

Psicocardiología en adultos mayores

Dra. Mirta Laham

Introducción

Actualmente las enfermedades ya no son enfocadas bajo el reducido e incompleto paradigma del biologicismo. Por el contrario, se trata de explicar la presencia de las disfunciones en el organismo en virtud de una pluralidad de causas. Una clasificación de éstas nos permitiría incluirlas en los siguientes grupos: causas físicas y químicas (propias del medio ambiente físico, como por ejemplo, la contaminación ambiental), causas biológicas, causas psicológicas y causas sociales.

La **Psicocardiología** aparece como un área particular de la Psicología de la salud y constituye un enfoque interdisciplinario de las enfermedades cardíacas como la coronariopatía y la insuficiencia cardíaca. Ha surgido del contacto cotidiano con los pacientes coronarios, de ver cómo están pobremente informados de las características de la enfermedad; de sus causas, de cómo prevenirla; de cómo encarar su tratamiento y de lo imprescindible de su rehabilitación.

Es el paciente quién nos muestra la necesidad de un abordaje psicocardiológico, es él mismo quién nos da la clave de su padecer, sus reacciones ante el estrés, su tipo de conducta, sus emociones.

La función más importante de la Psicocardiología será instalar en todos los niveles de nuestra sociedad (y no sólo entre los médicos y pacientes) que las enfermedades cardíacas son, en gran medida, el resultado de nuestro estilo de vida. Y que mucho podemos hacer para prevenirlas y dejarlas atrás si modificamos pautas de comportamiento dañinas por hábitos cardiosaludables. Si podemos romper el círculo vicioso y complejo del estrés y sus emociones negativas que nos lleva a una mala alimentación, al tabaquismo y a una vida sedentaria.

La Psicocardiología detecta e interviene sobre dichos factores causantes de cardiopatologías y sus secuelas psicológicas. Reúne varias disciplinas, — en especial la cardiología y la psicología— trabajando conjuntamente en la prevención primaria y la rehabilitación de las enfermedades cardiovasculares con el fin de: promover en la población un estilo de vida cardiosaludable que permita prevenir el desarrollo de cardiopatías; optimizar los resultados médicos y psicológicos a partir del trabajo conjunto y promover y configurar redes de apoyo social.

La esperanza de vida en los países desarrollados es cada vez mayor, lo que supone un crecimiento muy notable del segmento de población de mayor edad. Como consecuencia de ello, se está prestando cada vez más atención a este grupo poblacional, no sólo desde el punto de vista biomédico, sino, también desde el psicológico.

La evolución de la Medicina, su desarrollo tecnológico, el abordaje farmacológico y quirúrgico, nos han demostrado avances cada vez más importantes, sin embargo, las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud auguran un liderazgo de la enfermedad coronaria, entre las enfermedades cardíacas como causa de muerte. Por su parte estos avances que han incrementado nuestra expectativa de vida al mismo tiempo no atienden suficientemente un punto central: la calidad de esta vida acrecentada en años. En personas de edad avanzada, las enfermedades cardiovasculares ofrecen características especiales relacionadas con el envejecimiento, la múltiple morbilidad del corazón, de los vasos sanguíneos y el enfermo en su conjunto. El envejecimiento afecta al sistema cardiovascular, produciendo modificaciones fisiológicas que forman parte del proceso de envejecimiento normal. En este sentido es necesario tener en cuenta los siguientes cambios:

- Las arterias, en particular la aorta, incrementan su rigidez debido a modificaciones en la estructura de las paredes arteriales, deteriorándose la función endotelial y aumentando la postcarga ventricular.
- Se incrementa el colágeno y la fibrosis intramiocárdica en el ventrículo izquierdo. Esto reduce la distensibilidad, y dificulta la relajación en la diástole. En cambio los parámetros de función sistólica cambian poco con la edad.
- Se producen alteraciones en las válvulas mitral y aórtica, con engrosamiento y calcificación, contribuyendo a una menor distensibilidad del ventrículo izquierdo.
- Las alteraciones degenerativas del sistema de conducción provocan una mayor incidencia de enfermedad del nodo sinusal, bloqueos auriculoventriculares y de fibrilación auricular.

