



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Universidad de la
República
Facultad de Psicología

*Componentes psicológicos en las enfermedades
cardiovasculares.*

Febrero, 2017
Montevideo

Estudiante: Matihás Hernández
C.I:38576499
Tutor: Luis Giménez

Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	3
Presentación y justificación.....	4
Objetivo general y específico.....	6
Desarrollo.....	7
Consideraciones finales.....	21
Referencias bibliográficas.....	25

Resumen

El presente Trabajo Final de Grado de la Licenciatura de Psicología, tiene como objetivo describir y caracterizar los componentes psicológicos presentes en las enfermedades cardiovasculares.

La finalidad es conocer en qué medida influyen estos factores en los procesos de salud-enfermedad. Además comprende un apartado respecto al vínculo asistencial, lugar donde estos componentes se ponen en juego cotidianamente.

La metodología utilizada fue una revisión bibliográfica mediante distintas bases de datos tales como Redalyc y Scielo.

Se comenzará por dimensionar el alcance y gravedad de las Enfermedades cardiovasculares para luego analizar el vínculo entre las emociones y la salud en general.

Esto dará paso a las distintas corrientes psicológicas que dentro de sus marcos conceptuales abordan el mencionado vínculo como elemento central, otorgando un rol principal al interjuego entre la dimensión psicológica y la biológica.

A partir de la búsqueda bibliográfica se constata la existencia de un amplio consenso sobre la incidencia de los componentes psicológicos en las enfermedades cardiovasculares. Aspecto que se intenta abordar desde los “programas de rehabilitación cardiovascular” existentes en el Uruguay.

Introducción

La presente monografía se enmarca dentro del Trabajo Final de Grado para la Licenciatura de Psicología de la Universidad de la República y aborda la caracterización de los componentes psicológicos presentes en las enfermedades cardiovasculares (E.C.V).

La problemática planteada se fundamenta a partir de una crítica al abordaje de la enfermedad desde una etiología mayoritariamente biologicista. Dicho abordaje se contextualiza en el denominado “modelo médico hegemónico” el cual ha sido fuertemente cuestionado a partir de la definición de salud de la OMS (1948).

Este modelo toma como eje central la enfermedad desde una perspectiva mono disciplinaria apoyándose en la concepción filosófica positivista lo cual supone tomar al órgano o sistema como objeto de estudio descontextualizándolo de su marco histórico-social, privilegiando la causalidad biológica como criterio único para explicar la enfermedad. (Sivori, 2010)

Entendiendo que las causas que habitualmente son asociadas a este tipo de enfermedades (como son el alcohol, el tabaquismo, el sedentarismo, la dieta malsana, entre otros factores) no son excluyentes sino que forman parte de una pluralidad mayor, se propone una lectura crítica y reflexiva de la temática sobre la base del eje salud / enfermedad / atención

La intención es ampliar la mirada y abarcar nuevas dimensiones de análisis que integren mayor complejidad al abordaje de las enfermedades cardiovasculares.

En los últimos seis años me he desempeñado como administrativo de un prestador de servicios de salud, labor que desarrollo en el área cardiológica y que ha despertado el interés por la temática de la presente monografía.

El ámbito hospitalario es un lugar donde convergen distintos actores. Funcionarios, profesionales de la salud y pacientes interactúan diariamente, cada uno de ellos con sus propias lógicas y prioridades.

El rol que desempeño es un lugar privilegiado para observar éstas lógicas. Muchas de las veces convergen y conviven en armonía pero hay ocasiones donde el choque de intereses o necesidades es evidente, generando distintas complicaciones que perjudican tanto al paciente como al resto de los involucrados.

Es por este motivo que he decidido abordar esta temática, ya que al menos desde mi perspectiva entiendo que con la información y la formación correcta, estas lógicas pueden potenciarse, generando beneficios a la población en general y en específico a las personas con afecciones cardíacas.

Pero lejos de potenciarse, las lógicas chocan, algo que se evidencia, por ejemplo, a la hora de comunicar una afección. El médico suele utilizar un lenguaje técnico, limitando así el campo de entendimiento del paciente, y disparando fantasías de enfermedad las que a su vez generan ansiedades. Estas fantasías afectan en forma directa al paciente, algo que con un procedimiento más adecuado podría evitarse, o al menos ser procesado de otra forma.

Presentación y justificación de la problemática

Para el año 2015 según indica la Organización Mundial de la Salud (OMS), las E.C.V son la mayor causa de muerte: cada año mueren más personas debido a las E.C.V, que por cualquier otra causa.

Se calcula que en el 2012 murieron 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo (OMS, 2015). “La ECV aterosclerótica, especialmente la enfermedad coronaria, sigue siendo la causa más importante de muerte prematura en todo el mundo.” (Perk, et al., 2012, p 6).

En el caso de Uruguay, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares representa el 30% del total de defunciones, lo cual las señala como una de las principales causas de muerte a nivel país.

Según una investigación realizada por Curto, Prats, y Zelarayan (2011) las tasas de mortalidad reflejan mayores porcentajes en el sexo masculino que las del sexo femenino. Y respecto a la distribución territorial, los departamentos de Cerro Largo y San José son los de

mayor tasa de mortalidad, mientras que en el nivel medio-alto figuran Artigas, Salto, Soriano, Durazno, Maldonado, Lavalleja y Treinta y Tres.

Estos datos estadísticos obtenidos del Área de Epidemiología y Estadística de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular denotan una problemática de carácter relevante y de alcance nacional.

Si bien las estadísticas son contundentes la OMS (2015) plantea que la mayoría de las E.C.V son prevenibles si se actúa adecuadamente sobre los denominados factores de riesgo y enumera los específicos para este tipo de enfermedades; el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol.

A raíz de esto surge la inquietud por conocer qué es considerado como un factor de riesgo. Según la OMS (2015) un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente la posibilidad de sufrir una enfermedad. Entre los más importantes resalta las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

Por otra parte, Pita (2002) plantea que en las distintas sociedades existen personas que presentan más posibilidades que otras de sufrir enfermedades o accidentes, y éstas son conocidas como personas especialmente vulnerables. Según el mismo autor, a medida que se incrementan, los conocimientos científicos van evidenciando que por un lado, las enfermedades no son tan aleatorias como se conoce y por otro, que esa vulnerabilidad en muchos de los casos tiene sus explicaciones.

Existen además determinadas características (ya sean genéticas, ambientales, biológicas o psicosociales) que actuando tanto individualmente como en conjunto terminan por gestar un proceso, generalmente no deseado. Desde esta perspectiva surge el término “riesgo”, denotando la presencia de una característica que aumenta la probabilidad estadística de que se instale en un sujeto este proceso no deseado.

A partir de esto cabe cuestionarse, ¿Cuáles son los componentes psicológicos presentes en las E.C.V? ¿Estos componentes pueden ser tomados como un factor de riesgo?

Son varios los autores que otorgan un rol decisivo al plano emocional en este tipo de enfermedades, y lo resaltan como un elemento sustancial tanto en la contracción de la enfermedad como a la hora de planificar su rehabilitación.

