

PSICOCARDIOLOGÍA SU IMPORTANCIA EN LA PREVENCIÓN Y LA REHABILITACIÓN CORONARIAS

Mirta Laham*

Psicocardiología.com, Argentina

ABSTRACT

Psychocardiology is the area of Health Psychology that detects and intervenes on the various psychosocial factors of coronary risk developing the disease and hamper their rehabilitation. It brings together various disciplines, including cardiology and psychology, working together both in primary prevention and the rehabilitation of coronary artery disease. It is now an interdisciplinary approach to coronary disease. It emerged from daily contact with coronary patient, seeing as he is poorly informed about the characteristics of the disease, its causes, how to prevent it, how to deal with their treatment and what is necessary for their rehabilitation. This article addresses the psychological factors of coronary disease, the social aspects of the coronary health, and psychocardiological therapy in the coronary rehabilitation.

Key words: *Psychocardiology, psychosocial factors, psychological intervention*

RESUMEN

La Psicocardiología es el área de la Psicología de la Salud que detecta e interviene sobre los diversos factores psicosociales de riesgo coronario que desarrollan la enfermedad y obstaculizan su rehabilitación. Reúne varias disciplinas, en particular cardiología y psicología, trabajando conjuntamente

* Correspondencia: mirtalaham@ciudad.com.ar

te tanto en la prevención primaria como en la rehabilitación de la coronariopatía. Es hoy un enfoque interdisciplinario de la enfermedad coronaria. Ha surgido del contacto cotidiano con el paciente coronario, de ver como él está pobremente informado de las características de la enfermedad; de sus causas, de cómo prevenirla; de cómo encarar su tratamiento y de lo imprescindible de su rehabilitación. En este artículo se tratan los factores psicológicos de la enfermedad coronaria, los aspectos sociales de la salud coronaria, y la terapia psicocardiología en la rehabilitación coronaria.

Palabras clave: *Psicocardiología, factores psicosociales, intervención psicológica.*

INTRODUCCIÓN

La evolución de la medicina, su desarrollo tecnológico, el abordaje farmacológico y quirúrgico, nos han demostrado avances cada vez más maravillosos, sin embargo, las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud auguran un liderazgo en la enfermedad coronaria como causa de muerte.

Junto con las evidencias de factores biomédicos de riesgo que han sido relacionados con la cardiopatía coronaria (como la hipertensión, el colesterol, o la diabetes mellitus), también, se ha investigado la posibilidad de que factores psicológicos y ambientales puedan incidir en esta enfermedad. En las últimas décadas, la importancia de los factores psicológicos y sociales en el desarrollo de la coronariopatía y en la prevalencia de vida de la persona coronaria ha ido ganando terreno, por lo menos desde algunas perspectivas teóricas de la enfermedad.

La aplicación del modelo biopsicosocial permite una mayor comprensión del desorden patológico

coronario, facilitando una rehabilitación integral de la persona afectada. Pero, al mismo tiempo, alienta a un desarrollo más amplio de la prevención primaria de esta enfermedad.

Si bien la relación entre los factores emocionales y conductuales y las enfermedades han sido contemplados desde un primer momento en la medicina, tanto occidental como oriental, las investigaciones sobre los factores psicológicos concurrentes en la enfermedad coronaria deben centrarse en los últimos cuarenta años. Esto se debe no sólo a un cambio de mirada en la relación entre medicina y salud, sino al desarrollo de la metodología de investigación.

El estudio pionero sobre la incidencia de factores psicológicos de riesgo en la enfermedad coronaria fue la realizada en 1959 por los cardiólogos Friedman y Rosenman, dando como resultado la formulación de un patrón de comportamiento asociado con los trastornos cardiovasculares: el Patrón de Conducta Tipo A.

El Patrón de Conducta Tipo A define a aquellas personas que presentan una

respuesta autonómica al estrés, por la activación del Sistema Simpático Adrenal; y que son las más propensas a padecer enfermedades cardiovasculares. En términos generales, los rasgos psicológicos que lo caracterizan son: hostilidad, impaciencia, competitividad, alta necesidad de control e indefensión.

Desde las primeras investigaciones, la hostilidad ha sido considerada un componente tóxico esencial de la personalidad coronaria. Diferentes investigadores han sostenido la tesis de que las personas hostiles están más propensas a desarrollar enfermedad coronaria. También se ha establecido que las situaciones de ira precipitan episodios cardíacos.

A finales de la década del '90, Denollet y Brutsaert han propuesto un nuevo tipo de personalidad asociada a patologías coronarias: la personalidad tipo D que se define, básicamente, por la interacción de afectividad negativa e inhibición social. La conducta observada bajo este patrón es la tendencia a suprimir, reprimir y contener el distrés emocional. El estrés negativo (distrés) ha sido objeto de estudios que lo vinculan con la patología coronaria. En la medida en que influye en las funciones somáticas, volviendo al organismo más vulnerable a la enfermedad, el distrés actuaría como desencadenante, de modo activo y agudo, de eventos cardíacos.

Con respecto a los causantes sociales de la enfermedad, en principio, habría que considerar que cualquier evento en que las demandas del ambiente agotan y/o exceden los recursos

adaptativos de una persona se desarrolla un proceso de estrés negativo. Los estresores cotidianos son las pequeñas amenazas rutinarias que exigen poco esfuerzo para su superación y que sólo constituyen factores de riesgo en virtud de la asociación entre varios de estos agentes, y su acumulación. Éste es el caso de la interacción laboral.

En los últimos tiempos, las catástrofes naturales y artificiales han llevado a considerar muy detalladamente acontecimientos de especial relevancia y que se perciben como incontrolables para todos. Por ejemplo, la guerra, las crisis económicas y sociales, los atentados terroristas de gran magnitud y las devastaciones de los tsunamis, terremotos y huracanes.

El estrés social, el estrés laboral, la interacción con los otros, y, en general, los cambios sociales, impactan en la salud. Dentro de los factores sociales que los investigadores han considerado de mayor influencia se destacan los niveles socioeconómicos y la situación laboral.

Algunos estudios de población han corroborado la influencia de factores socioeconómicos en la salud. La relación que se puede establecer sería la siguiente: a menores niveles en el estatus económico, mayor riesgo de enfermedad. Esta hipótesis incluye una pobre nutrición (generalmente excesiva en sus niveles lipídicos), un mínimo de cuidados médicos y una mayor carga infecciosa.

El estrés laboral es resultado de diferentes elementos. El avance tecnológico trajo como consecuencia que el

trabajo artesanal, creativo (fuente de estrés positivo) haya sido reemplazado por un trabajo mecanizado, automatizado, de ritmo muy veloz que, si bien, posiblemente, provoca una menor fatiga física, ocasiona estrés negativo en virtud de una mayor estimulación psicológica e intelectual. Al mismo tiempo, la situación social, como trasfondo, y, explícitamente, la demanda de las organizaciones de trabajo, exigen a las personas un equilibrio aparente que permita soportar todo tipo de presiones sin posibilidad de protesta. Esta situación potencia el estrés negativo y conduce a la adquisición y adherencia a hábitos nocivos (tabaquismo, alcohol, desórdenes alimentarios, etc.) de riesgo coronario que son percibidos como una “salida” o alivio momentáneo de estas situaciones.

Los factores emocionales negativos como la ansiedad y la depresión, causados tanto por circunstancias personales como sociales, son objeto de investigación como de observación clínica y frecuentemente señalados como factores de desarrollo de la enfermedad coronaria, determinantes en la adherencia y resultados de los tratamientos médicos, farmacológicos y quirúrgicos y obstáculos a considerar en la rehabilitación.

Actualmente, está en proceso de estudio la relación beneficiosa entre el buen uso de las emociones positivas (característica básica de la personalidad resiliente) y la salud cardiovascular.

Ante el alarmante crecimiento de la morbilidad y la mortalidad de esta enfermedad (a pesar de los avances médicos

en diagnóstico y tratamiento, tecnológicas y genéticas) se vuelve necesario insistir en la consideración de la enfermedad coronaria como una enfermedad de un estilo de vida. Un estilo de vida que debe ser modificado, suprimiendo hábitos nocivos y reemplazándolos por hábitos cardiosaludables. Este cambio de vida, generalmente muy resistido, es fundamental en la prevención de la enfermedad y necesario en la rehabilitación. Es aquí donde la terapia psicocardiológica encuentra su anclaje y su importancia.

LOS FACTORES PSICOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD CORONARIA

ESTRÉS Y PERSONALIDAD CORONARIA

Siguiendo a Lazarus creemos que lo más conveniente es reunir bajo un mismo concepto de estrés los estímulos que provocan las reacciones, las reacciones en sí mismas y los procesos involucrados en las respuestas. Y definir al estrés en referencia a cualquier evento en el cual las demandas externas y/o internas agotan o exceden los recursos adaptativos de un sujeto.

Podemos distinguir entre respuestas negativas y respuestas positivas de estrés. Las respuestas de estrés se vuelven negativas si su recurrencia es excesiva. Las respuestas adaptativas, aún las más positivas, son nocivas cuando se vuelven crónicas y frecuentes.

El estrés influye en las nociones somáticas volviendo al organismo más vulnerable a la enfermedad. Las emociones humanas en general y los

procesos adaptativos en particular no influyen en la salud a través de un único mecanismo, sino que ejercen su influencia en diferentes modos y momentos del proceso de la enfermedad. Así, y tomando en cuenta las evidencias epidemiológicas, clínicas y experimentales puede afirmarse que el estrés:

1. Constituye un riesgo para la salud.
2. Afecta los hábitos de salud y, por lo tanto, la calidad de vida.
3. Bajo episodios agudos, puede agravar ciertas enfermedades.
4. Puede distorsionar la conducta de los enfermos.

