

# Estrés psicosocial y baja resiliencia. Un factor de riesgo para hipertensión arterial. Relaciones entre la hipertensión arterial y psicoanálisis

CARLOS SZTEJFMAN<sup>MTSAC, MTSOLACI, 1</sup>

*“Cuando una enfermedad ocurre en forma masiva, refleja problemas de la cultura”*

WIRCHOW (1821-1902)

Así comienza la introducción del trabajo de la Dra. Costa de Robert y colaboradores. (1)

Contemporáneo de Wirchow, Sigmund Freud (1856-1939) aborda el tema de la cultura en la que sin dudas es su obra maestra, “El malestar en la cultura”, aparecida en 1930. (2)

Allí enumera tres fuentes del sufrimiento humano: una interna, vinculada a nuestro cuerpo condenado a la decadencia y la aniquilación, otra externa, la naturaleza, capaz de encarnizarse con fuerzas destructoras implacables, y una tercera, relacionada con el trabajo que comento, nuestra insuficiencia para regular las relaciones sociales.

Enfatiza que el sufrimiento que emana de esta última fuerza es más doloroso que cualquier otro. Y veremos cómo este sufrimiento se enlaza con el estrés psicosocial al que refieren los autores del trabajo.

Por otra parte, la palabra es el eje fundamental de nuestra vida de relación, de nuestra interacción con la sociedad y la cultura. Y la palabra en la entrevista médica aparece rodeada de dudas, miedos, ansiedades, temores, etc.

Dentro de las palabras médicas, hipertensión es indudablemente una de las más claras y contundentes respecto de la relación soma-psíquica.

Y como el psicoanálisis hace de la palabra el resorte fundamental del tratamiento, a un paciente que viene a consultarme por hipertensión, tanto en mi carácter de cardiólogo intervencionista como de psicoanalista le preguntaría: ¿A qué lo remite la palabra hiper-tensión?, separando bien los dos componentes de la palabra, para iniciar una consulta abierta a conocer los aspectos psicosociales de su malestar que se expresan en cifras aumentadas de su tensión arterial.

Es sorprendentemente grato a mi entender el trabajo de Costa de Robert y colaboradores, sobre todo si tenemos en cuenta que en el Consenso de Hipertensión Arterial de nuestra Sociedad Argentina de Cardiología se menciona sólo una vez la palabra estrés, difusamente se habla de aspectos psicosociales y no figura la palabra resiliencia. (3)

Sorprendente y despertador, a mi juicio, porque si bien como se menciona en el consenso respecto de terapias para disminuir el estrés, “no existen datos de estudios con mayor poder estadístico que avalen la utilización de estas técnicas”, como dice J. D. Nasio (médico-psicoanalista argentino radicado en Francia), “el cuerpo en general y la lesión de órgano en particular son exactamente correlativos a la aparición del instrumento hecho para detectarlas o de los medicamentos destinados a tratarlas”. (4)

Resiliencia procede del latín *resilio* (*re-salio*), que significa volver a saltar, rebotar, reanimarse. Se utiliza en ingeniería civil y en metalurgia para calcular la capacidad de ciertos materiales de recuperarse, de volver a su posición original cuando han soportado ciertas cargas o un factor que los ha deformado.

En medicina, resiliencia es un concepto que nace de la psiquiatría infantil para describir el comportamiento de niños que han tenido desarrollos adaptativos exitosos, pese a condiciones de contexto muy adversas que predecían lo contrario. Posteriormente se extiende a sujetos de cualquier edad en distintas condiciones contextuales y así aparece en el trabajo que nos ocupa.

El líder internacional en el desarrollo del paradigma de resiliencia es Boris Cyrulnik, quien sostiene que la resiliencia es suma de lo innato y lo adquirido y que la posibilidad de desarrollo resiliente depende de un temperamento personal, una significación cultural y un sostén social. Es la capacidad que desarrollan algunos seres humanos de sobreponerse a los traumatismos psicológicos y las heridas emocionales más graves, como duelo, violación, tortura, deportación, guerra, violencias tanto físicas como psíquicas o morales. (5)

Por otra parte, el concepto de resiliencia se contrapone al de vulnerabilidad. A mayor resiliencia, menor vulnerabilidad, como se demuestra en el estudio.

La vulnerabilidad somática es para la medicina y el psicoanálisis la probabilidad de respuestas disfuncionales (hipertensión arterial) y comportamentales frente a factores de estrés o condiciones de adversidad.

La resiliencia, por otra parte, no es inmodificable; la escala utilizada por los autores demuestra que puede mejorar con tratamiento medicamentoso y/o psicológico.

<sup>MTSAC</sup> Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cardiología

<sup>MTSOLACI</sup> Miembro Titular de la Sociedad Latinoamericana de Cardiología Intervencionista

<sup>1</sup> Maestría AEA de Psicoanálisis para Graduados

Por lo tanto, ¿podemos hacer que un sujeto vulnerable, hipertenso, se torne resiliente, normotenso? ¿Cómo? ¿Actuando sobre qué factores?

