

El paciente con afección coronaria en sus aspectos psicosociales

Por el Dr:

Dr. RICARDO GONZALEZ Y MENENDEZ¹¹

González y Menéndez, R. *El paciente con afección coronaria en sus aspectos psicosociales*. Rev Cub Med 15: 2, 1976.

Se plantean los criterios actuales, producto de las tres líneas fundamentales de investigación, sobre la repercusión de los factores psicosociales en el paciente con afección coronaria. Se valoran estos factores al estudiar un paciente egresado por infarto del miocardio, seleccionado al azar; se discuten los mecanismos que explican la afección de sus tres niveles: biológico, psicológico y social.

INTRODUCCION

Ochenta años atrás *Osler*¹ señaló que la herencia, la dieta rica en grasas y, sobre todo, las preocupaciones de la vida moderna, eran las principales causas de las afecciones coronarias. Posteriormente, muchos estudiosos han dirigido sus esfuerzos investigativos a valorar los factores psicosociales en la enfermedad coronaria aterosclerótica (ECA).

Tres líneas fundamentales de investigación han sido desarrolladas: una encaminada a valorar la importancia de la tensión emocional en el desarrollo aterosclerótico, otra que persigue correlacionar la aterosclerosis coronaria con características específicas de la personalidad y una tercera que explora la importancia de la tensión emocional aguda en la precipitación del accidente isquémico.

La tensión emocional en el desarrollo de la aterosclerosis coronaria

Trabajos de Friedman, Wertlake,¹ Thomas mas,⁴ Grunsky,⁵ Dreyfuss,¹¹ Peterson,⁷ Gottschalk⁶ y Sletten sugieren una estrecha relación entre el nivel de tensión emocional y los lípidos plasmáticos. Estas investigaciones, realizadas a personas con diferentes situaciones de tensión (estudiantes en exámenes, contadores en época de tensión laboral, personas en condiciones experimentales de tensión y agresividad) muestran resultados similares que pueden resumirse en la evidencia de estrechas correlaciones entre la ansiedad y el nivel de colesterol, ácidos grasos y lipoproteínas; los ácidos grasos libres son, aparentemente, la fracción lipídica que más aumenta su nivel en sangre ante la tensión emocional. Los autores no encontraron relaciones significativas entre la agresividad y el nivel de lípidos en sangre.

¹¹ Instructor de psicología y psiquiatría. Escuela de Medicina de la Universidad de Oriente. Jefe del departamento de psiquiatría del hospital "Ambrosio Grillo".

	Herencia positiva	Dieta rica en G	Tensión laboral	Obesidad	Más de 30 cig.	Ejercicio
Grupo ECA	67%	53%	91%	26%	70%	58%
Grupo control	40%	20%	20%	20%	35%	60%

El autor concluye que el factor más importante parecía ser la tensión laboral.

Lapicciarella atribuye a las costumbres pastorales y patriarcales la baja incidencia del infarto en los camelleros de Somalí a pesar de la dieta muy rica en grasa animal (5 litros de leche de camella diariamente), y considera que el tipo de vida, carente totalmente de tensiones explica dicho fenómeno. Razonamientos inversos explican la mayor frecuencia de infarto en áreas urbanas y culturas competitivas como la occidental, lo que se ha demostrado experimentalmente en el zoológico de Filadelfia, que el aumento de la población animal en dicha institución aceleró notablemente el desarrollo aterosclerótico en las aves, a pesar de haberse mantenido iguales las restantes condiciones, como dieta, especies mostradas, guardadores, etc.^{12,13,14}

Mundialmente es aceptado que la tensión emocional mantenida es un importante factor aterogenético.

Relación entre el infarto y características específicas de la personalidad.

Tres líneas de pensamiento han sido planteadas: una seguida por Flanders Dumbbar¹⁰ y Friedman y Roseman,¹¹ que establece la relación entre la ECA y los rasgos definidos de la personalidad; otra, derivada de los trabajos de ..Menninger⁷ y Alexander,⁵ establece que la relación se produce con conflictos específicos que el paciente maneja, y la tercera propone que ambos, perfil de per

sonalidad (rasgos específicos) y conflicto, juegan papeles equivalentes **Arlow**

Los rasgos de personalidad que han sido planteados como específicos en el paciente con afección coronaria son: su planificación de carreras, su adherencia a una misma ocupación, donde se desenvuelven como trabajadores infatigables, disciplinados, puntuales, responsables, exigentes con ellos mismos y con los demás.