En términos generales, tanto la respuesta nerviosa, como la respuesta hormonal, definen las grandes líneas de adaptación a los estímulos ambientales. Sin embargo, muchas veces la respuesta adaptativa es causada por enfermedad, en especial en casos de estrés no prolongado o interno. La respuesta adaptativa puede desviarse por defectos innatos, bajo estrés, sobreestrés o bien, por orientación psicológica defectuosa.

El estrés puede conducir a una enfermedad somática por tres vías diferentes:

1. Por la ruptura de la función del tejido por influencia neurohumoral bajo estrés.
2. Por ejercer estilos de enfrentamiento dañinos para la salud.

3. Por causa de factores psicológicos y/o sociales que conducen a minimizar el significado de los síntomas, lo que impide acceder a programas de tratamiento.

Cotidianamente nos enfrentamos a agentes estresores que pueden provocarnos un incremento en la activación fisiológica que aumenta la probabilidad de padecer enfermedades coronarias. Existiendo, por supuesto, diferencias individuales respecto del efecto que provocan los estímulos estresores en el organismo y que conducen a una mayor o menor reactividad cardíaca. El estrés negativo actuaría como desencadenante, de manera activa y aguda, de episodios cardíacos.

En términos generales, las múltiples causas que generan estrés pueden ser las mismas para cualquier sujeto. Las diferencias se presentan cuando tomamos en cuenta los modos de interpretar las situaciones estresantes y las consiguientes respuestas adaptativas. En este caso, el análisis nos permite distinguir diferentes perfiles psicológicos, también llamados comúnmente patrones de conducta.

Un patrón de conducta es un modelo que integra rasgos de personalidad, creencias, actitudes, conductas y una determinada activación fisiológica. Tradicionalmente, se han definido tres tipos de personalidad, a su vez, relacionados con diferentes trastornos de salud: los Tipos A, B, y C.

En términos generales, el patrón de conducta Tipo A es considerado un síndrome de conducta manifiesta o

estilo de vida caracterizado por extrema competitividad, motivación de logro, agresividad (algunas veces contenida con esfuerzo), apresuramiento, impaciencia, inquietud, hiperalerta, expresividad en el habla, tensión en los músculos faciales, sensación de estar bajo presión y el desafío con la responsabilidad. Las personas que tienen este patrón están usualmente entregadas a su vocación o su profesión, mientras que son relativamente descuidados en otros aspectos de su vida.

En el Estudio Framingham, junto con el Tipo A, se incluyen también otros aspectos psicosociales presentes en los individuos estudiados: labilidad emocional, cólera, problemas laborales y matrimoniales, movilidad e incongruencia social.

El patrón de conducta Tipo A fue originalmente definido a partir de estos elementos:

- Hostilidad.
- Urgencia en el tiempo o impaciencia.
- Competitividad y orientación al logro
- Desatención de síntomas de dolor/fatiga.
- Control.
- Indefensión.

HOSTILIDAD

Desde las primeras investigaciones, la hostilidad ha sido considerada un componente esencial del Tipo A. Se ha com-

probado que el PACTA (Patrón de conducta tipo A) se presenta más irritable que el Tipo B ante la frustración, o el bloqueo, en su necesidad de alcanzar un objetivo. Dicha irritabilidad ha constituido una evidencia indirecta de la hostilidad.

Otros estudios han establecido el componente de hostilidad de modo más directo. Los rasgos de conducta Tipo A se presentan en los casos en que existe un ambiente que amenaza el dominio de la situación. En ausencia de circunstancias amenazantes la conducta de los sujetos Tipo A no difiere de la de los Tipo B.

URGENCIA EN EL TIEMPO/IMPACIENCIA

Los sujetos clasificados bajo el patrón de comportamiento Tipo A manifiestan un fuerte sentido de urgencia en el tiempo. Para estos sujetos el intervalo de un minuto pasa más rápido que para los individuos del Tipo B. Cuando son citados para un experimento se ha reportado que aparecen más temprano a la cita.

Esta fuerte preocupación por el tiempo y la característica de impaciencia pueden influir en otros comportamientos. Por ejemplo, responden más pobremente en tareas que requieren respuestas demoradas. Competitividad y orientación al logro. Muchas veces este componente se estima como subyacente a los otros. O sea, la urgencia podría ser la manifestación del intento de lograr más en menos tiempo, y la hostilidad podría ser la respuesta frente a la frustración de dicho objetivo.

El Tipo A presenta una exagerada tendencia competitivo-ganadora, la evidencia de este elemento ha sido establecida por diferentes experimentos que involucraban una mayor efectividad en tiempos límite. En estos casos los tipo A resultaban mucho más efectivos que los tipo B.

Respecto de las estrategias para alcanzar el éxito, el Tipo A prefiere trabajar en tareas estresantes de modo solitario. El trabajo solitario le permitiría un mayor control sobre el producto terminado.

Pero, en los momentos previos a la tarea, prefiere esperar en compañía de otros y no solo. Tal vez porque esto le permite recabar información para la tarea a través de cierta comparación social. Dicha comparación social también funciona en estos sujetos como una forma para mejorar la propia actuación en tareas simples, aunque, en algunos casos, puede desmejorarla en las tareas complejas.

DESATENCIÓN DE SÍNTOMAS DE DOLOR/ FATIGA

Este rasgo es muy importante en su asociación con las enfermedades coronarias.

Diversos estudios han permitido señalar que el sujeto Tipo A es menos consciente, que el Tipo B, en reconocer la fatiga o el dolor: posiblemente suprime y/o ignora estos síntomas cuando está inmerso en una tarea que ocupa toda su atención.

El Tipo A presenta un mayor control de sí mismo que el Tipo B, aún en niveles de cansancio que van más allá

de lo normal. Hasta podría administrar sus recursos físicos hasta el agotamiento con una mayor consistencia.

Como la fatiga es el más común —y el más temprano en su manifestación— síntoma de un inminente ataque cardíaco, al negarlo y/o ignorarlo, el individuo Tipo A podría esperar demasiado para pedir ayuda.

El Tipo A niega o suprime activamente su atención a los estímulos molestos e irrelevantes, aún los físicos, y por lo tanto, serían sujetos menos conscientes de dichos síntomas. En la medida en que está comprometido con una tarea a la que le ha asignado gran importancia, el Tipo A focaliza en ella su atención excluyendo los acontecimientos o estímulos periféricos.

Este particular estilo de atención también tendría incidencia en otros procesos cognitivos, como la formación y uso de categorías. En general se considera que un sujeto Tipo A conforma categorías que tienen definiciones límites que abarcarían tanto atributos frecuentes como infrecuentes, en particular bajo situaciones de desafío.

CONTROL

Partiendo de la evidencia de que situaciones de desafío permiten la emergencia del comportamiento Tipo A, Matthews y Glass han caracterizado al PACTA como aquél que tienen un estímulo de respuesta orientado al logro, manteniendo el control sobre los aspectos centrales del medio ambiente. El patrón emergería cuando aspectos de la situación amenazan ese control.

Se ha investigado que cuando las personas se ven expuestas a estímulos incontrolables a veces intentan reasumir el control y otras veces abandonan. Se postuló que esas situaciones amenazan el sentimiento de control y si la amenaza no es suficiente para eliminar la percepción de control potencial, induce a un estado de “reactancia”: intento de reasumir el control.

Si en cambio, la amenaza es tan intensa que la persona siente que realmente perdió el control de la situación y entra en un estado de impotencia aprendida.

El Tipo A se presenta con un mayor deseo de ejercer control personal sobre sus acciones y las consecuencias que se siguen de ellas. Así, la pérdida de tiempo —por ejemplo— es interpretada por estos sujetos como una amenaza al control. También la frustración representa una amenaza para su necesidad de control, conduciéndolo, en muchos casos, a una conducta agresiva.

INDEFENSIÓN

Este rasgo está directamente relacionado con el rasgo anterior.

Ya ha señalado la importancia que otorga un individuo Tipo A al control de su ambiente. Si bien estos sujetos intentan reasumir el control bajo amenaza, esto no siempre es posible. Si la situación es verdaderamente incontrolable el sujeto percibirá su pérdida de control. Como resultado de esta percepción disminuye su esfuerzo. Este estado de disminución del esfuerzo se

conoce como impotencia, indefensión o desamparo (helplessness).

La mayor parte de las características del Tipo A son instrumentales, o sea, orientadas a obtener éxito en sus realizaciones. Este podría ser un estilo laboral muy efectivo, pero este estilo no resulta adaptativo fuera de lo laboral. El Tipo A resulta aparentemente menos funcional en el campo interpersonal que en la tarea. Esto podría llevar a sentimientos de ansiedad, baja autoestima y depresión, sentimientos que podrían llevar a un aislamiento social y a la inmersión de la persona al trabajo.

Se ha reportado menos satisfacción marital y bienestar emocional en las esposas del Tipo A. Han referido tener pocos amigos y contactos sociales y no sentirse parte del medio social. Manifiestan, además mayores sentimientos de depresión, falta de sentido, ansiedad, culpa y aislamiento.

Podría plantearse que esos sentimientos en las parejas, implicarían una situación frustrante e incontrolable, aumentando su hostilidad y tendencia a encerrarse en el trabajo, evitando y aún negando la existencia de esos problemas generando una espiral de estrés.

Los efectos de la incidencia del Tipo A de conducta en la enfermedad coronaria pueden resumirse en los siguientes síntomas:

- Los efectos patógenos del colesterol y su asociación con el tabaquismo, el sedentarismo y la falta de ejercicio físico.