El estrés, o síndrome general de adaptación, fue descrito por Seyle como el conjunto de síntomas y signos que ocurrían en organismos que tenían que sostener una lucha que, si se prolongaba en un máximo de alerta, desembocaba en la enfermedad general de adaptación.

Para las teorías cognitivas, es una respuesta a una cognición o estimulación amenazadora que consiste en incrementar la activación de un organismo más rápidamente que su capacidad de adaptarse para atenuarla.

Ante una situación amenazadora, el organismo se adapta a través de varios ejes, a saber: psicofisiológico, psicoendocrino, conductual y psicoinmunológico.

Todos sufrimos exigencias y presiones del medio ambiente y/o de nuestro mundo interno.

Ahora bien, frente a estas exigencias internas y externas, tenemos que ver los recursos disponibles que determinan el grado de resiliencia-vulnerabilidad.

Estrés con connotaciones negativas para la salud es distrés y puede conducir a disfunciones, diferentes trastornos, enfermedades y muerte, mientras que estrés con connotaciones positivas para la salud es euestrés y es una forma básica de motivación.

Más allá de los elementos que caracterizan al estrés como idea de excitación que operaría desde el mundo externo, desde el psicoanálisis se sostiene que hay una cantidad de afectos no procesados psíquicamente (fallas primarias vinculares, fallas en la constitución del yo, traumas infantiles) que pueden actuar desde el interior del individuo como incrementadores de excitación que desborda la capacidad psíquica con descarga de angustia difusa, depresión, vacío y todo tipo de manifestaciones somáticas.

Con mucho criterio, los autores revisan y toman los criterios del INTERHEART, estudio categórico respecto de la vinculación del estrés y la enfermedad cardiovascular, en este caso, el infarto. (6)

Las conclusiones del estudio INTERHEART muestran que el estrés laboral, en el hogar, financiero y los eventos estresantes en el pasado año se asociaron con un riesgo mayor de infarto agudo de miocardio.

Recientemente se ha publicado el INTERSTROKE, que como el mencionado INTERHEART es un estudio mundial desarrollado para establecer la asociación de factores de riesgo conocidos y otros emergentes con *strokes* isquémicos y hemorrágicos. (7)

Sus hallazgos muestran consistentemente que la historia de hipertensión arterial es el mayor factor de riesgo para el evento *stroke* y que el estrés laboral y doméstico (estrés psicosocial para los autores), como la depresión, están asociados con un riesgo mayor de *stroke*.

Luego de la aparición de estos dos estudios, de los que claramente surge que los factores psicosociales se asocian con mayor riesgo de infarto y *stroke*, es impensable no considerarlos, evaluarlos e intentar modificarlos no sólo en los pacientes hipertensos, sino en todos aquellos que consulten por una patología cardiovascular.

Los resultados del trabajo de Costa de Robert y colaboradores no se ajustan al objetivo de detectar si la baja resiliencia sumada a estrés psicosocial crónico produce daño subclínico en órganos blanco. Probablemente, como adelantan, se evaluará en un próximo trabajo. La determinación del percentil 25 del normal como valor de resiliencia baja es de los autores y está sujeta a críticas.

La muestra es pequeña pero la población potencial, la sencillez de los datos a recoger y de los cuestionarios hace muy fácil extender el número de pacientes en futuros trabajos que le darían mayor peso estadístico.

Los datos preliminares encontrados así mencionados por los autores son de gran valor clínico.

El estrés psicosocial crónico y la resiliencia deberían formar parte de los datos a recoger en toda entrevista a un paciente hipertenso.

En todos los pacientes en los que encontremos la asociación de estrés psicosocial crónico y resiliencia disminuida, la consulta a un profesional de salud mental es perentoria.

Recordemos que la resiliencia es modificable y que una de las armas más importantes para aumentarla es el sostén social. La palabra médica adecuada, luego de una escucha atenta, es el primer sostén con el que cuentan los pacientes.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Costa De Robert S, Barontini M, Forcada P, Carrizo P, Almada L. Estrés psicosocial y baja resiliencia, un factor de riesgo para la hipertensión arterial. *Rev Argent Cardiol* 2010;78:425-31.
2. Freud S. Obras completas. El malestar en la cultura. 1930. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
3. Consejo Argentino de Hipertensión Arterial "Dr. Eduardo Braun Menéndez". Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso de Hipertensión Arterial. *Rev Argent Cardiol* 2007;75(Supl 3).
4. Nasio JD. Los gritos del cuerpo. Psicósomática. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1996.
5. Cyrulnik B. La maravilla del dolor. El sentido de la resiliencia. Barcelona: Editorial Granica; 2001.
6. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, Blackett KN, Sittithi-amorn C, Sato H, Yusuf S; INTERHEART investigators. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364:953-62.
7. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al; INTERSTROKE investigators. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet* 2010;376:112-23.