Aunque un importante porcentaje de pacientes con infarto presenta estos rasgos caracterológicos, la mayoría de los autores consideran poco aceptable el criterio específico que delimita este perfil y considera que cualquier personalidad determinante de ansiedad mantenida jugaría el mismo papel etiopatogénico y se reflejaría en la vida laboral con autoexigencia, ambición, disciplina y productividad como recursos psicológicos para compensar la inseguridad y derivar por vía motora la ansiedad; el trabajo se constituye en elemento fundamental de adaptación en estos sujetos.

Los autores que dan mayor énfasis al tipo de conflicto, plantean que el más frecuente estaría representado por tendencias agresivas y competitivas dirigidas hacia el padre y desplazadas, posteriormente, al medio social.

La tercera corriente, de enfoque conciliatorio entre las hipótesis expuestas anteriormente, señala que el conflicto con el padre lleva a la determinación de rasgos definidos en la personalidad, que siguen el patrón arriba descrito.

La tensión emocional aguda en el desencadenamiento del infarto.

Aunque popularmente se considera la tensión emocional aguda como principal desencadenante del infarto del miocardio, los investigadores no están perfectamente de acuerdo en este aspecto y se considera que esta línea de correlación entre los factores psicosociales y el infarto es la menos consistente. Así, autores como *Weiss*²⁰ informan la tensión aguda en 21 de 43 casos estudiados, mientras que *Fitzhugh*,²¹ comunicó la existencia de este factor en 13 de 100 casos fatales estudiados y *Applebaum*²² lo encuentra como precipitante en sólo 16 de 888 casos estudiados. *Jarviner*²³ observó, sin embargo, que algunos pacientes sufrían oclusión coronaria durante los pases de visita y consideró la tensión emocional como responsable principal de dicha coincidencia.

En general, se considera que los factores psicosociales juegan un importante papel en esta enfermedad, y que la ansiedad mantenida, su manifestación en la vida laboral, la utilización del trabajo como vía de derivación de la angustia y la significación de las noxas psicosociales en el desarrollo, desencadenamiento y evolución (determinando frecuentemente *status* anginosos y mayor sensación de invalidez) deben ser tenidos siempre en cuenta por el médico integral. Pero veamos ahora la importancia de estos factores en un paciente consciente de su patología y utilicemos para ello, la exploración psicosocial de un paciente elegido al azar entre los egresados de una sala de medicina de nuestro hospital:

S.G.I. Paciente de 52 años de edad, del sexo masculino, y la raza blanca; casado. Nivel de escolaridad: segundo año de bachillerato, radiotelegrafista.

Visita domiciliaria

Somos recibidos por el paciente y su esposa, quien en breve tiempo aporta elementos suficientes para ser diagnosticada como un deterioro esquizofrénico; dicha patología le permite expresar, durante una corta intervención,

que su esposo siempre había querido subir, subir, subir y que su meta de siempre fue llegar a ser jefe de aeropuerto. Sergio nació en un pequeño pueblo de Matanzas, 52 años atrás, su padre era obrero tabaquero y su madre ama de casa. El parto ocurrió en el domicilio y fue normal; no refiere afecciones de importancia en la primera infancia. En la escuela fue disciplinado y se destacaba por sus buenas notas, no repitió grados y estaba en segundo año de bachillerato cuando el padre abandonó el hogar, dejando sobre sus hombros la responsabilidad de mantener a la madre y dos hermanos pequeños. Esta experiencia determinó un cambio radical en la personalidad de nuestro paciente, desde entonces apareció un nuevo sentido de la responsabilidad y notable resentimiento hacia el padre, que expresa en la entrevista, al referir que sólo se reconcilió con aquél después de muerto "por la misma enfermedad que yo padezco". Después de la adolescencia, aparecieron en Sergio, rasgos de personalidad como la ambición (desde muy joven se trazó la meta de tener casa y automóvil, después la de superarse en el trabajo y posteriormente la de superar a sus hijos), la cautela y la duda (siempre meditó bien sus pasos por la necesidad de sentirse seguro, y en la época pasada, cuando pendía sobre él la amenaza del desempleo, había preparado un plan de acción por si ello ocurría); estas actitudes expresaban un sentimiento básico: la inseguridad.

Desde el comienzo de su vida laboral, como mensajero de farmacia, llamó la atención por su puntualidad, responsabilidad, buen trato, rapidez y capacidad extraordinaria de trabajo. Un tío lo llevó al aeropuerto como barrendero y cinco años después era el jefe del departamento de radiotelegrafía. Desde entonces, su capacidad organizativa y actitud ante el trabajo, lo hicieron ocupar cargos de responsabilidad en la misma empresa.