Un ejemplo de esto lo plantea Bueno (1996), quien habla sobre la existencia de estudios de seguimiento a pacientes que han sufrido un infarto de miocardio. Estos estudios revelan la elevada frecuencia de trastornos emocionales surgidos a raíz del mismo y ponen de manifiesto que las tasas de reincorporación del paciente al nivel de funcionamiento previo son inferiores a las esperadas.

Por otra parte, estos estudios evidencian que estas dificultades están relacionadas principalmente con la dimensión psicológica más que con el grado de deterioro del sistema cardiovascular.

Por su parte Castillero (2007) plantea que “Un número significativo de personas que sobreviven a un infarto del miocardio o que se realizaron angioplastias coronarias o cirugías revascularizadoras alcanzan una recuperación subóptima como consecuencia de aspectos psicológicos y socioculturales” (p.53).

Para Castillero (2007) la “autopercepción de invalidismo, la sensación de pérdida de control, la autovaloración de un potencial disminuido como padre de familia, esposo, trabajador; el riesgo siempre presente de una muerte súbita e inesperada” (p.53).

En estos pacientes, existen algunas conflictivas que les son comunes a la mayoría de los casos. Algunas de ellas son:

- Presencia de ansiedad y depresión
- Dificultades para la reincorporación laboral. Como dato estadístico nos encontramos que un 15% de las personas menores a 65 años que sufren infarto de miocardio son incapaces de retornar a sus puestos laborales. Esto, según Castillero (2007) es debido únicamente al invalidismo psicológico y se presenta durante los primeros cuatro meses luego de ocurrido el infarto.
- Problemas de funcionamiento sexual
- Disminución del nivel de actividades sociales y de ocio
- Presencia de síntomas somáticos funcionales

Por lo expuesto anteriormente, Bueno (1996) plantea que para realizar una adecuada recuperación del paciente con patologías cardíacas, además de la imprescindible intervención médica, es necesario una intervención psicológica, que permita ayudar al paciente en el entrenamiento de habilidades conductuales y cognitivas que faciliten la superación del impacto emocional provocado por la enfermedad, así como también la modificación de ciertas conductas que son perjudiciales y califican como factores de riesgo para un futuro episodio cardíaco.

Objetivo General

- Estudiar y caracterizar los componentes psicológicos presentes en las E.C.V.

Objetivos Específicos

- Sintetizar los aportes realizados por distintos autores sobre los componentes psicológicos presentes en las E.C.V
- Analizar el vínculo asistencial presente en las E.C.V tomando como referencia el concepto de salud- enfermedad- atención.
- Fundamentar la importancia de los programas de rehabilitación cardiovascular para este tipo de enfermedades.

Para alcanzar dichos objetivos me valdré de una revisión bibliográfica. La finalidad será sintetizar los aportes realizados por distintos autores a los cuales accederé mediante bases de datos tales como Redalyc y Scielo.

Desarrollo

Emoción y salud

Comprender la relación entre las emociones y la salud en general nos permitirá romper con naturalizaciones tales como la escisión que se realiza entre cuerpo y mente.

Si bien en los últimos años se ha logrado un avance sustancial en cuanto a la caracterización de la dimensión emocional de las enfermedades y su relación con el plano biológico, existen obstáculos que entorpecen la posibilidad de un abordaje holístico.

Según Queraltó (1994), en los primeros escritos griegos ya podemos encontrar reflexiones en torno a la relación emoción-salud, relación que se comenzó a evidenciar de forma experimental a partir del siglo XX.

A pesar de la existencia de esta antigua relación fueron necesarias evidencias empíricas, ya que como comenta Calatayud (1997), en un momento dado de la evolución del discurso dominante en relación con la salud y la enfermedad -el discurso de la medicina- se hizo predominante el componente biológico. En el Siglo XIX se contó con recursos novedosos para realizar observaciones (como los microscopios) por lo que se produjeron notables avances en el estudio del cuerpo, su anatomía y fisiología, estudios que condujeron a avanzar en la caracterización de la enfermedad (p.3)

En este sentido, Fernández (1993) pone en entredicho la visión tradicional de la enfermedad como un hecho eminentemente biológico. Plantea que mientras que el organismo de todas las razas no varió significativamente en los últimos treinta mil años, si lo han hecho las enfermedades y a un ritmo muy similar que el de la evolución de las sociedades.

Por ejemplo; los japoneses padecen enfermedades diferentes que los norteamericanos, pero los nietos de japoneses afincados en Estados Unidos padecen el tipo de enfermedades de la sociedad estadounidense no las de la sociedad a la que pertenecieron sus antepasados (Fernández, 1993, p.122).

Por otra parte, según propone Queraltó (1994) el reconocimiento de los componentes emocionales en los procesos de salud- enfermedad se da en gran medida gracias a que hubo un crecimiento exponencial de alteraciones orgánicas asociadas a procesos emocionales.

Plantea que en un principio, las denominadas enfermedades psicosomáticas (úlceras de estómago, migrañas, etc) eran donde habitualmente la comunidad científica aceptaba la dimensión psicológica teniendo un rol determinante, pero en la actualidad, esta aceptación se ha extendido a trastornos más complejos como el Cáncer o el SIDA.

Si bien la intención es problematizar acerca de la escisión existente entre el plano emocional y el biológico respecto a las enfermedades en general, se debe tener presente lo que comentan Martínez y Fernández (1994) en referencia a la etiología de las enfermedades. Según estos autores, asignar un papel causal a las emociones, excluyendo otras dimensiones sería incorrecto. El hecho de que sea evidente la influencia del plano emocional sobre distintas enfermedades no excluye las causas genéticas, infecciosas u otras que conforman la propia enfermedad. Inclusive, comentan que una de las características más relevantes que tienen los estados emocionales sobre la salud, es la posibilidad de interactuar favoreciendo u atenuando los factores biológicos.

En este contexto y siguiendo el planteo propuesto por Castillero (2007) tomamos por estados emocionales a las distintas reacciones psicológicas que surgen frente a la comunicación de una alteración en el proceso de salud-enfermedad.

De esta forma, se evidencia al estrés como una de las mayores (y tal vez la más habitual) reacciones psicológicas, pero también surgen otras de igual preponderancia como la ansiedad, la depresión, el temor al dolor o a lo desconocido, la desconfianza hacia la anestesia y sus repercusiones, el temor a la pérdida de control, a las secuelas e incluso a la propia muerte.

Siguiendo esta línea, existen diversas corrientes psicológicas que vinculan las emociones y la salud en sus marcos conceptuales y sirven de referencia a la hora de reflexionar acerca de los componentes psicológicos en las E.C.V

Psiconeuroinmunoendocrinología

Dubourdieu (2008) plantea que la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) es una nueva disciplina médica psicológica, basada en investigaciones científicas y propone un modelo integrador que agrupa psique-soma-entorno.

Este modelo integrativo se fue construyendo a través de distintos movimientos, surgidos en oposición al paradigma simplista que imperó hasta inicios del siglo XX. Según propone la autora, el mismo intentaba unificar lo diverso por medio de la reducción. Bajo esta perspectiva, el sujeto era un ser biológico separado de la psique y también de su entorno, desconociendo así el universo sociocultural d gran influencia en su construcción.

