



Factores psicosociales relacionados con las enfermedades cardiovasculares

Psychosocial factors related to cardiovascular diseases

Lic. *Vanessa Larrinaga Sandrino*¹, DrC *Edelsys Hernández Meléndrez*²

¹ Instituto de Cardiología y Cirugía cardiovascular. La Habana. Cuba.

² Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana. Cuba

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares se han mantenido en los últimos tiempos como la causa de mortalidad principal en muchos países desarrollados y en vías de desarrollo, esquema en que se sitúa Cuba. Son afecciones crónicas que pueden manifestarse de manera asintomática, susceptibles de ser detectadas y como enfermedad sintomática aún no diagnosticada. En el presente trabajo se examinan los factores de riesgo tanto exógeno como endógeno y la importancia del trabajo con el paciente en aras de realizar un diagnóstico exhaustivo de sus factores de riesgo.

Dentro de los factores de riesgo modificables se encuentran los de tipo psicosocial, donde la psicología como ciencia tiene un valor tanto desde el punto de vista diagnóstico como desde el punto de vista de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Se hace referencia al papel de los estados emocionales agudos, los estilos de afrontamiento, el apoyo social y otros factores dentro de los cuales se destaca la importancia de la búsqueda de adherencia terapéutica en el paciente.

Palabras clave: factores psicosociales, factores de riesgo, factores psicológicos, adherencia terapéutica

ABSTRACT

Cardiovascular diseases have been lately the main cause of mortality in many developed and in the way to develop countries; Cuba belongs to the latter. They are chronic ailments that may be manifested without symptoms, susceptible to be detected as a not-yet-diagnosed symptomatic disease. In this article, the endogenous and exogenous factors of risk are tested as well as the importance of the work with the patient in order to make a thorough diagnose of factors of risk.

Among the adjustable factors of risk are those of psychosocial type, where the psychology as a science is essential for diagnosing, promotion, prevention, treatment and rehabilitation. The role of the acute emotional states, confrontation styles, social support and other factors are referred to in this work as well as other factors which highlight the search of therapeutic adherence in the patient.

Keywords: psychosocial factors, factors of risk, psychological factors, therapeutic adherence.

Correspondencia: Lic. *Vanessa Larrinaga Sandrino*¹. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana. Cuba. Teléfono: 78386028.





Introducción

La enfermedad cardiovascular se caracteriza por tener una etiología multifactorial, los factores de riesgo cardiovascular se potencian entre sí y, además, se presentan frecuentemente asociados. Por ello, el abordaje más correcto de la prevención cardiovascular requiere una valoración conjunta de los factores de riesgo¹. Existen biomarcadores de riesgo, no modificables para la aparición de la enfermedad, incluyen características fijas del sujeto, como pueden ser la edad, el sexo y la historia familiar. A medida que un sujeto se va haciendo mayor, incrementa la probabilidad de sufrir una cardiopatía isquémica. En esta progresión, la edad en la que se produce mayor incidencia de enfermedades es entre los 50 y 65 años. En cuanto al sexo del sujeto, parece ser que los estrógenos tienen un papel protector para las mujeres, retardando la aparición de la enfermedad cuando ningún otro factor hace acto de presencia. Por lo tanto es más frecuente en el sexo masculino y las mujeres se mantienen protegidas sobre todo hasta el periodo de climaterio o menopausia; "...y en la misma dirección apuntan los datos acerca de que los bajos niveles de estudio incrementan el riesgo de sufrir enfermedades cardiacas. Solteros, divorciados y viudos presentan tasas mayores de enfermedad cardiovascular, parece que el matrimonio actúa como escudo protector sobre todo para el varón". (Pérez, 2009)

En relación con la historia familiar es posible que un sujeto tenga mayor riesgo de sufrir una enfermedad coronaria si algún progenitor posee un historial de enfermedad cardiovascular a una edad temprana.

Dentro de la clasificación de factores de riesgo susceptibles de ser modificados, se puede incluir la dislipidemia, la cual consiste o bien en una alteración del metabolismo de los lípidos (dislipidemia endógena), o bien está en función de la dieta (dislipidemia exógena). La hipertensión arterial es considerada como otro factor de riesgo primario modificable, se asocia con un mayor número de muertes debidas a enfermedades coronarias, cerebrovasculares, arteriopatía periférica e insuficiencia cardíaca y puede ser controlada con medicamentos, ejercicios físicos y una dieta saludable. La diabetes es la

enfermedad metabólica que se produce con más frecuencia en los seres humanos, provocando una mayor incidencia de aterosclerosis. Esta enfermedad se asocia con niveles altos de colesterol y triglicéridos, un decremento del colesterol-HDL, con la obesidad y la hipertensión. El hábito de fumar es otro factor de riesgo, puesto que se ha observado en diferentes estudios sobre enfermedades coronarias, una mayor incidencia de muertes en personas fumadoras que no fumadoras. También se incluyen en este grupo: el sedentarismo, como la ausencia de entrenamiento físico sistemático y de intensidad moderada y el sobrepeso u obesidad, acompañados estos de una dieta inadecuada, rica en grasa saturada. Se pueden considerar el hábito de fumar, el sedentarismo, la obesidad y la dieta inadecuada como factores que están relacionados con la autorregulación del comportamiento.