- Los efectos en la viscosidad sanguínea.
 - Los efectos provocados por aumento de frecuencia cardíaca.
 - Los efectos provocados por aumento de la demanda de O² miocárdico.
 - Vasoconstricción y arritmia por fibrilación ventricular tras estimulación adrenérgica.
 - Secreción muy superior a los 17-OHCS y su importancia psicológica: hormonas corticales producidas a partir del eje hipófiso-suprarrenal de gran influencia en procesos psicobiológicos como la ansiedad, la urdimbre afectiva, la hostilidad, el miedo y la depresión.
 - Activación conductual y déficit neurotransmisor.
 - Menor capacidad de habituación a la estimulación nerviosa y una mayor deshabitación de la respuesta cardíaca.
- Experimenta más frecuentemente (y por períodos más extensos) altos niveles de estimulación simpática.
 - Repetidas estimulaciones de esta “reacción de defensa” (patrón de cambios fisiológicos que moviliza el organismo para la acción) se han asociado con cambios cardiovasculares y bioquímicos perjudiciales para el corazón y los vasos sanguíneos.

La descarga de catecolaminas por terminales nerviosas y la médula adrenal es uno de los componentes de la respuesta de estrés que ha sido relacionado directamente con las enfermedades cardiovasculares.

Se ha considerado significativo que el Tipo A muestre altos niveles de suero de la catecolamina norepinefrina, en mayor medida que el Tipo B. También se comprobó que los sujetos Tipo A excretan más epinefrina en respuesta a retos competitivos y a la combinación competitividad-hostigamiento.

La secreción de catecolaminas potenciaría la enfermedad coronaria ya sea facilitando la aterosclerosis, como, también, incrementando el riesgo de eventos clínicos agudos.

En la medida en que los individuos responden a los estímulos estresores de múltiples maneras fisiológicas y conductuales, cabe preguntarse si la hiperactivación conductual del Tipo A es paralela a la hiperactivación fisiológica y si las respuestas fisiológicas son diferentes en los Tipos A y B. Lo que distingue las reacciones fisiológicas está asociado con el estilo de com-

El PACTA ha sido parcialmente considerado como un factor de riesgo tradicional de enfermedades coronarias. Se ha asociado al Tipo A con las siguientes manifestaciones fisiológicas: mayores niveles de colesterol que el Tipo B, aún en personas jóvenes y mayor labilidad en la presión arterial que el Tipo B.

Actualmente hay suficiente evidencia de que el Tipo A responde al estrés social y psicológico de la vida cotidiana, presentando reacciones fisiológicas más fuertes que el Tipo B:

portamiento del Tipo A y que tales reacciones ocurren bajo las mismas condiciones que permiten descubrir los rasgos conductuales del Tipo A.

Más recientemente se ha puesto el acento en la investigación del papel que cumple la situación desafiante. Pero, aunque la asociación entre estrés y PACTA para el desencadenamiento y desarrollo de enfermedad coronaria es controvertida, muchos son los enfermos que creen que el estrés es el factor más importante que los condujo al infarto de miocardio.

Por sí mismo, —es decir, sin la asociación con el estrés— el PACTA ha sido considerado factor de riesgo para enfermedades coronarias. Durante algún tiempo se aceptó que Tipo A está asociado con el incremento del riesgo cardíaco y que este alto riesgo es independiente, presentando la misma magnitud de riesgo que los conocidos tradicionalmente como factores de riesgo: la hipertensión, la hipercolesterolemia y el tabaquismo. Los factores de riesgo tradicionales (historia familiar, tabaquismo, etc.) explican sólo el 50% del desarrollo, desencadenamiento, de la enfermedad coronaria.

Las emociones y la personalidad coronaria

Si la relación de la respuesta al estrés permitió la construcción de un modelo de personalidad como el Patrón de conducta Tipo A, el enfoque en las emociones, también, ha suscitado la formulación de modelos de personalidad, tanto nocivos como saludables, que se asociarían a la enfermedad coronaria.

En la década del '90 se conoció la personalidad Tipo D o personalidad de distrés. Actualmente, la psicología enfocada en el uso saludable de emociones positivas evalúa qué tipo de beneficios aportaría una personalidad resiliente frente a la enfermedad coronaria.

Considerando la abundante documentación que relaciona las emociones negativas —depresión, ira y ansiedad— con un aumento de los riesgos de sufrir un episodio coronario agudo Denollet y Brutsaert concluyeron que la presencia de una combinación de afectividad negativa e inhibición social permitiría predecir dichos episodios agudos, independientemente de los factores de riesgo tradicionalmente conocidos. Para estos investigadores se trataría de rasgos que permitirían formular un nuevo perfil —la personalidad de distrés— como patrón predictor de eventos coronarios.

Esta combinación de afectividad negativa e inhibición social permanece en las personas en un modo de regresión múltiple, aún después que las variables del estado de humor han desaparecido. Este tipo de personalidad se caracteriza por la supresión crónica de las emociones negativas. Y se constituiría en un perfil de personalidad predictor independiente las CHD en la medida en que, por un lado, la inhibición de la expresión emocional puede desarrollar enfermedad coronaria y desencadenar eventos agudos (como en el caso ampliamente documentado de la ira reprimida), por el otro, la depresión y la inhibición

social son factores que pueden aumentar la mortalidad por un evento coronario agudo.

Sin embargo, estas dos premisas no siempre son significativas en los estudios sobre enfermos coronarios. La propuesta de Denollet es atender al interjuego de ambas, inhibición social y afectividad negativa, para la construcción de este perfil de riesgo.

La afectividad negativa es un estilo de enfrentamiento que señala diferencias individuales en distrés psicológico, queja somática y autoconcepto. Conceptualmente, puede analogarse al neuroticismo, es decir, a la personalidad caracterizada por emociones negativas crónicas con rasgos cognitivos y conductuales de preocupación e inseguridad. Y que también presenta sentimientos subjetivos de tensión, ansiedad, ira y tristeza. La baja afectividad negativa también puede asociarse a un estilo de enfrentamiento represivo.

La inhibición social consiste en la tendencia a inhibir la expresión de las emociones en las conductas de interacción social. Los sujetos inhibidos se sienten inseguros en presencia de otras personas, y muy a menudo presentan pérdida de asertividad, una menor capacidad de conversación, adoptando estrategias de retirada. Para el perfil de distrés esta inhibición está especialmente circunscripta a las emociones negativas, en especial la ira, la depresión y la ansiedad.

Para Denollet la personalidad tipo D está fuertemente relacionada con la mortalidad en pacientes coronarios.

En particular en aquellos que ya han sufrido un infarto de miocardio y bajo este patrón están en mayor riesgo de padecer un segundo episodio agudo.

El Tipo D también promovería la enfermedad coronaria de modo indirecto. Las conductas nocivas a la salud coronaria, como el tabaquismo, el sedentarismo y el alcoholismo, pueden potenciarse bajo estos rasgos de personalidad. Pero, además esta personalidad incide negativamente en la adherencia a los tratamientos médicos y a las terapias de rehabilitación médica y psicológica de las personas coronarias.

Las tendencias de las personas Tipo D a inhibir conductas en la interacción social puede afectar la calidad del apoyo social potenciando el estrés psicológico de la enfermedad coronaria. Y en particular, perjudicar la comunicación con el equipo de rehabilitación dificultando la salida de un evento agudo y más ampliamente, el tratamiento efectivo de la enfermedad.

En virtud del elevado nivel de estrés psicosocial crónico de las personas coronarias con perfil tipo D aumentaría el riesgo a sufrir isquemia de miocardio, arritmias ventriculares y eventos agudos fatales.

La formulación de un nuevo y mejor perfil de personalidad predictor de mortalidad por eventos coronarios agudos está muy lejos hoy de ser aceptado ampliamente por la comunidad científica. En la última década se han incrementado las investigaciones sobre emociones negativas, en particular depresión y ansiedad y su relación

con la enfermedad coronaria. Sumándose a las ya existentes desde finales de los '70 sobre el constructo ira-hostilidad.

La mayoría de estas investigaciones no consideran este perfil como un patrón identificable con el enfermo coronario. La objeción más fuerte a la hipótesis de Denollet es que no se ha justificado ampliamente, aún, que la combinación de afectos negativos e inhibición social, pueda por sí misma definir un tipo de personalidad. Tampoco está muy claro que todas las emociones negativas afecten a los pacientes coronarios en el mismo grado.

Sólo puede concluirse que algunos pacientes coronarios, bajo distrés, y socialmente inhibidos, presentarían un mayor riesgo de padecer episodios agudos, respecto de otros coronarios.

Desde el enfoque de las emociones negativas y su incidencia en la enfermedad coronaria se han estudiado especialmente las emociones de Hostilidad/ira, ansiedad y depresión.

Las numerosas investigaciones que siguieron a la formulación del Patrón de Conducta Tipo A, a principios de los '60, han permitido evaluar sus rasgos con diferentes gradaciones respecto de su incidencia en la enfermedad coronaria. La hostilidad, rasgo característico de este patrón, e incluso señalado ya por las observaciones menos rigurosas de muchos cardiólogos anteriores a 1959, ha sido considerada de modo absoluto como un componente negativo y "tóxico" asociado a la enfermedad coronaria. Esta tendencia ha independizado las inves-

tigaciones sobre hostilidad de las más propias sobre el Patrón de Conducta Tipo A, partiendo de la hipótesis de que las personas hostiles son más vulnerables a desarrollar enfermedad coronaria. También se ha constatado que situaciones de ira precipitan episodios agudos de la enfermedad. En ambos casos, independientemente de que el desencadenamiento de esta emoción, o el estado crónico como actitud hostil ante las demandas del entorno, sean o no expresados en una conducta agresiva.

