

FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO EN LA ENFERMEDAD CARDÍACA

Carolina I. Pereyra Girardi,
José Milei
y Dorina Stefani*

Resumen

El presente trabajo tiene por objeto la revisión sistemática de artículos que asocian los factores psicosociales con la enfermedad coronaria, publicados entre 1980 al 2010. La búsqueda bibliográfica se efectuó de forma sistemática, a través de bases de datos y fue completada manualmente sobre la base de las listas de referencias. Finalmente se seleccionaron 59 artículos científicos que fueron analizados de acuerdo a su contenido conforme al objetivo de la revisión. Se concluye que existe un extenso cuerpo teórico que fundamenta la asociación entre los factores psicosociales y la enfermedad coronaria, justificando la emergencia de la cardiología conductual como aquella rama de la psicología que atiende dichos factores en relación al enfermar cardíaco. La revisión arroja algunas sugerencias para futuras investigaciones en relación a la temática.

Palabras clave: factores psicosociales, enfermedad coronaria, cardiología conductual, emociones negativas.

Key words: psychosocial factors, coronary disease, behavioral cardiology, negative emotions.

Introducción

A comienzos de la década del 50^o comenzó a virar el interés en el estudio de las enfermedades infecciosas para dar paso al estudio de las enfermedades crónicas (Vives Iglesias, 2007; Dawber, Meadors y Moore, 1951). De acuerdo a esta nueva línea, el estudio pionero en la investigación de los factores de riesgo en las enfermedades cardiovasculares fue "Framingham Heart Study". La cohorte original estuvo compuesta por 5.209 personas elegidas en una muestra aleatoria, que fueron los 2/3 de la población adulta total de esta localidad de USA. En la última mitad de siglo, esta investigación ha producido alrededor de 1.200 artículos científicos en revistas médicas. A consecuencia de sus resultados, en la actualidad el concepto de factores de riesgo se ha convertido en parte integral y fundamental para

el estudio de la enfermedad cardíaca (Dawber, Meadors y Moore, 1951, Dawber y Moore, 1952).

En Europa, PROCAM (Prospectiva Cardiolo vascular Münster), es uno de los grandes estudios prospectivos realizados. Este estudio comenzó en el año 1978, y al año 2007 ya lleva evaluados 50.000 personas. Sus resultados mostraron que el sexo y la edad son los factores de riesgo más importantes, seguidos por los siguientes factores modificables: la LDL-colesterol, tabaquismo, colesterol HDL, presión arterial sistólica, antecedentes de infarto de miocardio precoz en la familia, diabetes mellitus y triglicéridos. Sin embargo, los propios investigadores hacen hincapié en que los factores de riesgo de sufrir un ataque al corazón no pueden determinarse simplemente por la evaluación de causas a nivel individual, subrayando de este modo la importancia de un diagnóstico global de factores de riesgo (Assmann, 2007; Laham, 2006; Álvarez Cosmea y cols., 2002; Laham, 2001).

Por último, el estudio internacional Interheart (Yusuf y cols., 2004) evaluó 24.767 pacientes en 52 países. Esta investigación indaga las causas que con mayor fuerza se asocian al Infarto Agudo de Miocardio (IAM) en diferentes zonas del mundo. Interheart

* Carolina I. Pereyra Girardi, José Milei, Dorina Stefani
Instituto de Investigaciones Cardiológicas, "Prof. Dr. Taquini". UBA,
CONICET
E-Mail: cpereyra@conicet.gov.ar
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XX p.p. 221-229
© 2011 Fundación AIGLE.

ratifica la importancia de los factores de riesgo psicosocial en relación a la enfermedad cardíaca.

En resumen, investigaciones epidemiológicas como Framingham (Dawber, Meadors y Moore, 1951; Dawber y Moore, 1952), PROCAM (Assmann, 2007), Interheart (Yusuf y cols., 2004) señalan que, a los factores de riesgo tradicionales hipertensión, obesidad, sedentarismo, tabaquismo, diabetes, se agregan nuevos factores que están relacionados con el estrés y con características de personalidad. Asimismo, estos estudios han puesto de manifiesto, no sólo el lugar que ocupan en el desarrollo de la enfermedad cardíaca, sino también su importancia. Por ejemplo, la ansiedad que puede desencadenar la pérdida de un trabajo, la inestabilidad financiera o la violencia provoca un daño comparable al que ocasiona la obesidad o la hipertensión (Laham, 2006). Se señala, entonces, que los factores biológicos deben ser considerados en mutua relación con los psicosociales (Williams, 2008). Esta relación entre factores psicosociales y la enfermedad coronaria ha sido y aún continúa siendo de interés para las ciencias médicas, dando origen a la llamada cardiología conductual (Figuroa López, Domínguez Trejo, Ramos del Río y Alcocer, 2009). Varios son los investigadores que sugieren, de acuerdo a los datos recabados, que para los cardiólogos clínicos resulta imprescindible un mayor conocimiento de los factores psicosociales involucrados en la enfermedad coronaria (San Dámaso y Ferro, 2007; Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab y Kubzansky, 2005).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en 2015 morirán cerca de 20 millones de personas por Enfermedades Cardiovasculares (ECV), por cardiopatías y Accidentes Cerebro Vasculares (ACV), además prevé que continúen siendo la principal causa de muerte. La estrategia de prevención que la OMS sugiere es aumentar la concientización acerca de la epidemia de enfermedades crónicas (OMS, 2002). En la República Argentina, de las 302.133 defunciones anuales, el 24.4% es atribuido a enfermedades cardiovasculares, siendo la primera causa de muerte en nuestro país, coincidiendo con los datos presentados por la OMS (Ministerio de Salud, 2008).