El corazón se torna rígido al igual que las paredes de la aorta y otras arterias. Esto provoca una pérdida paulatina de la reserva funcional del corazón con disminución del ajuste cardiovascular al esfuerzo físico. Estas dos características, unidas a la reducción de la masa celular de los órganos vitales con la edad, disminución de la resistencia al estrés psicosocial, a las infecciones y a otros factores nocivos que pueden dañar el corazón, favorecen la aparición de la isquemia, angina, un infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca y los trastornos del ritmo y de la conducción.

Principales enfermedades cardíacas en adultos mayores

- La **hipertensión arterial** es un problema frecuente de salud que afecta el bienestar de los adultos mayores.

Las cifras de presión sistólica y diastólica aumenta con la edad en la mayoría de la población hasta los 60 años, posteriormente la presión diastólica tiende a disminuir, pero la sistólica continua incrementándose con la consiguiente elevación de la presión media.

El Comité de Expertos de la OMS definió como hipertenso a todo adulto mayor de 65 años que presente cifras de presión sistólica igual o mayor de 140 mm Hg, de presión diastólica igual o mayor a 90 mm Hg, o ambas, registradas en 3 mediciones tomadas en ocasiones distintas.

- La **cardiopatía isquémica** es la causa más frecuente de mortalidad en pacientes mayores de 65 años.

Los pacientes ancianos tienen mayor mortalidad por un síndrome coronario agudo que los pacientes más jóvenes. Los ancianos tienen tendencia a infartos mayores y a disminución de la reserva contráctil en regiones no infartadas.

Esto puede deberse a los cambios fisiológicos del sistema cardiovascular, el mayor número de factores de riesgo asociados, mayor frecuencia de presentaciones atípicas de la enfermedad y tratamiento menos agresivo durante la hospitalización.

A medida que avanza la edad se ha observado un cambio en la distribución por sexos, de modo que se va incrementando de manera importante la incidencia en el sexo femenino. Además, las mujeres tienen mayor mortalidad que los hombres en este sector de la población.

Los adultos mayores presentan mayor incidencia de hipertensión y diabetes, que los pacientes más jóvenes. La diabetes favorece la disfunción diastólica del ventrículo izquierdo que, en ocasiones, puede conducir a una disfunción sistólica. Además, los diabéticos tienen enfermedad coronaria más difusa y mayor incidencia de isquemia silente.

Todo esto contribuye a que los ancianos con diabetes tengan una enfermedad

coronaria más severa, mayor incidencia de insuficiencia cardíaca y una mayor mortalidad.

En el anciano la angina de pecho puede ser atípica.

El dolor puede sustituirse por disnea con el ejercicio (palpitaciones sin dolor), causada ésta por los mismos estímulos que la angina corriente y puede acompañarse de una sensación moderada de opresión precordial.

El dolor puede manifestarse como atípico en epigastrio de forma paroxística que mejora con los antiácidos, o en forma de crisis dolorosa después de la ingestión de alimentos, con irradiación al tórax, o como dolor recurrente en el hombro izquierdo o muñeca, o sensación de opresión en el cuello.

El dolor anginoso es menos frecuente pasado los 70 años y más frecuente el shock.

La incidencia de mortalidad, fallo cardíaco, edema pulmonar y ruptura ventricular, es mayor en adultos mayores posiblemente por daño previo del miocardio o una mayor prevalencia de hipertensión arterial.

- La **insuficiencia cardíaca** es un cuadro muy común en los adultos, aumentando proporcionalmente con la edad.

La mayor parte de las causas de insuficiencia cardíaca en ancianos, así como las metas del tratamiento difieren poco de las que concurren en el joven. En términos generales, la insuficiencia es resultado de enfermedades previas del corazón: particularmente disfunción en las coronarias y arritmias.

Los factores psicosociales en los adultos mayores

En general, la vejez puede significar una declinación de algunas o muchas de las funciones y expectativas que en gran medida mantienen el deseo de vivir.

Dependiendo de la vida que se ha llevado, y del nivel físico y psicosocial en el cual se encuentra una persona al transitar la vejez, esa declinación puede ser vivida como un proceso natural o como fuente de malestar.

