferente magnitud para quien las vive.

Por su parte, otros autores, como Gala & cols. (2001), trabajaron en un programa de intervención cognitivo-conductual en pacientes post infarto, sobre factores como: deseo persistente de reconocimiento y prestigio, tendencia elevada a la competitividad, propensión habitual a la aceleración en la ejecución de actividades. Dichos factores, desde el modelo psicodinámico constituirían rasgos narcisistas de personalidad (Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 2005). Bermúdez y Sánchez (1990) resumen estas características en tres grandes factores: competitividad, impaciencia y hostilidad.

#### *2.2.2.3. Conductas de Riesgo*

Las conductas de riesgo constituyen una “forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una *susceptibilidad* incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente” (OMS, 1998). Por ende, la conducta juega un rol importante en

los factores de riesgo. El comportamiento voluntario desempeñaría un papel sustancial en todos los factores de riesgo, de lo que se deduce que son *potencialmente modificables*.

En los últimos años, en algunos países, se ha logrado una reducción significativa en la mortalidad vinculada a esta enfermedad, esto fue posible por los esfuerzos de la prevención primaria y una disminución de los niveles en los factores de riesgo (Beaglehole, c.p.Ferrante D. & Virgolini, M., 2005).

Así, por ejemplo, en Estados Unidos se produjo una disminución del 40% en las tres últimas décadas, y en Bélgica, Canadá, Japón, Australia, Nueva Zelanda y Finlandia han pasado a tener una tendencia decreciente desde los años 70, configurando, no obstante cifras importantes.

Los *cambios* en las estrategias de conducta son decisivos de cara a la prevención y modificación de los factores de riesgo y en el tratamiento de la enfermedad coronaria. Es importante conocer el rol de cada uno de estos factores en los trastornos coronarios y el papel de la conducta en cada uno de los factores de riesgo (Fundación Cardiológica Argentina, (2006).

### 2.2.3. Factores psicosociales de riesgo

Un estudio importante sobre la incidencia de factores psicológicos en las enfermedades cardiovasculares fue realizado en 1959 por los cardiólogos Friedman y Rosenman. Como consecuencia del estudio, se identifica un patrón de conducta con tendencia a desarrollar la enfermedad coronaria que denominaron Comportamiento tipo A. Sobre la base de nuevas investigaciones, en 1974 concluyeron que el tipo A constituye un factor de riesgo independiente en el desarrollo de la enfermedad arterial coronaria. Consideraron su presencia tan significativa como el tabaquismo, la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial y lo caracterizaron como un patrón de conducta que presenta impaciencia acentuada, marcada competitividad, baja tolerancia a la frustración y fácil reacción hostil (Laham, 2001).

Otros autores, Fernández Abascal & cols. (2003), con igual criterio, sostienen que los factores de riesgo emocionales incluyen el denominado patrón de conducta tipo A, las emociones de ira y hostilidad, la depresión, la ansiedad y la falta de redes de apoyo social.

Zukerfeld (2005) plantea que así como la medicina destaca la importancia de la presencia de ciertos factores para el desarrollo de la enfermedad coronaria, desde la Psicología cabe preguntarse si existen otras condiciones previas a la aparición del evento cardíaco. En este sentido, los factores psicosociales de riesgo en la enfermedad coronaria están dados por:

- 1) Rasgos de personalidad,
- 2) Las experiencias vitales traumáticas,
- 3) Las condiciones sostenidas de estrés que, junto con
- 4) Situaciones de aislamiento social o ausencia de soportes afectivos, favorecen la aparición de un evento coronario.

#### 2.2.3.1. Patrón de conducta tipo A

Este patrón se concibe con un perfil multidimensional compuesto por factores de diversa naturaleza. Según Fernández Abascal (2003), está constituido por:

- a) *Componentes formales*: voz alta, habla rápida, excesiva actividad psicomotora, gesticulación y otros manierismos típicos,
- b) *Conductas abiertas o manifiestas*: urgencia de tiempo, velocidad, hiperactividad e implicación en el trabajo,
- c) *Aspectos motivacionales*: motivación de logro, competitividad, orientación al éxito y ambición,
- d) *Actitudes y emociones*: hostilidad, impaciencia, ira y agresividad y
- e) *Aspectos cognitivos*: necesidad de control ambiental y estilo atribucional característico.

#### 2.2.3.2. Las emociones de ira y hostilidad

Existe poco acuerdo entre los investigadores a la hora de definir estos factores. Según Laham (2001), las nociones de ira y hostilidad están íntimamente relacionadas. Es esta mutua relación lo que impide una diferenciación. Sin embargo, la distinción entre afecto, cognición y conducta permite un marco de referencia útil para establecer diferencia entre ambas nociones. La **ira** puede ser entendida como una emoción desagradable que varía en intensidad desde la irritación a la cólera. Surge de lo que es considerado como maltrato o provocación. Es posible entenderla en dos formas: como estado emocional o como rasgo de personalidad.

Según la Sociedad Cardiológica Argentina (2006), la *hostilidad* incluye afectos, cogniciones y conductas.

- a) El *componente afectivo* implica variedad de emociones: ira resentimiento, molestia.

b) El *componente cognitivo* está constituido por creencias negativas sobre la naturaleza humana en general -cinismo-, y por la creencia que las conductas desagradables de los demás estén intencionalmente dirigidas en contra de uno –atribuciones de hostilidad.

c) El *componente conductual* incluye agresión, antagonismo, negativismos varios e insultos.

### 2.2.3.3. *Alexitimia*

Para Laham (2006), la alexitimia se define como la incapacidad para expresar verbalmente las emociones debido a que estas personas no son capaces de identificar lo que sienten, entenderlo o describirlo.

McDougall (1982) considera que la presencia de alexitimia sería el *punto de partida de la vulnerabilidad somática* en un psiquismo que sólo cuenta con palabras escindidas, representaciones de cosa sin valencia afectiva, señalando, además, que la escisión del polo psíquico del polo somático del afecto deja al soma encargado de resolver el conflicto a través de una solución orgánica, definiéndose así la vulnerabilidad somática.

Urquijo y cols (2003) analizan las *diferencias de género* de un conjunto de características psicológicas de 149 sujetos internados en Unidad Coronaria a causa de algún episodio isquémico agudo (angina inestable o infarto agudo de miocardio). Las variables analizadas fueron: rasgos y trastornos de personalidad, hostilidad, estrategias de afrontamiento, apoyo social y alexitimia. Los resultados indicaron que los niveles de hostilidad, el apoyo social percibido, los niveles de alexitimia y la frecuencia de uso de casi todas las estrategias de afrontamiento no presentan diferencias significativas en hombres y en mujeres. Con respecto a los rasgos y trastornos de personalidad se observó una marcada prevalencia (equivalente al doble) del trastorno compulsivo en las mujeres, a pesar de que fue también el más frecuente en los hombres.

**Características de la alexitimia:** De acuerdo a lo expresado por Sivak (1997), estos pacientes presentan las siguientes características:

1. *Dificultad para identificar emociones y sentimientos. Propias y de otros*

2. *dificultad para describir emociones y sentimientos.*

3. *Dificultad para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales que acompañan a la activación emocional..*

4. *Reducida capacidad de fantasía y de pensamiento simbólico.* Suelen tener un pensamiento concreto, con problemas para el manejo simbólico de las emociones. Su forma de hablar es

monótona, parca y sin matices afectivos. Apenas gesticulan ni introducen cambios en el tono de voz, se sientan de forma rígida y su semblante es inexpresivo.

5. *Preocupación por los detalles y acontecimientos externos.* En su lenguaje apenas existen referencias abstractas y simbólicas, se limitan a describir detalles concretos, sin un tono afectivo.

6. *Utilizan la acción como estrategia de afrontamiento en situaciones de conflicto.* El modo de resolver un estado emocional desagradable en estas personas, consiste en la realización de conductas directas. Tienen una orientación de tipo práctico.

#### 2.2.3.4. *Depresión*

Para Hornstein (2006), se caracteriza por falta de ganas o deseos, sensación de inutilidad y culpa y trastornos en el sueño y/o alimentación.

Según Barefoot & cols. (c.p. Fernández Abascal, 2003), numerosos estudios han mostrado que la depresión es un factor de riesgo significativo de enfermedad coronaria, infarto de miocardio y mortalidad cardíaca. Los análisis post-hoc de varios grupos de estudios longitudinales sugieren que la depresión está asociada con la incidencia de enfermedad coronaria en individuos inicialmente sanos.

En el mismo sentido Vicario y Taragano (2002), relacionan la depresión con la enfermedad cardiovascular. Los autores afirman que en la actualidad existe suficiente evidencia médica que considera a la depresión un “factor de riesgo independiente” para la enfermedad coronaria y el infarto de miocardio, y un “indicador pronóstico” negativo para enfermos cardiovasculares.

Los pacientes que presentan depresión post infarto de miocardio tienen una mortalidad significativamente más alta que los pacientes sin depresión y este riesgo no está limitado a la depresión mayor (Frasure-Smith & cols. 1995).

#### 2.2.3.5. *Negación:*

La negación es un mecanismo de defensa que consiste en enfrentarse a los conflictos negando su existencia, su relación o relevancia, retirando los estímulos cognitivos que la producirían, con el objetivo de evitar sentir angustia (Hornstein, 2006).

Según Laplanche y Pontalis (1981), es un procedimiento en virtud del cual el sujeto, a pesar de formular uno de sus deseos, pensamientos o sentimientos hasta entonces reprimidos, sigue defendiéndose negando que le pertenezca.

### 2.2.3.6. *Sobreadaptación,*

Se entiende por tal el cumplimiento de exigencias sin mediar cuestionamientos, con escaso espíritu de rebeldía. En ocasiones, esta actitud obedece al hecho de querer ser aceptado y querido por los demás (Calviño, 2005).

### 2.2.3.7. *Ansiedad*

La *ansiedad* está vinculada a la enfermedad cardíaca. La *ansiedad generalizada* y también la *ansiedad fóbica* han estado asociadas con el aumento del riesgo cardíaco en varias poblaciones (Herrmann et al, 2000). La *ansiedad temprana* post infarto de miocardio también se asocia con un incremento del riesgo de sucesos isquémicos y arritmias (Moser, & Dracup, 1996).

*Los mecanismos de defensa* figuran en los Escritos metapsicológicos de Freud de 1915, en dos acepciones algo distintas, ya sea para designar el conjunto del proceso defensivo, característico de una determinada neurosis, o para indicar la utilización defensiva por tal o cual destino pulsional: represión, vuelta hacia la propia persona, o transformación en lo contrario (Laplanche & Pontalis, 1981).

La ansiedad, el estrés, su presencia en la vida cotidiana, su implicación en la psicopatología y en los trastornos psicofisiológicos, son temas de repercusión cotidiana que con frecuencia se encuentra, no sólo en la literatura especializada, sino en los medios de comunicación (Tobal, 2003)

Se ha llegado a señalar como característica de las sociedades desarrolladas en las últimas décadas la gran incidencia de estas reacciones. De hecho, el estrés impregna buena parte del estilo de vida actual y la ansiedad aparece, según recientes datos en la OMS, como el trastorno de mayor incidencia a nivel mundial, seguido de los trastornos afectivos y el abuso de drogas y alcohol. A ello debe añadirse la conexión directa de la ansiedad con estos otros desórdenes, depresión y adicciones, así como con buena parte de los problemas psicopatológicos, como los trastornos sexuales, las patologías psicofisiológicas, como la hipertensión, las úlceras gástricas, y la debilitación del sistema inmunológico (Tobal, 2003).