Objetivo

El objetivo de esta revisión bibliográfica es presentar un panorama actualizado de las investigaciones de las últimas décadas que se centraron en el estudio de los factores psicosociales y su asociación con la enfermedad coronaria, para comprender su impacto, tanto en la aparición de la enfermedad, como en su curso y tratamiento.

Método

La localización del material bibliográfico fue efectuada en forma sistemática, a través de una estrategia de búsqueda en las bases de datos MEDLINE, PubMed (U.S. National Library of Medicine, National Institutes of Health), Redalyc (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe) y Dialnet (Universidad de la Rioja de España). La búsqueda electrónica fue completada con una de índole manual, a partir de las listas de referencias de los trabajos seleccionados, en bibliotecas de instituciones educativas y públicas, tal como la perteneciente a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Se consultaron artículos científicos y libros publicados entre 1980 y 2010. Los criterios de búsqueda se ajustaron al objetivo de la revisión e incluyeron diversos diseños de investigación científica para posteriormente realizar un análisis cualitativo. Se encontraron 126 trabajos, de los cuales se seleccionaron 59 de acuerdo a la pertinencia en relación al tema objetivo del presente trabajo.

Las palabras claves utilizadas fueron: factores de riesgo, factores psicosociales, enfermedad coronaria, epidemiología, cardiología conductual, entre otras.

Resultados

Factores de riesgo en la enfermedad coronaria

Definición

Se entiende por factor de riesgo al conjunto de fenómenos orgánicos, psicológicos, sociales, y ambientales que confluyen para aumentar la vulnerabilidad de una persona, reforzando la probabilidad de que ésta desarrolle una enfermedad y/o la ocurrencia de eventos agudos (Laham, 2006). Pueden clasificarse en no modificables y modificables. Dentro del primer grupo se encuentran: la edad, el sexo y la historia familiar de cardiopatía coronaria aterosclerótica prematura. Por otro lado, dentro de los factores de riesgo modificables se encuentran: dislipidemia, hipertrigliceridemia, diabetes mellitus, hipertensión, tabaquismo, obesidad, sedentarismo e inactividad física y factores psicosociales como estrés, depresión, ansiedad y patrón de conducta tipo A (Laham, 2006; Wielgosz y Nolan, 2000).

La valoración de los factores de riesgo y la distinción entre la prevención primaria y secundaria de la cardiopatía coronaria, se han convertido en una preocupación importante del cardiólogo clínico al enfrentarse a individuos con la posibilidad de pade-

cer la enfermedad (prevención primaria) o bien con la patología ya establecida (prevención secundaria) (Velasco, Cosín, Maroto, Muñiz, Casasnovas, Plaza y Abadal, 2000).

Factores de riesgo psicosocial en la enfermedad coronaria

Existe una amplia literatura que sostiene que los factores psicosociales contribuyen de manera significativa a la patogénesis, el desarrollo y la rehabilitación de la Enfermedad Coronaria. Según la Sociedad Argentina de Cardiología, los factores de riesgo psicosocial (FRPS) en relación a las enfermedades cardíacas, son todos aquellos rasgos de personalidad, experiencias traumáticas, condiciones sostenidas de estrés, que junto con situaciones de aislamiento social o bien ausencia de soportes afectivos adecuados, conducen a cambios fisiológicos que perjudican la salud coronaria, pudiendo predisponer la aparición de eventos agudos (SAC, 2001). Los factores de riesgo tradicionales como el fumar, la hipertensión, el colesterol elevado, la obesidad y la diabetes, explican solamente el 40% de las enfermedades coronarias. Como consecuencia, los factores de riesgo psicosocial como la ansiedad, la depresión, el estrés y los factores socioculturales, emergen con mayor claridad en el desarrollo de la enfermedad cardíaca (Kubzansky y cols., 1998).

Rozansky y sus colaboradores (1999) examinaron la relación entre estrés psicosocial y desarrollo de Enfermedad Coronaria. Ellos pusieron especial énfasis en cinco dominios psicosociales específicos que contribuyen a la expresión de esta enfermedad: 1) depresión, 2) ansiedad, 3) patrón de conducta tipo A, 4) aislamiento social y 5) estilo de vida estresante, tanto crónico como agudo. Los autores señalan que algunos dominios pueden solapar a otros, pero para su estudio se han revisado por separado (Rozanski, Blumenthal & Kaplan, 1999). En la actualidad estos dominios son estudiados por distintas líneas de investigación en diversos países, siendo de gran importancia para favorecer y fortalecer la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes con enfermedad coronaria (SAC, 2001).

A continuación se desarrollarán los cinco dominios psicosociales planteados por Rozanski y sus colaboradores (1999).

