



Archivos de Cardiología de México

www.elsevier.com.mx



CARDIOLOGÍA CLÍNICA

Psicopatología y personalidad de pacientes cardiopatas

Blanca P Ríos-Martínez,¹ Gloria Huitrón-Cervantes,² Gabriela A Rangel-Rodríguez.³

¹Psicóloga Clínica y Psicoterapeuta del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez de 1989 al 2007.

²Psicóloga y Terapeuta Familiar del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez de 1968 al 2005.

³Psicóloga.

Recibido el 20 de enero de 2009; aceptado el 6 de julio de 2009

PALABRAS CLAVE

Cardiopatías;
Personalidad; Ansiedad;
Depresión; Psicopatología;
Trasplante cardiaco.

Resumen

Objetivo. Conocer aspectos psicológicos que se relacionan con los padecimientos cardiacos y si existe, un perfil de personalidad característico de cada trastorno. **Método.** Se evaluó a 137 pacientes con cardiopatías congénitas, infarto agudo del miocardio (IAM) o en espera de un trasplante cardiaco, que acudieron al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Se aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) el cual da información sobre rasgos de personalidad y trastornos psicológicos del paciente. **Resultados.** Se encontraron diferencias significativas ($p < 0.05$) entre algunos padecimientos cardiacos y las escalas del inventario aplicado, así como la existencia de diferencias de género (masculino y femenino). **Conclusiones.** Las enfermedades relacionadas con el corazón no sólo conllevan algo físico, también originan consecuencias psicológicas importantes que dependen del tipo de cardiopatía. Los que padecen cardiopatía congénita están en mejores condiciones emocionales que los que sufren de las demás cardiopatías estudiadas. Por su parte, los que han sufrido IAM muestran mayores niveles depresivos (y es mayor en hombres que en mujeres), mientras que, en este estudio, los más preocupados por su salud fueron los pacientes en espera de trasplante cardiaco. Por esta razón se resalta la importancia de conocer estos aspectos psicológicos con el fin de poder llevar a cabo una atención psicoterapéutica adecuada para que el paciente logre aceptar y adaptarse mejor a su padecimiento cardiaco.

KEY WORDS

Heart disease;
Personality;
Anxiety; Depression;
Psychopathology;
Heart transplant.

Psychopathology and personality of patients with heart disease

Abstract

Purpose. To know the psychological aspects involved in cardiac ailments and whether there was a distinctive personality profile of each disorder. **Methods.** We evaluated 137 patients with congenital heart, acute myocardial infarction (AMI) or awaiting a heart transplant who came to the National Institute of Cardiology Ignacio Chavez. We used multiphase Personality Inventory, which provides information on personality traits and psychopathology. **Results.** There were significant differences between some cardiac sufferings and the scales that the inventory measures, as well as the existence of differences between sexes. **Conclusions.** The diseases associated with the heart involve not only some physical and psychological consequences, but also significant psychological consequences depending on the type of heart disease. Those with a

Correspondencia: Blanca Patricia Ríos Martínez. Camino Santa Teresa 1055-consultorio 306. Col. Héroes de Padierna. C.P. 10700. Delegación Magdalena Contreras. México, D.F. Teléfono: 5652 4500. Correo electrónico: blanca_rios@hotmail.com

congenital heart had better conditions than other emotional heart diseases studied. For their part, those who have suffered IAM are showing higher depressive levels (being higher in males), while those more concerned about their health in this study were patients awaiting heart transplantation. That is why it is important to take into account the psychological aspects in the cardiac conditions to achieve a better multidisciplinary management.

Introducción

Las enfermedades cardíacas no sólo son padecimientos fisiológicos; también afectan las relaciones sociales, las cuestiones psicológicas y la calidad de vida, algo que apenas gradualmente ha comenzado a tomarse en cuenta. Está demostrado que, en general, el origen de la enfermedad consta de varios factores¹⁻³ (biológicos, químicos, psicológicos, sociales, físicos, genéticos, nutricionales). Por eso el paciente con algún problema cardíaco tiene que recibir tratamientos que incluyen necesariamente la modificación del estilo de vida y disminución de los factores de riesgo relacionados con el padecimiento, con lo que se tiene una visión biopsicosocial de estos trastornos.⁴