Se han estudiado recientemente los factores psicosociales que representan un riesgo para la enfermedad, uno de ellos y se podría considerar como el fundamental: el estrés psicosocial: "proceso de interacción entre el individuo y su entorno, que se produce cuando el sujeto evalúa determinadas situaciones ambientales como amenazantes o desbordantes de sus recursos, poniendo en peligro su bienestar. Este proceso se fija en emociones, en función de determinados componentes personales, especialmente de sus motivos centrales y de sus recursos y estrategias para afrontarlas." El estrés incontrolado es un factor que precipita la aparición de ansiedad y a largo plazo, la depresión. En 1981 la depresión pasó a ser considerada por la Sociedad Internacional de Cardiología como un problema post coronario. Estos tres estados se manifiestan como causa y efecto de la enfermedad cardiovascular, es decir, pueden precipitar la aparición de la enfermedad y la enfermedad en sí misma, puede generar estos estados.

"El equilibrio emocional, el apoyo social y familiar y la armonía en que un sujeto vive se convierten en un escudo para la salud física y también para la salud social. En este sentido, las reacciones ante el estrés, tanto por exceso como por defecto, se vuelven peligrosas para el sujeto que las practica. Si se afronta de manera adecuada el estrés y la reacción emocional se canaliza positivamente en la resolución de los problemas, el sujeto permanece sano, si



por el contrario, la reacción emocional se interioriza, por ejemplo, con depresión, o se exterioriza inadecuadamente, mediante la ira y la hostilidad, pueden aparecer problemas de salud, cáncer y alteraciones cardiovasculares, respectivamente”.

En la experiencia de estas investigadoras, se ha evidenciado que el estrés laboral tiene una fuerte incidencia para la aparición de enfermedades cardiovasculares, muchos de los pacientes son dirigentes, ocupando cargos políticos y administrativos, militares, amas de casa, cuidadores de personas con minusvalías. Existe muy poco aprovechamiento del tiempo libre y no se realizan actividades de relajación con sistematicidad, se trata de una desproporción entre las horas de trabajo y tiempo de descanso.

Entre la multitud de factores psicológicos que se pueden relacionar se encuentran varios tipos de personalidad asociados a las cardiopatías: Patrón A, Patrón H y Patrón D. en el caso del patrón A se dice que es una personalidad “procuradora de estrés”, reactiva y caliente; el Patrón H se caracteriza por el enojo y la hostilidad, y el Patrón D que tiene más tendencia a la depresión. En estudios recientes no se le da el mismo valor predictivo al patrón A de comportamiento, pues muchas de sus características son consideradas como buenos movilizadores del comportamiento (competitividad, responsabilidad), más bien se está haciendo énfasis en el Síndrome AHI (agresión, hostilidad e ira), se hace referencia a un término acuñado por la relación hallada entre la elevada incidencia de enfermedad cardiovascular y el número de sujetos clasificados como hostiles con tendencia a aislarse fácilmente y a reducir su activación emocional mediante conductas agresivas. No sólo con la incidencia de uno de estos factores sobre el sujeto propiciará la aparición de la enfermedad en sí, deben manifestarse de conjunto dos o más factores tanto los biológicos, sociales y psicológicos. En este apartado también debe tenerse en cuenta que la reducción de los factores de riesgo no solo se tiene en cuenta en la atención primaria, donde se hace hincapié en la percepción de riesgo de las personas y la modificación de conductas nocivas por conductas más saludables, sino que se trabaja en la prevención secundaria que es cuando ya está instaurada la enfermedad y se controlan las posibles recaídas.

En un Material docente para la Maestría en Psicología de la Salud en 2002, titulado: “Estados emocionales y estilos de afrontamiento en enfermos cardiovasculares” de E. Hernández Meléndrez se hace referencia a algunos conceptos fundamentales

Cuadro Externo de la enfermedad.

“Todo aquello que al médico le es posible obtener por los métodos de investigación que a él le son accesibles, incluyendo todos los métodos finos de análisis bioquímico e instrumental en el más amplio sentido de la palabra, todo aquello que es capaz de descubrir y fijar gráficamente mediante gráficos, curvas, radiogramas, etc.”