1.- Depresión:

Los estados depresivos se han relacionado tanto con la aparición del infarto como con una mala evolución posterior (Tajer, 2008). Son considerados un importante factor de riesgo para padecer una

enfermedad coronaria y, además, ejerce un fuerte efecto negativo sobre el pronóstico, posterior a un evento coronario. La depresión se presenta con una frecuencia 3 veces mayor en portadores de Enfermedad Arterial Coronaria (EAC) (San Dámaso Y Ferro, 2007).

En la actualidad, los mecanismos que intervienen en la relación entre depresión y muerte cardíaca son el foco de interés de muchas investigaciones. La evidencia sugiere que los pacientes cardíacos deprimidos tienen reducida la variabilidad de la frecuencia cardíaca, el control barorreflejo, y aparece incrementada la reactividad de las plaquetas e hiperactividad del sistema simpatoadrenal (Fernández-Abascal, Martín Díaz y Domínguez Sánchez, 2003; Carney, Saunders, Freedland, Stein, Rich y Jaffe, 1995).

Un aspecto interesante de subrayar es el rol mediador de varios factores relacionados con la depresión, que impactan negativamente en la función cardíaca, como ser: el fracaso en la adherencia al tratamiento y cuidado médico, el deterioro de la calidad de vida e incremento en el uso de sustancias (Wielgosz y Nolan, 2000), así como fumar y beber en exceso, conductas que acompañan un estilo de vida poco saludable (Rozanski, Blumenthal y Kaplan, 1999).

Por último, los cuadros, tanto de depresión, como de ansiedad, son generalmente dos reacciones emocionales habituales tras el infarto de miocardio (Bueno y Buceta, 1997; Havik y Maeland, 1990). Se ha comprobado que niveles de ansiedad elevados, depresión y evitación social fueron los cambios más marcados en el estatus psicológico post infarto (Cía, 2002).

2.- Ansiedad:

La ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable, caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente. Es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Se la evalúa sobre la base de un "continuum" que va desde ansiedad normal hasta ansiedad patológica. Considerando al primer extremo como aquellos niveles de ansiedad moderada, esperable, que no limitan la vida y el actuar del sujeto. La ansiedad patológica, sin embargo, daña la calidad de vida de las personas, les impide el logro de objetivos, causa dolor, ocurre en contextos inapropiados, allí donde no necesariamente es adecuada su aparición (Kubzansky, Kawachi, Weiss y Sparrow, 1998).

Tanto la ansiedad generalizada como la ansiedad fóbica, la aflicción y el estrés predisponen a la enfermedad cardiovascular o bien pueden precipitar episodios isquémicos. (Martens, De Jorge, Na, Cohen, Lett y Whooley, 2010; Fernández Abascal, Martín Díaz y Domínguez Sánchez, 2003; Kawachi y cols. 1994; Kawachi, Sparrow, Vokonas y Weiss, 1994). Así, el trastorno de pánico, como manifestación de niveles altos de ansiedad, puede agravar el estado de los pacientes cardíacos al provocar incrementos de tasa cardíaca, presión sanguínea y, posiblemente, resistencia de la musculatura lisa en los pequeños vasos coronarios. A su vez, la isquemia puede exacerbar los síntomas de pánico al activar las neuronas del locus ceruleus, centro de irradiación de neuronas noradrenérgicas. Es decir, el pánico y la isquemia se incrementarían mutuamente al actuar a modo de círculo vicioso: el pánico aumenta la isquemia y ésta eleva la ansiedad (Katon, 1990). La asociación entre el trastorno de pánico y la Enfermedad Arterial Coronaria (EAC) se ha observado con mayor frecuencia en los pacientes que exhiben dolor en el pecho atípico o síntomas que no pueden ser totalmente explicados por el estado de salud de las coronarias (Fleet, Lavoie y Beitman, 2000).

Respecto a los niveles de ansiedad post-infarto, estos no parecen estar relacionados con la edad o con la severidad del infarto, sino vinculados a los temores respecto de la enfermedad, sus consecuencias y a futuras complicaciones (Rozanski y cols., 1988). Asimismo, existen estudios que postulan que hay una asociación entre algunos síntomas ansiosos como la hiperventilación sucedida durante una crisis de pánico y algunas alteraciones coronarias. La hiperventilación por ejemplo, podría inducir al espasmo coronario o bien un cuadro aún más severo como una arritmia ventricular (Kawachi, Sparrow, Vokonas y Weiss, 1994).

En resumen, tanto los trastornos de ansiedad generalizada, como la ansiedad fóbica o el trastorno de pánico (Martens, De Jorge, Na, Cohen, Lett, Whooley, 2010; Kawachi y cols., 1994; Kawachi, Sparrow, Vokonas y Weiss, 1994; Katon, 1990, Fleet, Lavoie y Beitman; 2000), son habituales entre los pacientes con enfermedad coronaria. Los cardiólogos se encuentran en la práctica clínica con un número significativo de pacientes psicológicamente inestables. Se sugiere, entonces, frente al solapamiento existente entre los síntomas somáticos y trastornos de ansiedad en las unidades coronarias, que los cardiólogos cuenten en forma urgente con la información necesaria. Se ha informado que un número elevado de pacientes se acercan a las instituciones de salud a causa de palpitaciones y dolor de pecho siendo resultado de un trastorno psicológico y no como resultado de alguna afección cardíaca

como ellos mismos creen (Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab y Kubzansky, 2005). Frente a este panorama, se hace evidente la emergencia de la cardiología conductual, como una nueva disciplina que brinde respuestas a las necesidades actuales (Figuroa López, Domínguez Trejo, Ramos del Río y Alcocer, 2009).

