

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN TRASTORNOS CARDIOVASCULARES¹

ABILIO REIG FERRER*

Instituto Max-Planck de Psiquiatría
Departamento de Psicología
Munich (República Federal de Alemania)

Departamento de Personalidad y Anormalidad
Universidad de Valencia

1. ESCENIFICACION TEMÁTICA

En la actividad médica cotidiana aparece frecuentemente el hecho de que un buen número de pacientes presentan una constelación de problemas psicológicos en estrecha relación con una sintomatología concreta, lo que determina, en bastantes casos, que el tratamiento exclusivamente médico o psicológico resulte inefectivo o inadecuado.

Con la finalidad de estudiar empírica e interdisciplinariamente el componente psicológico-conductual relacionado

(*) Dirección actual: Departamento de Psicología Médica. Facultad de Medicina. Universidad de Alicante.

con un trastorno médico, ha surgido recientemente, el área de la medicina comportamental (Reig, 1981). La medicina comportamental, denominación que aparece por primera vez en 1971 como sinónimo de medicina psicosomática en la convocatoria de una beca postdoctoral de los departamentos de Psiquiatría y Medicina de la Universidad de Alabama (Reig, 1982) va a ser, con esta corta historia científica, el marco general dentro del cual se inscribe este trabajo.

Desde hace mucho tiempo se ha reconocido que determinados factores psicológicos y conductuales pueden afectar el sistema cardiovascular de un individuo. Celso reconocía hace casi 2.000 años que los estados emocionales afectaban al corazón cuando señalaba que el miedo, la ira, el ejercicio físico y cualquier otro estado de la mente podían excitar el pulso (citado en East, 1957). Entre nosotros, Avicena (980-1037) aseguraba que era capaz de identificar a la persona que se amaba (a pesar de que el individuo podía esconder sus sentimientos) precisamente a través de la medición de una respuesta cardiovascular. El método consistía en repetir ciertos nombres mientras se tomaba el pulso al individuo. Cuando el pulso mostraba cualquier irregularidad se paraba el experimento y se comenzaba de nuevo. Avicena escribió que con este método había podido descubrir repetidas veces el nombre de la persona que se amaba. Una idea más específica de la asociación entre las emociones y la función cardiovascular data del año 1628. William Harvey (citado en Eastwood y Trevelyan, 1971) escribió en su tratado *Exercitatio de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus* "cualquier afecto de la mente acompañado ya sea de dolor o placer, esperanza o miedo, es el origen de una agitación cuya influencia se extiende al corazón". Estas anotaciones representan sólo algunos de los ejemplos históricos de la relación conducta-sistema cardiovascular.

Actualmente se ha establecido que las reacciones cardiovasculares asociadas con estimulación emocional o con experiencias denominadas stressantes y que son de interés para el psicólogo, comprenden: cambios de la presión sanguínea, de la tasa cardíaca (amplitud y/o regularidad), flujo sanguíneo, temperatura periférica, constricción y dilatación de los vasos sanguíneos, cambios en el contenido de glóbulos en la sangre, y cambios en la composición bioquímica de

la sangre. Los trastornos resultantes, denominados tradicionalmente psicósomáticos (Lachman, 1972) o psicofisiológicos (Blanchard, 1981), más importantes son: las cardiopatías isquémicas o enfermedad coronaria (p.e., infarto de miocardio, oclusiones cardíacas), hipertensión esencial, disrritmias funcionales (arritmias, taquicardia, bradicardia), síndrome de angina de pecho, astenia neurocirculatoria (existen unos 20 sinónimos de este trastorno funcional), migraña o jaqueca, y enfermedad de Raynaud. Posteriormente volveremos sobre estos trastornos.

La intervención psicológica en los trastornos cardiovasculares precedentes viene catapultada por varios factores de entre los que me gustaría señalar los tres siguientes:

- 1) La supuesta importancia etiopatogénica de determinadas variables psicológicas y conductuales en aquellos trastornos (Jenkins, 1976; Jenkins, 1981; Steptoe, 1981), bien sea por efectos indirectos (inactividad física, cigarrillos) a través de los factores de riesgo standar, o por efectos directos (por ejemplo, por paradigmas de aprendizaje) tales como provocar una crisis aguda, o afectar crónicamente el desarrollo del proceso de enfermedad (el problema de la adherencia, o la conducta de enfermo).
- 2) El segundo factor que está posibilitando que la aplicación de la intervención psicológica sea una realidad en el sistema para el cuidado de la salud consiste en el logro de un mayor refinamiento conceptual/metodológico de las variables conductuales y un mejor conocimiento de psicofisiología cardiovascular (Olbrist, 1981), una investigación psicológica orientada experimentalmente (Glass, 1977; Steptoe, 1981; Hulley y Fortmann, 1981), y la aparición y aplicación de estrategias y tecnología conductual eficaz, convergente con los objetivos y necesidades de la medicina (Suinn, 1974; Blanchard y Miller, 1977; Surwit, Pilon y Fenton, 1978). Hasta ahora, la barrera de contención que había estado imposibilitando la intervención psicológica en los trastornos cardiovasculares se apoya-

ba sobre tres realidades: las dificultades conceptuales y metodológicas que conllevaban las variables psicológicas, la inexistencia de técnicas terapéuticas psicológicas eficaces que pudieran servir como tratamiento complementario de la terapéutica médica, y el caudillaje, en el área clínica, de la orientación psicodinámica en medicina psicosomática y en psicología médica, la cual comportaba una obstinada preocupación por cuestiones dinámicas de patogénesis e investigación, con implicaciones de eficacia mínimas para el resto de la medicina.

- 3) La tremenda importancia del constructo epidemiológico-conductual de predisposición coronaria o Tipo A (Friedman y Rosenman, 1974; Dembroski et al., 1978), su cuño netamente conductual, y las posibilidades terapéuticas que de él se derivan.

Este trabajo tiene como objetivo más general el de ofrecer una visión práctica y real de las posibilidades que la psicología, dentro de la medicina comportamental, oferta a la solución de los trastornos cardiovasculares. Para ello, presentaremos una apretada valoración epidemiológica de los trastornos más importantes, el papel que las variables psicológicas y conductuales juegan en éstos y, por último, un acercamiento crítico para su prevención y tratamiento.

2. CONSIDERACIONES EPIDEMIOLOGICAS

Las afirmaciones de que "Cada civilización crea sus propias enfermedades" o "el estilo o modo de vida de un individuo determina su modo de morir" aparecen muy apropiadas a los trastornos cardiovasculares según se desprende de la bibliografía especializada.

En este epígrafe nos vamos a referir a los tres tras-

tornos cardiovasculares que han recibido una mayor atención médica, anotando aspectos de epidemiología descriptiva (prevalencia, incidencia, y mortalidad) que nos parecen de interés.

La *hipertensión esencial* puede considerarse, con toda justicia, como un problema de salud nacional. Según el informe de la O.M.S. sobre hipertensión arterial (O.M.S., 1979), la prevalencia media mundial en adultos es del 8% al 18%. En España, Dorta Delgado et al. (1979) encontraron en la Isla de Tenerife un 19% de hipertensos, y otro 11% de hipertensos "límite". En una encuesta a 3.000 empleados del metropolitano madrileño, Guillén Llera et al. (1976) encontraron un 7'7% de hipertensos, mientras que en una muestra representativa de la población de la región murciana de 1.000 individuos, Ramírez Romero (1982) ha encontrado una prevalencia de la hipertensión del 24'2%.