Pero no sólo el ámbito clínico y de la salud reflejan la repercusión de la ansiedad y el estrés. Con frecuencia estas reacciones tienen relevancia en el ámbito de la empresa y las organizaciones (estrés laboral, conflictos interpersonales), los contextos educativos (fobia escolar, problemas de adaptación, ansiedad ante exámenes) y el deporte (ansiedad precompetitiva, reducción de logros), entre otros.

### 2.2.3.8. *Redes de apoyo social*

En las últimas décadas se ha incrementado el interés por el impacto de vínculos sociales o apoyo social en la salud de la personas, y en enfermedades cardiovasculares. La *falta de contacto o actividad social* surge como un factor de riesgo para mortalidad cardiovascular y para las causas de mortalidad prematura (Kamarck & cols., c.p. Fernández Abascal, 2003).

El *apoyo social*, en cambio, mitiga los efectos de factores de riesgo psicosociales en la enfermedad cardiovascular, ya que ofrece un efecto protector con respecto a la morbilidad y mortalidad de trastornos cardiovasculares. Puede operar a un nivel psicofisiológico como un moderador del estrés y la reactividad cardiovascular. La *disponibilidad de apoyo social* modera la reactividad cardiovascular a un estresor agudo, dado que simplemente el tener un acceso potencial al apoyo es suficiente para fomentar la adaptación a situaciones de estrés, por ejemplo los trastornos emocionales causados por el desempleo (Uchino & Garvey, 1997).

### 2.2.3.9 *Estrés laboral y Desempleo*

El estrés laboral surge a partir del desajuste entre la persona, el puesto de trabajo y la organización. El individuo percibe que no dispone de los recursos suficientes para enfrentar la problemática laboral y el estrés se hace presente. El *estrés laboral* se ha asociado tradicionalmente con un elevado *riesgo cardiovascular*, particularmente en relación con los *cambios en la presión arterial* (Laham, 2006).

El trabajo es constitutivo del hombre, y la exclusión de este espacio vital provoca graves consecuencias en la salud. Las personas que pierden el trabajo tienden al aislamiento social, la depresión, la disminución de la autoestima, la sensación de insatisfacción con la vida, y la desestabilización de las relaciones familiares ( Laham, 2006).

De acuerdo a la Asociación Médica del Corazón de los Estados Unidos, el *síndrome metabólico* es un cuadro clínico que se evidencia cuando se detectan tres de los cinco factores de riesgo en un paciente:

- a) *hipertensión arterial* (más de 85 y 130 milímetros de mercurio de mínima y máxima, respectivamente),
- b) *diabetes tipo 2* (no insulino dependiente),
- c) *aumento del nivel de triglicéridos* (grasas sanguíneas),
- d) *disminución del HDL-colesterol* o lipoproteína de alta densidad (colesterol bueno) y

e) *obesidad*.

#### 2.2.4. Estrés, afrontamiento y vulnerabilidad

Belloch & cols. (1995), entre la multicausalidad de factores, destacan la incidencia del estrés, planteando que constituye un considerable factor de riesgo de patologías orgánicas y psicológicas. Los sucesos vitales y los acontecimientos diarios ejercen demandas sobre el organismo que son evaluadas por éste. Según sea el resultado de la *evaluación* se producirá o no la *respuesta de estrés*, que ocurrirá si se produce la ruptura del balance entre la *percepción de la demanda* y la *percepción de los recursos personales* para superarla (Cox, 1978), es decir, si la persona percibe que el suceso supera sus recursos de afrontamiento, incluido el factor derivado del apoyo social (Lazarus & Folkman, 1984).

Las *estrategias de afrontamiento o coping* son los esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea un sujeto para enfrentar las demandas evaluadas como gravamen, también para suprimir el estado emocional del estrés. Afrontar remite a la idea de *conducta resolutive de problemas*, encaminada a proporcionar alivio, recompensa, reposo o equilibrio (Lazarus & Folkman, 1991).

Con relación al proceso de estrés, la teoría cognitivo-conductual plantea que la adaptación psicológica de las personas a nuevas circunstancias puede ser facilitada u obstaculizada, y ello depende de *factores contextuales* (Lazarus & Folkman, 1991). Estos factores incluyen, por una parte, los recursos o limitaciones -vulnerabilidades personales- y, por otra, los recursos o limitaciones ambientales, es decir, variables referidas al individuo y al ambiente (Guerrero & Palmero, 2005).

En el trabajo sobre *Percepción de Control y Respuestas Cardiovasculares*, Guerrero y Palmero (2005) señalan que investigaciones recientes apoyan la teoría de que las *creencias generalizadas de eficacia* se relacionan con las estrategias de afrontamiento ante una situación determinada, y se basan en la convicción de *resolver* las situaciones que se presentan; sirven como recurso personal, interpretando las situaciones estresantes como retos. En cambio las *creencias de ausencia de eficacia* actúan como un factor de vulnerabilidad o amenaza. Concluyen que el estrés depende de la *percepción de control* que el individuo tiene o cree tener sobre la situación.

Las *estrategias de afrontamiento* son relevantes, ya que se trata de variables que muestran relaciones interdependientes con la percepción de control y una modalidad de afrontamiento activo, y entre la no percepción de control y afrontamiento pasivo.

#### 2.2.4.1. Estilos de afrontamiento

*El modo de afrontamiento depende de factores constitucionales y de los recursos aprendidos por cada individuo para afrontar y procesar psicológicamente las situaciones vitales difíciles, entre ellas, padecer una enfermedad física o mental.*

La manera de afrontar una enfermedad depende de la naturaleza del problema así como de los recursos mentales, emocionales, físicos y sociales disponibles (entre éstos la disponibilidad económica y/o de tiempo). La enfermedad influye sobre el estilo de vida del paciente y a su vez los factores psicosociales pueden dificultar la evolución de la enfermedad y su curación (Bulacio, 2004).

Según Sivak (1999), las características de los estilos de afrontamiento pueden conceptualizarse de la siguiente manera:

*Personas con modos adecuados de afrontamiento:* Suelen ser optimistas para sobreponerse a los problemas y mantienen alta la moral pese a los contratiempos; tienden a ser *prácticos* y fijarse en los problemas y obstáculos inmediatos en vez de esperar una resolución ideal a largo plazo; a la hora de escoger entre una gama de estrategias o tácticas su política consiste en no perder recursos, sino en aumentarlos; para mejorar su manejo de la situación, tienen en cuenta las posibles consecuencias; acostumbran a ser *flexibles* y estar abiertos a las sugerencias, sin perder su capacidad de decisión; conservan la *calma* y evitan los extremos emocionales que afectan a la capacidad de raciocinio.

*Personas con modos inadecuados de afrontamiento:* Son rígidos en sus planteos, sus expectativas sobre sí mismos son exageradas y son renuentes a comprometerse con otros o a solicitar ayuda; tienen *opiniones absolutas* sobre cómo deben comportarse los demás con poco margen de tolerancia. A pesar de seguir firmemente ideas *prejuiciosas*, pueden mostrar sorprendente sumisión o resultar muy sugestionables. Tienden a la *negación excesiva*, con incapacidad de centrarse en los

problemas principales. Suelen ser más pasivos de lo habitual, careciendo de iniciativa propia. A veces ceden en su rigidez emitiendo juicios aventurados o adoptando conductas atípicas.

#### 2.2.4.2. Vulnerabilidad

En la dificultad para el afrontamiento podría expresarse cierta *vulnerabilidad*, entendida como un concepto interdisciplinario que permite estudiar los factores predisponentes, desencadenantes, o que exacerban tanto los trastornos psicopatológicos como los somáticos, y la repercusión psicológica de los últimos.

Es un factor presente en todos los seres humanos y se revela en tiempos de crisis, estrés, calamidades y amenazas. Representa la *tendencia a angustiarse y a mostrar extremos emocionales*, por ejemplo la depresión, mientras se intenta manejar situaciones complejas, reflejo de una dificultad cognitiva y a la vez predispone a reacciones neurovegetativas autonómicas y a lesiones tisulares (Sivak, 1999).

Para Halliday (1999), las preguntas históricas en el campo de la medicina psicosomática son:

¿Por qué enfermó este paciente en la *forma* en que lo hizo? ¿qué clase de persona es para *comportarse* en esta forma? ¿Por qué enfermó *cuando* lo hizo?

En cierto sentido, la vulnerabilidad representa un concepto articulador que intenta responder las dos primeras preguntas, y en parte la tercera (Sivak, 1999).

Para Zukerfeld (2005), la vulnerabilidad depende del *interjuego* entre:

- 1) Sucesos vitales de valor traumático (SV)
- 2) Red Vincular y (RV)
- 3) Calidad de vida (CV)

Como plantea García Badaracco (c.p. Sivak, R., 1999), “(...) cada paciente parece tener su *propio estilo* en la forma en que hace su enfermedad”.

**Sucesos de vida (SV):** Comprenden situaciones como: *accidentes, enfermedades, pérdidas afectivas o laborales, mudanzas*, que el individuo valora como estresantes, dolorosos, o amenazantes. Se han jerarquizado una serie de sucesos de vida traumáticos, comenzando por aquellos eventos que tendrían mayor impacto en la vida de los individuos. De todos modos, en la práctica clínica se manifiesta la *variabilidad en la valoración*

de las mismas situaciones, y de ello dependerá el grado de *afectación física y emocional*. En términos generales, se podría afirmar que cuando mayor es la fuerza del suceso, por ejemplo situaciones extremas de riesgo o catástrofes, menor es el grado de influencia que tendrán las variables subjetivas de valoración y afrontamiento (Bulacio, 2005).

**Red vincular (RV):** Incluye los recursos socioeconómicos y culturales que brinden apoyo, sostén, seguridad y autoestima. Deben considerarse los vínculos con amigos, pareja, familia, compañeros de trabajo, compañeros de estudio; la pertenencia a un club o comunidad religiosa.

**Calidad de vida del sujeto (CV):** Según Sivak (1999), la calidad de vida surge del conjunto de cogniciones, sentimientos y conductas del sujeto, que constituyen hábitos y estilos de vida que incrementan la vulnerabilidad (factores de riesgo) o la disminuyan (factores protectores). Pueden relacionarse con los indicadores de modalidad de afrontamiento. Para apreciarla, debe evaluarse el grado de satisfacción o insatisfacción en aspectos como:

1. Percepción de salud y bienestar.
2. Responsabilidad familiar.
3. Papel marital y sexual.
4. Empleo y dinero.
5. Autoimágen y sentimiento de inadecuación.
6. Expectativas y grado de aprobación del entorno social.
7. Aspectos existenciales.

*Indicadores clínicos de vulnerabilidad a evaluar en la entrevista psicológica* (Sivak, 1999)

1. **Desesperanza:** Vivencia de que todo está perdido, que el esfuerzo es inútil. Puede implicar un grado significativo de depresión clínica.
2. **Perturbación-confusión:** Tensión e inquietud ante posibles riesgos reales o imaginarios.