3.- Patrón de conducta tipo A

Los estudios pioneros realizados por Roseman y Friedman pusieron de relieve el papel que jugaban ciertos rasgos de la personalidad y de carácter para entender cierta predisposición a sufrir enfermedades coronarias (Roseman y Friedman, 1961). Evans (1991) define a las personas Tipo A, como individuos con un elevado deseo competitivo de logro y reconocimiento, junto con una tendencia hacia la hostilidad y la agresión, y una sensación extrema de urgencia en el tiempo e impaciencia. Así, cabe señalar que, este constructo, no ha dejado de ser un concepto controvertido; mostrando diversos estudios resultados contradictorios y poniendo incluso en duda la solidez del fenómeno.

En el año 1981, un prestigioso panel de revisión de importantes científicos norteamericanos, reunidos bajo el auspicio de *National Heart, Lung and Blood Institute*, concluyó que debiera añadirse el patrón de conducta tipo A a la lista oficial de factores de riesgo coronario tradicionales como: tabaquismo, elevados niveles de colesterol, obesidad, sedentarismo etc. (American Heart Association, 1981). En forma contraria, estudios posteriores no encontraron una asociación significativa entre el patrón de conducta tipo A y un aumento en el riesgo de sufrir un evento coronario agudo (Shekelle y cols., 1985), tampoco hallaron asociación entre este patrón de personalidad y un mayor riesgo de mortalidad por cardiopatía o supervivencia (Ragland y Brand, 1988).

A pesar de los resultados contradictorios el patrón de conducta tipo A continúa siendo considerado como uno de los aspectos más nocivos de la personalidad, junto con la ira, la hostilidad, el cinismo y la desconfianza, todas ellas emociones negativas que perjudican a la salud coronaria (San Dámaso y Ferro, 2007; SAC, 2001; Rozanski, Blumenthal y Kaplan, 1999).

4.- Aislamiento social

Tanto el aislamiento social, con la consecuente ausencia de apoyo social, fueron aspectos que han sido estudiados en relación a las enfermedades coronarias, mostrándose a finales de la década del 70^o el fuerte interés sobre el tema. Algunos estudios

prospectivos se centraron en la influencia de estos factores sociales en el desarrollo de la enfermedad coronaria. Inicialmente el interés se focalizó en los aspectos cuantitativos del apoyo social, como ser, la presencia de afiliaciones familiares, cantidad de amigos, participación de grupos u organizaciones. A este dominio se lo llamó redes sociales. Luego, el interés fue cambiando desde los aspectos cuantitativos del fenómeno a sus aspectos cualitativos, como por ejemplo el grado de apoyo emocional percibido (Rozanski, Blumenthal y Kaplan, 1999).

A partir del estudio de las variables mencionadas, se halló que una red social pequeña se asocia a un incremento del riesgo coronario a largo plazo, y que bajos niveles de apoyo emocional percibido incrementan en riesgo de futuros eventos cardíacos (Blazer, 1982). Berkman y sus colaboradores observaron un aumento de casi tres veces más en la ocurrencia de episodios cardíacos en pacientes post-infartados, con bajos niveles de apoyo emocional (Berkman, Leo-Summers y Horwitz, 1992). Estos resultados reflejan que los aspectos emocionales negativos influyen en el desarrollo de una patología coronaria y que, además, perjudican la recuperación al favorecer nuevos episodios. A lo que Williams y sus colaboradores agregan la característica de los pacientes de no estar casados o bien no contar con un confidente en sus vidas y bajos ingresos económicos (Williams y cols., 1992). La Sociedad Argentina de Cardiología apoya éstas investigaciones y agrega que los familiares del enfermo también sufren los cambios que ocurren en el paciente, sumado a la nueva responsabilidad de tener que cuidarlos. Las familias, en su totalidad, se ven expuestas al estrés provocado por la enfermedad (SAC, 2001; Theisen, MacNeill, Lumley, Ketterer, Goldberg y Borzak, 1995).

5.- *Estilo de vida estresante*

El concepto de enfermedades del estilo de vida es equivalente al de «enfermedades de la civilización», y ha sido utilizado por diversos autores para referirse a ciertas patologías tales como, hipertensión esencial, diabetes, infarto de miocardio, accidentes cerebrovasculares y úlcera gastroduodenal. El hecho de asociar ciertas enfermedades con la civilización y el estilo de vida, subraya la relevancia de ciertas variables nocivas para la salud, como la dieta, el tabaquismo, el sedentarismo, etc. Y, por otra parte, se asume la importancia del estrés psicosocial como uno de los principales factores de riesgo para la ocurrencia de dichas enfermedades (Sandín, 2002).