En Estados Unidos se estima que se presenta entre un 15% (según datos del Grupo cooperativo para la detección de la hipertensión y el programa de seguimiento de 1979) y un 20% (según el *National Health Survey* de 1964) en la población general, y con un alto riesgo de mortalidad, si no se trata, debido a su relación predictiva de riesgo en la enfermedad coronaria.

No existen datos sobre la incidencia y prevalencia de los *dolores de cabeza de tipo migrañoso o vascular*, pero según estimaciones realizadas por Odgen (Odgen, 1952; citado en Blanchard y Ahles, 1979) sobre todas las variedades de dolores de cabeza, aparece que casi la mitad de la población tiene al menos un dolor de cabeza al mes, y el 1% de la población general tiene dolores de cabeza diariamente. Estos trastornos, como todos sabemos, no se asocian con las tasas de mortalidad pero los incluimos aquí para hacer constar que sí producen unas secuelas de sufrimiento innecesario y una pérdida de eficiencia que, en muchos casos, origina una copiosa problemática de efectos dolorosos no sólo para el paciente (malestar, irritabilidad) sino también para su entorno interpersonal y social (reducción del rendimiento laboral, conflictos interpersonales, elevado coste económico social, etc.).

La *cardiopatía isquémica* (y en especial, el *infarto de miocardio*) ha constituido el foco de mayor atención médica desde hace más de tres décadas, eclipsando ligeramente esta actividad (también debido a los grandes descubrimientos realizados) la reciente investigación neoplásica (cáncer). Un avance importante en el estudio y tratamiento de esta enfermedad fue el diagnóstico en 1912, por primera vez, de su manifestación clínica más importante, el infarto de miocardio (Levy y Feinleib, 1980).

Según estimaciones del *National Heart, Lung and Blood Institute*, en 1975, alrededor de 1'3 millones de norteamericanos padecieron algún aspecto de enfermedad coronaria, muriendo debido a ella 670.000, con un coste económico en ese mismo año de más de 50 billones de dólares. Según Hymowitz (1980) el 52% de todas las muertes ocurridas en Estados Unidos durante 1976 se relacionaban con enfermedades coronarias, con una incidencia del 25% en adultos menores de 65 años. Muchos de estos casos fueron muertes repentinas y ocurrieron fuera del hospital. En la República Federal de Alemania mueren anualmente 100.000 pacientes coronarios (Siegrist, 1981). En nuestro país, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares se situaba en 1968 en el 42'5% de todos los casos de mortalidad, ascendiendo en 1975 al 44'04% (Arnedo Pena et al., 1980). Ahora bien, pese a que la tasa de mortalidad prematura debido a la enfermedad coronaria ha disminuído en U.S.A. en un 16% debido, suponemos, tanto a las mejoras en su tratamiento como a los efectos de los programas preventivos que se han llevado a cabo, la enfermedad isquémica ha aumentado progresivamente en España en un 79'7% (Arnedo Pena et al., 1980). Las consecuencias predictivas son patéticas: en los países con mejores dotaciones técnicas, aproximadamente el 36% de pacientes con edades inferiores a los 65 años fallecerán durante el primer mes posterior al ataque; un 6% de los que hayan sobrevivido y se encuentren dados de alta hospitalaria fallecerán durante el período de 1 año, y esta mortalidad se elevará al 20% a lo largo de los 5 años posteriores al infarto. Herd (1981) ha señalado que aproximadamente la mitad de la gente que desarrolla manifestaciones clínicas de cardiopatía isquémica morirá antes de recibir cualquier tipo de tratamiento. La sobrevivencia cardíaca de los restantes dependerá, según este mismo investigador de: a) la severidad

de la enfermedad cardiovascular; b) la efectividad del tratamiento médico y quirúrgico para cada tipo de enfermedad; y, c) la habilidad de cada paciente para seguir adecuadamente el régimen prescrito (adherencia u observancia). Si como se ha afirmado (Navarro Bort, 1978; Arnedo Pena et al., 1980) seguimos estando en España en una fase "epidémica" de mortalidad prematura por cardiopatía isquémica, la necesidad de la puesta en acción de programas preventivos (primarios, secundarios o terciarios) dirigidos a controlar y modificar factores de riesgo coronario pasa a ser una empresa sociocomunitaria en la que el psicólogo, coordinadamente con el equipo médico, es un profesional clave (Reig, 1982).

Una vez presentados estos tres ejemplos cardiovasculares (un trastorno asintomático pero importante por su riesgo de mortalidad asociado, otro trastorno sintomático, no mortal, pero con patéticas consecuencias dolorosas y de repercusión social, y el trastorno sintomático unas veces, asintomático otras, que actualmente conlleva un elevado riesgo de mortalidad) y subrayada su importancia, podemos ya pasar a una valoración conductual desde la perspectiva de la medicina comportamental.

3. LA CONDUCTA EN LOS TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

Por conducta entendemos los psicólogos las acciones y reacciones de los individuos, es decir, tanto la actividad musculoesquelética del organismo como lo que dicen, piensan y sienten. La intervención psicológica en la enfermedad, en general, y en los trastornos cardiovasculares en particular, se sustenta en que la conducta de un individuo puede:

- a) *predisponer* a la aparición de una enfermedad, *precipitarla*, o hacer al individuo más *vulnerable* a su aparición;
- b) *originar directamente* la enfermedad;

- c) *mantener, cronificar o agravar* el proceso disregulatorio, y/o
- d) *generalizar* a otras situaciones y marcos las consecuencias de la enfermedad.

Los mecanismos por los que los factores psicológicos contribuyen a la etiología o a una mayor vulnerabilidad hacia una enfermedad han sido, y continúan siendo en gran parte, terreno abonado para piruetas especulativas.

En cuanto al punto primero, la investigación relativa a la conducta de predisposición coronaria o Tipo A ha confirmado que esta constelación conductual es un factor de riesgo independiente, tanto prospectiva como retrospectivamente, y predictivo de enfermedad coronaria. La investigación sobre los acontecimientos stressantes de la vida ha estado plagada, hasta recientemente, de mucha especulación y de, no menos, material anecdótico. Hoy se admite, no obstante, una asociación positiva significativa entre el grado de exposición a stressores psicosociales (desempleo, dificultades económicas, muerte del esposo o esposa, etc.) y la tasa de morbilidad de diversas enfermedades, resistencia a las infecciones, y diversos trastornos autoinmunológicos (para una revisión véase Dohrenwend y Dohrenwend, 1981; Palmbad, 1981). El fruto de una repetida o continua exposición a una estimulación stressante parece dañar la competencia inmunológica del individuo (capacidad para identificar y rechazar, por medio de un sistema complejo de factores celulares y humorales material extraño a un individuo determinado). Así, Bartrop et al. (1977) han llevado a cabo uno de los primeros estudios inmunológicos prospectivos con sujetos sanos demostrando una reducción de reacciones inmunológicas (linfocitos-T) ocho semanas después de conductas de *aflicción*.