3. Frustración: Enojo por no obtener respuestas satisfactorias o alivio.
  4. Abatimiento/depresión: Llanto, apatía, retraimiento.
  5. Incapacidad/impotencia: Incapacidad de decidir.
  6. Ansiedad/miedo: Percepción de temor y sentirse al borde "de la desintegración" o frente a un desastre inminente. Puede manifestarse como Trastorno por ansiedad generalizado o ataques de pánico.
  7. Apatía: Presencia de más indiferencia que tristeza.
  8. Aislamiento doloroso/abandono: Sentimiento de soledad, de ser ignorado por los demás. Se debe articular este indicador con la existencia o la carencia de red de apoyo. La soledad o el aislamiento en solteros, viudos/viudas, minorías étnicas o sexuales, inmigrantes o personas en la tercera edad aumenta la vulnerabilidad a la ansiedad, a la depresión con eventual ideación o intento suicida o al agravamiento de patologías previas.
  9. Negación/evitación: Trivialización de la enfermedad.
  10. Agresividad/irritación: Amargura, sentirse maltratado, víctima del destino o de los demás.
  11. Rechazo hacia los demás: Incluyendo médicos, familiares y/o amigos.
- La vulnerabilidad requiere definir los modos de afrontar las dificultades cotidianas y entre éstas también la enfermedad.
- La vulnerabilidad dependería, entonces, del modo de afrontamiento de los problemas, de la naturaleza traumática y/o estresante de esos problemas, y de la red social de apoyo con que cuenta (Sivak, 1999).

#### 2.2.5. Depresión y riesgo coronario

La depresión es un trastorno frecuente entre los pacientes que atraviesan un episodio cardíaco agudo y su manifestación suele ser la baja adherencia a los tratamientos prescritos. En términos generales, presentan escasa motivación e incumplimiento de las indicaciones, en lo referido a dietas, ejercicio físico, reducción del estrés y búsqueda de apoyo social (Hornstein, 2006).

Según la Sociedad Argentina de Cardiología (2006), respecto del *vínculo* entre la depresión y la enfermedad coronaria, la evidencia clínica señala que:

1. la enfermedad coronaria *desencadena* o agrava los estados depresivos preexistentes, aumentando el riesgo de mortalidad
2. la depresión *coadyuva* al desarrollo de la enfermedad coronaria y desencadenar eventos agudos.

Por sí misma o asociada con otros factores de riesgo coronario, la depresión *favorece* la adopción de hábitos nocivos para la salud cardiovascular como: predisposición al tabaquismo y obstaculiza los intentos por dejar de fumar; consumo de alcohol; vida sedentaria; baja adherencia al cuidado médico; disminución de la calidad de vida.

La *comorbilidad* de depresión con la ansiedad promueve, a su vez, la configuración de estados mixtos con diferentes proporciones de ambas, complejizando el cuadro clínico y aumentando el riesgo de enfermedad coronaria (Laham, 2006).

Con frecuencia es necesaria la *interconsulta* psiquiátrica para medicación psicofarmacológica, ya que un estado depresivo o una depresión clínica se presenta como un factor de riesgo psicológico posible de la enfermedad cardíaca y otras veces como efecto de la enfermedad. De manera que constituye un aspecto que no se puede subestimar (Hornstein, 2006).

Glick (1999) considera que los casos de estados depresivos responden adecuadamente con psicoterapia, pero en casos de depresión moderada a grave, que puedan conducir al paciente al intento de suicidio o sufren impedimentos para su funcionamiento social u ocupacional, responden al tratamiento con psicofármacos.

#### 2.2.6. Intervención psicoterapéutica

El seguimiento irregular del tratamiento, tanto farmacológico como psicológico, puede convertirse en una conducta de riesgo adicional. Así, p.ej. la falta de adherencia a las medidas prescritas para disminuir o prevenir factores de riesgo, como la obesidad o la hipertensión, puede propiciar la aparición de problemas cardiovasculares, e incluso dificultar su posterior tratamiento y rehabilitación (Burke et al, c.p. Fernández Abascal, 2003).

Son múltiples los factores que afectan la adecuada adherencia al tratamiento. Uno de los más comunes es la *falta de información*, tanto del paciente como su familia acerca de la enfermedad, de los objetivos del tratamiento y sobre qué actividades son seguras y cuáles suponen riesgo (Mayou & cols., c.p. Fernández Abascal, 2003).

El paciente puede, asimismo, presentar *creencias* y cogniciones erróneas que generan niveles de ansiedad elevados y cursan con conductas fóbicas y supersticiosas (Hackett & Cassem, 1978):

- 1- En relación a la práctica de ejercicios suaves;
- 2- Respecto al sexo;
- 3- A la conducción de vehículos
- 4- A la eventual recurrencia de un infarto en circunstancias o fechas en las que tuvo lugar el episodio.

*Otros factores que condicionan la adherencia son* (Hackett & Cassem, c.p. Fernández Abascal, 2003).

- 1- El curso y severidad del trastorno,
- 2- El tipo de relación familiar,
- 3- Las exigencias del plan de tratamiento propuesto y
- 4- Variables de tipo social y ambiental, como la situación económica, la disponibilidad de apoyo social o la accesibilidad al centro sanitario.

Se debe actuar sobre estos factores con el fin de lograr un seguimiento adecuado del tratamiento. La intervención incluye *medidas educativas*, mediante las que se facilita información detallada al paciente y a su entorno próximo. En general, este tipo de intervención mejora la efectividad del tratamiento farmacológico o conductual al que complementa, optimizando aspectos como el uso de la medicación, el cambio de hábitos dietéticos o el mantenimiento de pautas de ejercicio, o de actividad física concretas (Foreyt & Poston, c.p. Fernández Abascal, 2003).

Tomando en cuenta la personalidad de los pacientes, Greenland (2007) encabezó un equipo de investigadores que estudió 2107 casos, seguidos durante 30 años y reveló, entre sus conclusiones, que los hombres extrovertidos tienen menos riesgos cardíacos, y aquellos que son más proclives a evitar el contacto social tienen aproximadamente 40% más de posibilidades de morir por una causa cardiovascular que los primeros.

Los niveles de intervención psicoterapéutica implica en el enfermo quirúrgico, tres niveles de intervención: el paciente, el equipo y su familia (Mucci, 2004). Se considera que es posible aplicar este concepto o esquema al enfoque terapéutico del enfermo cardíaco.

Por su parte, Corsi (2005), desde lo operativo, sostiene que en el *proceso terapéutico* se distinguen tres momentos:

1. *Evaluación.*

2. *Planificación.*

3. *Intervención terapéutica.*

Este diseño es aplicable al abordaje psicológico del paciente cardíaco. Así, en cada momento, el equipo interdisciplinario tratante -cardiólogo, psicólogo, nutricionista, terapeuta físico, psiquiatra- decidirá la estrategia terapéutica adecuada.

En el momento de la *evaluación*, es diferente el paciente que está solo de aquel que se presenta acompañado por su familia. Esta situación podría condicionar la planificación del tratamiento y la intervención terapéutica. Los recursos del paciente, en cuanto a su perfil de personalidad, la presencia o ausencia del grupo familiar de sostén, y las condiciones socioeconómicas serán factores a evaluar por el equipo tratante. Entre las características de personalidad del enfermo, cabe evaluar su flexibilidad y permeabilidad, para reconocer qué conductas o hábitos revisar y modificar (Corsi, 2005).

El paciente cardíaco debe superar una crisis accidental, producto del evento coronario. El Diccionario de la Real Academia Española (2001), define el vocablo *crisis* desde un punto de vista médico, como “la mutación considerable que acaece en una enfermedad, ya sea para mejorar o para agravar el estado de un paciente. Una situación de **crisis**, representa, también, la oportunidad del autoconocimiento y el crecimiento que surjan de la respuesta a la situación (Mucci, 2004).

Desde la psicología, el término crisis, significa amenaza y oportunidad a la vez, aspecto tomado para analizar la capacidad de *resiliencia*, como la oportunidad de transformar y transformarse a si mismo en pos de su bienestar físico y psíquico.

La Psicología salugénica o Psicología positiva toma el constructo resiliencia, como uno de los ejes centrales en salud mental, que apunta a la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y salir fortalecido por experiencias de adversidad.

Algunas personas, a partir de un evento cardíaco, revisan su historia personal y promueven un cambio de su estilo de vida, mientras que otros sólo modifican algunos hábitos como forma de adherir al tratamiento.

La adecuación a las *circunstancias peculiares* de cada paciente ha dado lugar a una gran diversidad de formatos de intervención que hace difícil determinar la eficacia comparada de cada uno de ellos.

Los métodos de *manejo del estrés* aglutinan un conjunto dispar de técnicas conductuales y cognitivas. Entre ellas se encuentran:

- a) La práctica de la relajación en situaciones generadoras de estrés,
- b) Los procedimientos de desensibilización,
- c) El aprendizaje discriminativo en relación a situaciones inductoras de activación fisiológica,
- d) El entrenamiento en habilidades sociales, asertividad y solución de problemas,
- e) Diversos procedimientos de reestructuración cognitiva (Blumenthal & Wei, c.p. Fernández Abascal, 2003).

En general, estas técnicas se han utilizado de forma combinada siguiendo diseños de intervención adaptados a la situación y características peculiares de los pacientes, lo cual hace difícil establecer criterios de eficacia comparada entre ellos. No obstante, estos programas han demostrado una alta eficacia específica en el tratamiento y rehabilitación de personas con riesgo de enfermedad cardiovascular y en pacientes coronarios (Blumenthal & Wei, c.p. Fernández Abascal, 2003).

Tomando en cuenta el marco conceptual desde el cual se estructura el modelo planteado por Corsi (2005) y simultáneamente, la dimensión de cambio a la cual apuntan sus recursos técnicos, se perfilan cinco grandes grupos o modelos:

1- Modelos terapéuticos basados en el *paradigma psicodinámico*.

Apuntan a reestructuraciones en el nivel intrapsíquico.

2- Modelos terapéuticos basados en el *paradigma conductual*.

Sus técnicas están diseñadas para el logro de una modificación del comportamiento.

3- Modelos terapéuticos basados en el *paradigma cognitivo*.

Sus técnicas intentan lograr reestructuraciones cognitivas.

4- Modelos terapéuticos basados en el *paradigma interaccional*.

Su objetivo es introducir cambios en las pautas de comunicación-interacción.

5- Modelos terapéuticos basados en el *paradigma integrativo*.

Parten del intento de considerar la amplia gama de determinantes que operan sobre las situaciones humanas, y trabaja con recursos lo suficientemente flexibles como para operar sobre las diferentes dimensiones del problema, ubicándolas en el contexto familiar-institucional-social-cultural. Partiendo de un modelo integrador, del que derivan los procedimientos terapéuticos, el eclecticismo sistemático integra elementos provenientes de diferentes sistemas terapéuticos en una nueva estructura conceptual, que posee su propia lógica y coherencia interna (Corsi, 2005).

### *Modelo Ecológico*

Desde una perspectiva ecológica, se necesita considerar simultáneamente los distintos contextos en los que se desarrolla una persona, para no recortarla y aislarla de su entorno ecológico.