El estrés se ha relacionado causalmente con la mayoría de los problemas físicos y psicológicos,

incluidos problemas cardiovasculares, cáncer, trastornos gastrointestinales, problemas de la piel, trastornos endocrinos, trastornos de ansiedad, depresión, y otros problemas psicopatológicos y médicos (Dohrenwend, 1998; Miller, 1997; Sandín, 1995; Avison y Gotlib, 1994). Es así que, existe evidencia suficiente que sugiere que niveles elevados de estrés aumentan el ritmo cardíaco y la presión arterial. Estas alteraciones se asocian directamente a enfermedades cardíacas (Baptista, Garcia Capitão y Alba Scortegagna, 2006; Santagostinho, Amoretti, Frattini, Zerbi y Cucchi, 1996; Krantz y Manuck, 1984).

Al respecto, Rozanski y sus colaboradores mostraron que el estrés mental generado en el laboratorio, en pacientes con EAC, inducía elevaciones significativas de la presión sanguínea y anomalías cardíacas (Rozanski y cols., 1988). De forma similar Thompson y Webster en el año 1987, hallaron que el estrés produce cambios fisiológicos como: incremento de adrenalina, noradrenalina, lipólisis, colesterol y frecuencia cardíaca, que al repetirse crónicamente incrementan el riesgo de EAC (Thompson y Webster, 1987).

Cabe señalar que el estrés no solamente es un factor muy importante para el desarrollo y predisposición de algún evento cardiovascular sino que, además, continúa siendo un factor de riesgo y empeoramiento del cuadro, luego de producido un evento (Sandín, 2002; Frasure-Smith, Lesperance y Prince, 1997; Frasure-Smith, 1991; Frasure-Smith y Prince, 1989). Diversos estudios señalan que alguno de los efectos cardíacos de la ansiedad es debido a la exagerada sensibilidad al estrés ambiental y social, provocando profundos efectos en el corazón.

Esta exagerada sensibilidad al estrés exógeno podría justificar la fuerte asociación que existe entre el estrés y la ansiedad. Al respecto, existe evidencia que relaciona el pensamiento catastrófico con los trastornos de ansiedad y particularmente con el pánico (Austin y Richards, 2001; Khawaja y Tian Oei, 1998). Las predicciones catastróficas producen la activación de inhibiciones reflejas, generando paralelamente sentimientos de falta de eficacia, inseguridad y falta de flexibilidad, al momento de evaluar diferentes opciones para resolver un problema (Beck, Emery y Greenberg, 1985; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983). La preocupación excesiva se relacionó con la enfermedad coronaria, dado que ésta es un componente cognitivo importante dentro del cuadro ansioso. Kubzansky y sus colaboradores señalaron que altos niveles de preocupación incrementaban el riesgo coronario. Estos autores sugieren que la percepción que los sujetos tienen sobre el control de un problema, puede influenciar sobre el efecto de preocupación y, ambas, control y preocupación, parecen decisivas en relación a la salud coronaria

(Kubzansky, Kawachi, Spiro, Weiss, Vokonas y Sparrow, 1997).

Por otra parte, el vínculo entre el pesimismo, la desesperanza y el riesgo de enfermedades del corazón fue estudiado por algunos investigadores, observándose que un estilo de vida pesimista, influye y exacerba la aterosclerosis en hombres de mediana edad (Kubzansky y cols., 1997). Otros trabajos empíricos han comenzado a sugerir que las expectativas generalizadas positivas (optimismo) se asocian con una mejor recuperación coronaria, luego de una cirugía. Kamel y Seligman (1987) explican que tanto el optimismo como el pesimismo son estilos que las personas habitualmente utilizan para explicar diversos eventos de sus vidas. Los individuos pesimistas esperan que les ocurran eventos negativos, y consecuentemente sienten desesperanza respecto a su futuro. Se señala también, que no son claros, los mecanismos biológicos por los que un estilo explicativo optimista o pesimista puede influir en enfermedades del corazón. Un estilo explicativo pesimista podría influir en el grado de estrés de los individuos y que, a su vez, los episodios repetidos de estrés pueden movilizar las respuestas hemodinámicas que causan o exacerban el daño endotelial y promueven la aceleración de la aterosclerosis (Kubzansky, Sparrow, Vokonas y Kawachi, 2001).

Conclusiones

De acuerdo a la literatura científica revisada de los últimos treinta años sobre los factores de riesgo psicosocial involucrados en la enfermedad coronaria se puede concluir que:

- Existe una vasta producción científica que investigó los factores riesgo, tradicionales y psicosociales, en relación a la enfermedad coronaria. En la actualidad se considera a los factores de riesgo como entidades interconectadas que se potencian entre sí, y no como fenómenos separados, como tradicionalmente se conceptualizaba. Un tratamiento adecuado, deberá atender el sustrato biológico, sin descuidar la esfera psicológica y social.
- Se cuenta con un extenso cuerpo teórico que sustenta que los factores psicosociales y la enfermedad cardíaca se asocian entre sí. Sin embargo, existe un vacío de conocimiento sobre los procesos implícitos en cada uno de los factores psicosociales involucrados. Al respecto, se sugiere el estudio de los puentes que relacionan los factores de riesgo psicosocial y la enfermedad coronaria. Un conocimiento profundo y sistemático de las interconexiones existentes puede inaugurar una nueva etapa en la preven-

ción primaria y secundaria de la enfermedad cardíaca.