El envejecimiento en sí mismo y los cambios que el sujeto tiene que afrontar, no implican de manera directa la aparición del **estrés**, éste dependerá en primer lugar de la valoración que cada sujeto realice de su situación como adulto mayor y de la influencia de determinados factores modeladores del estrés tales como: características de la personalidad, sentimiento y

posibilidades reales de control sobre la propia vida, el nivel de independencia económica, apoyo social disponibles y sobre todo el nivel de actividad social y sistema de actividades en los cuales el sujeto aparece implicado.

Entre los factores que aumentan la vulnerabilidad y los riesgos de padecer de estrés, en la tercera edad, podemos señalar los siguientes:

- Pobre motivación de los sujetos para implicarse en procesos de captación de información y de reflexión que posibiliten la proyección y ejecución de un adecuado proyecto de vida, para esta etapa.
 - Bajo nivel de participación en actividades físicas y sociales.
 - Disminución de los intereses personales e incapacidad para implicarse en nuevos proyectos.
 - Deficiente sistema de actividades, con poco o ninguna alternativas para actividades de ocio productivo.
-
- Predominio de una visión negativa de sí mismo y del mundo, en esta etapa de la vida.
 - Percepción negativa del apoyo social recibido o a su disposición (pareja y familia, amigos, instituciones, etc).

En nuestra sociedad actual muchas veces, la depresión y la ansiedad son consideradas como parte de] envejecimiento normal. Esto se complica al ser difícil distinguir los cambios del envejecimiento normal de signos de presencia de ansiedad o depresión más severas.

Si los cambios propios de la vejez son vividos como una pérdida por personas con predisposición a la depresión, sus síntomas podrán aparecer en esta etapa de la vida.

Esos cambios pueden estar dados por dejar de trabajar al jubilarse, disponer de menos dinero, una menor independencia por problemas físicos, pérdida de la pareja, amigos, familiares, (en general, personas de su mismo grupo etario), etc.

Otros de los síntomas que acompañan a los estados depresivos son la falta de interés por cuestiones que antes lo despertaban; desgano sobre todo al comenzar el día; cansancio a pesar de la falta de actividad habitual; trastornos del sueño; deseos de estar solo o, más bien, de huir de la compañía de las

personas; inquietud o desasosiego del cual es difícil definir la causa; baja en la autoestima y sentimientos de culpa.

Los síntomas de la ansiedad en adultos mayores estresados son más comúnmente, una mayor preocupación, disminución de la capacidad de concentrarse e irritabilidad.

Pero, en estas personas es muy necesario atender la posibilidad de que estos síntomas de ansiedad sean una forma enmascarada de depresión.

Existen numerosas vías de solución que van desde la toma de simples determinaciones como iniciar una actividad alternativa—muchos adultos mayores mejoran su situación emocional reuniéndose en grupos destinados a gente de su misma edad e intereses y participando juntos de nuevas actividades como deportes, juegos, danza, viajes y paseos—, hasta el pedido de ayuda consultando al médico y al psicólogo. Es muy importante la construcción y mantenimiento de redes sociales de apoyo, un espacio donde los adultos mayores se relacionen con pares compartiendo su visión de mundo y nuevas actividades.

La consulta psicológica no resulta muy viable para muchos de nuestros mayores, quienes mantienen el mito de que la salud mental es para los "locos". Sin embargo, en algunos casos, las personas mayores no quieren —o no pueden— plantear sus problemas emocionales, pero se sienten impulsados a consultar igualmente a su médico.

Detrás de la referencia de síntomas físicos, un doctor avezado podrá a veces vislumbrar signos de depresión. En ese caso además de tomarse el tiempo para escuchar a su paciente puede recomendarle la consulta psicológica.

A pesar de que nuestros mayores raramente hablarán de sus problemas emocionales, el trabajo interdisciplinario de médicos y psicólogos logra excelentes resultados.

En el caso concreto de la rehabilitación de enfermedades cardíacas los programas cuentan con psicólogos y psiquiatras dentro del equipo que participan del proceso desde el primer momento e incluso ya conocen al paciente, si éste ha pasado por una crisis aguda, desde su hospitalización.

Las psicoterapias en la tercera edad deben apuntar a ayudar a la persona a ser

un sujeto activo en su envejecer, descartando el mito de convertirnos en objetos pasivos del paso del tiempo.