Como reacción a esto, surge el denominado *paradigma de la complejidad*, propuesto por Edgar Morin en 1921. Este paradigma permitió adquirir nuevas herramientas que posibilitaron una mayor comprensión de los fenómenos tanto del universo en su totalidad como de la humanidad en su singularidad. Según Dubourdieu (2008) el paradigma de la complejidad “entiende a la realidad

como un todo funcional cuyas partes son interdependientes, pero además considera que no se puede separar a los humanos ni a ningún otro elemento del entorno natural y social" (p.45).

Dicho paradigma permite, según comenta la autora, mantener la dualidad en el seno de la unidad, asociando términos antagonistas y concluyendo "que no solo la parte está en el todo sino que también el todo está en la parte" (p.45). A raíz de lo anterior, plantea que para conocer el funcionamiento de cualquier sistema, será necesario considerar la interacción de los elementos que lo componen pero también las interacciones con otros sistemas. "En el ser humano consideramos las interrelaciones entre los sistemas de su organismo y del sujeto con su entorno sociocultural afectivo y físico ambiental" (p.23).

Propone además, que para comprender de los procesos de salud y enfermedad es necesario integrar las dimensiones; biológica, cognitiva, psicoemocional, sociológica y espiritual.

En sus palabras; "(...) el ser humano es una unidad en que todos los sistemas de su organismo mantienen una continua interrelación, así como un permanente intercambio con el entorno" (p.27).

Estrictamente la PNIE estudia el comportamiento humano en base a tres sistemas; el endocrino, el inmunológico y nervioso. Estos son los encargados de recibir y transportar la información dentro del eje cerebro-organismo.

Los mediadores tradicionales como los neurotransmisores, neuronas, neuropéptidos, y las citoquinas se encuentran presentes en los tres sistemas por tanto, la comunicación entre éstos es directa existiendo así una intermodulación de los mismos. La alteración de uno de estos mediadores produciría modificaciones en su propio sistema así como también en los otros.

"Comprender esta red de circuitos e intermodulaciones recíprocas de los sistemas, nos lleva a superar la falsa dicotomía entre enfermedades psicosomáticas y no psicosomáticas" (p. 40).

La PNIE logra superar la dicotomía cuerpo-psi quis realizando una articulación entre la perspectiva médica y la psicológica, con el fin de comprender más detalladamente los procesos de salud y enfermedad.

Según comentan Martínez y Fernández (1994) la psiconeuroinmunoendocrinología, examina las relaciones entre respuestas psicológicas y de la función inmunitaria ante un estrés agudo anticipatorio, evidenciando cómo ciertos indicadores fisiológicos pueden utilizarse como marcadores de estado, con el objeto de obtener evidencias objetivas del impacto del estrés agudo o crónico (p. 106).

Psicología médica

La psicología médica ha sido definida como "la psicología aplicada a los problemas planteados por la medicina" (Delay y Pichot, 1969 en Calatayud 1997, p.42).

Por su parte, Korovsky (1993) la define como una rama especializada de la psicología, que estudia la relación médico-paciente, las repercusiones psicológicas que la misma enfermedad y el propio acto médico ejercen sobre el paciente y por último, la actitud que toma el médico frente a la enfermedad y al propio paciente.

Según Calatayud (1997) la misma surge a principios del siglo pasado como reacción a la excesiva atención que recaía sobre los síntomas y síndromes de las distintas enfermedades. Al disponer como ejes centrales los órganos y aparatos se descuidaba por completo al sujeto como unidad, dejando a un lado los rasgos psicológicos.

Dicha disciplina nace de la mano de del pensamiento antropológico de la época, siendo también muy influyentes los desarrollos teóricos de S. Freud que revalorizan la psiquis y su influencia en la enfermedad.

En este escenario toman relevancia el "Círculo de Viena" y la "Escuela de Heidelberg" como grandes propulsores,

(...) de que el médico clínico no abandone, aún en el caso de la afección de aspecto más claramente somático, la búsqueda de factores psicológicos que pudieran formar parte de la patogenia o determinar que su aparición quede matizada por un componente psicógeno" (Calatayud 1997, p.44)

Según Calatayud (1997) otra plataforma de desarrollo para la psicología médica fue el estudio de la relación médico-paciente y la adaptación de los enfermos a los requisitos hospitalarios. A raíz de este interés suscitado por los años cincuenta es que la mayoría de los programas para ser médico o enfermero incluyen el estudio de dicha relación.

Según Dapuetto y Varela (S/F) el campo de trabajo de la psicología médica gira en torno al ser humano que padece una enfermedad vinculada con el cuerpo. El que esté ubicada en la intersección del área de salud mental con el resto de las ciencias médicas le permite comprender al sujeto incluyendo a los factores personales, sociales o culturales sin que por se deje de lado los determinantes biológicos.

En palabras de Dapuetto y Varela (S/F),

Siendo el objetivo obtener una comprensión globalizadora del problema en el interjuego de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, la praxis de la psicología médica se focaliza en el trabajo psicológico con el paciente y en relación a los equipos médicos. (p.1).

Según los mismos autores esta disciplina cuenta con tres grandes puntos de interés. Por un lado el sujeto y su entorno, por otro la enfermedad y por último el médico y el grupo asistencial.

En esta misma línea, el psicólogo médico tendrá la función principal de traducir el pedido de consulta (manifiesto), y esto lo hará en dos instancias concretas; Por un lado analizando conjuntamente con el médico la situación, las características de la enfermedad, sus posibles repercusiones y riesgos, y por otro, mediante la propia entrevista con el paciente.

De esta forma, el psicólogo intenta dilucidar el motivo real (latente) de la consulta y así ubicar cuál de los tres puntos de interés nombrados anteriormente será el más urgente. Para esto la Psicología médica hace uso de un modelo multiaxial que según Dapuetto y Varela (s/f) cuenta de cuatro ejes centrales;

- El eje biomédico donde están incluidos todos los problemas biológicos
- El eje psicológico donde se realiza una lectura del impacto de la enfermedad en el sujeto. Lo central aquí es la readaptación del sujeto luego de conocer la enfermedad y sus repercusiones.
- El eje socio-familiar donde el foco estará dispuesto sobre los problemas relacionados con la calidad del soporte social y en los sucesos vitales estresantes que existen más allá de la propia enfermedad.
- El eje asistencial donde se hará énfasis sobre la adherencia del sujeto al tratamiento y también en cómo se desarrolla la relación médico-paciente.

Por último, resta comentar que dicha disciplina se nutre de distintos modelos teóricos tales como el Psicoanálisis desde donde extrae conceptos como el de defensa y conflicto, o de la Psicología Psicosomática de la cual asume que cuando el funcionamiento mental pierde su función protectora el sujeto comienza con procesos de desorganización somática.

Psicosomática

Aquí nos enfrentamos con un obstáculo ya que debido a las distintas escuelas de la psicología no es posible definir un único corpus teórico, por tanto, nos limitaremos a utilizar la denominada corriente latinoamericana encabezada por dos grandes exponentes como Luis Chiozza y Edgardo Korovsky.