Cuadro Interno.

“Todo aquello que experimenta y vivencia el enfermo, toda la masa de sus sensaciones mórbidas y además su disposición general, su autoobservación, sus representaciones sobre su enfermedad, sobre sus causas, todo aquello que para el enfermo está relacionado con su visita al médico, todo aquel enorme mundo interno que consiste en combinaciones extremadamente complejas de sus percepciones, sensaciones, afectos, conflictos, vivencias psíquicas y traumas.”⁹

Los elementos de la naturaleza socio psicológica de la enfermedad cardiovascular permiten el análisis de los factores psicosociales que están relacionados con el ajuste o adaptación a la enfermedad y en su desenlace final si no se logra la recuperación. Tener enfermo el corazón tiene un impacto emocional importante para el paciente y la familia, el corazón es el que sentimos cuando amamos, nos asustamos, popularmente se le conoce como “la bomba” del cuerpo. Desde el mismo momento de la aparición de un síntoma y posteriormente la comunicación de un diagnóstico comienzan a emerger en el paciente y la familia estados movilizadores o paralizadores del comportamiento hacia la recuperación. En este sentido el papel del equipo multidisciplinario recobra importancia, en saber comunicar un diagnóstico que va cambiar la vida de varias personas. Implica para el paciente una pérdida del rol social, dependencia y angustia. Como parte de la atribución de la enfermedad aparecen interrogantes como: ¿Por qué me pasó esto a mí? ¿Qué me causó este problema? Problema que generalmente aparece de manera sorpresiva. Las reacciones ante lo inesperado son diversas en dependencia de la



sintomatología, gravedad, tratamiento y duración del tratamiento, asumiendo el rol de enfermo crónico. Muchos pacientes y familiares tienen la creencia de que la vida "terminó" después de un accidente cardiovascular por lo que se hace engorroso incorporarlos a un Programa de Rehabilitación Cardiovascular (PRC) y que permanezcan en él.

En ese momento se activan las redes de apoyo social, familia y amigos, ayuda del vecindario, grupos de apoyo, grupos de ayuda mutua, instituciones de la comunidad e instituciones de la sociedad. Los pacientes realizan evaluaciones sobre este apoyo tanto emocional como material. Se desarrollan procesos de sobreprotección, potenciación o entorpecimiento del afrontamiento a la enfermedad y la rehabilitación por parte de los actores en el apoyo social.

El afrontamiento es entendido como los esfuerzos cognitivos y conductuales desarrollados para manejar las demandas externas o internas evaluadas como excedentes de los recursos individuales. Los tipos de afrontamiento ante el debut de las enfermedades son: negación, búsqueda de información, búsqueda de apoyo, resolución de problemas concretos, preparación para las alternativas futuras, búsqueda de un significado para la enfermedad.

En relación con la adherencia terapéutica: comportamiento complejo con carácter de proceso conformado por una estructura y dinámica internas que integra: un componente personal, un componente comportamental propiamente dicho y un componente relacional en el que se encuentra implicado el profesional de salud, en las enfermedades cardiovasculares, "aunque numerosos estudios clínicos han demostrado que fármacos como el ácido acetilsalicílico, betabloqueantes, inhibidores de la ECA y estatinas pueden prevenir un segundo infarto de miocardio o nuevos episodios graves de angina de pecho, el 20% de los pacientes dejan la medicación en los seis meses siguientes a su evento cardíaco, según un estudio del Centro Cardiovascular de la Universidad de Michigan en Ann Harbor (Estados Unidos). En otra investigación, "a los seis meses se registraron estos porcentajes de abandono para los siguientes fármacos: 8% para aspirina, 12% para betabloqueantes, 13% para estatinas y 20% para los IECA. Los pacientes más jóvenes fueron más proclives a cumplir el tratamiento con ácido acetilsalicílico

y betabloqueantes que los enfermos de más edad. Ser hombres y haber sufrido insuficiencia cardíaca fueron factores asociados a una mayor adherencia a los IECA" ¹⁰

Para el programa de rehabilitación cardiovascular representa un reto que lo pacientes cumplan con todo el programa que incluye una fase de mantenimiento que es de por vida. Se han estudiado barreras para la adherencia al PRC: individuales (edad, sexo, estado psicológico, estado fisiopatológico, estilo de vida sedentario previo a su inclusión al programa, obesidad, percepción de daño o no generado por la enfermedad, nivel educacional), familiares (sobreprotección familiar, poca cooperación familiar), sociales (reincorporación laboral, factibilidad geográfica y en tiempo del programa, bajo nivel económico)

De acuerdo con lo antedicho se propone una línea de trabajo que contribuiría a solucionar el problema de la adherencia de los pacientes al PRC, factor de riesgo relacionado con la adaptación a la enfermedad y prevención secundaria. Se propone detectar en los pacientes insertados en el programa las posibles barreras para la no adherencia, y realizar actividades de orientación, informativas e intervenciones psicológicas individuales y grupales potenciando cambios comportamentales y percepción de riesgo; y darle seguimiento a los pacientes. De esa manera podría diseñarse una estrategia de intervención y elaborarse una prueba relacionada con la adherencia al PRC.