Como ira, hostilidad y agresión están íntimamente conectadas, la definición de hostilidad depende de la distinción que hacemos de las dimensiones afectivas, cognitivas y conductuales. Partiendo de esta distinción, definimos la ira como una emoción desagradable de variada intensidad que surge como consecuencia de percibir un maltrato o una provocación en nuestro entorno. La agresión es la conducta manifiesta de esta emoción, supone acciones de ataque hacia el entorno, con el fin de causar daño y destrucción.

La hostilidad, considerada como un rasgo estable de personalidad, relacionada con creencias y actitudes hacia los demás, que incluyen el cinismo, el resentimiento y la desconfianza, es una dimensión más duradera que las anteriores, y presupone venganza oblicua o encubierta. Es este rasgo de estabilidad el que volcó a su favor las investigaciones que se vinieron realizando fuertemente desde la década del '80.

Sin embargo, actualmente, la tendencia a las investigaciones que relacionan la enfermedad coronaria con las emociones negativas han enfocado la cuestión en la ira como la emoción base que, en relación con la percepción que hacemos del entorno a lo largo de la vida, permite la constitución de una actitud permanente de hostilidad hacia el medio ambiente. Desplazando los estudios del eje cognitivo al emocional, o intentando una mejor explicación de la relación entre ambos.

Algunos autores distinguen el complejo Ira-Hostilidad, o más ampliamente el Síndrome AHÍ (Agresión, Hostilidad, Ira) como un patrón de predisposición conductual más eficaz que el PACTA, en la asociación con la enfermedad coronaria. Diferentes estudios epidemiológicos han encontrado mayor prevalencia de eventos coronarios agudos en personas hostiles, en quienes la emoción de ira se desencadena rápidamente, y que resuelven su activación emocional en una conducta de agresión directa.

Las personas hostiles han sido caracterizadas por esperar lo peor de los demás, estar siempre a la defensiva, crear ambientes de tensión y competitividad en la medida que perciben al entorno como el lugar de una lucha incesante para alcanzar sus objetivos, y permanecer en estado de alerta y vigilancia sobre los otros. Este estado de hipervigilancia permanente promueve una activación fisiológica constante y desorganizada, que se asocia al desarrollo de la enfermedad coronaria y que, a su vez, se incrementa con el desen-

cadamiento de la emoción de ira, lo que incide fuertemente en la ocurrencia de episodios agudos.

Desde diferentes puntos de vista, los estudios que documentan la relación entre hostilidad y enfermedad coronaria han señalado que:

1. La hostilidad contribuye a la enfermedad coronaria en la medida en que se asocia con una reactividad cardiovascular elevada: mayor incremento de la presión sanguínea, aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de los niveles de norepinefrina que provocan trastornos en las arterias coronarias. Simultáneamente, las respuestas neuroendocrinas perjudican el funcionamiento del sistema inmunológico, aumentando la vulnerabilidad del organismo.
2. Las personas hostiles, generalmente, presentan bajos niveles de apoyo social, tanto en cantidad como en calidad. Se ha señalado que la ausencia de soporte social y la excesiva hostilidad aumentarían el riesgo a padecer enfermedad coronaria y la ocurrencia de episodios agudos mortales. Como, a su vez, estas personas establecen contactos más intensos y de mayor duración con los agentes estresores se ha observado, también una disminución de los niveles de soporte social que refuerza sus creencias y conductas.
3. Las personas hostiles son más vulnerables a constituir hábitos noci-

vos para la salud coronaria. En general, se ha señalado la asociación de hostilidad con el sedentarismo, la ingesta de alcohol y el tabaquismo.

La ansiedad es una reacción emocional compleja (donde los componentes cognitivos están acentuados) que surge ante la percepción de una amenaza a nuestro bienestar físico y/o psicológico. Cumple una función adaptativa necesaria para la supervivencia y está presente en el repertorio conductual de todos los seres humanos. Sin embargo, existen casos en que esta respuesta de ansiedad se vuelve desadaptativa y vulnera la salud de la persona. La distinción entre una ansiedad normal y una patológica es difícil. Pero, una guía para hacerlo sería tomar en consideración cuatro aspectos que ayudarían en la distinción entre ambas: a) intensidad, frecuencia y duración de la ansiedad; b) la proporción entre la gravedad objetiva de la situación y la intensidad de la respuesta de ansiedad; c) el grado de sufrimiento subjetivo determinado por la ansiedad y d) el grado de interferencia en la vida cotidiana del sujeto (funcionamiento laboral, relaciones sociales, actividades de ocio).

Diferentes estudios vienen dando cuenta, en los últimos tiempos, de una relación directa entre ansiedad y la incidencia de enfermedad coronaria. Actualmente se comienza a considerar la ansiedad como un factor de desarrollo de la enfermedad coronaria en asociación con otros factores. También afecta al tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad.

Los desórdenes de ansiedad se han asociado con la alteración del control autonómico; disminuyendo la variabilidad de la frecuencia cardíaca e incrementando el riesgo de arritmias ventriculares fatales

Los altos niveles de ansiedad se asocian a la reducción del control vagal en pacientes después del IAM.

La ansiedad promueve aterogénesis. Favorece/dispara la ocurrencia de infartos, arritmias, rupturas de placa, vasoespasmos coronarios y trombosis.

La preocupación, la hostilidad la personalidad Tipo A se han asociado con alto riesgo de infarto de miocardio y mortalidad cardiovascular. A su vez, estos efectos son mediados por una activación del sistema simpatoadrenal y por la adopción de hábitos nocivos como fumar, consumir alcohol y la inactividad física.

La ansiedad incide negativamente en los tratamientos quirúrgicos de la enfermedad (angioplastia y by-pass) y en la recuperación posquirúrgica de los mismos. Afecta la rehabilitación pos infarto y predice un estado de la calidad de vida más pobre en el año siguiente del evento coronario.

Por último, se asocia al dolor torácico pre y posinfarto, y a las quejas somáticas posinfarto.

Altos niveles de ansiedad encubierta, basados en el miedo al fracaso profundamente internalizado, se vislumbran como un posible núcleo estructurador del PACTA. Esta ansiedad encubierta genera una competitividad poco habitual y desadaptativa, que subyace a otras muchas conductas manifiestas del Tipo A,

como la hostilidad. Todas estas conductas consideradas importantes en la enfermedad coronaria.

En los últimos años se han hecho considerables avances en el conocimiento de la relación entre la depresión y la enfermedad coronaria, considerándola tanto un factor de incidencia de la enfermedad como un efecto posinfarto a atender en la rehabilitación la evidencia clínica permite señalar que:

1. La enfermedad coronaria desencadena cuadros depresivos, o agrava los preexistentes, aumentando el riesgo de mortalidad.
2. La depresión puede coadyuvar al desarrollo de la enfermedad coronaria y desencadenar eventos agudos.

Por sí misma o en asociación con otros factores de riesgo coronario, la depresión:

- Favorece la adopción de hábitos nocivos para la salud cardiovascular:

La depresión favorece la predisposición al tabaquismo y obstaculiza los intentos por dejar de fumar.

La depresión favorece el consumo de alcohol.

La depresión induce a la vida sedentaria.

- Favorece la hipofunción de los barorreceptores:

De este modo se reduce la capacidad cardiovascular de amortiguar las variaciones tensionales.

- Altera la variabilidad de la frecuencia cardíaca:

Las personas depresivas son más propensas a las taquicardias ventriculares, arritmias ventriculares y fibrilación fatal. También por este motivo, aumenta el riesgo de mortalidad en primer infarto, además de ser un factor, ya ampliamente reconocido, de un segundo infarto fatal.

- Eleva la activación de la actividad plaquetaria:

En virtud de la descarga de serotonina, altera los mecanismos de agregación plaquetaria favoreciendo la trombogénesis, pero además es vasodilatadora de arterias normales y vasoconstrictora de arterias ateroscleróticas.

Pero, además, en su relación con la alteración alimentaria, aumenta la relación de depresión con hipercolesterolemia:

- Aumenta el riesgo de eventos coronarios fatales y no fatales en varones y de no fatales en mujeres.

La comorbilidad de depresión con la ansiedad promueve, a su vez, la configuración de estados mixtos con diferentes proporciones de ambas complejizando el cuadro clínico y aumentando el riesgo de enfermedad coronaria.

En una crisis lo esperable es que la persona afectada reduzca sus recursos psicológicos. Esta premisa ha sido hasta ahora el hilo conductor sobre las investigaciones sobre estrés y su relación con la salud.

Sin embargo, se ha comprobado que algunas personas parecen resurgir en estas situaciones, aumentando sus recursos y estrategias. Este aumento se relaciona directamente a la vivencia de emociones positivas que son concurrentes con las negativas en los eventos estresantes. Las personas resilientes, no sólo se apoyan en emociones positivas durante la crisis, para contrarrestar la negatividad presente, sino que luego de atravesada la experiencia estas emociones positivas se refuerzan.

En general, son personas que se caracterizan por un fuerte optimismo, muestran curiosidad y apertura ante las nuevas experiencias y alegría hacia la vida. Estas características las protegerían en situaciones adversas, impulsándolas a una adaptación saludable.

La personalidad resiliente mostrará los siguientes atributos, que Melillo y Suárez Ojera (2001) han denominado los ocho pilares de la personalidad resiliente: introspección, independencia, sociabilidad, iniciativa, buen humor, creatividad, sentido moral y fuerte autoestima.