Para adaptarlo a los propósitos de construir un marco conceptual integrativo, Corsi (1994) incluye el nivel individual. Tratando de ser coherente con la perspectiva ecológica, concibe este nivel como un subsistema en el cual discrimina cuatro dimensiones psicológicas interdependientes:

1. La dimensión cognitiva, que comprende las estructuras y esquemas cognitivos, las formas de percibir y conceptualizar el mundo que configuran el paradigma o estilo cognitivo de la persona.
2. La dimensión conductual, que abarca el repertorio de comportamientos con el que una persona se relaciona con el mundo.
3. La dimensión psicodinámica, que se refiere a la dinámica intrapsíquica, en sus distintos niveles de profundidad, desde emociones, ansiedades y conflictos conscientes, hasta manifestaciones del psiquismo inconsciente.
4. La dimensión interaccional, que alude a las pautas de relación y de comunicación interpersonal.

#### *2.2.6.1. Intervención grupal*

Se realiza a partir de la afectación de los pacientes con patología coronaria, en base al surgimiento de la enfermedad, los hábitos de conducta enraizados y diferentes grados de conciencia de enfermedad física. Se verifica, en general, escasa conciencia de los componentes psíquicos del padecimiento.

Los objetivos del tratamiento grupal son:

1. Desarrollar las relaciones entre pacientes
2. Mejorar el nivel de competencia general.
3. Expresar ansiedades y fantasías acerca de su situación.
4. Ofrecer apoyo psicológico, reduciendo estados emocionales adversos.
5. Fomentar conductas de autocuidado, aumentando la adhesión al tratamiento integral.
6. Adquirir estilos de valoración y estrategias de afrontamiento alternativos, para reducir la hostilidad, depresión y el aislamiento social.

En cualquier caso, aun a pesar de los beneficios derivados de algunas de estas intervenciones, su presencia en los programas de rehabilitación cardíaca es, en general, bastante reducida. Concretamente, se estima que menos del 50% de los programas de rehabilitación incluyen intervenciones psicológicas específicas (Rutledge & cols. C.p. Fernández Abascal, 2003).

Según Benyakar (1996), en ocasiones, la exploración de los sentimientos y vivencias de un paciente en crisis, puede ser adecuadamente realizada en el contexto de la técnica grupal de la estructura de pareja. En el Instituto de Rehabilitación Cardíaca de Tel-Hashomer Ramat-Gan Israel, el enfermo recuperado de un evento cardíaco participa en un programa de rehabilitación por un período que varía de seis meses a algunos años, según el estado clínico y disposición de cada paciente. El enfoque del programa es multidisciplinario, global e integrativo en su esencia. Además de la actividad física que se adecua a las posibilidades de cada enfermo, y del control y tratamiento farmacológico, los pacientes y sus parejas participan de conferencias, reciben información sobre la enfermedad cardiovascular y su influencia en la vida diaria.

Una visión integrativa del hombre y su medio es lo que les hizo suponer que la enfermedad influye en el marco familiar, y en especial en las relaciones de pareja. Esta concepción es uno de los factores que llevó a poner en práctica el tipo de modelo que se describe en este trabajo. En la literatura científica han sido publicadas distintas modalidades de tratamiento psicoterapéutico para enfermos cardíacos. Estas incluyen terapia individual; terapia de pareja; terapia de grupo de pacientes; y terapia de grupo de parejas en la que ambos integrantes participan en el mismo grupo (Benyakar, 1996).

Las investigaciones indican que, en algunos casos, el cónyuge percibe la enfermedad de modo más amenazante que el propio enfermo. Mayou & cols.(c.p. Fernández Abascal, 2003),

descubrieron que existe una correlación positiva entre la percepción del cónyuge y del enfermo de la gravedad de su estado clínico. Cuando el cónyuge percibe subjetivamente el estado del enfermo como grave, este se percibe a si mismo de la misma manera, más allá de su estado objetivo.

Bedsworth & Molen (c.p. Benyacar, M., 1996), coinciden en que las parejas de los enfermos coronarios perciben la enfermedad en forma más amenazante que sus cónyuges.

Benyakar (1996) propone un modelo de terapia grupal con un encuadre particular, el que incluye a los enfermos con los cónyuges, pero no con sus propias parejas dentro del mismo espacio físico. Es decir, se crean dos sub-grupos paralelos que funcionan simultáneamente. En cada uno de ellos participan la mitad de los enfermos de ambos sexos, mientras que sus propios cónyuges participan en el otro sub-grupo con el resto de los pacientes seleccionados.

El trabajo con los dos integrantes de la pareja en forma simultánea y paralela en los dos sub-grupos, se basa en la suposición que existe una continuidad y complementariedad de procesos entre lo que sucede en el transcurso del programa terapéutico y lo que acontece en la vida cotidiana de la pareja. La separación de la pareja en sub-grupos y el hecho que ellos vuelvan a encontrarse como pareja en la vida cotidiana con sus vivencias específicas, crea una continuidad terapéutica (Benyakar, 1996).

Este abordaje postula la necesidad de crear un marco que favorezca tal continuidad. Lo esencial de esta labor de sub-grupos paralelos, simultáneos y complementarios, se basa en la especificidad de la intervención sobre cada miembro de la pareja, actividad que se potenciará por la interacción que se desarrolla en la vida cotidiana de la misma. Esta es una de las diferencias del modelo con las terapias vinculares en las que se focaliza la intervención terapéutica directamente sobre la pareja. Esta proposición se fundamenta en que una labor de integración y continuidad posibilitará enfrentarse con el potencial traumatogénico del evento cardíaco. Una de las preguntas centrales que surgió al programar la labor con estos pacientes, fue considerar qué niveles regresivos debe alcanzar un grupo para lograr su función terapéutica (Benyacar, 1996).

Habiendo ya trabajado en grupos psicoanalíticos influenciados por la orientación de Bion (1966), se aprecia el valor de la regresión y su impacto terapéutico desde los momentos iniciales del tratamiento.

En el caso de los enfermos cardíacos la amenaza intrínseca que conlleva la enfermedad sume a los pacientes desde el principio en un estado de angustia intenso. Asimismo toda

enfermedad predispone a los que la padecen a un nivel regresivo de funcionamiento. La separación de los integrantes de la pareja en sub-grupos diferentes, es otro de los factores que aumenta la angustia (Benyakar, 1996).

El modelo terapéutico de grupo con parejas presentado se basa en la concepción que postula a la pareja como una unidad creadora de límites reales y potenciales.

El concepto de Winnicott (c.p. Benyacar, M., 1996) de Espacio Potencial como un factor intrapsíquico permite su aplicación en el campo de las relaciones interpersonales. Se amplía el concepto y se lo utiliza para hacer resaltar la creación conjunta de la pareja. El espacio potencial es el que posibilita la trama de interacciones creadas en cualquier tipo de marco. Este espacio otorga a la relación de pareja la capacidad de diferenciación. La intervención psicoterapéutica de pareja, en situaciones de crisis, debe ser dirigida hacia el desarrollo del espacio potencial que permite elaborar en forma constante la diferenciación de cada uno de sus integrantes (Benyakar, 1996).

### 2.3. Análisis de datos

#### 2.3.1 Descripción del caso clínico:

El Servicio de Psicocardiología atiende pacientes derivados por los cardiólogos del hospital. A partir de la derivación, una psicoterapeuta centraliza las entrevistas de admisión de alrededor de una hora de duración, en la que se recaba información sobre: datos personales, antecedentes clínicos, historia personal y familiar, y motivo de la derivación. En la entrevista se explica al paciente las modalidades del tratamiento: luego de la entrevista de admisión, se lleva a cabo una reunión con un supervisor, en la que se analiza el caso, y se asigna a un profesional, el que llevará a cabo el tratamiento psicoterapéutico durante un lapso de aproximadamente 8 meses, con una frecuencia semanal. Se pregunta al paciente su disponibilidad horaria para concurrir a las sesiones y se le informa que se lo contactará telefónicamente para citarlo a efectos de iniciar el tratamiento. Se informa asimismo que tanto el tratamiento psicoterapéutico como el cardiológico son complementarios, y que el paciente debe concurrir a ambos. En caso que el paciente no concorra a los controles cardiológicos, el mismo no podrá continuar con el proceso psicoterapéutico.

#### *Entrevista de Admisión-noviembre del 2005:*

El paciente ingresó al Servicio de Psicocardiología del Hospital , derivado por el médico cardiólogo, con diagnóstico de estado de ánimo depresivo, luego de 5 meses de tratamiento en un instituto de rehabilitación cardiovascular .

La psicóloga admisora entrevista a un paciente de sexo masculino de 58 años de edad, con estudios universitarios incompletos de la facultad de Derecho y Ciencias Sociales, comerciante desocupado, casado, padre de 3 hijos , quien convive solo con su cónyuge. El paciente manifiesta que su estado de ánimo depresivo surge como consecuencia de la crisis económica que atravesó la Argentina .

El paciente presenta un relato monocorde, poco comunicativo y muy angustiado. En el relato se destacan como hechos relevantes para el paciente: el infarto de miocardio , la muerte de su madre, su hija deja el hogar familiar para convivir con su novio, y su hijo mayor se había casado 7 meses antes. Su hijo menor vivía desde hace un año con un amigo en otro domicilio.

Manifiesta intenso sufrimiento durante los 13 años de enfermedad renal de su madre, quien fallece . Hijo único, su padre vive en una vivienda en la parte posterior de la suya, con quien refiere no mantener una buena relación.

Luego del episodio cardiovascular, manifiesta que dejó de trabajar, se aisló de sus amigos, dejó de ir al club que concurría. Al ser interrogado sobre las causas, relata que perdió sus referencias a partir del descenso de su nivel económico - social, ya que sus hijos asistieron a colegios privados de renombre.

Reconoce que se asusta cuando, en ocasiones, presenta síntomas de dolor de pecho. Relata que antes del evento cardíaco, su carácter era explosivo, con manifestaciones de ira frecuentes, insultando y peleándose ocasionalmente con gente en la calle. Esta actitud cambió luego de la cirugía de los 3 by-pass, ya que por temor a sufrir un nuevo episodio cardiovascular, trata de reaccionar en forma menos violenta.

Como consecuencia de la crisis económica, su actividad laboral -concesionaria de lanchas- que compartía con su padre, se ve seriamente perjudicada y deben ponerla en venta. El negocio es adquirido por una persona de su conocimiento en el barrio, quien le propone contratarlo como encargado de la sucursal de la antes propia concesionaria. Momentáneamente realiza trámites de gestoría automotriz, a pesar que le disgusta la actividad, y prefiere el área de ventas.

La terapeuta refiere que el paciente manifiesta que su relación conyugal nunca fue buena pero que ahora se ve afectada, ya que su mujer atraviesa el síndrome del nido vacío a medida que los hijos se fueron independizando y abandonaron el hogar. En la actualidad, el paciente esta separado de su mujer aunque cohabitan en la misma casa, y manifiesta querer separarse definitivamente y no saber cómo llevarlo a cabo. Su mujer sufrió la fractura de un miembro

superior, por lo que al momento de la entrevista el paciente debía llevar a cabo los quehaceres domésticos.