El que la conducta de un individuo cronifica o agrava la enfermedad ha tenido una mayor evidencia empírica. El estilo de vida del individuo (sus hábitos conductuales relacionados con la salud, tabaco, comida, ejercicio físico, etc...) influyen poderosamente en los procesos rehabilitativos. El estado emocional, las estrategias conductuales que utiliza el individuo para hacer frente a situaciones de

stress, y las conductas de adherencia u observancia a las prescripciones terapéuticas, conforman un botón decisional entre dos alternativas (salud-enfermedad) susceptibles de modificación. Del mismo modo, la utilización social que el paciente hace de su enfermedad, y la conducta del enfermo crónico (Wooley, Blackwell y Winget, 1978) catalizará asimismo el proceso rehabilitativo.

* * *

En la figura nº 1 proponemos un modelo conductual simplificado para los trastornos cardiovasculares que veremos más adelante.

En cualquier trastorno cardiovascular de tipo psicofisiológico parece existir una base o predisposición genética-familiar que dictamina, en gran parte, una mayor vulnerabilidad hacia una determinada enfermedad. Tal es el caso, por ejemplo, de la historia familiar hipertensiva heredada sobre una excesiva reactividad simpática que está comprometida en el desarrollo de algunas formas de hipertensión (Jorgensen y Houston, 1981), o la predisposición conductual o psicológica (por ejemplo, un conflicto interpersonal), influenciada por una mayor susceptibilidad, pongamos por caso del tipo A (estilo conductual característico de respuesta ante stressores que amenazan o desafían el sentido de control de un individuo) se traduce fisiológicamente en una activación del sistema nervioso simpático con incrementos de la tasa, gasto o contractibilidad cardíaca, temperatura periférica, etc. El mantenimiento o cronificación de esta excesiva actividad simpática estará conductualmente en función de las estrategias que el sujeto disponga para enfrentarse a esta situación. Así, si el individuo con hipertensión esencial no sigue el régimen terapéutico prescrito (problema de adherencia conductual) mantendrá los niveles de presión arterial elevada, o si el paciente con migraña no dispone de técnicas de relajación adecuadas ante una estimulación que le produzca los dolores vasculares, o el paciente coronario no cesa de fumar, etc., cronificarán su proceso de enfermedad.

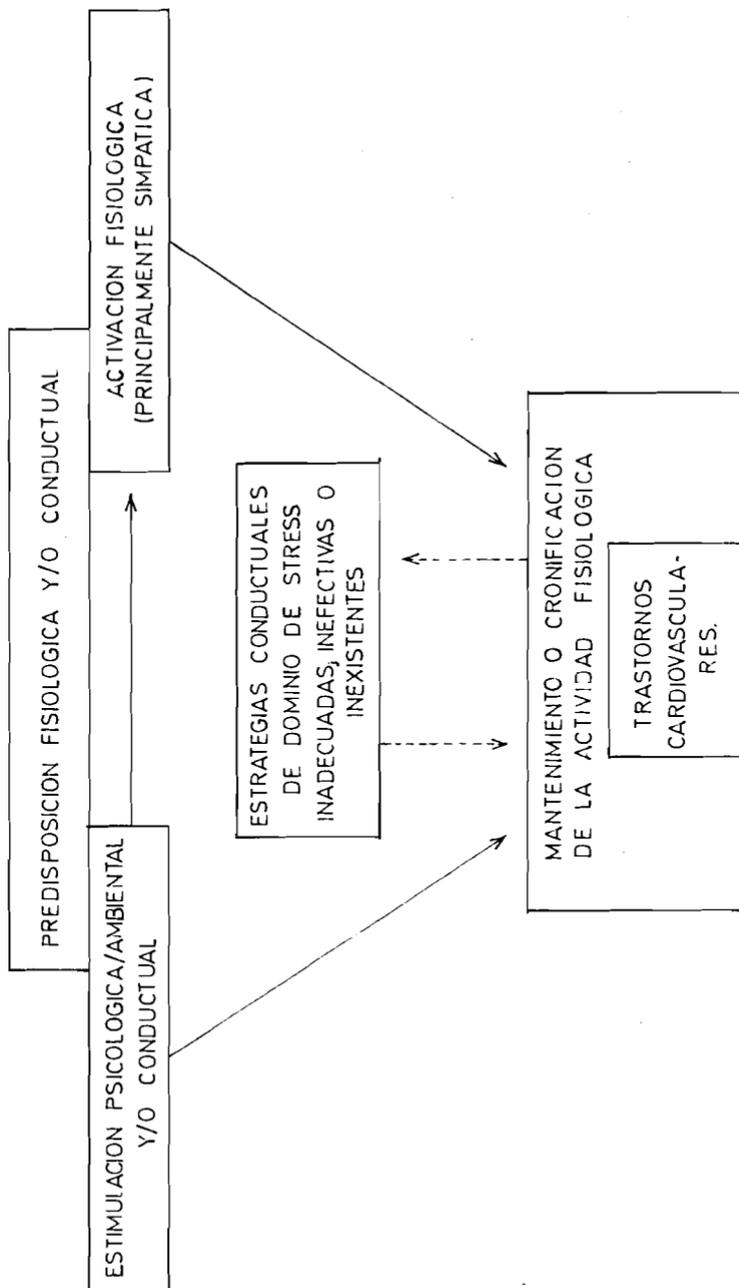


FIGURA 1.- Modelo conductual para los trastornos cardiovasculares

Por la especial importancia que revisten los factores conductuales para el riesgo de sufrir un accidente isquémico, vamos a presentar a continuación un breve comentario sobre ello.

3.1. Factores de riesgo en el infarto de miocardio

Los principales factores de riesgo que aparecen implicados en las enfermedades coronarias comprenden: 1) variables demográficas tales como la edad y sexo (a mayor edad y varón, mayor riesgo); 2) factores familiares: historia familiar de aterosclerosis prematura, enfermedad hipertensiva o muerte repentina; 3) factores dietéticos: patrón dietético cotidiano rico en grasas saturadas, colesterol y calorías; 4) presencia en la sangre de niveles altos de colesterol, triglicéridos, hiperglicemia, e hiperuricemia; 5) presencia de patologías orgánicas tales como hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad renal, hipertiroidismo y gota; 6) hábitos conductuales de inactividad física, excesivo consumo de cigarrillos y obesidad; y 7) factores psicosociales tales como el tipo A, insatisfacción familiar o marital, sobrecarga de trabajo inadecuada, incongruidad de status, ansiedad, depresión, etc.

En el cuadro nº 1 presentamos los cuatro factores de riesgo que mayor atención han tenido en la bibliografía, agrupando el nivel de riesgo en función de tres grupos ordenados: grupo de riesgo reducido, medio o limitrofe y elevado.

En la figura nº 2 mostramos un esquema jerárquico de los principales factores de riesgo psicosociales comprometidos en la cardiopatía isquémica con la particularidad de que se especifican las influencias entre las variables según se desprende de la bibliografía consultada.