- El logro de una mayor adherencia al tratamiento es un desafío que en la cardiología clínica actual se manifiesta como urgente. Si bien el cuerpo teórico es muy amplio y continúa multiplicándose, esto no se ha reflejado en los resultados clínicos. Esta situación, podría explicarse por la ausencia de programas que atiendan con igual prioridad a todos los factores de riesgo involucrados, tanto los biológicos, como los psicosociales. Es posible que aún se continúe abordando médicamente un problema que, como se puede apreciar, es también social y cultural (Flichtentrei, 2010).
- La cardiología del comportamiento o cardiología conductual es un campo emergente de la práctica clínica, basada en el reconocimiento de que las conductas negativas del estilo de vida, estrés crónico y factores emocionales en relación a la salud coronaria. En los últimos años, la comprensión de cómo los factores fisiopatológicos y los factores de riesgo psicosocial contribuyen a la aterosclerosis y al desarrollo de eventos cardiovasculares adversos se ha ampliado considerablemente. Sin embargo se señala que, el desarrollo de intervenciones terapéuticas eficaces tanto en la modificación de estilos de vida nocivos como en la reducción de factores psicosociales, continúan siendo un problema a resolver. Este nuevo campo emergente de investigación y práctica clínica debe enfrentarse al desafío de ofrecer herramientas eficaces, tanto diagnósticas como clínicas.
- En la actualidad el espectro del riesgo coronario se ha comenzado a ampliar, ya no solamente se investigan los factores psicosociales mencionados sino que se han comenzado a estudiar estilos cognitivos que perjudican la salud. Estilos explicativos cercanos al pesimismo perjudican la salud y parecen correlacionarse con los sentimientos de falta de esperanza, pesimismo, rumiación, ansiedad, ira, hostilidad y depresión. El estudio focalizado en un mayor conocimiento de estilos cognitivos podría abrir un camino nuevo hacia el descubrimiento de las interconexiones que asocian éstos factores de riesgo con la enfermedad coronaria.
- El rol de las emociones positivas como factor protector de la salud es una rama novedosa que se ha comenzado a investigar. La satisfacción, la alegría, el optimismo, el amor, y el gozo, funcionan como antídotos frente a las emociones negativas. Como se ha demostrado, las emociones negativas son perjudiciales para la salud en general y para la salud coronaria en particular. El

estudio de emociones positivas podrá dar lugar a su inclusión dentro de los programas de rehabilitación cardiológica o bien dentro de campañas de prevención. Actualmente se postula a las emociones positivas como promotoras de salud (Vecina Jiménez, 2006) y se sugiere el estudio de estilos cognitivos que las favorezcan, resultando un nuevo desafío de la psicología cognitiva en relación a las investigaciones actuales en salud coronaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Cosmea, A., López Fernández, V., Prieto Díaz, M.A, Díaz González, P. Herrero Puente P., Vázquez Álvarez, J., Fidalgo González, S., Ventanielles, C. S. y Vallobin-Concinos, C.S. (2002). Procám y Framingham por categorías: ¿Miden igual riesgo? *Medifam*, 12 (4), 260-265.
- American Heart Association (1981). Coronary-prone behavior and coronary heart disease: a critical review. The review panel on coronary-prone behavior and coronary heart disease. *Circulation*, 63, 1199-1215.
- Assmann, G. (2007). About PROCAM Study. Prospective Cardiovascular Münster Heart Study. (On line) En: <http://www.assmann-stiftung.de/en/procam/procam-study/> Consultado el 16 de septiembre de 2010.
- Austin, D. W. y Richards, J. C. (2001). The catastrophic misinterpretation model of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1277-1291.
- Avison, W.R. y Gotlib, I.H. (1994). *Stress and mental health: Contemporary issues and prospects for the future*. New York: Plenum Publishing.
- Baptista, N., García Capitão, C. y Alba Scortegagna, S. (2006). Evaluación psicológica en la salud: contextos actuales. *Estudios Sociales*, 14 (28), 137-161.
- Beck, A.T., Emery, G. y Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basis.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., Emery, G., (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Buenos Aires. Biblioteca de psicología desclée de brouwer.
- Berkman, L.F., Leo-Summers, L. y Horwitz, R.I. (1992) Emotional support and survival after myocardial infarction: a prospective, population-based study of the elderly. *Ann Intern Med*, 117, 1003-1009.
- Blazer, D. G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *Am J Epidemiol*, 115, 684-694.
- Bueno, A.M. y Buceta, J.M. (1997). *Tratamiento psicológico después del infarto de miocardio*. Madrid: Dykinson.
- Carney, R., Saunders, R.D., Freedland, K.E., Stein, P., Rich, M.W y Jaffe, A.S. (1995). Association of depression with reduced heart rate variability in coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 76, 562-564.
- Cía, A. (2002). *La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico*. Buenos Aires: Edición de gentileza destinada al cuerpo médico argentino. Productos Riche SAQ el.
- Dawber, T. R, Meadors, G. F y Moore, F. E. (1951). Epidemiological approaches to heart disease: The Framingham Study. *American journal of public health*, 41, 279-286
- Dawber, T. R. y Moore, F. E. (1952). Longitudinal Study of Heart Disease in Framingham, Massachusetts: An Interim Report," in *Research in Public Health*. Artículo presentado en 1951 en la Conferencia Anual de Milbank Memorial Fund. 241-247. (On-line). En: <http://www.framinghamheartstudy.org/about/background.html>. Consultado el 19 de Mayo de 2010.
- Dohrenwend, B.P. (1998) *Adversity, stress and psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Evans, P. (1991). Coronary heart disease. En M. Pitts y K. Philips (dirs). *The psychology of health. An introduction*. (p.p. 205-224). Londres: Routledge.
- Fernández-Abascal, E. G., Martín Díaz, M. D. y Domínguez Sánchez, F. J. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15 (4): 615-630.
- Figueroa López, C., Domínguez Trejo, B., Ramos del Río, B. y Alcocer, L. (2009). Emergencia de la cardiología conductual en la práctica clínica. *Psicología y Salud*, 19 (1), 151-155.
- Fleet, R., Lavoie, K., y Beitman, B.D. (2000). Is panic disorder associated with coronary artery disease? A critical review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 347-356.
- Flichtentrei, D. (2010). 3ª Jornada de Psicocardiología. Cuando el corazón habla. Algo no anda bien: 10 razones para volver a pensar en la prevención cardiovascular. (pp: 5-20). Ediciones del Instituto de psicocardiología. Buenos Aires.
- Frasure-Smith N., Lesperance F. y Prince, R. (1997). Randomised trial of home-based psychological nursing intervention for patients recovering from myocardial infarction. *Lancet*, 350, 473-479.

