

Factores de riesgo psicológico en cardiología

JULIO PRZYBYLSKI

Médico Consultor de la División Cardiología, Hospital Ramos Mejía
Miembro Adscripto del Instituto Psicosomático de Buenos Aires

El análisis científico y objetivo de los efectos de las emociones diarias sobre el sistema cardiovascular sano y enfermo, recientemente ha comenzado. La evaluación pronóstica de los pacientes cardíacos todavía está basada fundamentalmente en observaciones efectuadas durante el reposo y el ejercicio físico, a pesar de que la mayoría de los individuos está más expuesta al estrés mental que al físico durante su vida cotidiana. Es curioso que este problema haya sido pasado por alto durante tanto tiempo en la investigación cardiovascular. Esto pudo deberse en parte a las dificultades en estandarizar los métodos de provocación psicoemocional que simulen en el laboratorio las condiciones representativas de la vida diaria.

Siempre se dio por supuesta la influencia y la interacción entre el aparato psíquico y el cuerpo o soma. La investigación cardiológica recientemente ha podido verificar y medir esta relación a través del empleo de técnicas de estrés mental, comprobando una influencia psiconeuroendócrino-humoral sobre la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, el ritmo cardíaco, la circulación coronaria, la contractilidad miocárdica; es decir, lo que se conoce como la reactividad cardiovascular. A su vez se ha tratado de correlacionar esta mayor o menor reactividad o respuesta cardiovascular con el perfil psicológico de los pacientes, su grado de neurotización o mentalización, su índice de ansiedad y de depresión neurótica o reactiva, su grado de negación, registro o manifestación de afectos y emociones. Así, los pacientes que no registran, experimentan o manifiestan sus emociones (alexitímicos en la terminología psicosomática) tienen mayor reactividad cardiovascular y más riesgo y vulnerabilidad cardiológica con mayor posibilidad de muerte súbita. La incidencia de los patrones de conducta A y B de Rosenman y Friedman y su relación con el riesgo cardiológico han sido revisados en la actualidad y hoy en día se tiende a considerar que los de tipo B, menos competitivos, ambiciosos, agresivos y hostiles, son los

de mayor riesgo pronóstico.

El estudio piloto de arritmias cardíacas (CAPS) en pacientes postinfarto de miocardio analizó la implicancia de los factores psicosociales, la depresión, el estrés, el aislamiento social y los patrones de conducta A y B como anuncios de eventos cardíacos. Los resultados, luego del ajuste estadístico para otros predictores conocidos de severidad de la enfermedad, indicaron que el tipo B y la depresión fueron factores significativos de riesgo para la muerte súbita. Esto confirmó los resultados del estudio cooperativo Western de Estados Unidos, que había demostrado una mayor mortalidad entre los pacientes con tipo B *versus* el A (31,7% vs 19,1%), en los pacientes con infarto de miocardio previo, atribuyéndole al tipo A algún rol no bien determinado en reducir el peligro de muerte súbita.

Habría un estado psicológico de riesgo caracterizado por desgano, desinterés, apatía, reducido vigor, falta de iniciativa y desenganche de las actividades de la vida diaria (depresión esencial). Desde esta perspectiva el riesgo no estaría en el tipo A, ambicioso, de trabajo intenso, competitivo y comprometido con sus actividades, sino en el retiro y la retracción frente a las oportunidades y desafíos de la vida. De este modo el compromiso con el trabajo y las actividades de la vida diaria puede ser un mecanismo de protección con disminución del riesgo de eventos cardíacos recurrentes, mientras no representen aspectos autodestructivos.

Recientemente se estudió el efecto del estrés psicofisiológico sobre la frecuencia cardíaca y la tensión arterial en pacientes postinfarto de miocardio, a los que se les midieron distintos índices psicológicos. Pudo observarse que los pacientes con alta respuesta cardiovascular tenían un bajo grado de neurotización, ansiedad y depresión neurótica o reactiva. Estos pacientes tenían mayor probabilidad de mostrar signos electrocardiográficos de isquemia y arritmias significativas durante el agotamiento mental

que los pacientes con mediana y baja respuesta cardiovascular (50% vs 19,6% y 7% respectivamente). Estos resultados no se explican por otros parámetros como el estado funcional del ventrículo izquierdo, el tiempo transcurrido desde el infarto de miocardio y el estado clínico funcional del paciente.

La negación y la desmentida o renegación son consideradas mecanismos psicológicos de defensa que evitan pensamientos, sentimientos, deseos y necesidades que causen ansiedad y angustia. La supresión emocional puede ser un importante mecanismo para la comprensión de la respuesta cardiovascular inducida por estrés en pacientes postinfartados. Los pacientes que refieren niveles bajos de tensión y de trastornos afectivos después del infarto de miocardio son fisiológicamente más respondedores al estrés mental que los que refieren niveles más altos. Los hipertensos suelen referir un menor agobio en la vida diaria que los normotensos, sugiriendo una dificultad en reconocer una experiencia negativa junto a una supresión emocional. La ausencia de expresión o reconocimiento de afectos negativos está correlacionada con una mayor reacción hemodinámica al cansancio mental. El reconocimiento de los afectos negativos no es precisamente una característica del tipo A, descrito como negador de la fatiga, de los síntomas y la enfermedad. Esto último explicaría algunos resultados contradictorios en el sentido de mayor riesgo en los pacientes tipo A, encontrados en la literatura. La neurosis no predice un severo porvenir coronario. Así, en la hostilidad neurótica, el poder expresar rabia, hostilidad y enojo se encuentra en una relación inversa con la severidad de la enfermedad coronaria.