En este amplio espectro radial las líneas continuas representan relaciones constatadas con abundante evidencia empírica, mientras que las discontinuas significan asociaciones menos probadas científicamente. Las líneas evidencian perfectamente que para que un individuo sufra un infarto

CUADRO 1.- FACTORES DE RIESGO MAS IMPORTANTES EN MEDICINA COMPORTAMENTAL PARA LAS ENFERMEDADES CORONARIAS

GRUPO	COLESTEROL	T A B A C O	TENSION ARTERIAL	CONDUCTA DE PREDISPOSICION CORONARIA
RIESGO REDUCIDO	Niveles por debajo de 220 mg%	No fumadores; Fumadores 1-4 cig/día, pipa, menos de 4 cigarrillos/día	Sistólica 140 mmHg Diastólica 90 mmHg	Tipo B
RIESGO MEDIO O LIMITROFE	Niveles entre 220-259 mg%	Fumadores de 5 a 14 cigarrillos/día	Sist.: entre 140-159 mmHg y/o Dias.: entre 90-99	Tipo A no establecido (complejidad)
RIESGO ELEVADO	Niveles por encima de 260 mg% (otros autores 280)	Fumadores de más de 15 cigarrillos (otros autores 40)	Sist.: 160 mmHg y/o Dias.: 100 mmHg	Tipo A

Nota.- En las personas por debajo de los 30 años, los valores límites de colesterol e hipertensión se considerarán elevados.

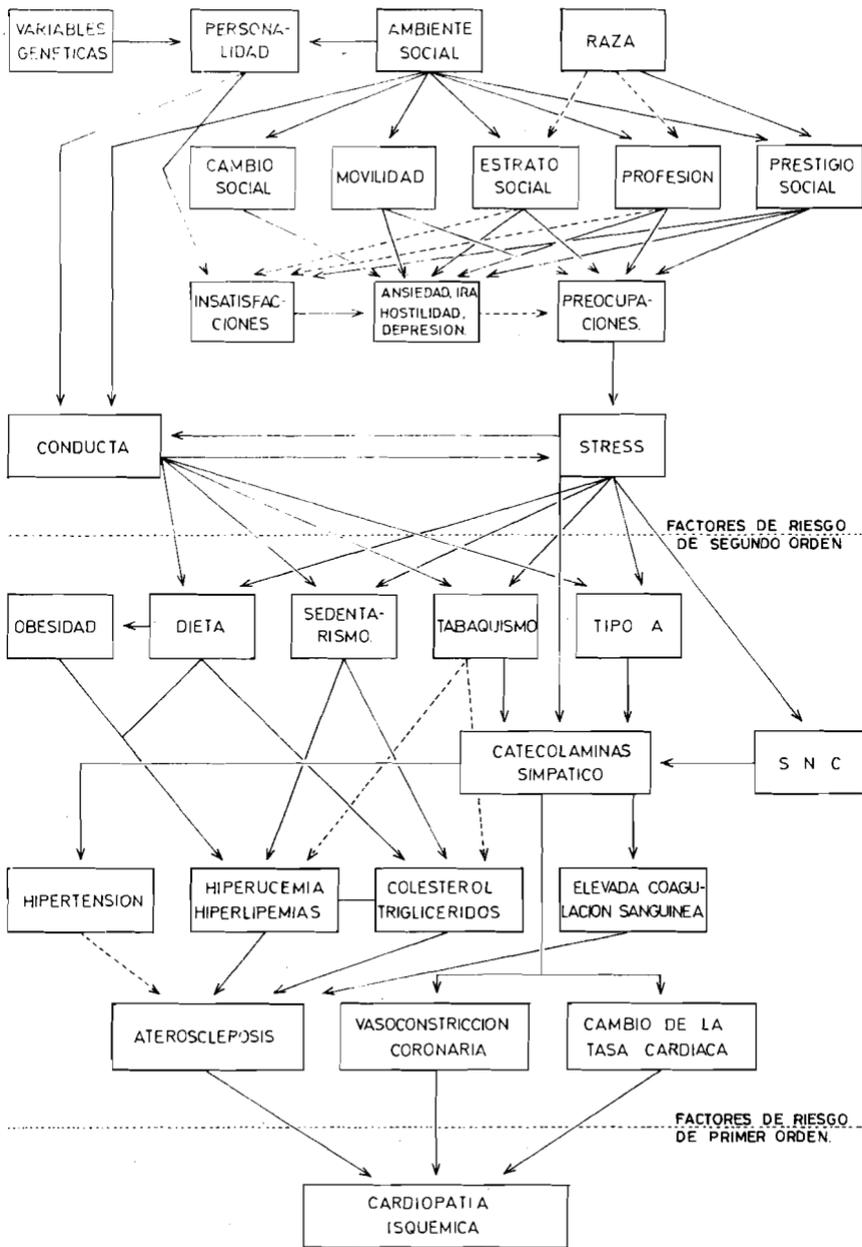


FIGURA 2.- Esquema jerárquico de los principales factores de riesgo para la cardiopatía isquémica. (Basado con modificaciones en H. Schaffer y M. Blohmke, 1977).

de miocardio no es requisito imprescindible el que haya experimentado cada una de las relaciones de la figura. Como estamos indicando a lo largo de este trabajo, aunque el papel de las variables conductuales o psicológicas aparece, al menos estadísticamente, con evidentes asociaciones patogénicas, e incluso eitogénicas, sin embargo, los mecanismos patofisiológicos por los que aquellas variables se traducen en procesos ateroscleróticos o vasoconstrictivos, todavía son objeto de especulación e investigación. Una formulación tentativa sugiere que ciertos atributos de personalidad, genéticamente determinados y/o aprendidos predisponen a una persona a reaccionar ante amenazas percibidas, de un modo identificado como estilo conductual de tipo A. La modernización que conllevan las sociedades industrializadas promueve un ambiente social que, por una parte, ofrece toda una serie de recompensas y gama de oportunidades que estimulan la competencia y el rendimiento, transmitiendo estos valores por medio de distintos canales de información y formación y, por otra parte, la modernización, con sus implicaciones de cambio social rápido, urbanización, migración, etc., desarrolla en otros grupos sociales o individuos un fenómeno que se ha denominado *desarraigo* (uprooting) que se relaciona con violencia, abuso de alcohol y drogas, criminalidad, y trastornos mentales reactivos. Esta sociedad facilita un estilo de vida sedentario con una dieta rica en grasas animales saturadas, tabaquismo, y una frecuente exposición a *inputs* sensoriales que pueden ser excesivos, novedosos, atractivos, ambiguos, incontrolables y amenazantes, cuyo resultado global suele ir acompañado de incrementos frecuentes de *output* catecolamínico, requerimientos excesivos de oxígeno miocárdico, liberación de ácidos grasos saturados, hipercolesterolemia, hiperuricemia, aceleración de la tasa cardíaca y elevación de la presión sanguínea. Finalmente, esta excitación simpático-adrenal se encuentra mediatizada por el sistema nervioso central (SNC), pudiendo contribuir directa o indirectamente en descensos isquémicos del segmento ST, hipertrofia ventricular izquierda, hemibloqueos, extrasistolia ventricular, aterogénesis, etc., y como acontecimiento final producir una necrosis miocárdica.