- Frasure-Smith, N. (1991) In-Hospital symptoms of psychological stress as predictors of long-term outcome after acute myocardial infarction in men. *Am J. Cardiol.*, 67, 121-127.
- Frasure-Smith, N. y Prince, R. (1989). Long-term follow-up of the ischemic Heart Disease Life Stress Monitoring Program. *Psychosom Med.*, 51, 485-513.
- Havik, O.E., y Maeland, J.G. (1990). Patterns of emotional reactions after a myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 271-285.
- Kamel, L. P. y Seligman, M.E.P. (1987). Explanatory style and health. *Current Psychological Research & Reviews*, 6 (3): 207-218.
- Katon, W. (1990). Chest pain, cardiac disease, and panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 51, 27-30.
- Kawachi, I., Colditz, G.A., Ascherio, A., Rimm, E.B., Giovannucci, E., Stampfer, M.J. y Willett, W.C. (1994). Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men. *Circulation*, 89, 1992-1997.
- Kawachi, I., Sparrow, D., Vokonas, P.S. y Weiss S.T. (1994). Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease in men: The Normative Aging Study. *Circulation*, 90, 2225-2229.
- Khawaja, N. G. y Tian Oei, P.S. (1998). Catastrophic cognitions in panic disorder with and without agoraphobia. *Clinical Psychology Review*, 18 (3), 341-365.
- Krantz, D.S. y Manuck, S.B. (1984). Acute Psychophysiological Reactivity and Risk of Cardiovascular Disease: a Review and Methodologic Critique. *Psychological Bulletin*, 96 (3), 435-464.
- Kubzansky, L. D., Kawachi, I., Spiro, A., Weiss, S. T., Vokonas, P. S. y Sparrow, D. (1997). Is Worrying Bad for Your Heart? A Prospective Study of Worry and Coronary Heart Disease in the Normative Aging Study. *Circulation*, 95, 818-824.
- Kubzansky, L., D., Kawachi, I., Weiss, S., T. y Sparrow, D. (1998). Anxiety and coronary disease: A synthesis of epidemiological, psychological and experimental evidence. *Annals of behavioral medicine*, 20 (2), 47-58.
- Kubzansky, L., Sparrow, D., Vokonas, P., S. y Kawachi, I. (2001). Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and Coronary Heart Disease in the Normative Aging Study. *Psychosomatic Medicine*, 63, 910-916.
- Laham, M. (2001). *Psicocardiología. Abordaje psicológico al paciente cardíaco*. Lumiere: Buenos Aires.
- Laham, M. (2006). *Escuchar al corazón. Psicología Cardíaca. Actualización en psicocardiología*. Lumiere: Buenos Aires.
- Martens, E. J., De Jorge, P., Na, B., Cohen, B. E., Lett, H. y Whooley, M. A. (2010). Scared to death? Generalized anxiety disorder and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease. The heart and soul study. *Arch Gen Psychiatry*, 67(7), 750-758.
- Miller, T.W. (1997). *Clinical disorders and stressful life events*. Madison: International Universities Press.
- Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Secretaría de políticas, regulación e institutos. Dirección de estadísticas e información de salud. (2009). Estadísticas Vitales. Información Básica - 2008 ISSN 1668-9054. Buenos Aires, Argentina. 5 (52) 43-59. (On-line). En: <http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario08.pdf>. Consultado el 2 de junio de 2010.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2002). Informe sobre la Salud en el mundo. Cap.2, ISBN 924356207X. (On line) En: <http://www.who.int/whr/2002/en/2002flierESP.pdf>. Consultado el 31 de Mayo de 2010.
- Ragland, D.R. y Brand, R.J. (1988). Type A behavior and mortality from coronary heart disease. *N. Engl. J. Med.*, 318, 65-69.
- Rosenman, R.H. y Friedman, M. (1961). Association of specific behavior pattern in women with blood and cardiovascular findings. *Circulation*, 24, 1173-1184.
- Rozanski, A., Bairei, C.N., Krantz, D.S., Friedman, M.D., Resser, K.J., Morell, M., Milton Chalfen, S., Hestrin, L., Bietendorf, J. y Berman D.S. (1988). Mental stress and the induction of silent myocardial ischemia in patients with coronary artery disease. *Journal of Medicine*, 318, 1005-1011.
- Rozanski, A., Blumenthal, J.A., Davidson, K.W., Saab, P.G. y Kubzansky, L. (2005). The epidemiology, pathophysiology and management of psychosocial risk factors in cardiac practice. The emerging field of behavioral cardiology. *J of Am. Coll. of Cardio*, 45 (5), 637-51.
- Rozanski, A., Blumenthal, J.A. y Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99, 2192-2217.
- San Dámaso, J. y Ferro, G. (2007) Estrés. Factores psicosociales y enfermedad cardiovascular. Simposio Argentino Brasileño de Ejercicio, Ergometría y Rehabilitación. FAC Federación Argentina de Cardiología. 5TO Congreso Internacional de Cardiología por Internet. (On line) En: <http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/sabog/sandamasoj.pdf>. Consultado el 19 de Agosto de 2010.

- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.) *Manual de psicopatología* (p. p. 3-52). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (2002). El papel de las emociones negativas en el trastorno cardiovascular. Un análisis crítico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7 (1) 1-18.
- Santagostinho, G., Amoretti, G., Frattini, P., Zerbi, F. y Cucchi, M.L. (1996). Catecholaminergic, Neuroendocrine and Anxiety Responses to Acute Psychological Stress in Healthy Subjects: Influence of Alphazolam Administration. *Neuropsychobiology*, 34 (1), 36-43.
- Sierra, J. C., Ortega, V. y Zubeidat I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 3 (1), 10-59.
- Shekelle, R.B., Hulley, S.B., Neaton, J.D., Billings, J.H., Borhani, N.O., Gerace, T.A., Jacobs, D.R., Lasser, N.L., Mittlemark, M.B. y Stamler, J. (1985). The MRFIT Behavior Pattern Study, II: type A behavior and incidence of coronary heart disease. *Am J Epidemiol*, 122, 559-570.
- Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso de prevención primaria y secundaria de la enfermedad coronaria. Comisión de aspectos psicosociales. (2001). *Revista Argentina de cardiología*. 69(1): 1-11. (On line) En: <http://www.sac.org.ar/files/files/comisionaspectossociales.pdf>. Consultado el 23 de junio del 2010
- Tajer, C. (2008). *El corazón enfermo. Puentes entre las entre emociones y el infarto*. Buenos Aires: Editorial El Zorzal.
- Theisen, M.E., MacNeill, S.E., Lumley, M.A., Ketterer, M.W., Goldberg, A.D. y Borzak, S. (1995). Psychosocial factors related to unrecognized acute myocardial infarction. *Am J Cardiol.*, 75 (17):1211-3.
- Thompson, D.R. y Webster, R.A. (1987). Specific sources and patterns of anxiety in male patients with first time myocardial infarction. *Br. Jour. of Med. Psychology*, 60, 343-348.
- Vecina Jiménez, M.I. (2006). Emociones Positivas. Papeles del Psicólogo. Universidad Complutense. 27(1):9-17. (On line) En: <http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/1280.pdf>. Consultado el 25 de octubre de 2010.
- Velasco, J. A., Cosín, J., Maroto, J. M., Muñiz, J., Casasnovas, J. A., Plaza, I y Abadal, L. T. (2000). Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. *Rev Esp Cardiol*, 53, 1095-1120.
- Vives Iglesias, A. E. (2007). Estilo de vida saludable: puntos de vista para una opción actual y necesaria. *Revista electrónica de psicología científica* (On-line). En: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-307-1-estilo-de-vida-saludable-puntos-de-vida-para-una-opcion-act.html>. Consultado el 19 de noviembre de 2007. Consultado el 15 de noviembre de 2010.
- Wielgosz, A. T. y Nolan, R. P. (2000). Biobehavioral factors in the context of ischemic cardiovascular disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 339-345.
- Williams, R.B. (2008). Psychosocial and biobehavioral factors and their interplay in coronary heart disease. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 349-365.
- Williams, R.B., Barefoot, J.C., Califf, R.M., Haney, T.L., Saunders, W.B., Pryor, D.B., Hlatky, M.A., Siegler, I.C. y Mark, D.B. (1992). Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. *JAMA*, 267, 520-524.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J. y Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 324, 937-952.

Recibido: 3-1-11
Aprobado: 20-6-11

Abstract: The present paper aims at reviewing the empirical work which links psychosocial factors with cardiac disease and was published between 1980 and 2010. The literature search was conducted systematically, on databases and was completed manually on the basis of reference lists. Finally, 59 scientific articles were selected and analyzed thematically in accordance to the aim of this review. The conclusion is that there is an extensive theoretical corpus that supports the association between psychosocial factors and coronary disease. This justifies the appearance for behavioral cardiology as the branch of psychology which studies these factors in relation to cardiac disease. This paper presents suggestions for future research in connection to these topics.