El análisis de la respuesta al agotamiento psicofísico y la evaluación psicológica del individuo pueden ayudar a identificar a los pacientes de alto riesgo. Nuestra intención deberá estar alerta frente a aquellos con dificultad en experimentar, describir o expresar sus emociones (alexitímicos) y a los que tienen aparente éxito en controlarlos.

En pacientes con cardiopatía isquémica el aumento en la actividad simpática sin el correspondiente incremento de la actividad vagal puede inducir desde la aparición o agravación de la isquemia hasta arritmias severas o muerte súbita. En el síndrome de QT largo congénito existe una estimulación adrenérgica inhomogénea de los ventrículos, con arritmias amenazantes de la vida, las cuales ocurren usualmente bajo condiciones de estrés físico o psicológico. Las situa-

ciones más frecuentemente asociadas con eventos sincopales en este síndrome incluyen el miedo, situaciones de pánico, por estimulación luminosa intermitente o estimulación auditiva como el despertar debido a un sonido ruidoso (timbre o teléfono), el ejercicio en presencia de emoción, la natación, el correr, etc. En todas estas circunstancias, el aumento en la actividad simpática puede producir un efecto deletéreo. En consecuencia, un conocimiento de las situaciones que en la vida real se acompañan por un marcado aumento en la actividad simpática tiene relevancia clínica. En este contexto las condiciones de estrés psicológico inducen cambios marcados en el balance vago-simpático con predominio simpático que pueden ser estimados no invasivamente, por el estudio de la variabilidad de la frecuencia cardíaca, en presencia de agotamiento inducido por operaciones aritméticas, tareas mentales o entrevistas psicológicas.

Hace quince años B. Lown publicó evidencias experimentales que señalaban que el estrés ambiental de diverso tipo puede injuriar el corazón, disminuir el umbral de fibrilación ventricular y provocar arritmias ventriculares potencialmente malignas. Tanto en el hombre como en los animales, las catecolaminas pueden inducir arritmias ventriculares, mientras que la actividad vagal ejerce una acción protectora. Además, en ciertos sujetos, diversos estrés y estados psicológicos provocan actividad ventricular ectópica. Es evidente que los agobios psicológicos son altamente individuales, dependiendo de factores constitucionales, de las experiencias del desarrollo y el crecimiento tempranos, de un largo proceso de condicionamientos ambientales y culturales, que en conjunto determinan el prisma psicológico a través del cual los eventos diarios son refractados en forma única e individual. Así, es bien conocido que lo que puede ser agobiante para unos puede ser placentero para otros. El estrés mental o emocional puede provocar cambios en las propiedades fundamentales del sistema cardiovascular e inducir la producción posible de eventos patológicos. Se ha demostrado su efecto sobre las propiedades electrofisiológicas y mecánicas del corazón, el flujo coronario, la reactividad vascular y el sistema hemostático a través de la agregación plaquetaria y las modificaciones del tromboxano B₂. Que ocurran o no estos efectos dependerá del aparato psíquico, mediador indispensable entre el mundo externo y el cuerpo o soma, cuya acción se manifiesta a través de los mecanismos de mentalización. El salto en la evolución del nivel animal al nivel

humano, con la incorporación del pensamiento simbólico y el lenguaje, permitió el desarrollo de un elaborado sistema psicológico interpuesto como una barrera entre el mundo externo y el sistema interno autonómico-endócrino. La imagen de la realidad externa ya no es proyectada más o menos intacta, sino que es refractada a través de dicho aparato psíquico, que permite al hombre percibirla en una variedad de formas casi interminable, estableciendo una diferencia decisiva entre la realidad objetiva y la realidad percibida. De ello se deduce que el impacto de cualquier estrés dependerá de la sensibilidad o percepción individual y que, en última instancia, para el sistema autonómico-endócrino la reali-

dad percibida es la realidad decisiva. La entidad clínica es la expresión final de complejos factores orgánicos, psicológicos y ambientales que actúan en forma mancomunada por años, a través de mecanismos complejos. Si pudiéramos ayudar a nuestros pacientes a percibir las frustraciones de la vida en una forma más benigna, o a disminuir la exigencia de sus ideales, tendríamos una herramienta preventiva y terapéutica poderosa. El establecimiento de una firme relación médico-paciente es también un arma terapéutica valiosa. La psicocardiología a nivel científico se está instalando entre nosotros. Utilicemos sus aportes para la prevención y tratamiento de los pacientes cardíacos.