Bibliografía:

- ALLAN Y SCHEIDT (eds.) Heart and Mind. American Psychological Association. Washington, 1988.
- BUCETA, J.M. Y BUENO, A.M., Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades. Ediciones Pirámide. Madrid, 1996.
- BUCETA, J.M. Y BUENO, A.M., Tratamiento psicológico después del infarto de miocardio: estudios de caso. Editorial DYKINSON. Madrid, 1997.
- FERNANDEZ ABASCAL, E. G., "El estrés: aspectos básicos y de intervención", en E.G. Fernández Abascal y F. Palmero (eds.), Emoción y salud, Barcelona, Ariel, 1998.
- LAHAM, M., Factores psicológicos de riesgo en las enfermedades cardiovasculares. Tesis de Doctorado. U.B. 2000. (Inédita).
- LAHAM, M., Psicocardiología. Abordaje psicológico al paciente cardíaco. Ediciones Lumiere. Buenos Aires. 2001.
- LAHAM, M. "¿Qué es la psicocardiología?" Versión electrónica. Psicocardiología.com
- LAHAM, M., "La Psicocardiología: una revisión de la especialidad en los comienzos del siglo XXI". Ponencia presentada en el Congreso SAPsi. Buenos Aires, 2002.
- LAHAM, M., "Conferencia JANSEN". Bs. As. Marzo, 2002.
- LAHAM, M., Escuchar al corazón. Psicología cardíaca. Actualización en psicocardiología. Ediciones Lumiere. Buenos Aires. 2006.

Fuente electrónica:

www.psicocardiologia.com.ar/?kk_seccion=prensa&kk_id=13&kk_pagina=0

“La ira perjudica en forma directa las arterias del corazón” 06-05-2009

La Dra. Mirta Laham, creadora de la especialidad de Psicocardiología, asegura que esa y otras emociones impactan en nuestra salud, y que los pacientes cardiológicos que buscan una recuperación deben enfrentar la enfermedad desde lo físico y lo psicológico.

Escuchar al corazón ya no es sólo una cuestión de sentimientos, sino también de salud física, porque su salud depende también de nuestra forma de vida y de nuestras emociones. A esta y a otras conclusiones ha llegado la Dra. Mirta Laham, junto con un grupo de investigadores que la acompañan en el estudio y desarrollo de la psicocardiología, una nueva disciplina que busca abordar la prevención y el tratamiento de las enfermedades cardiológicas de manera integral.

¿Cómo surge la psicocardiología y de qué se trata?

Laham: La psicocardiología surge de una investigación en pacientes cardíacos que trataba de determinar qué factores de la personalidad y de las emociones podían incidir en este tipo de pacientes. Aquí se descubre que en uno de los tres grupos establecidos: de pacientes cardíacos, crónicos y otro de personas con un estilo de vida similar, la única variable distinta que se encuentra en el primero es la del malestar social. Así se empieza a indagar en los pacientes con infarto, por qué tenían este malestar social que se destacaba por sobre los otros dos grupos.

¿Qué otra diferencia encontraron?

ML: Cuando uno recorre las investigaciones previas en pacientes que han tenido un infarto, hay un reconocimiento de un patrón de conducta que en los años sesenta se denominó de tipo A, con las siguientes características: la competitividad, la urgencia en el tiempo, un estilo más agresivo, personas que están comprometidas en demasía con su trabajo; y empezamos a darnos cuenta de que todas las personas que terminan padeciendo infarto tienen este tipo de personalidad.

¿Podemos decir que este tipo de conductas o patrón de personalidad es más propenso a las enfermedades cardíacas?

ML: Hablamos de personas que tienen una alta reactividad al estrés; entonces, ante esta reactividad, tienen ese tipo de comportamiento que las perjudica. Con lo cual acá vemos la relación entre el estrés y la conducta.

¿Qué rol juega la psicocardiología en todo esto?

ML: La psicocardiología trabaja los factores psicosociales en los pacientes cardíacos, tanto las cuestiones conductuales como emocionales, y una de las cuestiones que estamos trabajando, principalmente en prevención, es el cambio de hábitos. Porque si hay algo difícil de modificar y de mantener en el tiempo son los hábitos que hemos sostenido a lo largo de toda la vida; por ejemplo, el de fumar.