Existen diferentes tipos de cardiopatías, algunas de éstas son infarto agudo del miocardio (IAM), cardiopatías congénitas (CC) y trasplantes cardíacos (TC). Se ha observado que estos padecimientos tienen factores de riesgo comunes (como la ansiedad y depresión),⁴⁻⁸ y específicos. Asimismo, cada enfermedad tiene su propia evolución, así como consecuencias diferentes que deben ser tratadas.⁹ Sobre el IAM, Frasure-Smith y colaboradores (1995) llevaron a cabo una investigación con la que demostraron que la depresión después de un IAM aumenta las probabilidades de muerte.^{2,10}

En las CC existe un impacto emocional y un desarrollo psicosocial distinto. Recuérdese que al nacer con un padecimiento cardíaco se requiere atención médica especializada de por vida; asimismo, estos pacientes reconocen que las posibilidades de alcanzar la vida adulta son pocas.¹¹ Para estas personas, llegar a ser adulto significa vivir constantemente con la amenaza de deterioro, incertidumbre de tener una vida plena con la enfermedad,⁷ entre otras situaciones, o que causa síntomas relacionados con depresión (depresión actual), distimia (depresión de larga evolución) y ansiedad.⁸ Según otros estudios, estos pacientes pueden llegar a ser funcionales, con una buena calidad de vida y ajustarse a vivir con la enfermedad y sus limitaciones, siempre y cuando puedan aceptar sus enojos, frustraciones y miedos sobre sus problemas de salud.¹²

Ahora bien, no hay que olvidar los procedimientos quirúrgicos a los que se someten algunos pacientes.¹¹ También debe plantearse ¿qué ocurre cuando la intervención quirúrgica significa un trasplante cardíaco? Pérez y colaboradores (2005) demostraron la existencia de trastornos psicológicos después de recibir el órgano, como depresión (cuando las expectativas del trasplante son muy optimistas), ansiedad, trastorno por estrés postraumático (en el 17% de las personas con trasplante de corazón) y, en menor frecuencia, los trastornos somatomorfos (preocupaciones anómalas por el cuerpo y síntomas físicos funcionales).⁸

Existen diversas maneras de rehabilitar el daño cardíaco; entre estos están disminuir al máximo posible las consecuencias desfavorables fisiológicas, psicológicas y sociales de esta enfermedad.¹³ Hay que tomar en cuenta que al expresar a un paciente que es portador de cualquier afección cardíaca es invadir su seguridad, fortaleza, ambiente, conducta, emoción, lo cual muchas veces suele ser más dañino que la enfermedad como tal.⁹ Por lo tanto, si al panorama del padecimiento cardíaco se añade toda una serie de descompensaciones psicológicas, como estrés psicosocial,¹⁴ hostilidad, rabia, cinismo, depresión, aislamiento social, presión laboral, agotamiento vital, etc.,^{2,4,15} es muy seguro que habrá un aumento de descompensaciones fisiológicas y, por consiguiente, un cuadro clínico desfavorable. Por esta razón se decidió realizar esta investigación con el fin de conocer si hay aspectos psicológicos (de personalidad y psicopatología) que se relacionen con los padecimientos cardíacos y saber si existe un perfil característico de cada padecimiento para tener entonces un panorama más amplio de lo que podría ser el tratamiento psicoterapéutico más eficaz para cada paciente con afección cardíaca.

Material y métodos

Participantes

La muestra se formó con 137 pacientes que acudieron al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICh) con los siguientes diagnósticos: CC ($n = 66$, intervalo de edad de 17 a 74 años, de los cuales 27 son quirúrgicos y 38 no quirúrgicos), IAM ($n = 50$, intervalo de edad de 31 a 75 años) y pacientes en espera de TC ($n = 21$, intervalo de edad de 17 a 62 años).

Instrumentos utilizados

Se aplicó entre los participantes el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI) Versión 1,¹⁶ que es una prueba con un alto grado de validez y confiabilidad estadística. Consta de 566 enunciados de autorreferencia con opción de respuesta de falso o cierto.

Dicha prueba consta de 13 escalas (10 clínicas y tres de validez) que dan información sobre los rasgos de personalidad y trastornos psicopatológicos del paciente (perfil psicológico/psiquiátrico).¹⁶ Las escalas clínicas que se valoran son 1. Hipocondriasis (Hs, preocupación del cuerpo y temores concomitantes a la enfermedad); 2. Depresión (D); 3. Histeria (Hi, quejas corporales generales, sistemáticas o específicas); 4. Desviación psicopática (Pd, presencia de conducta antisocial, rebelión hacia figuras de autoridad, antecedentes de dificultades escolares o laborales, o ambos, dificultad para hacerse cargo de sus problemas, -tienden a culpar al otro);¹⁷ 5. Identidad sexual (Mf); 6.