Todas estas características son condiciones que posibilitan un desarrollo más sano y positivo de la persona, permitiéndole enfrentar, sobreponerse y salir positivamente transformado de las crisis y situaciones de adversidad. Esta capacidad de resiliencia se puede comparar con la capacidad de recuperación. Mientras la resiliencia consiste en la conservación del equilibrio y de la es-

tabilidad emocional durante el proceso de enfermedad, la capacidad de recuperación es un retorno gradual hacia la emocionalidad y la salud funcional que atraviesa diferentes etapas, algunas dominadas por emociones negativas (depresión, miedo, ansiedad).

Lo importante es la promoción de las emociones positivas (en particular el optimismo, el buen humor y la experimentación creativa) que siempre están presentes en todas las personas, aún en situaciones adversas. La vivencia de estas emociones refuerza la subjetividad y, a largo plazo, minimiza la fuerza de las emociones negativas. Así se potencian los recursos psicológicos de la persona y se mejoran las estrategias de afrontamiento del estrés.

ASPECTOS SOCIALES DE LA SALUD CORONARIA

Con independencia de su relación con el estrés se han observado otros comportamientos habituales que tienen una influencia negativa en el desarrollo y desencadenamiento de la enfermedad coronaria. Es el caso del sedentarismo, el tabaquismo y la obesidad. Estos hábitos nocivos pueden ser modificados y la psicología tiene mucho por hacer en los procesos de reconversión de estos comportamientos desde programas de prevención como de rehabilitación de la enfermedad coronaria. Estos programas no sólo incluyen información sino intervenciones específicas, según el caso, sobre los hábitos.

El estrés laboral y las diferencias de género (no siempre contempladas

en la definición ni en el tratamiento de la enfermedad) deben ser tenidos en cuenta en los programas de rehabilitación.

La terapia psicocardiológica incluye una fuerte intervención en la modificación de hábitos nocivos para la salud coronaria que va desde la comprensión de las causas personales de la adopción del hábito negativo hasta la modificación de la conducta.

LA TERAPIA PSICOCARDIOLÓGICA EN LA REHABILITACIÓN CORONARIA

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

Nuestra experiencia en el entendimiento del enfermo coronario nos ha revelado la dificultad en la prevención y en la recuperación, hay que redefinir el enfoque, resaltar la urgencia en la terapéutica, encararla y dirigirla a partir de la particularidad psicológica de cada paciente.

Respecto de la prevención de posteriores ocurrencias de IAM, la intervención psicocardiológica se dirige a la corrección de hábitos de comportamiento de riesgo cardiovascular y al entrenamiento de estrategias de enfrentamiento y control de estrés.

En un tiempo inmediatamente posterior al alta hospitalaria, la adhesión al tratamiento médico y a estrategias de remplazo de hábitos nocivos por otros cardiosaludables, posiblemente, sea alta.

Pero muy frecuentemente esta adhesión se pierde o se vuelve insuficiente por falta de motivación. No hay que olvidar que estos hábitos de riesgo constituyen conductas fuertemente consolidadas a través de los años que suelen estar asociadas con el medio ambiente cotidiano y suelen percibirse como gratificantes.

Por lo tanto, una eficaz intervención no solo debería apuntar a la modificación de las conductas de riesgo, sino, también a un cambio en las condiciones ambientales que garanticen la motivación y la adopción de un nuevo estilo de vida. Por esta razón no sólo es vital la información sobre los beneficios y los perjuicios de los hábitos nocivos y la aplicación de diferentes estrategias terapéuticas en la persona afectada, sino es altamente favorable el trabajo terapéutico grupal y la promoción de redes de apoyo en su entorno más cercano: familia y amistades, instruyendo a éstas en la mejor forma de colaborar con la rehabilitación.

Asimismo, hay que tener en cuenta que un abordaje psicoterapéutico muy prolongado podría ser contraproducente, en virtud de su duración que podría provocar la pérdida de la motivación y el abandono del tratamiento. Para mantener motivado al enfermo coronario —que llega al tratamiento como resultado de un episodio clínico y no por la decisión propia de encarar una psicoterapia— es necesario que cada encuentro produzca la sensación en ella de que ha ganado algo, ya sea una nueva información o la adquisición

de una nueva técnica de enfrentamiento y control de sus emociones negativas y del estrés o de sus hábitos nocivos, que le permitan mejorar concretamente su estilo de vida y reduzca su riesgo de recaer. El paciente debe saber pronto que no tiene otras opciones.

Los resultados de cualquier estudio de seguimiento de sujetos posinfartados señalan el pronunciado deterioro físico, psicológico y social posterior al alta hospitalaria. Este deterioro puede relacionarse de modo directo con la reacción psicológica al evento cardíaco mismo.

Las depresiones (de moderadas a severas) son muy frecuentes entre un 10% y 20% de los cardíacos después de la ocurrencia de un infarto. Y encontramos trastornos de ansiedad entre el 5% y el 10% de los pacientes posinfartados. También, es frecuente la aparición de conflictos familiares y un alto índice de aislamiento social.

Los dos tipos fundamentales de anomalías psicológicas de las personas coronarias que se presentan con posterioridad a la ocurrencia de un IAM, son la depresión y la negación de la enfermedad.

La depresión es un trastorno frecuente entre los pacientes que sobreviven a un episodio cardíaco agudo y su manifestación más clara suele ser la menor adherencia a los tratamientos que se les prescribe. En algunos casos, incluso encontraremos un menor cumplimiento del tratamiento farmacológico. En términos generales, suelen presentar menor motivación y desatender las recomendaciones mé-

dicas, especialmente en lo referido a dietas, ejercicio físico, reducción del estrés y búsqueda de apoyo social.

Esta desatención a las prescripciones médicas se explica por el hecho de que la depresión está relacionada en estas personas con la creencia de un peor pronóstico. Tanto la ansiedad, como la depresión, que se manifiesta en los pacientes, se caracterizan por la presencia de pensamientos disfuncionales en torno al sufrimiento del episodio coronario y sus consecuencias en la vida futura: miedo a padecer un nuevo infarto, miedo a morir por causas cardíacas, sentimientos de invalidez y baja autoestima, sensación de no controlar su propia vida, culpa por la conducta que los llevó a la enfermedad.

Las respuestas de tipo depresivo manifiestan una sensación subjetiva de incapacidad psicofísica y estas personas presentan una tendencia a recluírse en sus domicilios, evitando, en lo posible, todo contacto con el exterior. Como viven con el temor de que cualquier molestia torácica sea una angina de pecho, tienen miedo a movilizarse ante la posibilidad de complicaciones.

Las personas que presentan mayores niveles de ansiedad y depresión posteriores al evento cardíaco, tienen mayores dificultades para reintegrarse a sus actividades laborales aún cuando, desde el punto de vista médico, esta reinserción pueda ser posible. Las expectativas de los pacientes acerca de su estado de salud los llevan a suponer, en algunos casos, una mayor influencia negativa de su enfermedad en el desarrollo de su acti-

vidad laboral, produciéndose una mala readaptación al trabajo. Sin embargo, no habría que perder de vista, que ciertos perfiles de enfrentamiento al estrés (concretamente la personalidad Tipo A) llevan a una reincorporación laboral antes de lo deseable.

La actividad sexual también se ve afectada por el impacto psicológico del infarto. El peor pronóstico de rehabilitación se asocia en estos casos con la ansiedad, la depresión, la preocupación subjetiva por la salud y, en especial, por la presencia de síntomas somáticos autoinformados. Estos síntomas, o quejas somáticas, ocasionan un considerable malestar en las personas, limitando su actividad cotidiana. Los más frecuentes son la disnea, el dolor de tórax, y/o del brazo izquierdo, la fatiga y las palpitaciones. Estas quejas incluso aumentan cuando más nos alejamos en el tiempo de la ocurrencia del episodio cardíaco. En general son consideradas poco significativas por los médicos, razón por la que se concluye que son resultado del impacto emocional del infarto.

Con mucha frecuencia nos encontramos con personas coronarias que niegan su enfermedad y manifiestan “encontrarse muy bien”. En estos casos, es muy posible que el IAM haya cursado sin complicaciones y estas personas tienden a creer que pudo haber existido un error de diagnóstico o, al menos, consideran que la preocupación médica es exagerada.

Los pacientes negadores suelen ser autodestructivos. En muchas ocasiones realizan “ejercicios suicidas” en el

interés de demostrarse y demostrar a su entorno que están sanos. Es el caso, muy frecuente, por ejemplo, de subir escaleras en las primeras semanas subsiguientes a un evento cardíaco, sin avisar y/o contar con la ayuda de la persona encargada de su cuidado.

La negación se hace aún más frecuente transcurridos varios meses del IAM. Es muy probable, entonces, que una persona que haya seguido las dos primeras fases de su rehabilitación, cumpliendo satisfactoriamente con las prescripciones médicas, y recuperando en mayor parte su estado de salud, pierda el miedo y regrese a los hábitos nocivos previos a la ocurrencia del episodio: tabaquismo, sedentarismo, o dietas inadecuadas.

Si bien el entrenamiento físico se considera beneficioso para los trastornos psicológicos y las modificaciones de pautas de conductas, la educación sobre la salud, la psicoterapia, el manejo del estrés y de la hostilidad, son absolutamente necesarios para una rehabilitación integral de los enfermos cardíacos. Por esta razón, cada vez con más frecuencia se insiste en la importancia de programas interdisciplinarios de rehabilitación que acentúen, no sólo las terapias con medicamentos (beta-bloqueantes, anticoagulantes, etc.) y con ejercicios físicos controlados, sino también la inclusión de psicoterapias que reduzcan el impacto emocional negativo de la enfermedad y permitan una reintegración del paciente a una vida social óptima.