3.2. La conducta de predisposición coronaria

Ya en 1868 un médico alemán, von Dusch, señaló que una característica de los pacientes con enfermedades del corazón era su excesivo compromiso en el trabajo. Otros médicos y psiquiatras, Osler, los Menninger, Arlow, Dunbar, Gentler, etc., han descrito a los pacientes coronarios como individuos autoritarios, dominantes, sobrecargados de trabajo, persistentes, con focalización única en objetivos fijos, y con fuertes tendencias agresivas. No es, sin embargo hasta la década de los 50, cuando dos cardiólogos, M. Friedman y R.H. Rosenmann, en base a una serie de estudios clínicos y de laboratorio sobre el papel de la conducta y del sistema nervioso central en el desarrollo de las enfermedades coronarias, presentan lo que podría considerarse como el primer constructo observable, estrictamente conductual, predictivo de una enfermedad: Friedman y Rosenman (1959) observaron en un gran número de pacientes coronarios con menos de 60 años una constelación conductual y unas determinadas características emocionales que denominaron como el "patrón conductual de predisposición coronaria o tipo A". Según estos cardiólogos el tipo A al contrario que su antagonista, el tipo B:

"Exhibit enhanced hostility, ambitionsness and competitiveness, and are often preoccupied -- with deadlines and with work. Caught -or placing themselves- in a chronic struggle to - - reach an ever- expanding number of goals in - the shortest period of time and/or against opposing environmental forces, Type As continuously experience impatience and a chronic sense of time urgency".

Esta constelación conductual o constructo epidemiológico, se caracteriza básicamente por una actividad psicomotora excesiva, conducta competitiva, hostilidad, agresividad, impaciencia, y un sentimiento continuo de urgencia de tiempo que se pueden producir con relativa facilidad ante una serie de circunstancias ambientales o interpersonales. No queremos aquí exponer una relación de los cientos de trabajos sobre el tipo A. Sí, no obstante, señalar que este patrón conductual de predisposición coronaria se asocia

con la prevalencia e incidencia de las enfermedades coronarias, es un factor de riesgo coronario independiente, predice la recurrencia de un nuevo infarto y se relaciona con la severidad del proceso aterosclerótico, documentado arteriográficamente (para una completa revisión de este constructo véase Dembroski et al., 1978).

Al utilizar este constructo debemos tener en cuenta que comprende un espectro conductual multidimensional. En concreto, que epidemiológicamente, se han encontrado factores conductuales que parecen ser más importantes que otros. La repercusión que para una intervención terapéutica dirigida a modificar conductas de riesgo coronario tiene este hecho estriba en que podemos fracasar rotundamente si presentamos como tarjeta de cambio conductual al tipo A en su globalidad. Dembroski (1979) ha sugerido la existencia, por otra parte, de tres subgrupos de sujetos: 1) el tipo hostil/competitivo que tiende a responder con una excesiva respuesta cardiovascular ante un acontecimiento desafiante físico y/o social considerado como leve; 2) el tipo A global que tiende a responder fisiológicamente sólo cuando se le desafía de manera específica, y 3) el tipo B que puede responder con activación fisiológica sólo ante desafíos ambientales extremos y/o crónicos. Este mismo autor ha formulado la siguiente hipótesis: manteniendo constantes los factores de riesgo coronarios tradicionales, los individuos que frecuentemente están predispuestos a responder ante desafíos ambientales leves con una activación excesiva del sistema nervioso autónomo se encuentran en un alto riesgo de presentar una enfermedad coronaria, mientras que los que no reaccionan así, presentan solamente un riesgo mínimo.

Matthews, Glass, Rosenman y Bortner (1977) han demostrado con datos del *Western Collaborative Group Study* que las conductas "potencial de hostilidad", "impaciencia", "competencia", "irritabilidad" y "estilística vocal vigorosa" (habla acelerada, rápida, explosiva) discriminaban prospectivamente entre pacientes coronarios y controles, mientras que los otros componentes de este constructo como "compromiso con el trabajo", "actividad y energía" no diferenciaban. Posteriormente, con la escala de hostilidad del MMPI, Williams et al. (1978) y posterior replicación en Williams et al. (1981) han demostrado que el potencial de hostilidad

y el patrón de tipo A predecían independientemente la severidad de la aterosclerosis.

Para una revisión actual sobre este estilo conductual se puede consultar el artículo de Matthews (1982) o la monografía de Price (1982).

3.3. *Personalidad, Stress y Trastornos cardiovasculares: un ejemplo empírico*

Con la finalidad de apresar los efectos relacionales y posibilitantes terapéuticos entre stress, personalidad y trastornos cardiovasculares, se pasó a un grupo criterial de 103 pacientes voluntarios con trastornos cardiovasculares una batería de cuestionarios de stress que hemos descrito en otro lugar (Reig et al., 1982). El 74% del total fue diagnosticado de infarto de miocardio, el 13% de angina de pecho, un 5% de infarto y angina, y un 6% de hipertensión esencial y el 2% restante de dolores precordiales. Todos los pacientes fueron diagnosticados en hospitales generales de la ciudad de Valencia. El rango de edad oscila entre los 26 y los 75 años, con cerca de la mitad de ellos con edad comprendida entre los 46 y 55. La edad media es de 52, con una desviación típica de 8.5. El 94% son varones y el 6% restante mujeres. Aproximadamente el 43% no ha terminado los estudios básicos, un 15% posee el certificado o graduado escolar, el 7% ha estudiado formación profesional, un 14% bachillerato y el 21% restante posee formación universitaria. En el cuadro nº 2 presentamos un análisis relacional entre unas escalas de stress, agrupadas en cuatro apartados (dos positivos y dos negativos) en función de un análisis factorial de tercer orden, y ocho variables: dos demográficas, un criterio de autoestimación global de ansiedad y otro de stress (Reig y Brengelmann, 1982) y cuatro variables de personalidad (Pelechano, 1972; Reig et al., 1982).

Como se puede apreciar en el cuadro, el área que hemos denominado de *rendimiento* y que comprende las escalas de reacciones de stress (distress) (impaciencia e ira, sobrecarga y tensión) y la vertiente terapéutica positiva para

CUADRO 2.- COEFICIENTES DE CORRELACION NO PARAMETRICOS (SPEARMAN) ENTRE UNAS ESCALAS DE REACCIONES DE STRESS Y LAS DISTINTAS VARIABLES QUE SE DETALLAN, EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON TRASTORNOS CARDIOVASCULARES (N=103)

<u>ESCALAS DE REACCIONES DE STRESS</u>			<i>ESCALA CRITERIAL</i>		<i>P E R S O N A L I D A D</i>			
	<u>Edad</u>	<u>Sexo</u>	<u>Ansiedad</u>	<u>Stress</u>	<u>Motiv. Rendimient.</u>	<u>Extraversión</u>	<u>Neuroticismo</u>	<u>Rígidez</u>
IMPACIENCIA E IRA	-325***	070	398***	356***	232*	038	626***	268**
SOBRECARGA DE TRABAJO	-169*	209*	286**	354***	521***	360***	202*	388***
TENSION	-076	165	197*	336***	398***	307***	133	261**
AUTODETERMINACION	-031	181*	-105	-032	342***	274**	-112	381***
CONTROL DE LA IRA	161	066	-202*	-249**	099	-153	-259**	131
RELAJACION	110	027	-329***	-297**	-057	-017	-178*	-106
DEPENDENCIA SOCIAL	-110	101	108	033	066	-198*	187*	-061
MIEDO A LA CRITICA	-074	-080	236*	188*	129	-340***	414***	018
BLANDURA DE CORAZON	056	052	045	-023	023	-312***	211*	092
CARENCIA DE ROLE	020	121	193*	180*	-115	-259**	333***	-085
DIRECCION HACIA LOS ESTIMULOS	-255**	116	129	179*	478***	249**	137	263**
PERDIDA DEL CONTROL	-063	009	014	-014	-019	-039	039	-091