Paranoia (Pa, desconfianza, suspicacia); 7. Psicastenia (Pt, Neurosis obsesiva-compulsiva), 8. Esquizofrenia (Es, aislamiento social), 9. Manía (Ma) y 10. extroversión/introversión (Is). Las escalas de validez son L (Mentira, mide el grado de intento por falsificar los puntajes), F (Validez, evalúa la validez total del protocolo) y la K (Corrección, es un factor de corrección para poder discriminar las escalas clínicas medidas). Estas escalas permiten controlar las respuestas, previniendo la existencia de distorsiones en las mismas.^{17,18}

El inventario da un puntaje (en esta investigación se tomó en cuenta sólo la estandarizada, puntuación T) sobre cada escala clínica medida, y mientras mayor sea éste, mayor es el desorden de personalidad y psicopatología; y se considera que hay trastorno psicopatológico/psiquiátrico cuando el puntaje es mayor a 70 puntos. La normalidad se toma con una puntuación T de 50 ± 20 puntos, aunque también depende de la combinación de las escalas.

Es importante aclarar que se usó el MMPI versión I, ya que esta información se recopiló a lo largo de varios años (desde 2000 a 2006).

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo del MMPI sobre los tipos de cardiopatías (CC, TC e IAM). Para comparar los grupos estudiados se aplicó un análisis de varianza (ANOVA), seguido de la prueba de Tukey para conocer las diferencias entre ellos sobre cada escala. El nivel de significancia considerado en los análisis fue de 0.05.

Dado que una de las escalas del MMPI mide masculinidad y feminidad se consideró hacer una comparación por géneros (H y F) de cada trastorno con el fin de tener una mejor visión de los resultados obtenidos. Para ello se efectuó un análisis descriptivo y una prueba *t* de Student para grupos independientes.

Resultados

Se presentan los datos demográficos de la muestra total y por categorías cardiacas (Tabla 1). Hay una mayor proporción de pacientes masculinos, con excepción de las CC, en donde hay mayor número de mujeres. Sobre el nivel de escolaridad, se encontró que la mayoría cuenta con secundaria o preparatoria terminada (30.6% y 27.3%, respectivamente). El estado civil de los pacientes se concentra en casados (53.1%) y solteros (39.1%).

Al realizar el análisis descriptivo de los resultados del MMPI (Tabla 2, Figura 1), se pudo observar que los tres tipos de pacientes tienen similitudes y diferencias. En lo que respecta a las similitudes, se determinó que estos pacientes son temperamentales, inquietos, malhumorados, hipersensibles, rígidos y con tendencia a somatizar en periodos prolongados de tensión. En cuanto al área interpersonal, estos pacientes tienden a relacionarse poco (relaciones sociales superficiales), buscan el reconocimiento de los otros y sienten presión ante nuevas experiencias sociales. También se muestran reservados, son difíciles de conocer, tímidos, solitarios, desconfiados y tienen sentimientos de impotencia hacia ciertas actividades cotidianas. Manifiestan resentimiento por los males reales o imaginarios que sienten tener, por lo cual pueden ser hostiles. Al tratar las discrepancias entre ellos, se observa que, a diferencia de los que tienen CC, los pacientes

Tabla 1. Datos demográficos sobre las cardiopatías.

		Cardiopatías		
		IAM	CC	TC
Género	H	44	25	15
	M	6	41	6
Escolaridad	Primaria no concluida	3	1	1
	Primaria	9	13	3
	Secundaria	7	24	6
	Preparatoria	5	22	6
	Licenciatura	11	5	4
	Maestría	0	1	0
Edo. Civil	Casado	36	21	11
	Soltero	3	39	8
	Viudo	2	2	0
	Unión libre	0	2	1
	Divorciado	0	2	1

con IAM y TC se preocupan más por su salud (es mayor en los de TC), padecen depresión clínicamente significativa (acentuada más en IAM); hay mayores niveles de ansiedad, indecisión, tensión y se preocupan más por problemas "insignificantes". Por su parte, los de CC no presentan niveles de ansiedad, tienen depresiones leves y, a pesar de que tienen tendencia a preocuparse y ser pesimistas (en menor grado), muestran un buen nivel de energía y entusiasmo a diferencia de los anteriores.