Establece una relación afectiva extramatrimonial con una mujer, quien le propone convivir en su casa en la provincia , a lo que el paciente se niega.

*Antecedentes psiquiátricos:* es medicado con Rivotril, pero el médico psiquiatra decide retirar la medicación ya que el paciente no podía levantarse de la cama. Sin antecedentes de tratamiento psicoterapéutico hasta la fecha. Insomnio de fragmentación –el paciente concilia el sueño y se despierta en la noche, con dificultades para volver a dormirse.

*Antecedentes clínicos:* infarto de miocardio, 3 by-pass

*Hábitos:* no tabaco, no alcohol, no realiza actividad física regularmente.

*Historia familiar:* madre con patología renal, fallece luego de 13 años de diálisis.

#### *Reunión de Supervisión*

La terapeuta que condujo la entrevista de admisión, presenta el caso a la supervisora y a los demás profesionales del Servicio de Psicocardiología de la institución. A partir de características de la historia clínica, se asigna el caso a una terapeuta teniendo en cuenta el perfil de personalidad del paciente, predisposición para tratarse, condiciones familiar y socioeconómica, si requiere o no derivación psiquiátrica.

#### *Primera entrevista*

El paciente concurre puntualmente, y contesta en forma sucinta las preguntas de la profesional, demostrando cierta incomodidad cuando habla de emociones. Al ser indagado sobre su vínculo conyugal, se muestra enojado con su mujer, e impaciente, ya que manifiesta deseos de desvincularse totalmente de la relación, y no encuentra la forma de hacerlo, ya que describe a su esposa como dependiente e insegura, y no cree que pueda desenvolverse por su cuenta. Relata que la misma nunca tuvo iniciativa, jamás trabajó y que para todo se apoyaba en él. Describe a su madre en forma similar, de quien dice que se tuvo que hacer cargo durante los 13 años previos a su muerte, en los que requirió de cuidados especiales, ya que padecía enfermedad renal crónica. Su padre se desligó de la atención de su mujer y trasladó la responsabilidad al paciente. A su vez el paciente compartía el trabajo con su padre y describe la relación tanto personal como laboral como muy tensa, con frecuentes discusiones. Describe al padre como egoísta e inmaduro, ya que siempre mantuvo relaciones extramatrimoniales con mujeres jóvenes, sin hacerse cargo de sus obligaciones conyugales ni laborales.

*Segunda entrevista.*

Se conversa brevemente sobre cómo se sintió durante la semana, y el paciente refiere que continúa durmiendo pocas horas y se levanta con sensación de cansancio. Se le recomienda que mantenga la actividad física recomendada por el médico cardiólogo.

El paciente relata que en ocasión de sufrir su infarto, el episodio pasó inadvertido para él, y recién fue detectado en un chequeo varios días después. Se le pregunta si recuerda haber sentido algunos síntomas y responde que a veces sentía hormigueo en el brazo izquierdo, o una puntada en el pecho pero que no es asustadizo y que su trabajo estaba primero.

*Tercera entrevista.*

El paciente no concurre, sin avisar.

*Cuarta entrevista.*

El paciente comienza la sesión sin mencionar ni justificar su ausencia, y al ser indagado sobre los motivos, se muestra irascible y responde en forma evasiva que tuvo que llevar a su mujer al médico. Se queja nuevamente sobre su relación conyugal, refiriendo que se ve obligado a mantener relaciones sexuales fuera de su hogar, ya que su mujer se muestra desinteresada, por lo cual mantuvo discusiones. Esto revelaría una actitud contradictoria del paciente ya que con anterioridad había manifestado deseos de separarse de su cónyuge, como se menciona anteriormente.

Refiere descontento sobre su presente laboral, ya que le disgusta su actividad. Al preguntarle la profesional qué decisión tomó sobre la propuesta que recibió de trabajar en la concesionaria, el paciente se muestra indignado por la oferta, ya que la siente como una burla del adquirente, lo que lo llevó a una confrontación con el mismo en malos términos, y dice que no se va a rebajar a trabajar como empleado en la que fue su propia empresa. Al preguntarle sobre qué alternativas encuentra a la situación, el paciente manifiesta escepticismo sobre la posibilidad de que alguien reconozca y valore su capacidad y su vasta experiencia. Relata que si tuviera capital suficiente, no dudaría en abrir por su cuenta una concesionaria nuevamente.

Durante la sesión el paciente manifiesta interés por la vida personal de la profesional, como estado civil y edad.

*Reunión de Supervisión*

En base a su patología cardíaca, y según lo relatado por el paciente y el material trabajado durante las entrevistas previas, la supervisora sugiere los siguientes objetivos terapéuticos para modificar su estilo de vida:

1. Mantener la adherencia al tratamiento cardiológico;
2. Desarrollar propia perceptividad para reconocer síntomas físicos y estados emocionales;
3. Adquirir habilidades interpersonales para mejorar los vínculos con su familia;
4. Aprender a manejar su impulsividad;
5. Disminuir su nivel de ansiedad aprendiendo a valorar situaciones en forma alternativa y adquiriendo estrategias funcionales de afrontamiento.

La supervisora sugiere la importancia que el paciente comience a funcionar en forma productiva, mejorando sus ingresos, ya que su situación económica presenta limitaciones importantes, como interrumpir en ocasiones el tratamiento farmacológico por falta de recursos.

#### *Quinta entrevista.*

Se pide al paciente que describa una situación habitual de confrontación con su cónyuge, y durante su relato se le ofrecen alternativas de respuesta conductual, y técnicas para retrasar sus impulsos. Así, cuando el paciente describe la “mala cara” de su mujer como el comienzo de muchas discusiones, se le pregunta por qué cree que su cónyuge actúa así, a lo que responde que es para molestarlo y que esa actitud lo enoja y no le queda más remedio que levantar la voz para descargar su ira. Se le pregunta qué sentiría si cuando ve el gesto de su mujer, lo atribuye a un malestar físico, o que pueda sentirse angustiada ante la sensación de soledad por la independencia de sus hijos del hogar conyugal. El paciente dice que si fuera así, debería contárselo y apoyarse en él. Se le sugiere que la próxima vez, antes de reaccionar, intente detectar qué pensamiento tiene en el momento, y si puede cambiarlo, para que registre una modificación en su emoción y en la posterior reacción. Asimismo se le explica la importancia de adquirir nuevas formas de afrontamiento para bajar el nivel de stress y evitar una repetición del episodio cardíaco.

#### *Sexta entrevista*

El paciente entra al consultorio quejándose por la demora de la terapeuta en atenderlo, con 15 minutos de retraso, y manifiesta que lo toma como una falta de respeto, desestimando las explicaciones que le ofreció la profesional sobre los motivos de la demora. Agrega que perdió

tiempo en un banco, como una hora, para pagar los servicios, y sintió sudor en las manos, aceleración del ritmo cardíaco, y mareos. Al preguntarle la profesional sobre qué hizo al respecto, contestó que la única opción era seguir haciendo la cola y pagar las cuentas, ya que las cuentas hay que pagarlas. Se le explica la importancia de detectar síntomas de ansiedad, y que es perjudicial esforzarse cuando se siente mal. Se hipotetiza sobre otras alternativas en la situación y qué consecuencias hubiera habido si se habría retirado, con conductas de cuidado personal.

Se le pregunta si toma su medicación, y contesta que se le acabó y no tuvo tiempo de pedir una nueva receta. Se le recomienda controlar la presión arterial y mantener la adherencia a las indicaciones médicas.

Relata que aún no decidió si va a aceptar trabajar como empleado en la que fue su concesionaria, por lo que se intenta resignificar positivamente la palabra empleado, y que al no tener más concesionaria propia, y según relato de sesiones anteriores, por no poder al momento disponer de capital para abrir un comercio por su cuenta, la alternativa válida sería trabajar en relación de dependencia. Se le pregunta si cuenta con ingresos suficientes para sostener su economía actual, y responde en forma escueta y cortante que el padre le solventa algunos gastos. Agrega, justificándose, que durante el tiempo que trabajaron juntos, los retiros de dinero de su padre siempre fueron superiores a los de él, que nunca se hicieron las cuentas con claridad, y siente que su padre se aprovechó de su buena fe. A su vez dice que el esfuerzo para llevar adelante el comercio también fue aportado en forma desigual por ambos, y que su padre sólo daba órdenes y salía con mujeres en horario de trabajo, engañando a su madre y haciéndolo así cómplice de su infidelidad.

El paciente cambia de tema, quejándose de la baja frecuencia con que ve a sus hijos, y que quisiera verlos más seguido. Se le pregunta de qué manera comunicó su deseo, a lo que responde indignado que es el deber de todo hijo visitar periódicamente a sus padres. Se le sugiere que los invite en forma directa a un encuentro concreto, acordando fecha y hora, para tomar mate juntos o compartir un almuerzo. El paciente se muestra escéptico y dice que lo va a pensar.

### *Séptima Entrevista*

El paciente manifiesta su sorpresa que sus hijos aceptaran compartir un almuerzo familiar con sus parejas. En tal oportunidad se enteró que será abuelo por primera vez, lo que lo llevó a reflexionar que su matrimonio tal vez no esté terminado y que compartieron un camino juntos

que vale la pena luchar para salvar. Admite que disminuyeron las discusiones, que su esposa le dice que lo nota cambiado y que ella también quiere hacer terapia.

Relata que por casualidad se encontró con el actual dueño de la concesionaria, y compartieron un café. Durante la charla, el dueño nuevo le comentó que valora su capacidad y experiencia, y el manejo de la clientela, ya que todos lo conocen en el barrio. Se sintió mucho mejor, y puede empezar a considerar la posibilidad de aceptar la propuesta, hasta que surja la posibilidad de independizarse nuevamente.

Se le pregunta sobre su estado de salud, y responde que no tuvo síntomas, y que está tomando nuevamente la medicación.

#### *Reunión de Supervisión*

La supervisora muestra conformidad con el proceso terapéutico y sugiere aumentar la comunicación con su familia, para aumentar la autopercepción de apoyo social y así amortiguar los estresores socioeconómicos.

#### *Octava Entrevista*

Comienza la sesión hablando sobre la vida personal de algunos médicos del hospital, opinando, y de alguna forma, queriendo saber la opinión de la profesional al respecto. Alternativamente indaga sobre la propia intimidad de la terapeuta, y cuenta chistes sobre diversos temas.

Repentinamente muestra un cambio de estado de ánimo y dice que la semana anterior fue el aniversario del fallecimiento de su madre. Es su costumbre concurrir al cementerio en tal fecha, y que en esta oportunidad se encontró, para su sorpresa, con su padre, quien había llevado flores. Se emociona cuando relata que juntos lloraron frente a la tumba, y que su padre, por primera vez, dijo que había querido mucho a su mujer, que ella había sido el único amor de su vida, y que sus aventuras no tenían importancia.

A partir de allí, cuenta que se siente menos enojado con él, y aliviado, ya que dice que su padre en el fondo, había querido a su madre. También la noticia del próximo nacimiento de su nieto fue motivo de una alegría compartida, dice, aunque su padre aclaró que no quiere que le digan bisabuelo sino tío, y que ese chiste lo irritó.