Actualmente, en distintos países, se están implementando programas

que se basan en una metodología psicoeducativa de corte cognitivo, que incluye los siguientes puntos:

1. El control de las reacciones negativas: disminución de los niveles de ansiedad y depresión.
2. El manejo del estrés, aumentando las habilidades de enfrentamiento a situaciones amenazantes.
3. La modificación de los llamados “componentes tóxicos” del PACTA.
4. La adquisición permanente de comportamientos saludables.
5. El aumento de las interacciones sociales.

Básicamente, se trata de cambiar el rol de “paciente” al de “persona”. El programa tiene como hilo conductor el pasaje de un sujeto pasivo sin control sobre su vida, (el paciente), a un sujeto activo que puede controlar su vida, dotándolo de estrategias y habilidades que le permitan interactuar y desarrollarse en su entorno, anulando las respuestas ansioso-depresivas, las reacciones de estrés frente a una valoración de las situaciones como amenazantes.

Estos programas psicocardiológicos se apoyan en técnicas de terapia grupal y se implementan a nivel hospitalario, integrando a cardiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas y psicólogos en un verdadero trabajo interdisciplinario.

Los objetivos generales de la intervención psicológica en la rehabilitación cardíaca son:

1. Reducir el impacto emocional negativo que provoca la enfermedad, aportando información realista acerca de sus repercusiones.
2. Aumentar el estado de salud y disminuir las probabilidades de futuros eventos cardiológicos, dotando de estrategias que le permitan entender y alcanzar los objetivos de salud que se les propone.
3. Adherir al tratamiento.
4. Reconocimiento de la necesidad de recibir ayuda.
5. Decisión de cambio en el estilo de vida.

Programa de Rehabilitación Psicocardiológica

Comúnmente, al paciente se le propone cuando es dado de alta del hospital un programa de Rehabilitación Cardíaca, con un plan de ejercicios y tratamiento psicológico, con el objetivo de mejorar la situación física, psíquica, sociolaboral y disminuir la morbimortalidad. Los objetivos del programa son:

1. Aceptación de la enfermedad e incremento de la conciencia del enfermo con respecto a componentes conductuales y situaciones en las cuales se producen respuestas disfuncionales.
2. Conocimiento de la enfermedad, lo cual permite al enfermo tomar decisiones para el futuro.

3. Asesoramiento y orientación.
4. Apoyo psicológico.
5. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
6. Terapéutica de seguimiento.

Con este programa se pretende mejorar el bienestar físico y psíquico del paciente, incrementar la calidad de vida y disminuir las posibilidades de otro evento cardiológico.

Al comienzo del trabajo se realiza una entrevista semiestructurada; donde también se incluye una evaluación psicométrica, que se puede repetir al terminar el programa, en la que se evalúan escalas para reconocer si el paciente padece Patrón de conducta Tipo A, hostilidad, estrés, depresión y/o ansiedad. Los datos obtenidos en la evaluación nos aportan información valiosa para estructurar y diseñar la intervención grupal y facilitan el establecimiento de una buena relación terapéutica.

Se constituye un grupo cerrado, cuya metodología incluye una frecuencia semanal, dirigido por dos profesionales con roles intercambiables (terapeuta y coterapeuta). La duración de cada encuentro es de una hora aproximadamente, el número de pacientes no excede de ocho y el plan de trabajo es de aproximadamente diez sesiones, dividido en cuatro módulos.

El grupo está conformado por pacientes con patología coronaria, generalmente posinfartados; con edades medias comprendidas entre 40 a 70

años. Afectados emocionalmente por la aparición brusca de la enfermedad, hábitos de conducta nocivos muy enraizados, diferentes grados de conciencia de enfermedad física, y escasa conciencia, en general, de los componentes psíquicos del padecimiento.

Los objetivos del tratamiento grupal son:

1. Crear un espacio que facilite las relaciones entre pacientes y posibilite el apoyo y refuerzo de sus aspectos más saludables.
2. Mejorar el nivel de competencia personal.
3. Favorecer un clima general que permita:
 - a) Introducir la “dimensión psíquica” allí donde se prioriza el cuerpo.
 - b) Expresar ansiedades y fantasías acerca de la situación.
 - c) Compartir con el grupo de iguales las necesidades de cambio.
 - d) Favorecer la adaptación personal y social potenciando la máxima normalidad.
 - e) Ofrecer apoyo psicológico, reduciendo estados emocionales adversos, que dificultan la adaptación.
 - f) Desarrollar habilidades de relación con otros pacientes.
 - g) Fomentar la salud, en sus distintas dimensiones, enfatizando en los recursos personales de autocuidado.

El proceso grupal permite profundizar sobre los aspectos psicosociales de las enfermedades coronarias, lo cual incluye la autoinvolucración, la hostilidad, la ira, la alienación, el aislamiento y la soledad. El componente de sostén de grupo forma parte de la terapia y ayuda a los participantes a aprender mejor las habilidades interpersonales, permitiéndoles crear fuertes lazos. Un componente de sostén del grupo es muy útil para:

- a) Aumentar la adhesión a las otras partes del tratamiento.
- b) Reducir la hostilidad, la depresión y el aislamiento social, los cuales son factores de riesgo para los episodios cardíacos recurrentes.
- c) Producir otros efectos que no son comprendidos en su totalidad pero que pueden estar relacionados con mejor calidad de vida y de resultados clínicos.

En el programa de cuatro módulos se abordan esencialmente:

- a) El control de las reacciones emocionales negativas.
- b) El manejo del estrés.
- c) La modificación de los componentes del patrón de conducta Tipo A.
- d) La adherencia a comportamientos saludables prescritos por el equipo médico (actividad física, dieta adecuada y abstinencia del tabaco).

Se comienza con una sesión donde se presenta el programa de intervención, los objetivos, el sistema de trabajo y el pedido de participación de los miembros para alcanzar un resultado exitoso.

Luego se comienza a trabajar el módulo del control de las reacciones negativas: depresión y ansiedad; brindando información sobre ambos padecimientos emocionales que pueden ocurrir después del infarto (o ya existir premórbidamente); se enseñan estrategias de relajación y visualización y técnicas cognitivas para la modificación del pensamiento y de la conducta.

Luego, con respecto al manejo del estrés se analizan las situaciones estresantes y como influyen en la salud y se dan estrategias para su control.

Con respecto a la modificación de conductas Tipo A se conceptualizan los distintos aspectos de dicha conducta y se reconoce porque algunos de ellos son nocivos para la salud. También se dan estrategias para modificar la conducta de apuro e impaciencia y de la conducta de ira y hostilidad.

En el último módulo se analizan si los pacientes han podido abandonar las conductas de riesgo. Se analizan las situaciones de riesgo con mayor probabilidad de recaída y se dan estrategias para controlar las situaciones de riesgo.

En el módulo final se integran los aspectos tratados y se reconocen los cambios positivos y aportando ideas para posibles recaídas.

Podemos poner fechas de control a los seis meses y al año para poder conocer cómo evolucionó el paciente luego de finalizada la rehabilitación.

REFERENCIAS

- ALARCÓN GUTIÉRREZ, A. (1994). "Análisis psico-social del patrón Tipo A de conducta y riesgo cardiovascular", en *Psiquis*; 15 (2): 88.
- APPELS, A. (1997) "Depression and coronary heart disease: observations and questions". *J Psychosom Rev Nov*, 43 (5): 443-452.
- BAUM, A.; GATCHEL R.; KRANTZ, D. (1997). *An Introduccion to Health Psychology*. McGraw-Hill.
- BAYES, R. (1994). "Psiconeuroinmunología, salud y enfermedad", en *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 30, 28-34.
- BAYES, R. (1991). "Psiconeuroinmunología", en González de Rivera (ed.), *Medicina psicosomática. Monografías de psiquiatría*, 3 (3), Madrid: JARPYO.
- BERTOLASI, C. (1999). *Cardiología 2000*, Bs. AS., Ed. Médica Panamericana Argentina.
- BRAUNSWALD, E. (1993). *Tratado de cardiología*, 4ª ed. Vol. II, Interamericana, McGraw-Hill, .
- BROD, C. (1984) *Technostress: the Human Cost of the Computer Revolution*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- BRODY, M.J. y COL. (1987). "Task Force 3 behavioral mechanisms in hypertension", en *Circulation*, 76 (1): 95.
- BUCETA, J.M. y BUENO A.M. (1997). *Tratamiento psicológico después del infarto de miocardio: estudios de caso*. Editorial DYKINSON. Madrid,.
- BUSH, D.E. y COL. (2001). "Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction" *Am J Cardiol Aug 15*; 88(4): 337-341.
- CANNON, W.B. (1935). "Stresses and strains of homeostasis" en *American Journal of Medical Science*, 189, 1-14.
- CANNON, W.B. (1929). *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*, Boston: Branford.
- CARNEY, R.M. (1998). "Psychological Risk Factors for Cardiac Events: Could There Be Just One?", en *Circulation*, 97: 128-129.
- CARNEY, R.M.; BLUMENTHAL, J.A. y COL. (2002). "Depression, heart rate variability, and acute myocardial infarction" *Circulation*, April 9, 105(14): e-83.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. OMS. Ginebra. (1986).
- CHRISTIE, L.G. Y COL. (1981). "Systematic approach to evaluation of angina-like chest pain: Pathophysiology and clinical testing with emphasis on objective documentation of myocardial ischemia", en *Am Heart J*, 1981, 102: 897.
- CORR, P.B. y SNYDER, D.W. (1982). "Pathophysiological concentrations of lysophosphatides and the slow response", en *Am J Physiol*, 12: 187.
- DE LA GANDARA J. Estrés y trabajo. El síndrome del Burn-out. *Cauces de Opinión*.
- DEMBROSKI, T.M. Y COL. (1985). "Components of Type A, hostility, and anger-in: Relationship to angiographic finding", en *Psychosomatic Medicine*, 47:219-233.
- DENOLLET, J. SYS, S.U.; BRUTSAERT, D.L. Y COL. (1995). "Personality and mortality after myocardial infarction", en *Psychosom. Med*, 57: 582-591.
- DENOLLET, J. y BRUTSAERT, D.L. (1997). "Personality, Disease Severity, and the Risk of long-term Cardiac Events in Patients With a Decreased Ejection Fraction After Myocardial Infarction", en *Circulation*, 97:167-173.
- DENOLLET, J. y COL. (1996). "Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease" en *Lancet* 1996, 347: 417-421.
- DENOLLET, J. (1991). "Negative affectivity and repressive coping: pervasive influence on self Reported mood, health, and coronary-prone behavior", en *Psychosom Med*. 53: 538-556.
- DIMSDALE, J.E. y HERD, J.A. (1982). "Variability of plasma lipids in response to emotional arousal", en *Psychosomatic Medicine*, 44: 413.
- ECHEBURUA, E.; SALABERRIA, K. y FERNÁNDEZ MONTALVO, J. (1998). "Ansiedad y adicciones". En Palmero y Fernández Abascal (coord.), *Emociones y adaptación*. Ariel. Barcelona.
- ELIOT, R.S. (1990). "The Heart, Emotional Stress, and Psychiatric Disorders", en Hurst J. Willis, *The Heart*, Seventh edition, 1614-1623.
- ELLIS, S. y VAN DE WERF, F. (1992). "Present status of rescue coronary angioplasty: Current polarization of opinion and randomized trials", en *J Am Coll Cardiol*, 19: 681.
- ENGEL, G.L. (1980). "The clinical application of the biopsychosocial model". *Am J Psychiatry* 137: 544. 1980.
- EQUIPO DE PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA. SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL COSME ARGERICH (2002), "Grupo de con-