En la atención al final de la vida, la OMS, 2002-2004, se plantea: "cuidado activo integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas activas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. Su objetivo debe ser alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos son también aplicables en fases previas de la enfermedad. Desde la aparición de los primeros síntomas aparecen la incertidumbre y el miedo constante a la muerte.

La familia, al igual que la persona enferma, está en crisis, se pregunta por el resultado y el pronóstico, por los procesos y procedimientos diagnósticos o terapéuticos, presenta conflictos o comportamien-



tos de negación, racionalización, culpa, ira, desesperanza o, en ocasiones, somatiza. La ansiedad, el temor, la pérdida de control, el agotamiento físico y mental son respuestas normales a una situación estresante.

Conclusiones

Existen factores psicosociales que están relacionados con la aparición de las enfermedades cardiovasculares. Ellos actúan como condición de riesgo o propensión a enfermar.

Hay otros factores relacionados con el ajuste o adaptación a la enfermedad y en su desenlace final. Para que ese logre una recuperación oportuna, se hace necesaria la Intervención psicológica colaborando en el acortamiento de la estancia hospitalaria, entre ellos se encuentran: la desensibilización, que se logra informándole al paciente sobre su enfermedad y sus posibilidades de recuperación, relajación, técnicas sugestivas y persuasivas, incremento de habilidades sociales, reestructuración cognitiva, retroalimentación, y todas las técnicas que puedan ayudar en el control de las emociones y la adquisición de hábitos saludables, y la búsqueda de la adherencia terapéutica.

Referencias bibliográficas

1. Balaguer I. Control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en el mundo. *Rev Esp Cardiol* 2004; 57(6):487-494. http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/control_y_preveccion_de_enf_cv_en_el_mundo.pdf
2. Brotons C. Control de los factores de riesgo cardiovascular en atención primaria. ¿Controlamos los factores o controlamos el riesgo? *Med Clin (Barcelona)*. 2005; 124(11):415-416.
3. Hernández, E. Modelos de estrés psicosocial. Maestría Psicología de la Salud, 2013. Disponible desde: www.aulavirtual.sld.cu.
4. Crespo E, Benages S. Factores psicosociales de riesgo para la enfermedad cardiovascular. Disponible desde: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jf12/factores.pdf>
5. Pérez P. Capítulo 10: La intervención psicológica en la rehabilitación cardíaca. En: *Rehabilitación cardíaca integral*. Editorial Ciencias Médicas. La Habana; 2009. p 83 -92. Disponible desde: www.bvs.sld.cu
6. Hernández, E. Intervención psicológica en las enfermedades cardiovasculares. Edit. Universidad de Guadalajara. México, 2003. Pp 17.
7. Hernández E. Intervención en Psicocardiología. 2013. Disponible desde: www.aulavirtual.sld.cu
8. Hernández E. Estados emocionales y estilos de afrontamiento en enfermedades cardiovasculares. Material docente para la Maestría en Psicología de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. 2002.
9. Luria RA. Cuadro interno de la enfermedad y patologías iatrógenas, Moscú. 1982.

10. Hernández, E. Intervención psicológica en las enfermedades cardiovasculares. Edit. Universidad de Guadalajara. México, 2003. Pp 48-53
11. Martín L. Adherencia al tratamiento. 2013. Disponible desde: www.aulavirtual.sld.cu
12. Eagle K et al. Adherence to evidence-based therapies after discharge for acute coronary syndromes: an ongoing prospective, observational study. *American Journal of Medicine* 2004;117:73-81
13. Álvarez J. Adherencia a los programas de Rehabilitación cardíaca. Ponencia en Congreso Internacional de Rehabilitación Cardíaca y Prevención Secundaria. España, 2009.
14. Acosta J. Factores psico-sociales y enfermedad cardiovascular en la crisis. Disponible desde: <http://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeDieciseis/Articulos/articulocardiologyacrisis/ArchivosPDF/articulocardiologyacrisis.pdf>
15. Grau J. Atención al final de la vida: generalidades. 2013. Disponible desde www.aulavirtual.sld.cu
16. Uribe MT, Muñoz C, Restrepo J. Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular. *Invest Educ Enferm* 2004; 22 (2): 50-61.

Recibido: 09-10-2016

Aceptado: 20-11-2016