Admite que le molesta la pretensión de eterna juventud de su padre, y que a su edad no debería mantener relaciones de promiscuidad. Comenta desde hace un tiempo tiene ciertas dificultades con las mujeres, que no especifica ya que dice que la terapeuta es mujer y muy

joven. Aclara que en una ocasión, tomó un medicamento para ayudarse en un encuentro con su amante, pero que notó que se le aceleró el ritmo cardíaco y tuvo miedo de sufrir otro infarto.

La terapeuta le pregunta si lo habló con su cardiólogo, el paciente niega y se le aconseja además realizar una consulta con un urólogo, ya que en ocasiones ciertos trastornos de la sexualidad aparecen luego de un evento cardíaco.

El paciente se ausenta durante tres semanas seguidas, sin aviso. Se le deja un mensaje desde el servicio y no contesta la llamada, ni se comunica durante todo el lapso de tiempo.

#### *Novena Entrevista*

El paciente relata que comenzó a trabajar en la concesionaria como gerente de ventas y está muy contento. Su jornada laboral es de 12 horas y dice que así se le fueron muchos problemas de su cabeza. Manifiesta que engordó algunos kilos ya que al almorzar fuera de su casa le cuesta mantener la dieta. Además se acuesta tarde porque muchas veces convoca a reuniones de trabajo a los vendedores, ya que se dio cuenta que les falta adquirir técnicas efectivas de venta. Retomó la relación con su amante.

Reconoce que la terapia lo ayudó en su vida, y dice que le recomendó a uno de sus vendedores que también concurra a terapia ya que lo nota deprimido como estaba él al principio, y que por tal motivo, su rendimiento laboral se ve disminuído.

El paciente se ausenta durante dos meses sin aviso. Se le deja un mensaje desde el servicio y no contesta la llamada, ni se comunica durante todo el lapso de tiempo.

#### *Reunión de Supervisión*

La terapeuta informa de las ausencias del paciente, y posible abandono del tratamiento. Asimismo comenta que la semana anterior recibió una llamada telefónica de la mujer del paciente, solicitando un turno ya que su marido había sufrido en varias ocasiones síntomas cardíacos: dolor de pecho, agitación, y que toda la familia está preocupada.

La supervisora sugiere que la mujer convenza al paciente para que él mismo se responsabilice de su tratamiento, y que pida un turno. Asimismo se acuerda que sería importante que se lo instruya para que no descuide su calidad de vida, respetando horarios para el descanso, manteniendo adherencia al tratamiento en todas sus áreas, y que se le advierta sobre los riesgos de una reincidencia cardiológica.

El paciente se ausenta durante tres semanas sin aviso. Se le deja un mensaje desde el servicio y no contesta la llamada, ni se comunica durante todo el lapso de tiempo.

#### *Décima Entrevista*

El paciente concurre con aspecto físico visiblemente desmejorado: aumentó de peso, está demacrado. Aclara que concurre a pedido de su familia ya que sus obligaciones le impiden continuar el tratamiento.

Se le pide que describa sus actividades actuales. El paciente comenta que continúa trabajando en la concesionaria, aunque no sabe por cuánto tiempo más ya que el dueño, designó al hijo como gerente de ventas, quien no tiene idea de cómo se maneja un comercio, por su inexperiencia y falta de idoneidad, y por tal motivo, cuenta que tuvieron varias discusiones.

Relata que tuvo una discusión además con su pareja extramatrimonial, y tuvo que poner fin a la relación ya que llamó varias veces a su casa y su mujer comenzó a sospechar de la infidelidad. Actualmente mantiene relaciones con una empleada de la concesionaria, de corta edad, y comenta que por momentos, teme parecerse a su padre.

La terapeuta puntúa los factores de riesgo psicosociales que en este momento afectan su vida, y la importancia de la adherencia al tratamiento médico. Se sugiere asimismo disminuir las situaciones de stress, comunicándose en forma efectiva con su familia, reconstituyendo los vínculos, y se destaca la importancia como factor protector, de una buena red social.

Se cita al paciente desde el Servicio, quien alude que tiene la intención de retomar el tratamiento, pero que actualmente su vida está muy complicada y no encuentra el tiempo necesario dentro de las posibilidades horarias de la institución.

### **3. CONCLUSIONES**

#### **3.1. Del caso clínico**

De acuerdo a la bibliografía citada, la historia clínica del paciente y la síntesis descriptiva de las entrevistas, se desprenden la presencia de diversos factores psicosociales posibles concausales de la enfermedad coronaria, que a su vez podrían influir negativamente en su rehabilitación, operando como factores de riesgo de reincidencia del evento coronario.

Del relato del paciente se destacan varios indicadores presentes previos al desencadenamiento de su enfermedad, por ejemplo:

1. Pérdida económica y laboral;

2. Cambio de status social;
3. Duelo por la muerte de su madre;
4. Ausencia de soportes afectivos

La relación conyugal y la relación con su padre presentan patrones comunicacionales disfuncionales, así como el alejamiento de sus hijos del hogar y la repercusión en su relación de pareja.

Probablemente la situación precedente haya favorecido, de acuerdo a lo referido por el paciente, la presencia de un trastorno depresivo del estado de ánimo, que le provocó nuevas pérdidas en su red social, se aisló de las escasas relaciones de amistad que mantenía.

De acuerdo al relato de la terapeuta, la hostilidad e ira se destacan como rasgos de personalidad, ejemplificado por el relato de discusiones violentas y enfrentamientos. El paciente presentaría cierta dificultad para reconocer sus estados emocionales y expresarlos en forma asertiva, lo que deteriora sus vínculos afectivos.

Su historia familiar, las características del padre y el hecho de ser hijo único, probablemente favorecieron una tendencia en el paciente a desarrollar mecanismos de sobreadaptación. Durante la prologada enfermedad de su madre, el paciente se hizo cargo casi exclusivamente de sus cuidados, agravado por la falta de soporte afectivo con quien compartir la carga de angustia y estrés.

La presencia de factores estresantes, tales como: la muerte de su madre, la pérdida de su actividad laboral, su situación económica actual, el distanciamiento con su padre, la crisis conyugal, todos estos motivos que se han presentado de manera inesperada, superan los recursos del paciente y ponen de manifiesto una vulnerabilidad en la adaptación a la nueva situación. Ello se manifiesta en un descenso de su status socioeconómico, duelo, reformulación del grupo familiar conviviente, y el aumento de ansiedad lo lleva a una situación de evitación de toma de decisiones efectivas para afrontar la nueva coyuntura.

A partir del evento cardíaco primero, el paciente comienza su tratamiento de rehabilitación, lo que incluye un breve tratamiento psiquiátrico por depresión.

Como se expuso precedentemente, la depresión con frecuencia es concausal de un evento coronario y, a su vez, aparece como consecuencia de dicho evento, lo que aumenta las probabilidades de que el paciente sufra un nuevo evento.

En base al relato de la profesional tratante y de la supervisión, se puede apreciar que a partir del proceso psicoterapéutico, el paciente comienza a modificar su estilo vincular, y la valoración y afrontamiento de situaciones. Así, el paciente restablece vínculos con ex-compañeros de facultad, mejora la comunicación con sus hijos, con su cónyuge y con su padre. Además valora en forma alternativa la propuesta laboral del nuevo dueño del comercio que fue de su propiedad, lo que le permite afrontar de manera diferente su desocupación y aceptar el ofrecimiento. Se refuerza la adherencia al tratamiento cardiológico, que por momentos abandona, junto con la concurrencia a las sesiones de psicoterapia. Esta actitud revelaría una dificultad del paciente para sostener los cambios, por lo cual se podría afirmar que no hubo modificación sustancial de su estilo de vida.

De acuerdo a la bibliografía, actualmente los estilos de vida son uno de los factores de riesgo preponderantes en la prevención primaria y secundaria de enfermedades no transmisibles.

Se puede mencionar, a modo de ejemplo, que cuando el paciente retoma su actividad laboral, comienza a discontinuar su asistencia al tratamiento psicológico, y simultáneamente abandona conductas de autocuidado, no respeta horarios de descanso, abandona su dieta. El aumento de la ansiedad que probablemente le ocasionó su comportamiento, tal vez le haya provocado irritabilidad, con manifestaciones de ira, que se evidencian en el criterio de valoración de las otras personas que trabajaban con el y los enfrentamientos que se produjeron. También se distancia afectivamente de su cónyuge, establece vínculo afectivo con una empleada del mismo establecimiento comercial lo cual le aumenta el estrés. Finalmente el paciente interrumpe su proceso psicoterapéutico.

### **3.2 De la magnitud del problema de las enfermedades cardiacas**

Teniendo en cuenta la trascendencia del tema tratado, en el pasado se ha controlado la primera causa de mortalidad, enfermedades infecto-contagiosas, con campañas a nivel comunitario, gratuitas y de fácil acceso para la población. En la actualidad debiera encararse de forma similar las enfermedades cardiovasculares, debido a la modalidad silente, con síntomas aislados en que se presenta, determina que muchas veces no sea detectable, y no se le de la misma importancia que a las epidemias de otras épocas. Las cifras indican que hoy son la primera causa de muerte en la Argentina y en el mundo. Representaron en el año 2005 un 30% de la mortalidad mundial, y tres cuartas partes de las defunciones por enfermedades crónicas en los países en desarrollo.

Según los resultados de un estudio de la Fundación Cardiológica Argentina (2006), en la Argentina el 36,8% de la población mayor de 35 años sufre algún tipo de afección cardiovascular, siendo las principales la hipertensión arterial, las afecciones coronarias y los accidentes cerebrovasculares. Es la primera causa de muerte entre las mujeres, superando el cáncer de mama. Dentro de los factores de riesgo, el estrés ocupa un lugar determinante, seguido por la hipercolesterolemia, la hipertensión y el tabaquismo. Dicha tendencia se agravó desde la crisis económica del año 2001.

### 3.3 De los programas de prevención de enfermedades cardíacas. Necesidad de la Interdisciplina.

La detección y control de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, son medidas costo efectivas, aunque dichas medidas son poco empleadas en forma sistemática en la práctica cotidiana en nuestro país, donde las restricciones presupuestarias condicionan a ocuparse de las emergencias y sus consecuencias, más que de la prevención en salud.

Numerosas investigaciones indican que la tasa de reincidencia de un evento coronario es alta, razón por la cual es importante apuntar a la prevención secundaria. En este sentido, es necesario propiciar cambios de hábitos, de modo tal de adoptar conductas saludables que incluyan actividad física, dieta y farmacología cardíaca (Olivieri, 1999).

La prevención puede asumir tres modalidades : permanecer en salud sería la concepción más integral a la que debería apuntar la *prevención primaria*, a fin de evitar caer en la enfermedad.

La *prevención secundaria* incluye tratamientos específicos, necesarios para reconstruir los espacios que originaron la enfermedad, en el campo de la rehabilitación. Cuando la enfermedad se ha instalado en un grado sostenido, la actitud curativa ensaya todo un campo terapéutico más enérgico para que el paciente no agrave su estado y pueda mantener cierta organización psicosomática estable, a pesar de la cronicidad de su patología.

Aquí interviene la *prevención terciaria*, que aspira a que el paciente acepte sus limitaciones, valore sus posibilidades y genere cambios elaborativos para no comprender otros aspectos de su vida (Rinaldi, 2001).