Como punto de partida Korovsky (1993) nos propone una definición que, si bien se acerca a una idea de lo que es la psicología, termina siendo muy abarcativa en su contenido sin aclarar su verdadero campo de aplicación;

“El término puede usarse cuando no se quiere decir si una función es psíquica o somática, cuando se quiere indicar ambas o cuando se quiere negar la realidad de la distinción tradicional” (Korovsky, 1993, p.20).

Korovsky (1993) plantea que podríamos entender lo que él denomina como “medicina psicología” a “el empleo de dos puntos de vista o dos métodos simultáneos, el psicológico y el biológico, para entender un mismo y único objeto; el individuo humano.” (pp. 20-21).

Sucede que según su postura (y aquí es tal vez donde radica la dificultad de definir qué es la psicología) para grupos psicólogos y médicos, un encare unicista, donde se contemplan estos dos aspectos del paciente (psicológico y orgánico) en busca del sentido de la enfermedad puede resultar difícil de admitir y más aún, de llevar adelante un abordaje que los integre.

Esta idea del sentido de la enfermedad se encuentra muy alineada con los comienzos del psicoanálisis y su descubrimiento del inconsciente. Es esta tarea interpretativa, uno de los puntos donde se vinculan las dos teorías psicológicas.

En este sentido, Chiozza (1977) realizando una breve puntualización de los distintos usos que se le da al término medicina psicosomática resalta uno que viene al caso; “Una orientación de la medicina en general, que pretende incluir en cada juicio clínico, y en cada acto médico, los elementos que puede aportar el psicoanálisis con respecto a lo que sucede en el enfermo y en las distintas vicisitudes de sus relaciones con el médico, familia y la sociedad” (p. 18).

Surge a raíz de lo expuesto, una de las hipótesis que atraviesa la teoría psicosomática, en palabras de Korovsky (1993); “los pacientes con manifestaciones orgánicas patológicas carecerían de la capacidad de simbolizar psíquicamente sus demandas instintivas y sus conflictos con la realidad mediante la formación de fantasías y expresión de sentimientos” (p.27)

El mismo autor propone que la energía instintiva sorteando la psiquis y afecta directamente al soma, donde debido a un fracaso a la hora de representar psíquicamente el conflicto se gesta un modo especial de funcionamiento mental, que muchos denominan como la personalidad psicosomática.

Psicología de la salud

Para Calatayud (1997) puede entenderse a la psicología de la salud como “la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud” (p.55).

Además según su planteo, a esta corriente le interesa el estudio de los procesos psicológicos que participan en el estado de salud ya sea en el riesgo de enfermar, en la condición misma de la enfermedad, y en su posterior recuperación.

Otro ámbito de interés y aplicación, serían las circunstancias interpersonales que se manifiestan en la prestación de los servicios de salud, estando incluidas en estas, la promoción en salud, la prevención de enfermedades, la atención de los enfermos y la adecuación de los servicios a las necesidades de los usuarios.

Para este mismo autor, todas las variables psicológicas que existentes en el proceso de salud-enfermedad están dentro de la órbita de la psicología de la salud, esto incluye los problemas que se desprenden de la atención en salud, lo cual supone también aspectos organizativos y económicos.

Por otra parte, plantea que es sabido que a la psicología en general se le ha asociado el estudio de las desviaciones del comportamiento, la denominada salud mental, pero esta postura contempla una división que hace referencia al viejo paradigma dualista, donde mente y cuerpo parecieran ser dos entidades distintas.

Es por esto que “la concepción de psicología de la salud se relaciona con todos los

problemas de salud, ya sea que estos se expresen en términos de enfermedad primordialmente a través de manifestaciones "mentales" o "corporales" (Calatayud, 1997, p. 59).

Para Calatayud (1997) esta rama de la psicología no surge en base a un desarrollo científico específico sino que tiene su origen en la evolución de la práctica misma y sobre todo, se encuentra guiada por los problemas que surgen en torno a los servicios de salud y su incapacidad o dificultad a la hora de solucionarlos.

Comenta además que;

La receptividad a la idea de un campo de psicología de la salud, está grandemente influenciada por la historia y el estado actual de la psicología en general en cada región sociocultural en la que está presente. Donde ella (la psicología de la salud) ha echado raíces, su desarrollo y los asuntos y actividades en los que enfatiza, están definidas por las formas preexistentes de psicología (Calatayud, 1997, p.64).

Es por esto que según su opinión pueden encontrarse a lo largo del mundo diferentes patrones de desarrollo dentro de la psicología de la salud.

Esta rama de la psicología encuentra cabida en países con fuerte desarrollo en la investigación como Suecia donde la teoría sigue avanzando gracias a estudios psicofisiológicos del estrés. Por ejemplo mediante proyectos a largo plazo, donde se pretende caracterizar el modo en que las personas reaccionan a las problemáticas que propone la vida cotidiana.

En lo que respecta a América Latina, existe un trabajo realizado por García en 1994 (Calatayud, 1997) donde se indica que a partir de la década de los 70 se observa un crecimiento del objeto de estudio de la psicología hacia el sector de la salud, lo que se traduce en la aplicación progresiva de métodos y técnicas psicológicas para investigar problemas en la salud y atención en salud.

Esta autora se valió de informes presentados en congresos latinoamericanos donde pudo apreciar el creciente interés por el estudio y la práctica de estas temáticas.

Componentes psicológicos en las enfermedades cardiovasculares

Tras definir un marco conceptual se realizará un recorrido por los componentes psicológicos presentes en las enfermedades cardiovasculares.

La intención es sintetizar los aportes realizados por distintos autores con la finalidad de acercarnos al objetivo propuesto y poder redimensionar la relevancia que tienen estos componentes en las E.C.V. y el beneficio que conlleva integrarlos al diagnóstico y tratamiento de las mismas.

Ira

Según plantea Bonet (2011) la ira es una emoción primaria, natural y biológicamente necesaria. Sugiere además, que es un constructo donde prima el componente emocional con la característica de ser un estado que evoluciona rápidamente, como una explosión de corta duración. También, la experiencia de ira puede variar en intensidad, yendo desde la irritación hasta la rabia, siendo más acentuada cuanto menor tolerancia a la frustración. El estado de ira presenta diferentes síntomas y signos clínicos, pero en general encontramos; la voz y el cuerpo tensos, puños o dientes apretados, mirada amenazante y gestos de furia.

El individuo se muestra muy enojado o enfurecido, generalmente se acompaña de insultos y gritos, puñetazos y golpes en la mesa o la pared, portazos, tirar o romper objetos. Puede lastimarse a sí mismo e involucrarse en peleas.

Como la agresión física abierta está fuertemente sancionada socialmente, es frecuente que se desplieguen otras formas de agresión expresadas de maneras diferentes y disimuladas de tal forma que no violen las normas sociales. (Bonet, 2011, p.231)

Según expone Bonet (2011) el sujeto encuentra habitualmente tres caminos para calmar la sensación de displacer que le genera la ira. La supresión de la ira es aquella en la que la persona asume la situación reprimiendo la expresión verbal y motriz.