Al realizar el análisis de varianza y utilizar posteriormente la *t* de Tukey, se determinó que existen diferencias significativas ($p < 0.05$) entre los padecimientos cardiacos (Tabla 2). Los de TC se diferencian estadísticamente de los CC en las escalas de hipocondriasis (Hs, $p = 0.006$) e Histeria (HI, valor $p = 0.048$) y de los IAM en la escala de manía (Ma, $p = 0.021$), y tienen un puntaje mucho más alto en estas escalas los de TC. Por otro lado, en la escala de depresión se encontró significancia (D, $p = 0.000$) entre los que padecen IAM y CC; el primero con mayor nivel de depresión.

Análisis comparativo de las escalas del MMPI según el género

Ahora bien, gracias a que se realizó un análisis comparativo por géneros (Tabla 3), se pudo observar que hay algunas diferencias entre los perfiles de personalidad antes descritos y el tipo de padecimiento cardíaco entre hombres y mujeres.

Entre los pacientes con IAM, se puede observar que los hombres (H) se muestran más preocupados por su salud, tienen mayor depresión y enojo por su enfermedad y tienden a ser más pasivos en relación con su rol masculino, por lo que pueden llegar a ser más dependientes que las mujeres. Con la prueba *t* de Student se comprobó una diferencia significativa ($p = 0.048$) en la escala de validez L, con mayor puntaje entre las mujeres; es decir, ellas manifiestan más la necesidad de impresionar favorablemente y de ofrecer respuestas socialmente aceptadas.

Tabla 2. Análisis descriptivo del MMPI y los tipos de cardiopatías.

Escalas MMPI	Infarto agudo al Miocardio (IAM) (n = 50)	Cardiopatía Congénita (CC) (n = 66)	Trasplante Cardíaco (TC) (n = 21)
Mentira (L)	58.4 ± 8.4	56.5 ± 8.0	57.9 ± 11.4
Validez (F)	63.1 ± 14.0	64.1 ± 13.1	64.2 ± 10.4
Corrección (K)	51.8 ± 8.3	49.7 ± 6.8	50.8 ± 7.0
Hipocondría (Hs)	66.9 ± 11.0	63.6 ± 12.4*	73.2 ± 15.3
Depresión (D)	78.0 ± 11.4 [§]	68.1 ± 14.4	73.5 ± 13.1
Histeria (Hi)	65.0 ± 9.3	62.9 ± 11.4*	68.3 ± 12.1
Desviación psicopática (Pd)	62.6 ± 11.6	61.4 ± 11.8	63.5 ± 12.0
Identidad sexual (femenino-masculino) (Mf)	61.4 ± 8.7	59.1 ± 8.7	57.4 ± 11.3
Paranoia (Pa)	60.2 ± 11.4	59.9 ± 10.8	57.5 ± 11.5
Psicastenia (Pt)	61.7 ± 14.3	58.1 ± 12.4	59.9 ± 11.0
Esquizofrenia (Es)	66.6 ± 17.8	65.7 ± 15.5	65.8 ± 11.4
Manía (Ma)	55.7 ± 10.9 ^Δ	58.9 ± 10.0	62.3 ± 10.1
Extroversión/Introversión (Is)	59.9 ± 7.5	59.1 ± 7.2	59.0 ± 6.7

* Diferencia significativa ($p \leq 0.05$) entre los grupos TC y CC.

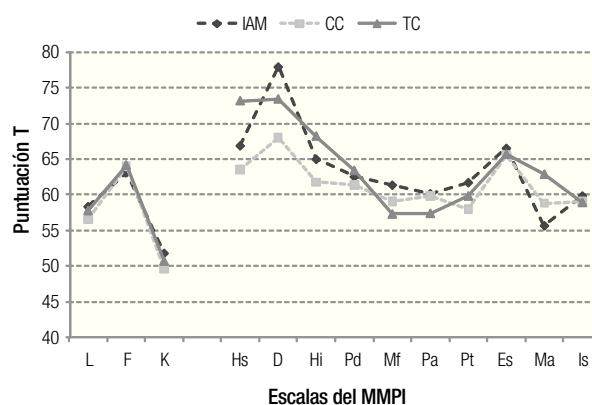
[§] Diferencia significativa ($p \leq 0.05$) entre los grupos IAM y CC.