¿Qué factores de la personalidad o de las emociones inciden en las enfermedades cardíacas?

ML: Trabajamos mucho en reconocer los factores que podían incidir en las enfermedades cardíacas, y uno muy importante es el de la ira. Especialmente en las personas que tienen carácter explosivo o en aquellas que están permanentemente manifestando su enojo. Esa ira va directamente a perjudicar a las arterias, porque hay una descarga de adrenalina y cortisol que afecta directamente a la parte íntima del sistema arterial. Si una persona se enoja de esa manera cinco o seis veces por día, va lastimando permanentemente las arterias; y esto está probado.

¿Podemos decir que las emociones impactan en nuestro corazón, físicamente hablando?

ML: Sí, totalmente. La ira, el dolor profundo, la depresión o el decaimiento anímico fuerte y el estado de mucha ansiedad pueden ser causales de enfermedades cardiovasculares.

¿Qué tipo de prevención podemos tener?

ML: En las enfermedades, hay lo que denominamos factores de riesgo: enfermedades declaradas, como la diabetes y la hipertensión, el sedentarismo, la obesidad, el tabaquismo, el consumo de alcohol en exceso, el estrés y los factores psicosociales.

¿De cuáles se ocupan ustedes?

ML: Nosotros nos abocamos más a los cambios de hábitos: el sedentarismo, el tabaquismo, la obesidad, lo que tenga que ver con el estrés y los factores psicosociales, como el estrés laboral, los problemas familiares y otros problemas que preocupan en demasía a quienes los padecen.

¿Qué información destaca en este sentido?

ML: El tema de la causa: cuando una persona tiene un infarto, el preguntar si antes, esto es, dentro de los 6 meses anteriores a ese momento, tuvo algún problema de estrés o alguna dificultad familiar; siempre nos encontramos con que sí, que hubo un factor desencadenante.

¿En general, esta causa está más asociada a los problemas personales o profesionales?

ML: Dentro de lo que hemos visto, nos encontramos con problemas de trabajo, la muerte de un ser querido o una separación. Es muy importante el reconocimiento del desencadenante y saber que una persona, cuando tiene algún problema importante y tiene factores de riesgo, debe trabajar en la prevención. Esto significa, también, dejar de postergar el cambio de hábitos que una persona sabe que debe realizar y lo pasa siempre para más adelante.

¿Ud se refiere tanto a los cuidados físicos como al cambio de hábitos?

ML: Totalmente, hoy hay un reconocimiento del ser humano integral, no se puede tratar a una persona desde el corazón y no pensar qué le pasó para llegar a ese momento. Si bien

la enfermedad coronaria es una enfermedad que viene desde la niñez, provocando la arterioesclerosis en las arterias, se sabe que la persona ha llegado a padecer un infarto, justamente, porque tiene un recorrido en su vida, y hay una forma de vida que debe modificarse.

¿Cómo podemos darnos cuenta de que estamos en riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular?

ML: Personas que están muy ansiosas, que tienen alta reactividad o que se enojan con mucha facilidad por cualquier cosa, que tienen como una depresión más bien ansiosa, estos son verdaderos llamados de atención. Así como las mujeres nos hacemos mamografías, deberíamos hacernos electrocardiogramas y ecocardiogramas por una cuestión de prevención, desde lo médico y también desde lo psicológico. “La psicocardiología colabora para recuperar la calidad de vida, para ayudar a la persona a volver a su centro, con el fin de que pueda sentirse mejor. Luego del tratamiento, las personas aseguran que se sienten mucho mejor que antes”.

¿A qué se refiere con “prevención en el aspecto psicológico”?

ML: Nosotros trabajamos con técnicas donde cada persona puede reconocer su problema. Por ejemplo, si tiene alta reactividad al estrés, si tiene una situación de mayor enojo que lo normal y otras cuestiones. Las personas necesitan ver por qué deben cambiar para que sientan que su esfuerzo vale la pena. Tampoco hay en los médicos una conciencia generalizada de lo que es la psicocardiología. Nosotros estamos realizando un trabajo serio para demostrar la importancia de esta especialidad.

¿Qué logros tienen los pacientes cardíacos que abordan el tratamiento desde lo psicológico y lo físico?