En el lado contrario, la ira se manifiesta en conductas verbales o físicas pero sin intención de daño al otro. Encontramos también el control de la ira, aquél en el que la persona intenta canalizar su energía en cosas positivas para la resolución del conflicto.

En lo que respecta a las repercusiones fisiológicas, encontramos, descubrimos, con que mientras sucede el ataque de ira, se activan distintos sistemas como el endocrino o el nervioso autónomo, generando tensión muscular y cambios respiratorios. También se observa un incremento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial.

Es habitual que luego de un ataque de ira aparezcan rumiaciones sobre la situación que la generó, evidenciando la frustración en la persona. Según Bonet (211), la evidencia empírica ha demostrado que cuando las rumiaciones son sostenidas en el tiempo -las representaciones cognitivas que el sujeto hace sobre el evento- prolongan la experiencia subjetiva de ira. Estas mismas representaciones cognitivas se asocian al incremento de la actividad fisiológica que prolongan la respuesta de estrés en el tiempo.

Hostilidad

Según sugiere Bonet (2011) la hostilidad es un rasgo natural que compone la personalidad de la sujeto. Este concepto propone que las creencias, expectativas y actitudes que tiene el sujeto sobre los otros y que además son duraderas y estables en el tiempo, son generalmente negativas.

Se caracteriza además por esperar siempre lo peor de los otros, estando a la defensiva y alerta a posibles ataques. Esto es acompañado por agresión, suspicacia odio o disgusto.

Habitualmente encontramos a la hostilidad acompañada por el cinismo, algo que define como una creencia negativa hacia el mundo en general, lo cual genera una actitud de desconfianza hacia los demás. Bonet (2011) hace referencia a un estudio denominado "MultipleRisk factor intervention Trial3" en el cual se demuestra que la hostilidad puede tomarse como un factor de riesgo para mortalidad de pacientes con ECV. Además comenta que;

Un meta-análisis reciente evidencia que la ira y la hostilidad están asociadas, no sólo con el incremento de eventos cardíacos en la población sana, sino con peor pronóstico en pacientes con EC preexistente; indica que episodios frecuentes de ira y el rasgo de hostilidad, puede acelerar la recurrencia de eventos coronarios.(Bonet, 2011, p.231)

Estrés

Una herramienta que ayudó a evidenciar la influencia de las emociones en los procesos de salud-enfermedad es el estrés. Según Martínez y Fernández (1994) el afrontamiento que el sujeto toma frente a las situaciones estresantes, ya sean de gran magnitud -como un hecho traumático o de menor relevancia como los contratiempos o los sucesos vitales cotidianos- será directamente proporcional con los diversos trastornos que puedan surgir.

Por su parte, Salvador y Toro (2006) definen al estrés como "una amenaza real –o interpretada– a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que da lugar a respuestas específicas, fisiológicas o conductuales, con el fin de recuperar la homeostasis, y cuya cronicidad es potencialmente patogénica." (p. 2)

Existen distintos estudios aportados desde la Psiconeuroinmunoendocrinología que permiten objetivar las relaciones entre los estados emocionales negativos y sus consecuencias en el sistema inmune, reflejando cómo dichas situaciones estresantes hacen a las personas más vulnerables a las enfermedades.

Martínez y Fernández (1994) comentan que uno de los efectos patógenos producidos por el estrés se debe a que éste induce a la realización de hábitos insalubres tales como la ingesta de alcohol, la reducción de conductas saludables, las precauciones ante accidentes, etc.

Depresión

Alegría (2006) plantea que la depresión podría definirse como una alteración del estado de ánimo sostenido en el tiempo, que refiere a un grupo de elementos que afectan la capacidad de la persona para llevar adelante las actividades de su diario vivir.

Según Alegría la prevalencia de la depresión en los enfermos cardiológicos es muy alta. Esto se produce ya que la misma conlleva a una serie de comportamientos y de hábitos de vida especialmente riesgosos para las enfermedades cardíacas.

Expresa que generalmente son personas con baja autoestima y con menor cantidad de recursos emocionales para enfrentar la patología cardíaca.

En primer lugar, los pacientes deprimidos son menos conscientes de los hábitos de vida saludables, tienden al aislamiento social y tienen mayor dificultad para abandonar hábitos nocivos (tabaquismo, sedentarismo, dieta inadecuada). Por último, difícilmente siguen las recomendaciones terapéuticas establecidas. (Alegría 2006, p. 48)

Por último, expone una conclusión extraída de los resultados obtenidos por el Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) en el cual tras un seguimiento de dieciocho años se comprobó que el aumento de riesgo que representa la depresión para las ECV crece gradualmente en relación con el número de síntomas depresivos presentes. Por tanto la reducción de los síntomas depresivos reduce la mortalidad cardiovascular a largo plazo.

Ansiedad

Según plantea (Barrilero, et al., 1998) la ansiedad es una reacción compleja de un sujeto frente a estímulos potencialmente peligrosos y en muchos casos percibidos como cargados de peligro.

También plantea que la experiencia psicológica es vivida por el sujeto como un estado de ánimo desagradable producido por situaciones que percibe como amenazantes. Si bien estos estímulos dependen en gran medida de la subjetividad de cada persona, existen situaciones habituales donde la ansiedad es mayormente compartida.

La cirugía constituye un potente estresor complejo; y su carácter estresante no se encuentra aislado, depende no sólo de la hospitalización sino de la enfermedad, de acontecimientos y sus consecuencias, responsable todo ello, de las elevaciones de la ansiedad” (Barrilero, et al., 1998, s/p)

A continuación se presentan conclusiones de distintas investigaciones en las cuales queda

demostrado que la ansiedad influye sobre los procesos de salud-enfermedad.

Una investigación realizada por Kiecolt-Glaser & cols. en 1998 (Castilleros, 2007) plantea que el estrés y la ansiedad rompen con la homeostasis neuroendocrina, retrasando así la reparación de los tejidos, y por tanto, dificultando la cicatrización.

Por otra parte, encontramos los trabajos de Linn, Linn y Klimas realizados en 1988 (Queraltó 1994) quienes concluyen que los pacientes con más ansiedad post-quirúrgica fueron los que tuvieron una respuesta inmunitaria inferior, contrayendo más complicaciones en su recuperación.

Personalidad tipo A

Resulta pertinente aclarar que si bien la personalidad tipo A no es específicamente una emoción, es un modelo de personalidad que toma en cuenta la dimensión emocional en su desarrollo teórico.

Como se podrá observar más adelante, la caracterización para este tipo de sujetos se conforma mediante el interjuego de factores genéticos y determinadas emociones y conductas que derivan en una alta probabilidad de contraer enfermedades coronarias. Por este motivo, la personalidad tipo A pasa a formar parte del siguiente apartado.