^Δ Diferencia significativa ($p \leq 0.05$) entre los grupos TC y IAM.

De acuerdo con los resultados, al parecer los pacientes con CC tienen mayores similitudes entre hombres y mujeres. Dentro de las diferencias encontradas está que las mujeres se sienten más insatisfechas, malhumoradas y cuentan con menores defensas para enfrentar su situación en comparación con los hombres. Los varones se preocupan más por su salud, hay mayor depresión, enojo, desconfianza y ansiedad a diferencia de las mujeres. Asimismo, los hombres se muestran más defensivos que las mujeres (escala K, $p = 0.031$). Se obtuvo un nivel significativo ($p = 0.026$) en la escala de extroversión-introversión, lo que señala que los hombres tienen menores puntajes, es decir, son menos aislados y más extrovertidos.

En cuanto a los pacientes con TC, en general muestran mayor interés por su integridad física, son sensibles, con seguridad sobre su rol (Mf: $p = 0.043$), es decir, cumplen con el rol establecido por la sociedad y tienen pocas relaciones sociales, aun cuando en ambos -hombres y mujeres- se demostró que ofrecen respuestas socialmente aceptadas (necesidad de impresionar favorablemente). En lo que respecta a la escala de Pd se mostraron niveles significativos ($p = 0.020$), y se determinó que las mujeres tienden a aceptar las normas sociales, mientras que los hombres tienen dificultad para seguirlas. Asimismo, las mujeres se distinguen por somatizar y sufrir depresión leve a diferencia de los hombres que presentan una depresión mayor. Los varones muestran mayor interés sobre su integridad física, sin embargo, manifiestan una especie de ambivalencia con respecto al tratamiento; es decir, piden ser

Figura 1. Perfil global del MMPI en los padecimientos cardíacos.



Abreviaturas empleadas:

CC: Cardiopatía Congénita
D: Depresión
Es: Esquizofrenia
F: Validez
H: Masculino
Hi: Histeria
Hs: Hipocondriasis
IAM: Infarto Agudo de Miocardio
Is: Extroversión/Introversión
K: Corrección

L: Mentira
M: Femenino
Ma: Manía
Mf: Identidad sexual (masculino-femenino)
Pa: Paranoia
Pd: Desviación psicopática
Pt: Psicastenia
TC: Trasplante cardíaco

Tabla 3. Análisis descriptivo del MMPI y los tipos de cardiopatías por género.

Escala MMPI	Infarto agudo al Miocardio (IAM) (n = 50)		Cardiopatía Congénita (CC) (n = 66)		Trasplante Cardíaco (TC) (n = 21)	
	H	M	H	M	H	M
Mentira (L)	57.5 (± 8.3)	64.7 (± 6.4)*	57.6 (± 8.2)	56.0 (± 8.0)	56.4 (± 10.0)	61.5 (± 14.8)
Validez (F)	62.8 (± 14.3)	65.8 (± 12.4)	61.6 (± 11.5)	65.6 (± 13.9)	65.3 (± 11.4)	61.7 (± 7.5)
Corrección (K)	51.4 (± 8.4)	54.7 (± 8.1)	52.0 (± 6.5) ^b	48.3 (± 6.7)	50.5 (± 7.0)	51.5 (± 7.7)
Hipocondría (Hs)	67.3 (± 10.9)	64.0 (± 8.0)	65.1 (± 13.4)	62.7 (± 11.9)	76.9 (± 15.0)	64.0 (± 12.6)
Depresión (D)	78.7 (± 11.3)	73.0 (± 12.4)	70.4 (± 13.7)	66.7 (± 14.8)	76.7 (± 14.0)	65.5 (± 5.6)
Histeria (Hi)	64.95 (± 9.2)	65.5 (± 10.5)	63.0 (± 11.7)	61.2 (± 11.2)	71.0 (± 11.9)	61.5 (± 10.5)
Desviación psicopática (Pd)	63.3 (± 11.2)	56.8 (± 13.9)	62.9 (± 12.4)	60.5 (± 11.5)	67.2 (± 10.8) ^a	54.2 (± 10.5)
Identidad Sexual (femenino-masculino) (Mf)	61.8 (± 8.5)	58.2 (± 10.5)	58.4 (± 9.6)	59.5 (± 8.3)	54.3 (± 10.1) ^a	65.2 (± 11.2)
Paranoia (Pa)	59.9 (± 11.4)	61.7 (± 12.5)	61.4 (± 9.8)	58.9 (± 11.4)	57.0 (± 11.9)	58.7 (± 11.5)
Psicastenia (Pt)	62.0 (± 14.8)	59.8 (± 10.9)	59.6 (± 13.1)	57.2 (± 11.9)	62.1 (± 11.5)	54.3 (± 7.6)
Esquizofrenia (Es)	66.6 (± 18.7)	66.2 (± 10.5)	67.4 (± 15.3)	64.6 (± 15.8)	66.9 (± 11.9)	63.0 (± 10.5)
Manía (Ma)	55.6 (± 11.4)	56.0 (± 6.5)	60.2 (± 11.1)	58.1 (± 9.3)	63.5 (± 11.6)	61.7 (± 5.1)
Extroversión/introversión (Is)	59.8 (± 7.6)	60.0 (± 7.9)	56.6 (± 7.1) ^b	60.6 (± 6.8)	58.4 (± 6.5)	60.5 (± 7.6)