Sergio se casó hace 23 años y tiene dos hijos: José (22 años, soltero, estudia ingeniería) y Marta (20 años, casada, estudia arquitectura). Considera que nunca ha sido feliz y que la única mujer que amó fue la primera novia. Su esposa ha estado ingresada en tres ocasiones por afecciones psiquiátricas; él no tiene la menor noción de su deterioro y atribuye su descuido en la limpieza y brotes de agresividad verbal hacia él y su familia, a que ha dejado de quererlo. A pesar de ello, mantiene su matrimonio a toda costa, pues él piensa que sus hijos no deben sufrir las consecuencias de un divorcio. Su única recreación es la lectura; niega creencias religiosas y está integrado políticamente.

Actitud ante la enfermedad

En respuesta a preguntas especiales señala que siempre tuvo tendencia a preocuparse por las enfermedades; se angustió mucho cuando ingresó en la misma sala en que falleció su padre por un infarto.

Un compañero de trabajo presentaba síntomas similares a los suyos, fue ingresado y unos meses después falleció. Le dijeron que tenía un infarto. El sabe que lo suyo también es un infarto, pues lo ha leído en las órdenes de análisis. Dice que está "herido de muerte". Considera que su enfermedad consiste en que se obstruya la arteria por donde sale la sangre del corazón. Piensa que ya nunca será como antes y ha apreciado que siente dolor cuando tiene relaciones sexuales. "Ya ni eso puedo hacer. Creo que estoy muerto en vida, pues me han dicho que no puedo tener emociones, y si un hombre no puede tener emociones, deja de vivir". Lo más difícil de su hospitalización fue hacer reposo absoluto y defecar en la cuña. Ahora le resulta muy molesto mantenerse en la casa; quisiera trabajar lo antes posible para ver si se siente mejor.

Lo anteriormente expuesto nos permite valorar los aspectos psicosociales en la

etiopatogenia de la enfermedad y en la situación de *aquí y ahora* de un paciente con afección coronaria en nuestro medio. Veamos brevemente ahora, los mecanismos en que se fundamenta la importancia de dichos factores. La vía corticohipotalamohipofisaria es la responsable directa del incremento del nivel lipídico en sangre, en situaciones de tensión mantenida,²⁴ por lo que se considera que la constricción por influjos simpáticos, de los *vasa vasorum*,²⁵ y el bloqueo de las catecolaminas, que determinan en el proceso de oxigenación de las paredes coronarias, son los factores determinantes de la disfunción metabólica arterial que facilita el depósito de grasa subendotelial. Por otra parte, el incremento plaquetario con el consiguiente aumento de la viscosidad sanguínea^{20,27} y la disminución del tiempo de coagulación, mecanismos bajo el control simpático con que está equipado el hombre para enfrentar situaciones de emergencia y evitar sangramientos, se ponen en marcha ante situaciones de tensión y juegan también cierto papel facilitador del accidente isquémico. La ansiedad, además, aumenta por vía simpática la frecuencia cardíaca, y con ello la necesidad de oxígeno del miocardio, en tanto que el incremento catecolamínico bloquea los procesos de oxigenación del músculo cardíaco,²⁸ lo que hace más dramática la deficiencia irrigatoria. Finalmente, la tensión emocional, por vía indirecta, puede conducir a la obesidad por incremento del apetito, a la hipertensión y al consumo excesivo de tabaco, factores conocidos como facilitadores de riesgo coronario.

CONCLUSIONES

No existe duda en cuanto al hecho de que el paciente con afección coronaria es afectado, en gran medida, en sus tres niveles, biológico, psicológico y social y que su rehabilitación sería imposible sin una programación integral.

SUMMARY

González y Menéndez R. *Psychosocial aspects of patients with coronary heart disease*. Rev Cub Med 15: 2, 1976.

Current criteria resulting from the three main research approaches— on the impact of psychosocial aspects on patients suffering from coronary heart disease are presented. These factors are assessed when studying a randomly-selected discharged patient who had a myocardial infarction. The mechanisms that explain the impairment of his biological, psychological and social levels are discussed.

RESUME

González y Menéndez, R. *L'aspect psychosocial du patient avec affection coronarienne*. Rev Cub Med 15: 2, 1976.

Produit des trois lignes fondamentales de recherche, les critères actuels sur la répercussion des facteurs psychosociaux sur le patient avec affection coronarienne sont exposés. Ces facteurs sont valorisés lors de l'étude d'un patient atteint d'infarctus du myocarde choisi au hasard. Les mécanismes qui expliquent l'altération des niveaux biologique, psychologique et social sont discutés.

FE3KME

роНЗажієз н МеНеНдез Р. ЕОЛННОУ короНарННМ поракеНнеМ в своих психосо- **mzrajiBHHx**
acneKTax . Rev Cub Med 15:2,1976.