Castellano y Nasarre (2006) comentan que un tipo de personalidad hace referencia a:

(...) un subgrupo de entidades cuyos miembros son más parecidos entre sí que a otros miembros de otro subgrupo de entidades. La delineación de los subtipos de personalidad puede ayudar a identificar a grupos de pacientes que compartan características comunes en términos de pronóstico y tratamiento. (p.17)

Por otra parte, Moreno– Jiménez, Garrosa-Hernández, Gálvez-Herrer (2005) comentan sobre el Modelo de la Predisposición Constitucional. Este modelo parte de la existencia de una predisposición genética a determinados procesos psicopatológicos que afectarían al funcionamiento cognitivo, emocional y conductual del sujeto. Desde esta perspectiva, según comentan los autores, se podría explicar la relación entre la personalidad del tipo A y las E.C.V.

En esta misma línea y según lo que plantea Fernández (1993) existe una relación entre un tipo de emoción y un tipo de enfermedad determinado y esta hipótesis encuentra evidencia empírica en el denominado patrón de conducta del tipo A y su vínculo con las E.C.V. Según el mismo autor, este patrón de comportamiento consiste en:

(...) una tendencia a actuar caracterizada por la impaciencia, la actividad intensa, la ambición, la hostilidad y la competitividad. Las personas que muestran este tipo de conducta tienen el doble de posibilidades de padecer una enfermedad coronaria que el resto de personas. (p.127)

Por otra parte, Bonet (2011) plantea que la personalidad del tipo A se caracteriza por una excesiva competencia, preocupación por la meta, impaciencia, conducta agresiva y hostilidad. Describiéndolos como personas irritables, buscadoras del éxito y con baja tolerancia a la frustración.

Por último, Castellano, y Nasarre (2006) comentan que existen estudios de asociación entre personalidad tipo A y enfermedad coronaria. Los mismos concluyeron que este tipo de personalidad se comporta como factor de riesgo para la enfermedad coronaria.

Vínculo asistencial

En el eje que fue planteado desde un comienzo -salud-enfermedad-atención- convergen distintos elementos que serán de vital importancia a la hora de abordar este tipo de enfermedades desde una perspectiva integradora, manejando la mayor cantidad de dimensiones posibles con la finalidad de ayudar a estos pacientes a mejorar su calidad de vida y también la de su entorno.

Siguiendo esta línea, a continuación se expondrán los componentes psicológicos presentes en el vínculo asistencial entre médico y paciente. La intención es aportar elementos que sirvan de apoyo a la hora de reflexionar acerca de la influencia específica que tiene dicho vínculo en las E.C.V.

De acuerdo a Tizón (1988) "lo psicológico es siempre una parte integrante de cualquier actividad médica, clínica en general, y más en general, de cualquier relación asistencial" (p.21). Según este autor, el vínculo asistencial se encuentra influenciado por emociones, sentimientos e ideas que inciden directamente sobre la relación médico-paciente y también sobre la propia enfermedad.

Se realizará el recorrido comenzando por el paciente para luego derivar hacia el profesional.

Esperanzas del consultante.

La relación asistencial comienza mucho antes de que el consultante contacte con el equipo médico. El paciente gesta fantasías previas al encuentro ya sea a partir de datos obtenidos de la realidad (quién es el médico, su experiencia y trayectoria por ejemplo) o datos creados por él mismo.

Estas fantasías determinarán su conducta frente a la entrevista, al menos en un primer

acercamiento. Figuran aquí las denominadas fantasías idealizadas, las cuales tienen poco apoyo en datos de la realidad y por ende supone una sobrevaloración de las capacidades del médico. Por tanto, cuando éste no es capaz de mostrarse al nivel de la idealización, el paciente se ve desorientado e incluso enfurecido por la decepción.

Alguna de estas fantasías son;

- Que le liberen del dolor
- Que le ayuden a soportar la carga
- Que le permitan descargarse (ansiedad y quejas)
- Que le quieran y traten bien

Una actitud comprensiva por parte del médico, capaz de procesar en conjunto con el paciente la desconfianza y las ansiedades allí emergentes, ayudará a que tales ficciones vayan dejando lugar a la realidad.

Temores del consultante.

Los temores que gravitan en la consulta médica son varios y dependerá en gran medida de la experiencia clínica del médico para que no interfieran en el vínculo. Como comenta Tizón (1988) el temor responde a una realidad pero esta no necesariamente debe ser somática sino que puede ser también y fundamentalmente psicológica.

Alguno de los temores son:

- Que le encontremos algo maligno
- Que le consideremos culpable de su problema
- Que le hagamos daño, le castigemos
- Que le abandonemos, que no le hagamos caso.

Esperanzas del médico.

Por otra parte, encontramos que los profesionales cada vez que son consultados presentan una serie de esperanzas y temores de lo que les deparará la relación con el paciente.

Alguno de ellos son:

- Ser útil
- Comprender
- Ser tolerante
- Que los valoren
- Que los consultantes los ayuden con sus propios conflictos

Temores del médico.

Hay temores que surgen espontáneamente de la consulta, siendo necesario su reconocimiento por parte del médico para no volcarlos hacia el paciente, entorpeciendo así el vínculo asistencial.

- Fallar o hacer daño
- Ser invasivo
- Ser poco útil
- No comprender al paciente
- Qué no los valoren o hagan sufrir
- Que nos abandonen

Llevar adelante la consulta médica integrando estos componentes, implica que el médico conciba la enfermedad clínica más allá del hecho concreto y biológico, entendiéndola como parte de un proceso global enmarcado en el eje salud-enfermedad. Por tanto, cada situación conflictiva, expresada en lo biológico, psicológico y/o social, se representará en el exterior con una infinidad de quejas, molestias o signos. Pero no por esto se deberán adjudicar según su naturaleza a una única dimensión, sino por el contrario, se deberá tener presente la interrelación de unas con las otras (Tizón, 1988).

En el caso de las E.C.V estas quejas y signos están potenciados ya que en el órgano corazón culturalmente se deposita un potente simbolismo. Las fantasías de enfermedad serán por tanto un elemento a tener presente, debiendo ser integradas y procesadas en la consulta, disminuyendo así las posibilidades de efectos negativos sobre la propia enfermedad.

Programas de rehabilitación cardiovascular

Como se pudo observar, los pacientes con afecciones cardiológicas expresan su sufrimiento en distintos ámbitos o dimensiones. Con la intención de prevenir futuros eventos cardíacos, estas manifestaciones deben ser identificadas mediante el vínculo asistencial, vínculo llevado a cabo por los profesionales a través de los programas de rehabilitación cardiovascular (R.C).

Esta rehabilitación es;

el conjunto de actividades necesarias para asegurar a las personas con enfermedades cardiovasculares una condición física, mental y social óptima que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como le sea posible en la sociedad (OMS, 2015, s/p)

Burdiat (2011) afirma que “La RC ha demostrado ser efectiva, siendo recomendación clase 1 en todas las guías de prevención secundaria”. (p.9). Recomienda que aquél paciente que haya atravesado un evento cardíaco, participe en un programa de RC mediante el cual disminuir la probabilidad de posibles recaídas.

Por su parte, Bueno (1996) indica que para llevar adelante la RC se utiliza el denominado modelo tradicional. El mismo consiste en el desarrollo de programas educativos y de consejo psicológico, mayormente guiados por la idea de que el apoyo emocional y la información acerca de la enfermedad, ayudarán a superar el impacto provocado por el infarto y por consiguiente, la recuperación global exitosa.