De acuerdo a la actividad presencial que se desarrolló en ocasión de una pasantía institucional, el suscripto tuvo oportunidad de acceder a una experiencia de trabajo grupal en prevención secundaria con pacientes que habían sufrido un evento coronario con internación en la Unidad Coronaria de un Hospital privado de la Capital.

Un equipo de psicólogos del Servicio de Psiquiatría, administraba pruebas psicométricas a los pacientes internados. Una vez externados, luego de algunos meses, se los convocó a participar en un Grupo de Prevención Secundaria, de cuatro encuentros, de una hora y media de duración semanal. Los pacientes fueron invitados a acudir junto con sus cónyuges. En dichos encuentros se trabajó con técnicas de relajación por grupos musculares e imaginación, para aumentar la propioceptividad de su sintomatología, controlar frecuencia cardíaca y tensión arterial, al reducir la ansiedad.

A su vez se psicoeducaba a los pacientes y familiares sobre los cambios necesarios del estilo de vida, factores de riesgo, la importancia de la adherencia al tratamiento y los frecuentes cambios de comportamiento que se producen luego de estos eventos coronarios.

También se aumentaban los recursos para valorar situaciones de estrés en formas alternativas y para desarrollar estrategias funcionales de afrontamiento, aportando recursos y herramientas para un eficaz manejo de las tensiones.

Finalmente se volvían a tomar las pruebas psicométricas para medir ansiedad, estado de ánimo y autopercepción de calidad de vida, y se les mostraban indicadores fehacientes de cambios positivos, para alentar el sostenimiento del proceso de modificación de estilos de vida.

Es importante que, en la propuesta, tanto el terapeuta como el paciente asuman *roles activos* en el tratamiento; su valor terapéutico radica en el hecho que, al depositar responsabilidad en el paciente sobre su salud, se evita que el mismo se ubique en una posición pasiva de impotencia, con bajo control sobre las variables que afectan su salud.

El terapeuta informa al paciente en líneas generales los resultados de los tests, como automonitoreo y para concientizarlo de la necesidad de un cambio de su estilo de vida que baje los niveles de ansiedad y mejore su estado de ánimo.

De acuerdo a la presente propuesta, en cada uno de los encuentros grupales, de frecuencia semanal el primer mes, y luego en forma quincenal, de un máximo de 8 pacientes, se invitaría a un profesional médico, cardiólogo, nutricionista, kinesiólogo, en forma alternada. Cada encuentro se estructuraría de la siguiente manera: 10 minutos para técnicas de relajación e imaginación, 15 minutos para compartir experiencias sobre la aplicación de los recursos enseñados, 20 minutos a cargo de un profesional de alguna de las especialidades mencionadas, y el resto del tiempo, equivalente a 30 minutos a revisar estilos valorativos y de afrontamiento, para la reducción del estrés y manejo saludable de emociones negativas.

En base a esta experiencia, se podría destacar la importancia de complementar el proceso individual terapéutico descripto, con terapia grupal complementaria de similares características, ya que cumple la función de informar a los pacientes sobre su enfermedad, poniendo en su conocimiento que tienen plena responsabilidad en el cuidado de su salud y bienestar. Se brindarían conocimientos básicos sobre fisiología cardiovascular, sintomatología de la enfermedad coronaria, con énfasis en los factores de riesgo, tanto los clásicos como los psicosociales.

Además, los grupos psicoeducativos de autoayuda favorecen el armado de una trama social entre los pacientes, y se incrementa la sensación de apoyo social.

A efectos de complementar información sobre el tema, en base a una consulta realizada a médicos cardiólogos sobre la actividad grupal en prevención secundaria, los aportes recabados de informantes claves pueden sintetizarse de la siguiente manera:

1. Las reuniones deben estar a cargo de un coordinador terapéutico
2. El psicólogo debe integrar el staff de Cardiología y de Terapia intensiva, y recibir formación especializada en cardiopatías.
4. La terapia debe ser adecuada a la situación del paciente.
5. Se recomiendan terapias focalizadas y breves.

En el presente, a pesar de que abundante literatura de diversas líneas de investigación ponen de manifiesto la incidencia de dichos factores, en el campo de la práctica aún no se han implementado en nuestro país en *forma sistemática*.

En este contexto, y dado que existe -a veces- *baja adherencia a los tratamientos*, es fundamental la presencia de apoyo social o red vincular del paciente, que le presten el sostén necesario. Sostén entendido como el balance subjetivo entre lo que existe y se percibe como apoyo -alude a tener a quien recurrir y/o en quien pensar para sentirse reconfortado- y lo que existe y es percibido como estrés -alude tanto a los vínculos hostiles, exigentes o confusos como a la sensación de no tener a quién recurrir (Zukerfeld, 2005).

Para encarar este tema integralmente, no puede hacerse sino a través de la Interdisciplina.

Mucci, M. y Benaim, D. (2006) abordan el tema de la complejidad de la interdisciplinariedad, afirmando que ello supone un trabajo en red que no necesariamente pertenezca a la misma estructura organizacional, sintetizando el trabajo interdisciplinario en los siguientes aspectos:

Es efecto de los desarrollos científicos; se construye en la convergencia de los conocimientos; no demanda un mismo equipo o institución; respeta los límites del saber propio y los campos de conocimiento de los demás; interactúa sobre una realidad determinada desde la idea que una sola disciplina es insuficiente para abordarla.

La convergencia interdisciplinaria organiza un campo en que el objetivo común y el trabajo compartido tienen el sentido de compromiso y participación. Sin embargo, antes de abordar el trabajo interdisciplinario en Salud Mental, es necesario conocer la realidad asistencial que sobredetermina la forma de realizar la tarea (Mucci & Benaim, 2006)

La interdisciplina alude al intercambio, cooperación y competencia entre campos de especialización de disciplinas diferentes. Tal intercambio surge del supuesto de que es factible conocer, conjugar e integrar disciplinas afines, para devenir así en algo orgánico. Es una construcción cuya finalidad es abordar y entender una problemática. Es una estrategia que supone apertura recíproca, interacción y comunicación entre distintos campos, sin totalizar, imponer, reducir o sectorizar (Morín, E., 1983).

Por su parte, Alicia Stolkiner (1999) explica lo interdisciplinario apelando a la metáfora de compararlo con una orquesta, donde cada instrumento tiene su especificidad, pero al ejecutar la obra el público escucha un producto armónico.

Mucci (2004) describe que en un Hospital funciona un Dispositivo, donde las recorridas de la sala son conducidas por los jefes, acompañados por médicos de planta, residentes, médicos especialistas (infectólogo, oncólogo, clínico, nutricionistas, psicólogos, estudiantes de medicina y de psicología). Los integrantes están asociados en forma interdependiente de tal modo que constituyen una unidad compleja. Cada integrante influye sobre los otros por medio de pensamientos, afectos, vínculos, comportamientos, palabras, gestos y silencios. Según Mucci (2004) “(...) quienes trabajamos interdisciplinariamente, intervenimos (o interferimos) como visitantes en territorio ajeno”.

En cuanto a la actuación de los psicólogos, el desafío en dicho nosocomio consistió en no esperar la derivación – que casi no existía-, sino integrar las recorridas semanales de sala y trabajar con el paciente, sin asumir el papel de psicopatólogo, convivir con enfermedades, padecimientos, sufrimientos, pobreza y muerte. El valor de la integración consiste en mostrar perspectivas diferentes. El problema es encauzar la heterogeneidad y evitar la confrontación entre disciplinas. Este dispositivo sería imposible de sostener desde una concepción tradicional del rol “psi”. La apuesta consiste en crear condiciones para sostener una oferta

(Mucci, 2004). La *integración* supone cambios profesionales y personales. El encuadre se redefine desde la propuesta de brindar asistencia constante al enfermo quirúrgico al pie de la cama (Besada y cols, 2000).

Desde el enfoque terapéutico, dada la *multicausalidad de los factores* que intervienen en el desenlace de la enfermedad coronaria, se han incorporado distintos aportes teóricos para su abordaje. En ocasiones el lenguaje opera como *punto comunicacional*, y en otras establece barreras, que se han intentado salvar en el presente trabajo. Con independencia de los distintos términos que aparentemente aluden a cuestiones diferentes en las distintas escuelas teóricas, se ha encontrado denominadores comunes, que están sintetizados e integrados en el Modelo Integrativo Multidimensional de Corsi.

Se destaca la importancia de implementar un trabajo interdisciplinario, ya que así como es importante que los médicos incluyan en su trabajo con el paciente, aspectos psicológicos que mantienen los síntomas, también en un trabajo psicoterapéutico los pacientes tienen espacio para evacuar consultas e inquietudes respecto a áreas médicas, tales como monitoreo de los factores de riesgo, dificultades en el programa de actividad física y/o adherencias al programa nutricional. El psicólogo y el paciente pueden de este modo ejercer un rol más activo en la adopción de medidas saludables y reducción de factores de riesgo.

Es frecuente en la práctica encontrar dificultades en el trabajo interdisciplinario institucional, ya que muchos pacientes descreen en la psicología, y concurren al Servicio de Psicología por derivación médica, con ausencia de demanda voluntaria.

Cuando los médicos atienden a pacientes con enfermedades psicosomáticas, no está sistematizada la práctica de incluir a un psicólogo en el equipo tratante del paciente. Así, pareciera que no se consideran algunos factores de riesgo como la influencia de los estados emocionales en la sintomatología, tomando a la farmacología como única herramienta válida para el tratamiento de los pacientes, sin proveer un dispositivo eficaz para que el paciente sostenga las medidas de salud que debe implementar. Esta situación podría relacionarse con situaciones de confrontación y desconfianza mutua.

En este sentido es que se destacaría la importancia de un *rol activo* por parte del psicólogo como articulador en el seguimiento de adherencia a tratamiento, y control de conductas de autocuidado. Sin incursionar en el terreno médico, que no es de su incumbencia, el psicólogo contribuiría a que el paciente atienda aspectos de suma importancia. El psicólogo podría, además de los contenidos que habitualmente trata con el paciente, realizar psicoeducación, a

efectos de concientizarlo de la importancia de monitorear lo prescrito por el cardiólogo. La enfermedad cardíaca se presenta muchas veces de manera silenciosa, por lo que dichos factores consituyen aspectos centrales de alarma que deben controlarse.

De todos modos, la palabra interdisciplina está presente en congresos, literatura médica, ateneos, en el decir médico y de psicólogos, pero pareciera de difícil implementación en la práctica cotidiana.

Cabe preguntarse si una difusión amplia de los beneficios del trabajo en equipos interdisciplinarios, ya sea a través de ponencias experienciales en ateneos de la institución para médicos y psicólogos, y a través de actividades para la población general de extensión comunitaria, sean medidas posibles y efectivas. Tal vez sería importante considerar la inclusión en las facultades que enseñan ciencias de la salud, de una materia común a todas las disciplinas que instrumente protocolos para trabajo interdisciplinario, y constituya un lenguaje común para una mejor articulación de equipos de trabajo, estando su implementación sistematizada en determinados modos operativos.