* Diferencia significativa (p ≤ 0.05) por géneros en el grupo de IAM.

^b Diferencia significativa (p ≤ 0.05) por géneros en el grupo de CC.

^a Diferencia significativa (p ≤ 0.05) por géneros en el grupo de TC.

tratados pero a la vez lo rechazan y devalúan cualquier ayuda. Hay ansiedad, necesidad de llamar la atención, indecisión, tensión y hostilidad en comparación con las mujeres, quienes no lo presentan.

Discusión

No cabe duda que las enfermedades relacionadas con el corazón no sólo afectan lo físico, sino que también causan consecuencias psicológicas importantes, que dependen del tipo de cardiopatía. Se ha demostrado que los pacientes con CC tienen mejores condiciones emocionales que las demás cardiopatías estudiadas, lo cual concuerda con los estudios de Lane y colaboradores.¹² La explicación de este resultado podría ser que hay una especie de asimilación de la enfermedad; los pacientes han podido llegar a la vida adulta, han superado algunas frustraciones y logrado tener una mejor calidad de vida a través del conocimiento y aceptación de vivir con el padecimiento, al que ven como parte de ellos, y lo han sabido sobrellevar, lo que ha ocasionado una menor preocupación por su salud. Sin embargo, sigue siendo una enfermedad con algunas dificultades concomitantes -como bien lo demostraron Pérez y colaboradores⁸ y Attie y colaboradores.¹¹ que, aunque en menor grado, pueden ser síntomas depresivos

y ansiosos en los varones, e insatisfacción, malhumor y aislamiento en mujeres.

Por el lado de los pacientes que han sufrido IAM, éstos exteriorizan mayores niveles depresivos. Este resultado es similar al que da a conocer Castillero.⁶ Los pacientes tienden a ser pesimistas sobre el futuro y, sobretudo, acerca de la posibilidad de lograr una readaptación en su vida. Sin embargo, gracias a que se realizó una comparación por géneros se puede establecer que estos síntomas de carácter psicológico son mucho mayores en hombres que en mujeres. Estos resultados pueden ser ocasionados por las expectativas de género con respecto al control, donde los hombres, según la percepción general, son las personas que tienen mayor control de la vivencia; y, en este caso, al no tenerlo con respecto a su enfermedad, ocasiona mayor preocupación, incertidumbre y una descompensación psicológica.

Los pacientes en espera de trasplante cardíaco se caracterizaron en esta investigación por ser los que están más preocupados por su salud, lo cual resulta indiscutible si se toma en cuenta lo que describen Castro y colaboradores,¹⁹ quienes explican que los candidatos a TC tienen el mayor riesgo de fallecer si no se les aplica esta intervención. En concordancia con el estudio que efectuaron Pérez y colaboradores,⁸ se demuestra que hay síntomas

de depresión, que es mayor en los varones. Por otra parte, hay un resultado que es importante resaltar en este estudio, y es el de la ambivalencia existente en hombres con TC sobre ser y no ser tratados o ayudados, así como la dificultad que tienen para seguir las normas sociales.

