



COMENTARIO EDITORIAL

Valoración integral de la psicopatología y otros aspectos psicosociales en pacientes cardiopatas

Comprehensive assessment of psychopathology and other psychosocial issues in patients with heart disease

Recibido el 13 de agosto de 2009; aceptado el 17 de agosto de 2009.

El ámbito científico médico-clínico, y muy específicamente el de la conducta humana, posee características de incertidumbre y complejidad elevadas que devienen en un severo problema de interpretación para cualquiera de sus dominios: diagnóstico, intervención, rehabilitación y pronóstico. Por eso la aparición de trabajos especializados como el que ocupa hoy nuestra atención¹ aporta información esclarecedora sobre las particularidades psiquiátricas de las personas con cardiopatías, que deberá derivar en mayor atención e investigación especializada en esta importante área clínica.

Tal complejidad e incertidumbre es evidente al cardiólogo en su práctica clínica cotidiana, ya sea de manera anecdótica o científica, al observar y registrar una estrecha relación entre las cardiopatías y los trastornos psicológicos y psiquiátricos de sus pacientes, que se manifiestan cuando les aplica procedimientos como los de cuidados intensivos y pruebas de laboratorio que desencadenan estrés mental y causan isquemias en enfermos con angina, y, con el paso del tiempo, afecciones cardíacas fatales y no fatales. Aun cuando el clínico controla cuidadosamente las variables cardiológicas de mayor riesgo para la sobrevivencia, la presencia de cuadros depresivos menores puede llegar a combinarse con desencadenantes depresivos de mayor grado, hasta un punto donde los tratamientos psiquiátricos ya no son efectivos. Además, variables como la percepción subjetiva de bienestar al mínimo o el malestar emocional al máximo, el aislamiento social y la baja expresión de afecto hacen estragos sobre la salud del enfermo con cardiopatía, lo cual empeora el pronóstico.²

Es común que el clínico psiquiatra y el psicólogo detecten síntomas de ansiedad y trastornos somáticos en pacientes con molestias cardíacas o del pecho, que también pueden presentarse en personas con enfermedad cardíaca

orgánica; ocurre que tales síntomas en los primeros pueden derivar en cronicidad en detrimento de su calidad de vida y costos de atención. El cardiólogo debe estar consciente de que la simple explicación de un resultado negativo, la prescripción de antidepresivos y el entrenamiento aeróbico para dichos pacientes son insuficientes, ya que habría que acompañarlos con terapia cognitivo-conductual, más una entrevista psiquiátrica profunda acompañada de un modelo explicativo creíble de sus molestias.^{3,4} Por ejemplo, se sabe que ciertos aspectos fisiopatológicos y psicosociales, como el empeoramiento del pronóstico, el mayor riesgo de muerte, la rehospitalización y la declinación funcional de pacientes cardiopatas se relacionan con síntomas y cuadros depresivos graves que apuntan claramente hacia la necesidad de poner mayor énfasis y aplicar cuidados clínicos especializados y generales durante el tamizaje y diagnóstico iniciales, y a realizar mayor trabajo en equipo con psiquiatras y otros especialistas de la salud mental en otros aspectos, como la relación con el paciente, lazos familiares y sociales, a la vez que se prescriben inhibidores de recaptación de serotonina⁵ u otros antidepresivos.

Un aspecto de profundo interés para el clínico es que la persona con afección cardíaca siga el tratamiento, ya que son pocos los individuos que cumplen, ya sea por la edad, el género, la raza y el estilo de vida. Por otro lado, desde las primeras etapas de atención no deben soslayarse algunos aspectos del paciente, como son su motivación por aumentar el bienestar, detectar y disminuir el olvido, valorar sus apoyos sociales, mejorar sus expectativas respecto a su salud y su ambiente, identificar las barreras para seguir el tratamiento en el hogar o en el hospital, mejorar el entendimiento claro de su situación y la relación paciente-proveedor de servicios.^{6,7}

Otro factor que afecta en forma negativa el pronóstico de pacientes que sufren afecciones cardiacas es el que se relaciona con la evidencia experimental inconsistente respecto a las creencias y sesgo por género de los profesionistas que atienden a este segmento poblacional. Contra lo esperado, la población femenina acusa menores niveles de bienestar,⁸ y existen diferencias desfavorables para las mujeres en la presencia de síntomas, el tratamiento, las consecuencias y aspectos psicosociales como el creer que la depresión afecta más a los varones y que es motivo para padecer enfermedades arterio-coronarias, y el foco de atención se centra en los factores tradicionales de riesgo, como diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y obesidad.⁹

Si bien se sabe que la hostilidad y el enojo tienen un efecto adverso en la población sana y que es de mal pronóstico en enfermos del corazón, se debe resaltar que dichas emociones afectan más a los varones que a las mujeres.¹⁰ Es posible que los valores culturales influyan poderosamente en este resultado.