Nota.- Se han omitido el cero y el punto decimal; nivel de significación: *=5% ; **=1% ; ***=0.1%.
La escala "Pérdida del control" hay que interpretarla a la inversa (positivamente).

la superación de reacciones de stress (autodeterminación, control de la ira, relajación) acaparan prácticamente el 82% de los niveles significativos, lo que indica que el paciente cardiovascular asocia drásticamente el área de rendimiento con situaciones negativas de stress y ansiedad. El área *social*, también con sus dos vertientes, una de insuficiencia y dependencia social (escalas de miedo a la crítica, dependencia social, blandura de corazón y carencia de role) y la otra de dominio social o estimulación social (búsqueda de estímulos y Pérdida de control, interpretándose esta última a la inversa) apenas correlaciona con los criterios de ansiedad y stress utilizados, haciéndonos suponer la necesidad de incorporar en futuras investigaciones criterios de efectividad personal y social. Esta última área, sin embargo, y como era de esperar presenta sistemáticamente correlaciones significativas con las variables de personalidad introversión y neuroticismo. Hay que destacar, asimismo, que la escala de dominio social "dirección hacia los estímulos" en la línea del buscador de sensaciones zuckermaniano correlaciona con motivación para el rendimiento, rigidez y extraversión. Esta búsqueda de estimulación por parte de los pacientes más jóvenes probablemente es superior a sus posibilitantes fisiológicos y conductuales reales lo que ayudaría a intepretar su asociación con stress y no con ansiedad. Los pacientes cardiovasculares presentan, además, los correlatos de agresividad, impaciencia, tensión, extraversión, rigidez y motivación hacia el rendimiento que se consideran típicos y que correlacionan positivamente con aspectos negativos y positivos. Es de destacar la alta correlación entre sobrecarga y la motivación para el rendimiento, y el aspecto emocional (impaciencia e ira) que se asocia marcadamente con neuroticismo.

Finalmente, los pacientes cardíacos varones frente a las mujeres se sobrecargan más de trabajo, confían más en sí mismos, toman decisiones propias, en definitiva, alcanzarían puntuaciones más elevadas en una dimensión de control interno. Los jóvenes cardíacos, por su parte, aparecen con componentes agresivos, de urgencia de tiempo y sobrecarga de trabajo en mayor grado que los pacientes más mayores, al igual que tienden a buscar más estimulación social.

En definitiva, este cuadro aporta una clara panorámica conductual-relacional que nos posibilita, con datos españoles, gestar estrategias terapéuticas en función de las puntuaciones alcanzadas en las escalas.

Posteriormente, volveremos sobre estas implicaciones terapéuticas al presentar las terapias para el paciente coronario.

4. PRINCIPALES TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

4.1. *La tarea del psicólogo como profesional conductual en el marco médico*

La intervención psicológica en los trastornos cardiovasculares pretende como objetivo básico la *modificación* y *control* de aquella conducta o sintomatología actual relevante conductualmente para el funcionamiento adaptativo del individuo. Esta decisión requerirá la consideración de factores somáticos (motores y/o fisiológicos) y subjetivos asociados funcionalmente con la enfermedad, y la coordinación directa o indirecta de un servicio médico apropiado. La tarea del psicólogo deberá consistir, en primer lugar, en una evaluación conductual que permita la identificación de aquellas influencias ambientales y/o conductuales que se consideran problemáticas por parte del paciente debido a su relación funcional con la enfermedad y, en segundo lugar, la delineación de estrategias terapéuticas específicas en función de aquella información diagnóstica.

El psicólogo, conjuntamente con el servicio médico, deberá decidir además si la intervención psicológica podrá: a) aumentar la efectividad del tratamiento biomédico (por ejemplo, farmacológico) (tratamiento *complementario*), o, b) ser el tratamiento de elección, preferido por sus efectos específicos, o porque produce menos efectos secundarios, o ellos son menos peligrosos o indeseables (tratamiento *sustitutivo* o *alternativo*). Al utilizar cualquiera de estas

dos modalidades, el psicólogo deberá demostrar, asimismo, que sus estrategias de intervención producen cambios específicos en los aspectos relevantes del funcionamiento personal y social del paciente y juzgar el éxito del tratamiento por el grado con el que los cambios clínico-conductuales del paciente, asociados con el tratamiento, presentan estabilidad temporal. Algunos de los aspectos relativos a la selección de los sujetos apropiados para el tratamiento conductual, o a los problemas sobre la duración (efectos placebo, regresión a la media, período temporal adecuado), generalización, contraindicaciones, etc., los exponemos en otro lugar (Reig, 1982).

Vamos, pues, a sistematizar algunas consideraciones importantes relativas a los cinco trastornos más estudiados: la hipertensión esencial, las disrritmias cardíacas, la enfermedad o fenómeno de Raynaud, la migraña o jaqueca, y la cardiopatía isquémica.

4.2. Valoraciones psicocardiovasculares

4.2.1. Hipertensión esencial.— El estado crónico de presión sanguínea elevada (normalmente a partir del nivel 160/95 mmHg) se denomina hipertensión. Cuando el origen o causa de este estado se conoce, es decir, se puede directamente atribuir a un problema fisiológico u orgánico (disfunciones del riñón, por ejemplo) se denomina hipertensión secundario, mientras que cuando su etiología se desconoce o se supone una etiología multicausal se diagnostica como hipertensión esencial.

Este tipo de hipertensión aglutina el 90% de todos los casos hipertensivos y por sus características como factor de riesgo para el infarto de miocardio, además de sus aspectos conductuales implicados (Shapiro, 1978), ha sido uno de los trastornos más estudiados.

Los factores psicológicos parecen incidir como disparadores en aquellos individuos que presentan una excesiva reactividad simpática. La personalidad hipotética del hipertenso (introvertido, inhibidor de los sentimientos de ira

y agresividad) no se ha confirmado consistentemente. Cuando los pacientes conocen que son hipertensos, entonces sí aparecen los correlatos anteriores y otros normalmente asociados a la toma de conciencia de su enfermedad crónica; pero si aquellos individuos no conocen su estado hipertensivo, los resultados aparecen distintos y en la mayoría de los casos son inconsistentes.

El objetivo clínico consiste en decrementar el volumen sanguíneo, el gasto cardíaco, la vasoconstricción periférica, y la secreción de renina, lo que se realiza, usualmente, a través de diuréticos.

El tratamiento de la hipertensión debe decidirse en función de los niveles de presión arterial en condiciones de reposo. Con presiones diastólicas superiores a 115 mmHg, la terapia medicamentos antihipertensiva será el tratamiento inmediato y sistemático de elección. Con niveles diastólicos inferiores se podrá combinar la terapia medicamentosa con terapia de conducta.

El problema decisional aparece, sin embargo, cuando: a) no se sigue el régimen farmacológico antihipertensivo, o b) aparecen efectos secundarios indeseados (los medicamentos son inefectivos, presentan efectos colaterales indeseados o perjudiciales) incluso cuando los niveles tensionales no son peligrosos. Debemos recordar que la hipertensión es un trastorno asintomático lo que incide en que con algunos pacientes aparezcan síntomas molestos precisamente cuando toman la medicación, lo que se traduce en conductas de inadherencia.