- tención terapéutica para pacientes a la espera de cirugía cardiovascular". Bs. As.
- FERNÁNDEZ ABASCAL, E. G. Y PALMERO F. (1999). "Ira y Hostilidad: aspectos básicos y de intervención". En Fernández Abascal y Palmero (coord.), *Emociones y salud*. Ariel. Barcelona.
- FERNANDEZ ABASCAL, E.G. (1998). "El estrés: aspectos básicos y de intervención", en E.G. Fernández Abascal y F. Palmero (eds.)(1998), *Emoción y salud*, Barcelona, Ariel.
- FERNÁNDEZ ABASCAL, G. Y PALMERO F. (1999). "Ira y Hostilidad aspectos básicos y de intervención", en Fernández Abascal y Palmero (coord.) *Emociones y Salud*. Ariel. Barcelona.
- FERRARO, A. (2000). "Psicoprofilaxis quirúrgica". Revista Crecimiento Interior. N° 66, año 7, octubre.
- FOLKMAN, S. Y LAZARUS, R.S. (1980). "An analysis of coping in middle-aged community sample", en *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- FRIEDMAN, M. Y ROSENMAN R.H. (1959). "Association of specific overt behavior pattern wicht increases in blood cholesterol, blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary heart disease", en *JAMA*, 169: 1286.
- FRIEDMAN, M. Y ROSENMAN, R.H. (1974). *Type A behavior and your heart*, New York, Knopf, 1974.
- GARRIDO, LUQUE. (2007). "Desempleo". Universidad Complutense de Madrid [versión electrónica] y AA.AA,
- GIACOMANTONE, E. Y MEJÍA, A. (1998). "Estrés quirúrgico y ansiedad. Criterios para su manejo terapéutico". Gador. 1998.
- GIACOMANTONE, E. Y MEJIA, A. (1999). *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico. El impacto emocional de la cirugía*. Paidós. Bs. As. 1999.
- GÓMEZ, L. A. Y QUINTERO, E. "La psicología como disciplina y profesión en la promoción de la salud". *Psicología ABA Colombia*.
- GRAU ABALO, J. A. (1998). "Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación". II Jornada de actualización en Psicología de la Salud. ASOCOPSIS. 1998.
- GULLETTE, Y COL. (1997). En "El estrés aumenta el riesgo de desarrollar trastornos cardíacos", *Item Cardiológico*, Año 1, agosto de 1997, N° 3. 7-11.
- HACKET, T.P. Y CASSEM N.H. (1975). "psychological management of the myocardial infarction patient", en *Journal of Human Stress*, 1975, 1: 25-38.
- HAFEN, B. Q., KARREN K.J., FRANDSEN K. J. Y SMITH N. L. (1976). *Mind/body health. The effects of attitudes, emotions, and relationships*. Allin and Bacon. Massachusetts. 1996.
- HENRY, J.P. (1986). "Neuroendocrine patterns of emotional responses". En Plutchik y Kellerman (eds.) *Emotion, Theory, Research, and Experience, Biological Foundations of Emotion*. 1986. Vol 3 37-60.
- HERZBERG, WELLS. (1972). "Hematocritic and Prognosis in patients with acute myocardial infarction", en *JAMA*, 1972, 219: 855.
- HOLMES, T.Y RAHE R. (1993). "The social readjustment rating scale", en *Journal of Psychosomatic Med* 1993, 153: 2093-2101.
- HUDBURG, R. (1996). "Assesing and Managing Technostress". American Library Association, 1996.
- HURST, J.W. (1981). *El corazón*, 2ª ed. Barcelona, Toray, 1981.
- IBAÑEZ, E., PALMERO F., MARTÍNEZ-SANCHEZ, F. Y FERNÁNDEZ ABASCAL, E. (1999). "Tristeza y depresión: aspectos básicos y de intervención", en Fernández Abascal y Palmero (coord.) *Emociones y salud*. Ariel. Barcelona. 1999.
- JAHODA, M. (1987). *Empleo y desempleo: un análisis sociopsicológico*. Morata. Madrid. 1987.
- JENKINS, C.D. y COL. (1977). "Social insecurity and coronary-prone Type A responses as identifiers of severe atherosclerosis", en *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977, 45: 1060-1067.
- JENKINS, C.D. (1976). "Recent evidence supporting psychological and social risk factors for coronary disease", en *New England Journal of medicine*, 1976, 294: 987-994.
- JIANG Y COL. (1996). "Mental stress-induced myocardial ischemia and cardiac events", en *JAMA*, 1996, 275: K. Cardiopatía en la mujer. EDIKA MED. Barcelona. 1999.
- KANNEL, W.B. (1978). "Diabetes and cardiovascular disease the Framingham Study", en *JAMA*, 241: 20-35.
- KAY-TEE, KHAW. (1999). "Epidemiología en la cardiopatía coronaria en la mujer", en Julian, D. G. Y Wenger, N., K. *Cardiopatía en la mujer*. EDIKA MED. Barcelona.
- KUBZANSKY, L.D.; KAWACHI, I. WEISS, S.T.; SPARROW, D. (1998). "Anxiety and coronary heart disease:

- a síntesis de epidemiological, psychological, and experimental evidence". *Ann Behav Med Spring*, 20(2): 47-58.
- LAHAM, M. (2002). "La Psicocardiología: una revisión de la especialidad en los comienzos del siglo XXI". Ponencia presentada en el Congreso SAPsi. Buenos Aires.
- LAHAM, M. (2001). *Psicocardiología. Abordaje psicológico al paciente cardíaco*. Ediciones Lumiere. Buenos Aires.
- LAHAM, M. (2002). "Conferencia JANSEN". Bs. As. Marzo.
- LAZARUS, R.S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York, Oxford University Press.
- LAZARUS, R.S. y FOLKMAN, S. (1984). *Stress appraisal and coping*, Springer-Verlag, Nueva York.
- LAZARUS, R.S. y LAUNIER, R. (1978). "Stress-related transactions between person and environment", en Pervin y Lewis (eds.), *Perspective in Interactional Psychology*, New York, Plenum, 287-327.
- LAZARUS, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*, Mac Graw-Hill, Nueva York.
- LERMAN, J. (1996). "Enfermedades cardiovasculares: combatir los factores de riesgo", en *Actualidad terapéutica*, Cardiología, Bs. As., Ed Lund Internacional para Laboratorios Temis Lostaló, 1996.
- LEVINE, S.P. y COL. (1985), "Platelet activation and secretion associated with emotional stress". En *Circulation*, 71, 1129.
- LICHSTEIN, E. y BUIHART S., (1988). "Relationship between location of chest pain and site of coronary artery occlusion", en *Am Heart J*, 115: 564.
- MASON, J.W. (1968). "A review of psychoendocrine research on the pituitary-adrenal cortical system", en *Psychosomatic Medicine*. 30, 576.
- MASON, J.W. (1975). "Psychological stress and endocrine function", en *Topics in Psychoendocrinology*, E.J: Sachar (ed.), Grune and Stratton, Nueva York.
- MATTHEWS, K.A. (1985). "Angina Pectoris: Definition and Description", en Julian, D.G. (ed.), *Angina Pectoris*, New York, Churchill Livingstone, 1985.
- MATTHEWS, K.A.; GLASS, D.C.; ROSENMAN, R.H. y BORTNER, R.W. (1977). "Competitive drive, pattern A and coronary heart disease: a further analysis of some data from the Western Collaborative Group Study", en *J Chron Dis*, 30: 489- 498.
- MC EWEN, B.S. (1998). "Protective and Damaging Effects os Stress Mediators". *New England Journal of Medicine* 338: 171-179.
- MC EWEN, B.S.; STELLAR, E. (1993). "Stress and the individual: mechanisms leading to disease". *Arch Intern Med*, 153: 2093-2101.
- MC GRATH, J.E. (1970). "Settings, measures, and themes: An integrative review of some research on social-psychological factors in stress", en Mc Grath (ed.) *Social and Psychological Factors in Stress*, New York, Holt, Rinehart and Winston, 76-83.
- MECHANIC, D. (1978). *Medical Sociology*, New York, Free Press.
- MELILLO, A.; SUÁREZ OJEDA, E. (2001). (Compiladores), *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Ed. Paidós. Bs.As.
- MIGUEL-TOBAL, J.J. y CASADO, M.I. (1999). "Ansiedad: aspectos básicos y de intervención". En Fernández Abascal y Palmero (coord.) *Emociones y salud*. Ariel. Barcelona.
- MOIX QUERALTÓ, J. (1994). "Emoción y cirugía". *Anales de Psicología*. 1994, 10(2): 167-175.
- MOIX QUERALTÓ, J. (1999). "Técnicas para reducir la ansiedad en pacientes quirúrgicos". En Fernández Abascal y Palmero (coord.) *Emociones y salud*. Ariel. Barcelona.
- MONAT, A. y LAZARUS, R.S. (eds.). (1991). *Stress and coping: An Anthology*, 3ª ed., New York, Columbia University Press.
- MORALES, CALATAYUD F. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Paidós. Bs. As.
- MURPHY, L.B. (1974). "Coping, vulnerability, and resilience in childhood", en Coehlo, Hamburg y Adams (eds.), New York, Basic Book.
- MURPHY, L.B. *The Widening World of Childhood*, New York, Basic Book, 1962.
- MYERS, A. y COL. (1975). "Circunstances attending 100 sudden death from coronary artery disease with coroner's necropsies", en *Br Heart J*, 37: 1133.
- NIDORF, S.M.; SIU, S.C. y GALAMBOS, G.S. (1993). "Benefit of late coronary reperfusion on ventricular morphology and function after myocardial infarction", en *J Am Coll Cardiol*, 23: 683.
- ORTH-GOMER, K. y CHESNEY, M.A. (1999). "Estrés, tensión social y cardiopatía en la mujer", en Julian, D. G. Y Wenger, N. K. *Cardiopatía en la mujer*. EDIKA MED. Barcelona.