Es preocupante que los pacientes con fallas cardiacas sean hospitalizados con más frecuencia debido a que abandonaron el tratamiento o hubo retraso en la búsqueda de ayuda como consecuencia de alteraciones cognitivas (olvido y dificultad para recordar debido tal vez a una fracción baja de expulsión cardiaca) que no se detectan preventivamente porque no existen instrumentos simples *ad hoc*, o porque se cree que dichas alteraciones son un efecto "normal" del envejecimiento y no se les pone atención.¹¹ En algunos casos se debe reconocer la necesidad de aplicar entrevistas psiquiátricas minuciosas para evitar que los instrumentos diagnósticos den un mal diagnóstico.¹²

La depresión en personas de la tercera edad es más evidente en cuadros de enfermedad cardiaca, que es concomitante con el envejecimiento poblacional que se espera a menos de 10 años. La depresión afectará en forma progresiva a mayores segmentos de la población, por lo que se requieren con urgencia mayores esfuerzos para diagnosticarla de modo oportuno y tratarla de manera eficaz, así como determinar a tiempo el costo-efectividad de una mayor intervención en salud pública.¹³

Son tres las contribuciones más destacadas del trabajo de Ríos y colaboradoras:¹ En primer lugar, la que se relaciona con el esfuerzo por investigar diferencias psicopatológicas y por género entre pacientes con infarto agudo al miocardio, con cardiopatía congénita y con trasplante cardiaco, porque así se facilita una aproximación diagnóstica y terapéutica que debe reflejarse en un mejor pronóstico cuyo resultado seguramente aumentará el interés clínico y experimental, todo en beneficio de esta población.

En segundo lugar está la evaluación de aspectos psicopatológicos en enfermos del corazón dentro de la población mexicana cuyo contexto cultural específico debe resaltarse y diferenciarse en próximas investigaciones, en relación y comparación con otras poblaciones similares que están en estudio actualmente en el resto del mundo. Y por último, la utilización de un instrumento complejo, amplio y de reconocida reputación como el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) da fortaleza y confiabilidad a los resultados presentados. No obstante, es de utilidad impulsar también la exploración, diseño y validación de instrumentos más simples y prácticos para el médico general y el

especialista cardiólogo que permitan al clínico el tamizaje y detección oportuna de síntomas graves que representan un riesgo para los enfermos del corazón mediante variables no sólo de tipo psicodinámico en la personalidad, sino además las de tipo cognitivo-conductual, cultural y psicosocial delineadas en este comentario.

En conclusión, la aportación científica de las autoras para identificar diferencias en la personalidad de pacientes cardiopatas mexicanos brinda información que puede estimular el interés clínico por la evaluación cuidadosa de aspectos psiquiátricos y psicológicos en esta población, desde los niveles de atención primaria, y que debe complementarse con colaboraciones multidisciplinarias con otros profesionales de la salud en aras de una atención integral para estos pacientes.

Bibliografía

1. Ríos BP, Huitrón G, Rangel G. Psicopatología y personalidad en pacientes cardiopatas. *Arch Cardiol Mex* 2009;79(4):259-262
2. Sandoval L. Aspectos psiquiátricos de la enfermedad coronaria y del infarto al miocardio. *Salud Mental* 1997;20(4):8-15.
3. Thomas SA, Chapa DW, Friedmann E, Durden C, Ross A, Lee MC, et al. Depression in patients with heart failure: prevalence, pathophysiological mechanisms, and treatment. *Crit Care Nurse* 2008;28(2):40-55.
4. Kollner V, Berg G, Kindermann I. [Anxiety disorders and functional somatic syndromes in cardiology]. *Dtsch Med Wochenschr* 2007;132(47):2513-2524.
5. Cardoso G, Trancas B, Luengo A, Reis D. Heart failure and depression: an association with clinical importance. *Rev Port Cardiol* 2008;27(1):91-109.
6. Jolly K, Taylor R, Lip GY, Greenfield S, Raftery J, Mant J, et al. The Birmingham Rehabilitation Uptake Maximisation Study (BRUM). Home-based compared with hospital-based cardiac rehabilitation in a multi-ethnic population: cost-effectiveness and patient adherence. *Health Technol Assess* 2007;11(35):1-118.
7. Wu JR, Moser DK, Lennie TA, Burkhart PV. Medication adherence in patients who have heart failure: a review of the literature. *Nurs Clin North Am* 2008;43(1):133-153.
8. Hildingh C, Fridlund B, Lidell E. Women's experiences of recovery after myocardial infarction: a meta-synthesis. *Heart Lung* 2007;36(6):410-417.
9. Moller-Leimkuhler AM. Women with coronary artery disease and depression: a neglected risk group. *World J Biol Psychiatry* 2008;9(2):92-101.
10. Chida Y, Steptoe A. The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. *J Am Coll Cardiol* 2009;17;53(11):936-946.
11. Athilingam P, King KB. Heart and brain matters in heart failure: a literature review. *J N Y State Nurses Assoc* 2007;38(2):13-19.
12. Delville CL, McDougall G. A systematic review of depression in adults with heart failure: instruments and incidence. *Issues Ment Health Nurs* 2008;29(9):1002-1017.
13. Chapman DP, Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chronic Dis* 2008;5(1):A22.

Lic. Psic. Abel Lerma Talamantes

Departamento de Electrocardiografía
y Electrofisiología.

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Juan Badiano No. 1. Col Sección XVI.

Del. Tlalpan, México, D.F., C. P. 14080.

Teléfono: +52 (55) 5573 2911 Extensión: 1218.

Correo electrónico: aleta_44@yahoo.ca