Plantea además que una vez que el paciente ha recibido la adecuada atención médica será imprescindible la intervención psicológica con dos objetivos específicos: en primer lugar se busca atender el impacto emocional provocado en el paciente a causa del evento cardíaco. En una segunda instancia, se busca la reincorporación a sus niveles de funcionamiento óptimo y además se apunta a la modificación de conductas riesgosas como los mencionados factores de riesgo.

La organización de los RC cuenta con distintos profesionales de la salud capaces de facilitar herramientas al paciente cardíaco en pos de su recuperación y readaptación al nuevo estilo de vida que deberá afrontar, lo que convierte al RC en una herramienta de gran potencial.

A pesar de esto, Uruguay es un país donde según Burdiat (2011) “la RC no es parte de las prestaciones exigidas por el Sistema Nacional Integrado de Salud.” (p. 12). Si los pacientes con E.C.V representan el 30% de las defunciones en nuestro país, y está demostrada la eficacia de los programas de RC, cabe cuestionarnos por qué no forman parte de las prestaciones del mencionado sistema.

A raíz de la investigación de Burdiat (2011) la cual busca conocer el estado de la RC en pacientes cardiovasculares en Uruguay, se desprenden más datos sorprendentes: el autor resalta que hay una baja derivación a los referidos programas. Solo un 4% de la población cardíaca accede a ellos.

Consideraciones finales

Las inquietudes suscitadas a partir de la observación y del contacto personal con pacientes que sufren afecciones cardíacas me llevaron a cuestionar cuáles eran los componentes psicológicos presentes en las E.C.V.

Para lograr este objetivo, comprender el vínculo entre las emociones y la salud fue sustancial y en este recorrido se trató la relación médico-paciente, último eslabón de la triada propuesta salud-enfermedad-atención.

Como se pudo observar, desde la psicología como disciplina científica disponemos de herramientas capaces de abordar dicha problemática. Corrientes como la psicología de la salud o la reciente psiconeuroinmunoendocrinología ofrecen formas de abordaje capaces de afrontar la complejidad que proponen este tipo de enfermedades, considerando la salud del sujeto como un proceso integral, biológico, psicológico y social.

La complejidad propuesta por los desafíos que encuentra el vínculo asistencial es un elemento central de la problemática planteada. El universo de lo cardíaco trae aparejada fantasías de enfermedad que despliegan en el paciente emociones las cuales influyen directamente en su proceso de salud-enfermedad.

En este sentido comenta Castillero (2007); “La comunicación de una intervención quirúrgica representa un alto nivel de estrés en el plano emocional, lo que se incrementa si se trata de cirugías del corazón o del cerebro, asociadas históricamente con la muerte.”(p.53)

Por este motivo, en dicho vínculo existe a la vez que una problemática una oportunidad. Será de vital importancia manejar la información allí circundante de forma tal que sea funcional tanto para paciente como para profesional. Mediante este camino apartamos las emociones que influyen negativamente al proceso de salud-enfermedad.

Por otra parte y partiendo del espíritu crítico con el que se llevó adelante el presente trabajo, reflexionar sobre aspectos surgidos a partir de la información recabada es ineludible.

Como se pudo relevar en la bibliografía consultada, existen emociones que influyen y alteran de forma significativa el curso de las E.C.V. Los nombrados componentes psicológicos, interactúan con los factores biológicos -como pueden ser las causas genéticas o las conductas de riesgo- acelerando o aumentando las probabilidades de sufrir una E.C.V.

En este sentido, las inquietudes despertadas a causa de mi lugar laboral -las cuales guiaron el presente trabajo- encuentran asidero en dichos componentes, comprendiendo que emociones como la ira, la depresión o la hostilidad son parte integrante de las E.C.V. tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de las mismas.

Así mismo, otorgar a dichas emociones un rol decisivo en el desarrollo de estas enfermedades parece no ser tarea sencilla. Como ejemplo de esto encontramos que el organismo de referencia para la salud (OMS, 2015) en su apartado sobre los factores de riesgo para contraer este tipo de enfermedades no integra ninguna de ellas, haciendo referencia sólo a cuestiones biológicas o comportamentales.

Por otra parte, sabemos que a nivel mundial la prevención cardiovascular es una herramienta de lucha activa para descender las tasas de mortalidad. En este sentido figuran las tablas de predicción de riesgo cardiovascular del mismo organismo (OMS, 2008). Éstas, indican el riesgo de padecer un episodio cardiovascular, en un período de diez años, a partir de los siguientes datos; edad, el sexo, la presión arterial, el consumo de tabaco, el colesterol total en sangre y la presencia o ausencia de diabetes mellitus. (OMS 2008, p.7)

Según la OMS;

Las tablas presentan estimaciones aproximadas del riesgo de enfermedad cardiovascular en personas sin cardiopatía coronaria, ataque apoplético u otra enfermedad aterosclerótica establecidas. Son una valiosa ayuda para identificar a las personas de alto riesgo cardiovascular y motivar a los pacientes, especialmente para que modifiquen su modo de vida y, si es necesario, sigan el tratamiento oportuno con medicamentos antihipertensivos, hipolipemiantes y aspirina. (OMS, 2008, p 7)

Como se puede observar, aquí tampoco están presentes dichas emociones, lo cual dispara la hipótesis de la posible existencia de obstáculos en torno a las E.C.V que entorpecen un abordaje integral de las mismas, dejando entrever que, a pesar de las evidencias científicas acerca de la influencia que tienen éstas emociones en las E.C.V no es un argumento suficiente como para ser identificadas bajo el rótulo de factores de riesgo.

Esto que podríamos denominarlo como una “resistencia” a integrar el plano emocional dentro del proceso de enfermar, concuerda con la crítica que se sustenta en el presente trabajo. Aún al día de hoy, a pesar de los avances realizados en el área de salud, el denominado (y ya mencionado) modelo biologicista continúa pujando fuerte en ciertos sectores, en este caso tomando a las E.C.V de forma aislada del sufrimiento emocional del sujeto y más aún, descontextualizándolas de su marco histórico y social.

Lamentablemente Uruguay no escapa a esta “resistencia”. Si bien cómo ya mencione, la prevención parece indicar el camino a seguir en cuanto la lucha para descender las tasas de mortalidad de las E.C.V, nuestro país parece tener una materia pendiente.

Si los programas de rehabilitación cardiovascular son hasta el momento una de las mayores herramientas para afrontar estas elevadas tasas de mortalidad ¿por qué aún no forman parte del Sistema nacional integrado de salud como prestación obligatoria?

En este mismo sentido figuran los datos obtenidos a partir de la investigación realizada por Burdiat (2011), la cual indica que solo un 4% de la población cardíaca accede a dichos programas proponiendo que la principal barrera para su desarrollo es la falta de derivación de los propios médicos.