ML: El paciente que se cuida baja su colesterol, empieza a realizar una actividad física, cuida sus valores de estrés y aprende a manejarlos, tiene una vida más centrada y tranquila, reconoce sus problemas y comienza a resolverlos de una manera diferente:

estará trabajando en la prevención de un segundo infarto. La persona que hace todo eso, seguramente no lo va a sufrir. Es muy importante que los pacientes puedan realizar una rehabilitación cardíaca; nosotros estamos trabajando para armar grupos con este fin, basándonos en los buenos resultados que han tenido en otros países.

¿A qué dificultades se enfrentan generalmente este tipo de pacientes?

ML: Los pacientes, luego de un infarto, corren el riesgo de tender a la depresión o a negar la enfermedad. En este caso, sucede que frente a intervenciones tan rápidas como la angioplastia, el paciente se enfrentó con muy poco tiempo para el reconocimiento de la propia enfermedad. Muchos pacientes te dicen que la angioplastia fue como sacarse una muela, sin tomar conciencia de que estuvo en riesgo la propia vida y que, frente a esta realidad, es necesario un cambio de hábitos, una nueva manera de encarar la vida.

Y en el caso de la depresión...

ML: Hay pacientes que, después de un infarto, entran en un estado depresivo porque tienen una sensación general de decaimiento, sobre todo cuando se les coloca un by-pass, ya que es una operación más complicada en la que la persona tiene un sentimiento más cercano a la muerte.

¿Cómo asumir las responsabilidades después de una enfermedad cardíaca?

ML: La gran mayoría quiere retomar su vida de antes, sin elaborar esto que les ha pasado. Es complicado si sucede esto, porque el peligro que se corre es el de un segundo infarto. En este punto la toma de conciencia de los cuidados a tomar a de ahora en más es muy importante. Cuidar la calidad de vida tiene que ser el camino a seguir.

¿Qué otros aportes brinda esta disciplina?

ML: La psicocardiología colabora para recuperar la calidad de vida, para ayudar a la persona a volver a su centro, con el fin de que pueda sentirse mejor. Luego del tratamiento (tanto físico como de hábitos), las personas dicen que realmente se sienten

mucho mejor que antes, pero no se refieren al momento en que empezaron el tratamiento, sino a mucho antes de que desarrollaran la enfermedad.

http://www.psicocardiologia.com.ar/?kk_seccion=prensa&kk_id=14&kk_pagina=0&PHPSESSID=9db50d1a4dced2839120233d95a6e360

La psicocardiología surge como nuevo abordaje. 25-10-2005

Los problemas cotidianos son también fatales para el corazón

Una separación, una mudanza o un despido pueden ser tan dañinos para el organismo como el colesterol elevado, la hipertensión o la obesidad.

¿Los cardiólogos deben convertirse también en psicólogos?

Para los especialistas es cada día más evidente la incidencia de los problemas cotidianos en la salud del corazón. Es decir, una separación, una mudanza o un despido pueden ser tan dañinos para el organismo como el colesterol elevado, la hipertensión o la obesidad.

Apuntar a los factores de riesgo psicosociales plantea un dilema a los cardiólogos: ¿Deben convertirse en psicólogos para tratar mejor a sus pacientes?

Esa pregunta aparece en un extenso artículo publicado este mes en la *Journal of the American College of Cardiology*: "La epidemiología, la patofisiología y el tratamiento de los factores de riesgo psicosociales en la práctica cardíaca: el campo emergente de la cardiología del comportamiento". Explica como, aunque los cardiólogos están acostumbrados a tratar la obesidad, el tabaquismo o la inactividad física de sus pacientes, se sienten incómodos **para lidiar con la salud mental**. Dice que la relación entre los riesgos psicosociales y los problemas cardíacos es tan fuerte que "los cardiólogos necesitan ser proactivos y tomar nota sobre este importante aspecto del cuidado del paciente".

"El nuevo planteo de la cardiología ubica a los factores psicosociales **como causa de los factores de riesgo tradicionales**. Significa que si el cardiólogo no es un poco psicólogo, no aconseja un tratamiento psicológico o no deriva a sus pacientes, no trata bien a sus pacientes —explica a **Clarín** Marcela Redruello, miembro de La Fundación Cardiológica Argentina—. No es que los factores psicosociales sean más difíciles de detectar, simplemente los médicos tenemos que habituarnos a interrogar y observar su presencia en nuestros pacientes".