El tratamiento no-farmacológico complementario o sustitutivo consiste en reducciones de peso, regulaciones dietéticas, programas regulares de ejercicio e intervenciones psicológicas diversas (biofeedback de presión sanguínea sistólica y diastólica, diversas técnicas de relajación, sugestión, manipulación ambiental, terapias contra el stress, y programas estructurados de adherencia terapéutica). La terapia conductual más efectiva conlleva una combinación de técnicas de relajación y biofeedback (Patel, 1975). El biofeedback sólo, no produce un mantenimiento de las ganancias terapéuticas más allá de dos o tres sema-

nas, e incluso tampoco se ha probado que sea eficaz. Como regla general, Blanchard (1979) ha señalado que el biofeedback directo de la presión sanguínea no parece tener mucha utilidad. Con estudios controlados de biofeedback electro-miográfico frontal tampoco se ha podido demostrar su efectividad (Surwit et al., 1978; Blanchard et al., 1977). Epstein y Blanchard (1979) señalan que el entrenamiento en autocontrol fisiológico junto con un programa de automanejo de stress constituye un acercamiento ideal para el control de la respuesta fisiológica tónica. Holroyd (1979) ha sugerido también que los pacientes hipertensos pueden modificar su presión sanguínea cambiando su estilo de enfrentarse a las situaciones de stress. En general, sin embargo, existe una abundante evidencia que sugiere que la práctica regular de diversos tipos de relajación produce efectos beneficiosos en hipertensos (Silver y Blanchard, 1978; Brauer, Horlick, Nelson, Farquhar y Agram, 1979; Schwartz et al., 1979).

4.2.2. *Disrritmias cardíacas.*- Las interrupciones regulares o episódicas de las contracciones normalmente rítmicas y sincronizadas del corazón, se denominan disrritmias cardíacas, y aparecen como anomalías en el lugar de la formación de los impulsos, en la extensión de los impulsos a través del sistema de conducción o en la tasa o ritmicidad con la que el corazón late.

Las más importantes desde el punto de vista de la medicina comportamental son la taquicardia sinusal, la fibrilación atrial, las contracciones ventriculares prematuras y la taquicardia atrial paroxística. La taquicardia sinusal aparece cuando la tasa cardíaca en el nódulo sinusal oscila entre 100 y 140 latidos por minuto. Cuando la taquicardia se localiza en un foco ectópico y se caracteriza por apariciones y desapariciones bruscas (repentinas) se denomina taquicardia atrial paroxística, y con una tasa cardíaca entre 140 y 220 latidos por minuto. Otra arritmia atrial como la anterior y que aparece en la valvulopatía es la fibrilación atrial, en la que la aurícula experimenta un tipo de actividad continuo, incoordinado y en forma de onda.

Gran parte del trabajo psicológico con arritmias car-

díacas se ha realizado con taquicardías sinusales y con contracciones ventriculares prematuras (CVP) que aparecen en regiones despolarizadas. Los factores psicológicos juegan un importante papel en la aparición de las arritmias, e incluso como la investigación sobre condicionamiento clásico y operante confirma, los procesos de aprendizaje no sólo inciden en la causación de las arritmias sino que las mantienen.

El tratamiento psicológico de elección ha sido el entrenamiento en biofeedback de la tasa cardíaca sobre todo por el grupo de Engel. Este procedimiento junto con otros derivados del condicionamiento operante han logrado efectos muy esperanzadores, ya que, por ejemplo, las CVP se asocian con muerte repentina y la terapia medicamentosa disponible no suprime satisfactoriamente los denominados latidos ectópicos. No obstante, como han señalado Blanchard (1979) y Kallman y Gilmore (1981) pese a que existe una gran cantidad de investigación básica, existen muy pocas aplicaciones clínicas del control de la tasa cardíaca (un ejemplo, Labrador, 1981).

4.2.3. *Enfermedad o fenómeno de Raynaud.* - Esta enfermedad es un trastorno funcional del sistema vascular periférico. Su sintomatología consiste en vasoespamos intermitentes y bilaterales de las manos, pies y algunas veces de la cara. En estos episodios vasoconstrictivos, la exposición al frío y a stress o factores emocionales parecen desempeñar un importante papel en la precipitación o elicitación de aquella sintomatología, Graham (1955) demostró efectos vasoconstrictivos, tanto en sujetos normales como en pacientes con enfermedad de Raynaud, en situaciones de entrevista stressante, y fue capaz de aislar como componentes emocionales más responsables de los ataques, la hostilidad y la ansiedad. Durante estos ataques, el área afectada suele cambiar de color, desde un estado blanquecino, pasando por un azulado cianótico, hasta un rojo brillante. La patofisiología de este trastorno pese a no conocerse del todo, parece ser que el mecanismo de vasoconstricción periférica está esencialmente mediatizado por el tono simpático. La enfermedad de Raynaud ocurre cinco veces más en las mujeres que

en los hombres, apareciendo entre los 10 y los 30 años.

Hasta recientemente el tratamiento médico había sido profiláctico y consistía en evitar la exposición al frío y mantenerse templado. El tratamiento quirúrgico vía simpactomía parece ser efectivo en las extremidades bajas, pero en las altas los resultados no son buenos y aparecen efectos secundarios permanentes. El tratamiento medicamentoso actual tiene como objetivo decrementar la actividad adrenérgica mediante agentes que suprimen o reducen la actividad vasomotora simpática (reserpina, metildopa, guanetidina y tolazolina). Sin embargo, otra vez, el problema de los efectos secundarios indeseables aparece como muy importante: la reserpina produce depresión, conducta suicida, ganancia de peso y trastornos gastrointestinales, y la tolazolina, por poner otro ejemplo, causa taquicardia, arritmias, dolor de tipo anginoso y trastornos gastrointestinales. Puesto que los agentes anteriores trabajan reduciendo la actividad adrenérgica, es pausable que una intervención psicológica tendente a decrementar la actividad simpática produzca efectos terapéuticos positivos. El primer artículo sobre control vasomotor voluntario fue realizado en la URSS por Lisina (1958). Este autor demostró que los pacientes podían aprender a incrementar el flujo sanguíneo de sus brazos si se les permitía observar su registro pletismográfico.

El tratamiento psicológico para la enfermedad de Raynaud consiste en biofeedback de la temperatura de la piel y del volumen sanguíneo, hipnosis y relajación autógena, principalmente. Una evaluación adecuada de cualquier procedimiento para la enfermedad de Raynaud tiene que cumplir dos importantes criterios: a) una demostración de que el tratamiento es efectivo durante los meses más fríos del año, y b) que las ganancias terapéuticas se mantienen con las variaciones de estación como mínimo un año completo.