Si partimos de estos datos podemos pensar a esta baja derivación como una nueva resistencia mediante la cual se continúa priorizando la enfermedad desde una perspectiva biologicista. Si luego de la intervención quirúrgica el profesional a cargo entiende que ha terminado su tarea, está nuevamente descontextualizando al sujeto y su enfermedad, limitando así las distintas posibilidades de tratamiento.

Así mismo, podemos tomar esto como una oportunidad y aportar a la creación de nuevos centros multidisciplinarios capaces de abordar las E.C.V mediante herramientas que contemplen la complejidad de las mismas, integrando sus distintas dimensiones.

En este sentido la misma investigación plantea como conclusión final la “imperiosa necesidad” de organizar y reforzar la acción de los centros para la prevención secundaria cardíaca.

Parece que aún resta mucho por recorrer pero como sucede en todo camino, las posibilidades que se abren hacia lo nuevo son abundantes y debemos afrontar los desafíos y obstáculos que se nos presenten.

Referencias Bibliográficas

- Alegria, E. (2006) Depresión y cardiopatías. En Pla, J. y Salvador, J. *Aspectos psicológicos en las enfermedades cardiovasculares*. (Monografía) (pp.45-56) Sociedad Española de Cardiología. Recuperado de <http://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/2006-sec-monografia-aspectos-psicologicos.pdf>
- Barrilero, J. A., Casero, J. A., Cebrián, F., Córdoba C. A., García, F., Gregorio, E....y Tébar, F (1998). Ansiedad y cirugía, repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada. *Revista de Enfermería*, 8. Recuperado de https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero_%208/ansicirug.htm
- Barrios, S., Cwaigenbaum, D., Oyenard, R. (2006). Psicoprofilaxis Quirúrgica Psicoanalítica, una experiencia en un Servicio de Oncología Pediátrica. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*. 7(2). 51-6 _Recuperado de <http://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompletos/audepp/025583272006070204.pdf>
- Brutta, S. (2008) Psicoprofilaxis quirúrgica en oncología pediátrica: Una mirada psicoanalítica. Recuperado de <http://www.colpsibhi.org.ar/c/psicoprofilaxis-quir%C3%Bargica-en-oncolog%C3%AD-pedi%C3%A1trica-una-mirada-psicoanal%C3%ADtica>
- Burdiat, G., Perez-Terzic, C, Lopez-Jimenez, F., Cortes-Bergoderi, M. y Santibañez, C. (2011). Situación actual de la rehabilitación cardíaca en Uruguay. *Revista Uruguaya de Cardiología*.26, 8-15. Recuperado de http://suc.org.uy/revista/v26n1/pdf/rcv26n1_4.pdf
- Bueno, A. (1996). Rehabilitación post-infarto de miocardio: Propuesta de un modelo de intervención psicológica. *Revista Análise Psicológica*, 2-3 (14). 203-213
Recuperado de http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3838/1/AP_1996_23_203.pdf
- Bonet, J., y Suarez-Bagnasco, M. (2011). Diagnóstico clínico de los ataques de ira y la hostilidad en pacientes con enfermedad coronaria. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(3), 231-237. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281922826005.pdf>
- Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. México. UniSon.

- Castellano, J. y Nasarre, E. (2006). La personalidad como factor de riesgo. En Pla, J. y Salvador, J. *Aspectos psicológicos en las enfermedades cardiovasculares*. (Monografía) (pp.15-22) Sociedad Española de Cardiología. Recuperado de <http://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/2006-sec-monografia-aspectos-psicologicos.pdf>
- Castilleros, Y. (2007). Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Avances en psicología latinoamericana*, 25 (1), 52-63. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v25n1/v25n1a6.pdf>
- Chiozza, L. (1977). *Cuerpo, afecto y lenguaje : psicoanálisis y enfermedad somática*. Buenos Aires: Paidós
- Curto, S., Prats, O., Zelarayan, M. (2011). Mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Uruguay, *Revista Uruguaya de Cardiología* 26. 189-96 Recuperado de <http://www.suc.org.uy/revista/v26n3/pdf/rcv26n3-curto-mortalidad.pdf>
- Dapueto, J., Varela, B. (s/f). Modelos y praxis psicológicos en la medicina: *La psicología médica*. Recuperado de <http://www.psicologiamedica.org.uy/pdfs/modelos-ypraxis.pdf>
- Dubourdieu, M. (2008). *Psicoterapia integrativa PINE*. Montevideo: Psicolibros Waslala.
- Fernández, J. (1993). Psicología básica y salud. *Revista anales de psicología*, 9 (2), 121-131. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v09/v09_2/01-09_2.pdf
- Korovsky, E. (1993). *Psicosomática psicoanalítica*. Montevideo: Roca Viva.
- Martínez, F., Fernández, J. (1994). Emoción y salud. *Revista anales de psicología*, 10 (2). 101-109. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/01-10_2.pdf
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa Hernández, E. y Gálvez Herrer, M. (2005). Personalidad positiva y salud. *Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica*. pp.59-76. Recuperado de: <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Psicologia/%20Positiva/PERSONALIDAD-POSITIVA-Y-SALUD.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2008). *Prevención de las enfermedades cardiovasculares*.

Recuperado de http://www.who.int/publications/list/PocketGL_spanish.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2015). *Enfermedades cardiovasculares*. Recuperado de

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>

Organización Mundial de la Salud (2016a). *Determinantes sociales*. Recuperado de

recuperado de http://www.who.int/social_determinants/es/

Organización Mundial de la Salud (2016b). *Factores de riesgo*.

Recuperado de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

Pita,S., Vila, MT. Y Carpenente, J., (2002). Determinación de factores de riesgo. Atención Primaria en la red. 4, 75-78. Recuperado de;

https://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo2.pdf

Perk, J. et al. (2012). Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Revista española de cardiología*, 65 (10). 937.e1-e66. Recuperado de;

<https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/casos-clinicos/v-escuelaverano/iccv5.pdf>

Plá, J. y Salvador, J. (2006). *Aspectos psicológicos en las enfermedades cardiovasculares*.

(Monografía) Sociedad Española de Cardiología. Recuperado de

<http://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/2006-sec-monografia-aspectos-psicologicos>

Queraltó, J. (1994). Emoción y cirugía. *Revista anales de psicología*, 10 (2). 167-175.

Recuperado de http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/07-10_2.pdf

Salvador, J. y Toro, M. (2006). Factores neuroendocrinos y psicopatológicos en las enfermedades cardiovasculares. En Pla, J. y Salvador, J. *Aspectos psicológicos en las enfermedades cardiovasculares*. (Monografía) (pp.) Sociedad Española de Cardiología. Recuperado de

<http://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/2006-sec-monografia-aspectos-psicologicos.pdf>

Sivori, J.E.(2010). Tendencias de la psicología de la salud. Descripción de las principales

tendencias (segunda parte). Área Salud Curso Aspectos psicológicos de la Atención Sanitaria. Recuperado de

http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/apas_ficha2EJE-I-PSICOLOGIA-DE-LA-SALUD_2da-Parte-2010.pdf

Tizón, J (1988). *Componentes psicológicos de la práctica médica*. Barcelona: Doyma.

Videla, M. (1993). *Parir y nacer en el hospital*. Buenos Aires: Nueva Visión.