Estos factores psicosociales pueden dividirse en dos: los **emocionales** (depresión, ansiedad, furia) y las situaciones de **estrés crónico** (problemas económicos, estrés laboral o matrimonial). "Hay evidencia que relaciona estos factores con una mayor probabilidad de muerte súbita y otros eventos cardiovasculares como infarto", dice Redruello.

Las razones médicas por las que estos factores pueden desencadenar eventos cardíacos se basan en el impacto sobre el sistema nervioso simpático (productor de adrenalina) y un eje llamado Hipotalámico-pituitario drenal, que relaciona los estímulos que llegan al cerebro con una respuesta del cuerpo dada por la glándula suprarrenal. La activación permanente de este sistema por factores como la depresión produce insulina resistencia (lleva a la diabetes), obesidad, hipertensión, disfunción ovárica, disminución de la masa ósea y osteoporosis, entre otros. "Trabajamos con el paciente en la prevención, enfermedad, psicoprofilaxis quirúrgica, internación y rehabilitación. Todo en forma interdisciplinaria y abordando las características individuales en sus aspectos emocionales, familiares, laborales", explica a **Clarín** Mirta Laham, doctora en Psicología, autora de "Psicocardiología, abordaje psicológico al paciente cardíaco" y coordinadora del Servicio de Salud Mental del Instituto de Investigaciones Médicas Dr. Alfredo Lanari.

- ¿Influye la personalidad en las enfermedades cardíacas?

- En varios estudios se reconocieron características específicas de conducta en el paciente coronario: competitividad, apuro, impaciencia, desatención de los síntomas de fatiga y dolor, omnipotencia, muy involucrados en el trabajo, con ira, hostiles. Son personas que viven apuradas, exigidas, tienen mucha necesidad de obtener logros y poca capacidad de frustración, son susceptibles al enojo, reactivos al estrés. Suelen mantener malos hábitos: tabaquismo y sedentarismo.

"El cardiólogo es un profesional central en la historia del enfermo coronario. En él se vuelcan no sólo la patología vascular sino también los temores, la esperanza y los esfuerzos para enfrentar la enfermedad. El profesional debe estar preparado para dar respuestas **a muchos interrogantes que escapan a los límites clásicos de la medicina**", dice el doctor Alejandro Adilardi, jefe del Servicio de Cardiología del Lanari.

"Son innumerables las situaciones disparadoras de rabia, excitación o ansiedad que pueden producir disfunciones circulatorias. Donde interviene la emoción hay síntomas que disminuyen o aumentan la frecuencia cardíaca —dice Héctor Kunik, presidente de la Asociación Metropolitana de Medicina del Deporte y director del Comité de Cardiología del Ejercicio de la Sociedad de Cardiología de Buenos Aires—. Las emociones más perjudiciales son **la agresividad inconsciente, el miedo a ser castigados, el temor al abandono y a la muerte**".

Si las emociones negativas favorecen las enfermedades cardíacas, se podría decir que el optimismo entonces es bueno para la salud (Ver La risa...).

Según Laham, "se está considerando una nueva categoría para entender el estrés: la resiliencia, que es la capacidad humana para **enfrentar, sobreponerse y salir fortalecido por experiencias**

adversas. Ante una crisis, los resilientes florecen, enfrentan la experiencia con humor y optimismo. Los últimos estudios concluyen en los buenos resultados de los resilientes". Habrá que tomarse la vida con más humor.

Maria na Iglesias. miglesias@clarin.com

La mujer del siglo xxi sufre más del corazón

Las causas se vinculan a su cambio de rol en la sociedad. Cada año mueren 8 millones de mujeres por enfermedades cardiovasculares. 04-03-2005

Las enfermedades del corazón son la primera causa de muerte entre las mujeres, supera al cáncer, al HIV, a la tuberculosis, entre otras patologías. Los especialistas afirman que los factores de riesgo emocionales se fueron agudizando a medida que el universo femenino se insertó en el mundo del trabajo y su rol se equiparó al de los hombres. A la vez, cumplen con su maternidad y realizan las tareas del hogar. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya son más de ocho millones las mujeres que mueren cada año, víctimas de diversas cardiopatías.