En la práctica clínica, existen los desencuentros frecuentes entre médicos y psicólogos, ya que en ocasiones, los primeros ven al paciente como un organismo enfermo, sin reconocer su subjetividad, y por esta misma razón, están poco dispuestos a reconocer al psicólogo como un par posible en la tarea asistencial. Con frecuencia esta situación funciona como un obstáculo para poder pensar conjuntamente al paciente. De todos modos existen excepciones, como la que se verifica en el Equipo de Psicoprofilaxis quirúrgica integrado al Servicio de Cirugía general del Hospital mencionado por Mucci, al participar en las recorridas de sala, dando continuidad a la tarea (Uzorskis, 2002).

Además de abarcar al paciente en forma integral, el trabajo interdisciplinario constituye un factor protector de síndrome de burn-out de médicos y psicólogos, al funcionar como red de apoyo de los profesionales, mitigando el estrés resultante de lidiar con patologías.

Es importante no desatender aspectos psicodinámicos del individuo; si hace foco en la influencia de los vínculos en la salud psicofísica de las personas, la perspectiva sistémica y la psicología social, en un sentido macro, son las escuelas que más se han dedicado a investigar lo interpersonal; la influencia de los pensamientos en las emociones y cómo éstas influyen en las conductas es área de la psicología cognitiva, así como para determinados sujetos y situaciones, las técnicas con componente conductual parecerían ser las más efectivas.

### 3.4 De la realización del presente trabajo:

Se consideran cumplidos los objetivos planteados, en cuanto a investigar los aspectos psicológicos vinculados a la enfermedad cardíaca, en el seguimiento de un caso clínico que presenta las características descritas por autores mencionados en la bibliografía del trabajo.

La importancia del tema elegido radica en que la enfermedad cardiovascular es una patología multifactorial, que actualmente constituye en todo el mundo la principal causa de muerte, y además se presenta muchas veces en forma silenciosa y asintomática.

De acuerdo a las actividades presenciales desarrolladas en la residencia, de alcance limitado, la complementación entre el médico y el psicólogo, fundamental en el campo de la medicina psicosomática, no siempre se da de manera orgánica y sistemática. En virtud de lo precedentemente expuesto se considera que existe un desafío: arbitrar los medios para optimizar la articulación entre ambas disciplinas en los servicios médicos.

Como la mayoría de las enfermedades actuales, la patología cardiovascular se asocia con estilos de vida, hábitos difíciles de modificar. Es característico también que los pacientes cardíacos presenten baja adherencia a los tratamientos, por lo que es de suma importancia mantener la motivación en los pacientes y persistir en el trabajo que deben realizar.

En el caso clínico descrito, se puede apreciar que el paciente abandona el tratamiento psicoterapéutico, y el cuidado de su dieta y salud. En base a los resultados de numerosas investigaciones en cardiología, algunas de ellas mencionadas anteriormente, es altamente probable la reincidencia de un nuevo evento cardiológico cuando los pacientes presentan baja adherencia al tratamiento farmacológico y terapéutico, ya que las emociones juegan un papel importante en esta patología. Por tal motivo es que en este trabajo se intenta esbozar un conjunto de medidas *de aplicación simultánea*, integradas en un programa de aplicación en hospitales públicos y privados, con la intención de ofrecer un marco de mayor contención para los pacientes.

Existen numerosos enfoques, estudios, y medidas pero no se ha encontrado un programa nacional articulador de fácil acceso para la comunidad. En las instituciones se trabaja en ocasiones en la elaboración de programas que en la práctica no son llevados a cabo con consistencia y regularidad, desmotivando a los pacientes y en forma indirecta propiciando la interrupción del tratamiento.

El desafío será lograr que cada institución aplique un modelo de programa integrador de las distintas disciplinas, en forma simultánea y constante, de manera sistemática. La falta de

recursos materiales, como computadoras, donde los distintos profesionales vuelquen en una historia única las actualizaciones del estado de salud del paciente, y el escaso tiempo que los sistemas de salud conceden a cada consulta médica, obran en contra de que esta posibilidad se concrete en una práctica frecuente. Buscar alternativas que sorteen estas dificultades constituye un desafío: por ejemplo, contar con el aporte y participación del trabajo de residentes, pasantes y voluntarios, y organizar equipos de trabajo.

#### 4. BIBLIOGRAFÍA

- Alvano, S.(2006): Interfase Neurociencia – Psicoanálisis. *Sinopsis*, 22 (41), 11-15. Buenos Aires. APA.
- Beck, A, Freeman, A., Davis, A. & cols. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Beck, A., Wad C., & Mendelson, M. (2002): *An inventory for meaning depression*. New York: Springer.
- Belloch, A., Sandín & B., Ramos, F. (1995): *Manual de Psicopatología-Volumen 2*, 226-267: España: Mac Graw-Hill.
- Benyakar, M.(1996) Auscultando juntos el corazón: psicoterapia analítica de grupo del enfermo cardíaco y su pareja. *Claves en Psicoanálisis y Medicina* 6 (9): 57-64 y 6 (10): 94-102.
- Bermudez J.& Sanchez E. (1990). *Factores emocionales y enfermedad cardíaca*. Madrid: B. Sandín y J. Bermúdez Editores.
- Bulacio, J. (2004). *Ansiedad, estrés y práctica clínica*. Buenos Aires: Akadia.
- Calviño, T. (2005, 15 de Abril). *Cardiología/suplemento salud/psicología*. Recuperado el 15 de Mayo de 2007, de <http://www.devotomagazine.com.ar>.
- Castro Kubat, J. (1981). *Psicología del corazón*. Buenos Aires: CEA.
- Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace (2005). Recuperado el 15 de Mayo de 2007, de <http://www.editorialmedica.com>
- Chiozza, L. (2006). La relación psique-soma en la teoría psicoanalítica En A. Maladevsky (Ed). *Psicosomática*. Buenos Aires: Lugar.
- Comisión de Aspectos Psicosociales (2001). La relación entre corazón y emociones. *Revista Argentina de Cardiología* 69, Suplemento 1, 1-11. Buenos Aires: Stilcograf.
- Corsi, J.; Mucci, M (2005): *Psicoterapia integrativa multidimensional*. Buenos Aires: Paidós.
- Diccionario de la Real Academia Española (2001). *XXI Edición*: España: Espasa Calpe.
- Etchegoyen, H. (2006): Prólogo. En A. Maladevsky (Ed). *Psicosomática*: Buenos Aires. Lugar.

- Fernández Abascal E. (2003): Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares: *Psicothema* 15, (4), 639-645.
- Frasure, S. (1995). Depression following myocardial infarction. Impact on 6 month survival. *Psicocardio* 7(91), 999-1005. Buenos Aires: Comisión de aspectos psicosociales.
- Freud, S. (1894). *Cómo se genera la angustia*. Obras completas. Buenos Aires: El Ateneo.
- Freud, S. (1915). *Pulsiones y destinos de la pulsión*. Obras Completas. Buenos Aires: El Ateneo.
- Gala, F.C., Lupiani, M. Guillén, C., Gómez Sanabria, A. (2001) Intervención cognitivo-conductual en pacientes post-infarto de miocardio: *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace* 58/59, 5-10.
- Glick, I. (1999): *Tratamiento de la depresión*: Buenos Aires. Granica.
- Greenland, P. (2005). *Western electric study*. Universidad de Chicago. Colegio Americano de Epidemiología. Recuperado el 15 de mayo de 2007 de <http://www.clarin.com.suplementosalud>
- Guerrero, C. & Palmero, F. (2005): Percepción de control y respuestas cardiovasculares: *International Journal of Clinical and Health Psychology* 6 (1) 145-168.
- Halliday J. (1968). *Progresos en medicina psicosomática*. Buenos Aires: Eudeba.
- Hornstein, L. (2006): *Las Depresiones. Afectos y humores del vivir*. Buenos Aires: Paidós.
- Laham, M. (2006): *Escuchar al corazón. Psicología cardíaca. Actualización en psicocardiología*. Buenos Aires: Lumiere.
- Laplanche J. & Pontalis B. (1981). *Diccionario de Psicoanálisis*, 161-165. Barcelona: Labor.
- Laham, M. (2001). *Psicocardiología, abordaje psicológico del paciente cardíaco*. Buenos Aires: Lumiere.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1991) *Estrés y Perfiles de personalidad*. New York: Springer.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984): *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lerman, C. (2005): *Personalidades más proclives a las enfermedades cardíacas*. Hospital de Clínicas: Buenos Aires.
- Lolas Stepke F. (1989). *La perspectiva psicosomática en medicina*. Santiago de Chile: Ed. Universitaria.
- Mc Dougall (1982). *Alexitimia. Teatros de la Mente*. Tecnipublicaciones: Madrid.
- Mucci, M. (2004) Psicoprofilaxis quirúrgica. Una práctica en convergencia interdisciplinaria. Buenos Aires: Paidós.
- Mucci, M., Benaim, D. (2005): *Psicología y Salud. Calidoscopio de prácticas diversas.*: Psicodebate 6, 123-138. Universidad de Palermo. Buenos Aires.
- Olivieri, R.(1999). *Insuficiencia cardíaca*. España: Aulamagna.
- Organización Mundial de la Salud (1998): Informe sobre la salud en el mundo. *Salud*. Washington: OMS.
- Rinaldi, G. (2001) *Prevención psicosomática del paciente quirúrgico*. Buenos Aires: Paidós.
- Sivak, R. (1999). *Clínica de la vulnerabilidad*. Buenos Aires: Hospital Alvarez.

- Sivak, R. Wiater, A. (1997). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Sociedad Argentina de Cardiología (2005). XXXII Congreso. *Factores de riesgo*: Buenos Aires: SAC.
- Spielberger, C., Edwards, C. (1990). *STAIC. Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado*. Madrid: TEA.
- Stolkiner, S. (1999). *La interdisciplina entre la epistemología y las prácticas*, disponible en URL: <http://campopsi.com.ar/interdisciplina.htm>
- Tobal, J. (2004): Perfiles diferenciales de los trastornos de ansiedad. *Rev. Ansiedad y estrés. I* (1): 37-60.
- Urquijo, S. (2003). Variables psicológicas asociadas a las patologías isquémico-cardiovasculares. Un estudio de género: *Revista Federación Argentina de Cardiología* 32: 190-198. Buenos Aires: SAC.
- Uzorskis B. (2004) *Clínica de la subjetividad en territorio médico*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Velarde, E. Jurado, M. (2002) Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Artículos de Revisión. Salud Pública. Mex* 44: 448-463
- Vicario & Taragano (2002) La depresión y el corazón. Una relación insoslayable. *Revista Argentina de Cardiología. 70* (5), 411-416.
- Villariño y cols.(2006) Foro para un consenso de expertos. *Revista Federación Argentina de Cardiología* 36: 42-47.
- Wikinski, S. (2006): El tratamiento farmacológico de las depresiones en el contexto terapéutico. En L. Hornstein (Ed). *Las Depresiones. Afectos y humores del vivir*. Buenos Aires: Paidós.
- Zukerfeld, R. & Zukerfeld, Z. (2005): *Procesos Terciarios. De la Vulnerabilidad a la Resiliencia*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Zukerfeld, R. & Zukerfeld, Z. (1999). *Psicoanálisis, tercera tópica y vulnerabilidad somática*. Buenos Aires: Lugar Editorial.