A lo largo de esta investigación se trató de demostrar la necesidad de relacionarse con el área psicopatológica ya que, de acuerdo con Lane y colaboradores,¹³ intervenir en estos aspectos permite una mejor calidad de vida y rehabilitación. Los autores han visto la importancia de observar con mayor detenimiento la evolución -y, por tanto, las consecuencias psicopatológicas- de estas enfermedades, por lo que opinan que es importante extender una invitación para realizar más estudios sobre el tema, crear programas de intervención psicológica adecuados a cada padecimiento con la participación de profesionales expertos, con el fin de buscar siempre un cuadro biopsicosocial favorable.

Conclusiones

Las enfermedades cardíacas tienen problemas físicos, psicológicos y sociales concomitantes, por lo que es de suma importancia que los especialistas que participan en la atención conozcan estos factores psicológicos de los pacientes cardiopatas con el fin de lograr un mejor tratamiento conjunto, y, además, para que puedan canalizar al paciente al psicólogo y psiquiatra a fin de que reciba una adecuada atención psicoterapéutica. Así el paciente logrará un cambio en su estilo de vida y podrá vivir de la mejor manera con su enfermedad cardíaca, lo que ocasionará efectos favorables en todos los ámbitos de su vida (social, familiar, laboral, sexual, entre otros) en los que también se siente afectado.

Bibliografía

1. Díaz G. Evaluación de características específicas de la personalidad en diferentes trastornos físicos. *Rev Invest Psic* 2007;10:173-176.
2. Fernández EG, Martín MD, Domínguez FJ. Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema* 2003;15:615-630.
3. Palmero F, Díez JL, Diago JL, Moreno J, Oblitas L. Hostilidad, psicofisiología y salud cardiovascular. *Suma Psicológica* 2007;14:23-50.
4. Lusiardo M. Mente y corazón, factores psicosociales de riesgo cardiovascular. *Salud Militar* 2005;27:75-82.
5. Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, David S, Bugel I, Landre MF. Psychosocial work environment and cardiovascular risk factors in an occupational cohort in France. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:93-100.
6. Castillero Y. Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Av Psicol Latinoam* 2007;25:52-63.
7. Horner T, Liberthson R, Jellinek RS. Psychosocial profile of adults with complex congenital heart disease. *Mayo Clin Proc* 2000;75:31-36.
8. Pérez MA, Martín A, Galán A. Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *Int J Clin Health Psychol* 2005;5:99-114.
9. Illaraza H. Rehabilitación y prevención cardiovascular, el complemento necesario a la terapéutica de hoy. *Arch Cardiol Mex* 2003;73:247-252.
10. Frasure-Smith N, Lespérance G, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995;91:999-1005.
11. Attie CL, Attie F. La esfera psicológica y social del cardiopata adulto. En: Attie, F. *Cardiopatías congénitas en el adulto*. Madrid. Elsevier España, 2002:51-63.
12. Lane DA, Lip G, Millane TA. Quality of life in adults with congenital heart disease. *Heart* 2002;88:71-75.
13. Rivas E. Rehabilitación cardíaca en el IMA. *Rev Cub Cardiol Circ Cardiovasc* 1996;2:149-50.
14. Becerra JA. Factores psicológicos y enfermedad cardiovascular: breve aproximación al síndrome ira-hostilidad-agresión. Recuperado en http://www.psicologia-online.com/articulos/2008/ira_hostilidad_agresion.sht ml.
15. Blumenthal JA, Jiang W, Babyak NA, Krantz DS, Frid DJ, Coleman RE, et al. Stress management and exercise training in cardiac patients with myocardial ischemia: Effects on prognosis and evaluation of mechanisms. *Arch Intern Med* 1997;157:2213-2223.
16. Graham JR. *MMPI, Guía práctica*. México. Manual Moderno. 1987.
17. Folino J, Mendicoa G. La psicopatía, el MMPI y la Hare PCL R. *Alcmeon, Rev Argent Clin Neuropsiq* 2006;13:43-54.
18. Núñez, R. Aplicación del inventario multifásico de la personalidad (MMPI) a la psicopatología. 2a Ed. México. Manual Moderno. 1979.
19. Castro P, Bourge R, Jalil J, Martínez JA. Selección y evaluación de pacientes candidatos a trasplante cardíaco. *Rev Esp Cardiol* 1999;52:604-616.