“Antes era raro ver a una mujer con problemas cardíacos coronarios, pero en estos momentos están superando las enfermedades cancerosas. Esto nos da la pauta de que a la mujer le está pasando algo que tiene relación con ciertas características de la sociedad actual”, afirma María Cristina La Bruna, médica psicoanalista y master en neurociencias del Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (ICBA). Sin embargo, los hombres todavía las superan en las probabilidades de padecerlas. Según el estudio Framingham, los síntomas en las mujeres se manifiestan 10 años después que en los varones, pero cuando **ellas sufren un infarto agudo de miocardio el pronóstico es peor.**

Además, las enfermedades cardíacas congénitas se manifiestan en forma diferente en cada sexo. En las mujeres la angina de pecho es el síntoma inicial más frecuente, mientras que en los hombres el infarto del miocardio (ataque al corazón) es la situación coronaria más común. El estudio Framingham también indica que **los ataques al corazón son más fatales en las mujeres** que en los hombres. “La mujer está tironeada porque tiene un sello ancestral vinculado con el género: la procreación, el cuidado doméstico, la demanda estética, el apuntalamiento de los padres. Todo motiva muchas exigencias. En cambio, el hombre tiene que mantener a la familia pero llega a la casa y baja la cortina”, considera La Bruna.

Aunque este sello ancestral también puede afectar el corazón de las mujeres solteras. “El hecho de vivir sola se asoció también a la reincidencia de los eventos coronarios”, afirma Mirta Laham, Doctora en Psicología especializada en psicocardiología, del Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari. “Estas investigaciones sugieren que la falta de apoyo, de contactos y en especial el aislamiento social, crean una tensión que dan lugar a patrones de conducta y respuestas fisiológicas cuyos efectos, a largo plazo, pueden ser nocivos y causar una coronariopatía”, dice la especialista. Esto también puede llevar a una depresión, que junto con la hostilidad, el enojo, la ira y los sentimientos negativos, constituyen los principales factores de riesgo emocional de las enfermedades cardiovasculares.

“Las emociones positivas estimulan algunas adrenalinas que tienen que ver con estar contentos” dice Laham, quien explica que las emociones negativas, en cambio, provocan una reacción fisiológica que incluye el incremento de la presión arterial y de las catecolaminas o niveles de corticoides. “Todo porque se elevan las hormonas en la sangre que pueden dañar el corazón y los vasos sanguíneos. Por ejemplo, la epinefrina, noradrenalina, adrenalina, aceleran el corazón y suben la presión sanguínea”, agrega la doctora. **Este proceso del cuerpo es más significativo en las mujeres con personalidad competitiva**, dedicadas más al trabajo que a la familia, y que son las más propensas a sufrir infartos.

Además, el ritmo de vida acelerado no les permite detenerse a reconocer sus dolores, ni a tomar conciencia de sus aspectos emocionales o de conducta. Muchas veces, su dedicación al trabajo hace que tengan problemas familiares. Y a todos esos factores emocionales y de estilo de vida se le suma la posibilidad de que sean fumadoras, que tomen demasiado alcohol o que sumen riesgos para su salud coronaria. “Muchas mujeres no consideran a las enfermedades cardiovasculares como un problema que también afecta a su género y las asocian exclusivamente con el hombre. Esta es una posible causa de la falta de apreciación del origen cardíaco de sus síntomas”, dice Laham.

Un informe realizado el año pasado por los investigadores argentinos del Estudio Multicéntrico de Cirugía Cardíaca, indicó que las mujeres llegan al quirófano con peor perfil clínico que los hombres y que en casi la mitad de los casos son operadas de urgencia, están subtratadas o submedicadas. “Hay que tener en cuenta que las emociones se sienten en todo el cuerpo. La persona tiene que poder contactarse con lo que le pasa y utilizar recursos intelectuales para buscar soluciones a los problemas que la están tensionando. Uno se puede enfermar del estómago, de un ojo, del hígado. Pero si el

corazón falla, se muere”.

Por Alice Pollina.

Especial para Clarín.com

<http://old.clarin.com/diario/2005/03/04/conexiones/t-932640.htm>