- PALMERO, F. y BREVA, A. (1998). *Estrés: de la adaptación a la enfermedad*, Valencia, Promolibro, 1998.
- PALMERO, F. y FERNÁNDEZ ABASCAL, E.G. (1998). "Procesos emocionales". en Palmero y Fernández Abascal (coord.) *Emociones y adaptación*. Ed. Ariel. Barcelona.
- PALMERO, F. y FERNÁNDEZ ABASCAL E.G. (1998). *Emociones y adaptación*. Editorial Ariel. Barcelona.
- PALMERO, F.; BREVA, A. y ESPINOSA, M. "El apoyo social como modulador del riesgo coronario". En Palmero y Codina (ed.) *Universitat Jaume I, Trastornos cardiovasculares. Influencia de los procesos emocionales*. Promolibro. Valencia.
- PARISI, C. (1989). *Anatomía patológica de la cardiopatía isquémica*. Bs. As., Ed. Propulsora Literaria.
- PEIRO, J.M. (1993) *Desencadenantes del estrés laboral*. Eudema.
- PÉREZ LOVELLE, R. "La Psicología de la Salud en Cuba". *Psicología Científica*. 2002. [versión electrónica].
- PEREZ PAREJA, F.J. (1999). "Respuestas emocionales, enfermedad crónica y familia". En Fernández Abascal y Palmero (coord.), *Emociones y salud*. Ariel. Barcelona.
- Promoción de la Salud. Glosario*. OMS. Ginebra. (1998).
- RAHE, R. y COL. (1976). *Stress, Health and Social Environment*, J:P Henry y P:M: Stephens (eds.), Springer-Verlag.
- RAHE, R.H. (1989). "Anxiety and coronary heart disease in midlife". *J Clin Psychiatry*. Nov, 50 Suppl 36-9.
- RIDOLFI, R.L. y HUNTCHING G.M. (1977). "The relationship between coronary artery lesions and myocardial infarcts: Ulceration of atherosclerotic plaques precipitating coronary thrombosis", en *Am Heart J*, 93: 468.
- ROSEN, L.D. y WEIL M.M. (1997). *Technostress: Coping With Technology @Work @Home @Play*. New York, John Wiley & Sons, 1997.
- ROSENMAN, R.H. y PALMERO F. (1998). "Ira y hostilidad en la enfermedad coronaria". En Palmero y Fernández Abascal (coord.) *Emociones y adaptación*. Ariel. Barcelona.
- ROSENMAN, R.H. (1971) "Type A behavior pattern: A personal overview". En M. Strube (ed.) "Type A Behavior" (especial). *Journal of Social Behavior and Personality*. 5, 1-24.
- ROZTMAN, J.K. (1987). *Epidemiología moderna*. Díaz de Santos. Madrid. 1987.
- RUBERMAN, W. y COL. (1984). "Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction", en *Engl J Med*, 1984, 311: 552-559.
- SAMSON, J.J. y CHEITLIN M.D. (1971). "Pathophysiology and differential diagnosis of cardiac pain", en *Prog Cardiovasc Dis*, 1971, 13:207.
- SAPOLSKY, M. (1992). *Stress, the Aging Brain, and the Mechanisms of Neuron Death*, Londres: The MIT Press.
- SAVAGE WAGNER, IDEKER y COL. (1977). "Correlation of postmortem anatomic findings with electrocardiographic changes in patients with myocardial infarction", en *Circulation*, 55: 279.
- SCHACHTER, S. (1966). "The interactions of cognitive and psychological determinants of emotional state", en *Anxiety and Behavior*, c:d: Spielgelberg (ed.), Academic Press, Nueva York,
- SELYE, H. (1991). "History and Present Status of the Stress Concept", en Monat y Lazarus, (eds.), *Stress and Coping: An Anthology*, 3ª ed., New York, Columbia University Press, 21-35.
- SELYE, H. (1976). *Stress in Health and Disease*, Reading.: Butterworth.
- SELYE, H. (1956). *The stress of life*, Mac Graw-Hill, Nueva York.
- SEWARD, J. *Estrés profesional. Manual Moderno*.
- SIMMONS, J. WILLENS H.S. y KESSLER K.M. (1995). "Acute myocardial Infarction. Then and now", en *Chest*, 107: 17-32.
- SIVOIS, B.C. y BURG M.M. (2003). "Negative emotion and coronary heart disease. A review". *Behar Modif* 2003 Jan, 27(1): 83-102.
- SKINNER, J.E. (1983). "Psychosocial stress and sudden cardiac death: Brain mechanism", en Beamich, Singal y Dhalla (eds.) *Stress and Heart Disease*, Martinus Nijhoff Publishing, Boston, 1983, 304-364.
- SLIPAK, O. (1996) "Estrés laboral". *Alcmeon* N° 19.
- SMELSER, N.J. (1963). *Theory of Collective Behavior*, New York, Free Press.
- SNYDER, C.R., LÓPEZ S.J. (Eds.), (2002). *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- SOBEL, B. y SCHELL W. (1972). "Serum enzyme determinations in the diagnosis and assessment of myocardial infarction", en *Circulation*, 45: 471.

- SOKOLOW, M. y Mc ILLROY, M. (1979). *Cardiología clínica*, Bs. As., ed. El manual moderno.
- SOROKIN, P. (2002). "Aproximación conceptual a cuestiones humanas: todos somos' terminales". Cuadernos de Bioética. Septiembre.
- THEORELL, T. (1984). "Psychological issues in establishing links between psychosocial factors and cardiovascular illness", en *Breakdow in Human Adaptation to "Stress"*, Boston, M. Nijhoff Publishers, 1984, 241-250.
- UNIVERSIDAD DE JAEN. (2007). "El problema de la ansiedad en los pacientes quirúrgicos" Publicado en la página del COLEGIO ARGENTINO DE CIRUJANOS CARDIOVASCULARES.
- VEGA-FRANCO, L. (2002). "Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud". *Revista de salud pública de México*. Vol. 44. N° 3. Mayo-junio.
- VERRIER, R.L. y LOWN B. (1984). "Behavioral stress and cardiac arrhythmias", en *Ann Rev Physiol*, 1984, 46:155.
- WATSON, D. (1988). "Intraindividual and interindividual analyses of positive and negative affect: Their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities" en *J Pers Soc Psychol* 54: 1020-1030.
- WATSON, D. y CLARK L.A. (1984). "Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states" *Psychol Bull.* 96: 465-490.
- WATSON, D. y PENNEBAKER J.W. (1989). "Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity", en *Psychol Rev*, 96: 234-254.
- WEISFELDT, M.L. (1987). "Reperfusion and reperfusion insury", en *Clin Res*, 35: 13.
- WNGER, N. (1999) "Cardiopatía coronaria en la mujer: la evolución del conocimiento está modificando extraordinariamente la asistencia clínica", en Julián, D. G. y Wenger, N. K. *Cardiopatía en la mujer*. EDIKA-MED. Barcelona.
- WRIGHT, L. (1991). "The Type A Behavior Pattern and Coronary Artery Disease: Quest for the Active Ingredients and the Elusive Mechanism", en Monat y Lazarus (eds.) *Stress and Coping: An Anthology*, New York, Columbia University Press.
- ZBOROWSKI, M. (1969). *People in Pain*, San Francisco, Jossey-Bass.

Fecha de envío: Noviembre 24 de 2007

Fecha de aceptación: Enero 30 de 2008