JaffiTCH BCe COBpeM€HHHe KpHTepa.B COBZCHMOCTH OT Bce Tpa OCHOBHUX HCC-
jiefIOBaHira o BjmsiHra ncuxoconnaJiBHNX ifaKTopoB Ha tiojitHoro KO poHapHNM no
pa*eHHeM . HaeTCH OTHeHKy CTHX \$aKTopoB npn oOcjieaoBaHKH y ofiHoro na— rmeHTa
BHnymeHHH nocjie^enaH HHiJnpKTa MHOKap,ua .oticyamajin MexaHH3MU
oObfiCHHmoie H3MeHeHra ex oHOJiorEraeCKKfi ,ncKxoixorir^iecKañ n conKajn>HH8
ypoBHefi

BIBLIOGRAFIA

1. Osler, W. Lectures on angina pectoris and allied states. NY State J Med 4: 224, 1896.
2. Friedman and Fioseman. Changes in the serum cholesterol and blood clotting time in men subjected to cyclic variation of occupational stress. Circulation 17: 852, 1958.
3. Wertlake, et al. Relationships of mental and emotional stress to serum cholesterol levels. Proc Soc Exp Biol Med 97: 163, 1958.
4. Thomas, C. et al. Further studies on cholesterol levels in the Johns Hopkins Medical Students. The effect of stress at examinations. J Chronic Dis 8: 661, 1958.
5. Grunsky, et al. Relationships of periodic mental stress to serum lipoprotein and cholesterol levels. JAMA 171: 1794, 1959.
6. Dreyfuss, et al. Blood cholesterol and uric acid of healthy Medical Students under the stress of an examination. Arch Int Med 103: 708, 1959.
7. Peterson, J. et al. Fluctuating changes in serum cholesterol concentration. Effects of the anticipation of stress. Circulation 25: 789, 1962.
8. Gottschalk, L. et al. Studies of relationships of emotions to plasma lipids. P.M. Vol. XXVII, 2, 4, 1965.
9. Sletten, I. et al. Blood lipids and behavior in mental Hospital patients. P.M. Vol. XXVI, 3 June 1947.
10. Flussek, H. Role of heredity, diet and emotional stress in coronary heart disease. JAMA 171: 503, 1959.
11. Lopiccirella, V. et al. Enquete clinique biologique et cardiographique parmi les tribus nomades de Somalie qui se nourrissent seulement de lait. Bulletin de L'organisation Mondiale de la Sante 27: 681, 1962.
12. Flatcliffe, H. et al. Changes in the character and location of arterial lesion in animals and birds in the Philadelphia Zoological Garden. Circulation 21: 730, 1960.
13. Myanikow, A. Influence of some factors on development of experimental cholesterol atherogenesis. Circulation 17: 99, 1958.
14. Whley, H. et al. Blood lipids clotting and coronary atherosclerosis in rats exposed to

- a particular form of stress. *Am J Physiol* 197: 396, 1959.
15. *Dumbar, F.* Psychiatry in the medical specialties. Mac Graw Hill, 1954.
 16. *Friedman and floseman.* Associations of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *JAMA* 169: 1286, 1959.
 17. *Menninger, K. and Menninger, W.* Psycho-analytic observations in cardiac disorders. *Am Hearth J* 11: 10, 1936.
 18. *Alexander.* Psychosomatic Medicine. Norton. New York, 1950.
 19. *Arlow, J.* Identification mechanisms in coronary occlusion. *P.M.* 7: 195, 1945.
 20. *Weiss, E. et al.* Emotional factors in coronary occlusion. *Arch Int Med* 99: 628, abril 1957.
 21. *Fitzhugh, C. et al.* Coronary occlusion and fatal angina pectoris. *JAMA* 100: 475, 1963.
 22. *Applebaun, I. et al.* Myocardial infarction: A clinical review of 888 cases. *5 Newark Beth Israel Hosp* 6: 305, 1955.
 23. *Jarviner, V.* Can reunds be a danger, to patients with myocardial infarction. *Br Med J* 1: 318, 1955.
 24. *Bogdonef, M. D., Estes, E.* Psychophysiological studies of fat metabolism. Read before the fortieth annual session A. C. of Physicians, 1959.
 25. *Page, I.* Atherosclerosis. A commentary. *Fed Prof* 18: 47, 1959.
 26. *Sharnoff, J.* Stress causes platelet rise key to post op clots. Reported in *Med Nos* from meeting of Am Soc Clin Pathologic.
 27. *Heyer, et al.* Alterations in form of the electrocardiogram in patients with mental disease. *AMJ Med* 214-23, 1947.
 28. *Wilhelm, R. et al.* Cardiovascular sympathetic tone and stress response related to personality patterns and exercise habits. *Am J Cardiol* 16 42-53, jul. 1965.