Surwit et al. (1978) y Keefe et al. (1978) han indicado que estos pacientes, entrenados con técnicas de terapia de conducta (entrenamiento autógeno y biofeedback de temperatura), tienen menos ataques vasoespásticos y consiguen controlar su temperatura de la piel. No obstante, en un estudio posterior, Keefe et al. (1979), los resultados indicaron que un año después de haber recibido el tratamiento

conductual, una muestra de estos pacientes fue incapaz de mantener la temperatura digital durante una situación experimental de desafío por stress de frío, del mismo modo que lo hicieron durante las cuatro semanas que siguieron al tratamiento. Su temperatura digital durante la situación de stress de frío fue semejante a la de los niveles de la línea base. Los autores anteriores sugieren que el factor responsable parece haber sido el abandono de las prácticas de control una vez que terminó el estudio inicial. Las conclusiones que se derivan de los estudios revistados sugieren que el entrenamiento autógeno y/o hipnosis, conjuntamente con técnicas de biofeedback, es una terapia fiable y satisfactoria, comprobado no sólo a través de indicadores subjetivos (autoinforme) de reducción sintomatológica, sino también a través de índices objetivos (flujo sanguíneo) en situaciones de stress por frío. Los pacientes muestran un 50% de reducción de síntomas después del tratamiento y un incremento de la temperatura digital de 3 a 4 grados. Finalmente, mientras que las instrucciones autógenas o sugestión parecen ser los ingredientes responsables de los primeros cambios en el tono vasomotor, el biofeedback parece incidir en el mantenimiento de los cambios alcanzados.

4.2.4. *Migraña o jaqueca.*— De las cinco clases de migrañas identificadas por el *Ad Hoc Committee on Classification of Headache* (1962), se suele clasificar a la gran mayoría de estos pacientes en migrañas clásicas y migrañas comunes (Williamson, 1981).

La migraña clásica se caracteriza por un dolor agudo (intenso) y punzante que tiene una aparición unilateral o focalizada en una cara. Las localizaciones de este dolor más frecuentes son junto a las áreas temporal, orbitaria y occipital de la cabeza. Suele durar entre 4 y 8 horas, aunque muchos pacientes tienen episodios de migraña que perduran durante varios días. La frecuencia de estos episodios suele ser de entre dos o tres veces por semana hasta una vez al año. El dolor vascular suele ir acompañado de sensaciones de náusea, vómitos, anorexia, fotofobia, estreñimiento y diarrea. El diagnóstico diferencial de la clásica se basa en la presencia de prodromos que suelen preceder

unos 10-40 minutos al dolor y que se caracteriza por luces en forma de flash, vértigo, etc.

La migraña común se diferencia de la clásica en que no presenta esta fase previa al dolor y en que el foco del dolor es bilateral, siendo la duración del dolor más persistente y duradera que la anterior. Cerca del 85% de los casos de migraña se suelen diagnosticar como común.

El dolor vascular de la jaqueca es el producto de la dilatación extrema de las arterias craneales. Su naturaleza pungente se debe a las pulsaciones hidráulicas de la sangre a través de las arterias dilatadas. Si el ataque persiste, las arterias se inflaman y se vuelven rígidas, lo que se traduce en un dolor constante.

En la bibliografía psicósomática la personalidad "migrañosa" aparece caracterizada por tendencias hipocondríacas, depresión y labilidad emocional. Estos individuos suelen ser unos perfeccionistas a ultranza, inflexibles, tensos, impulsivos, pedantes, motivados hacia el rendimiento, rígidos, extravertidos, e inhibidores de sentimientos agresivos y de ira (Huber, 1982).

La terapia medicamentosa empleada para estos pacientes se compone de sustancias (narcóticos, analgésicos, antidepresivos) que producen vasoconstricción (por ejemplo, tratamiento de ergotamina, cafeína, epinefrina). No obstante, los tratamientos médicos (abortivos, profilácticos, paliativos, o quirúrgicos) presentan serias limitaciones, con tasas de éxito parciales y con un considerable problema en cuanto a los efectos indeseables (Budzynski, 1979; Williamson, 1981; Kallman y Gilmore, 1981).

Puesto que los dolores migrañosos se deben a trastornos del flujo sanguíneo y muestran un alto grado de labilidad vascular cerebral, el entrenamiento en biofeedback parece ser una técnica apropiada, y particularmente de dos formas: en la primera se entrena con biofeedback de la temperatura digital o de la piel (ya que se refleja la cantidad de sangre en ese área) y, en la segunda, se emplea biofeedback de la amplitud del pulso en la arteria temporal (una medida del flujo sanguíneo extracraneal).

Williamson (1981) señala, finalmente, que tanto el entrenamiento en relación, el biofeedback de temperatura de la piel, el biofeedback vasomotor cefálico, como un paquete de automanejo, son técnicas efectivas para el tratamiento de la migraña, no encontrándose en los estudios comparativos realizados ninguna superioridad de alguna de ellas sobre las demás en cuanto a eficacia terapéutica.

4.2.5. *La cardiopatía isquémica.*- La angina de pecho y el infarto de miocardio constituyen los dos trastornos coronarios que consideramos aquí como más importantes. La angina de pecho presenta una sintomatología caracterizada por dolor episódico, pesadez, sensación de opresión, y sensación de agobio, localizadas normalmente en la región pectoral y que puede irradiarse al cuello, mandíbula, espalda, hombros y brazo izquierdo. Suele ocurrir durante la realización de ejercicio físico y bajo circunstancias problemáticas emocionales. Por su parte, los síntomas de la necrosis del miocardio presentan un dolor más severo y de mayor duración que en el caso del dolor angular, aunque puede tener una localización similar a la anterior con el mismo patrón de irradiación, y asociándose con náusea, fatiga, sensación de desmayo, sudoración y ansiedad. Algunas veces la única evidencia del infarto de miocardio es la muerte repentina. Se conoce que pese a que normalmente la mayoría de pacientes experimentan durante varias horas e incluso días este dolor, usualmente, retrasan la asistencia médica. Una estrategia de prevención primaria debería ser un programa educativo-formativo sobre reconocimiento de este patrón de dolor con individuos con riesgo elevado, con el objetivo de que pueda ofertarse con el mínimo tiempo asistencia médica.

La asistencia médica en el paciente con IM consiste, en primer lugar, en un reposo en cama con restricciones rigurosas de trabajo cardíaco y una continuada supervisión electrocardiográfica de las constantes vitales. Durante el período de hospitalización (aconsejable unos 20 días) se han observado reiterativamente episodios de ansiedad, depresión e irritabilidad. La intervención psicológica empieza, precisamente, en aquellos pacientes que muestran unas estrategias conductuales negativas para su proceso

rehabilitativo. Así, se sabe que la ausencia de depresión y/o ansiedad durante la hospitalización es un factor predictivo de un buen ajuste después del alta hospitalaria (lo que ha llevado a pensar en los efectos positivos de las estrategias de "minimización" de la enfermedad). Los pacientes con estrategias psicológicas inadecuadas, suelen morir durante los primeros 6 meses, y los pacientes que continúan ansiosos o deprimidos después de la hospitalización, constituyen el 20-30% de los supervivientes (Mayou, 1979).

El psicólogo deberá trabajar para que aquellos pacientes con evidente sintomatología de invalidismo crónico (dependencia excesiva y perpetuación del papel de enfermo), de minimización irrealista sobre la importancia de la enfermedad (con los intentos consecuentes de seguir viviendo como si nada hubiera sucedido) acepten realísticamente las características de la enfermedad y cooperen activamente en su proceso rehabilitativo. Este proceso rehabilitativo presenta como líneas globales más importantes, la mejoría de la capacidad física del enfermo, la vuelta e incorporación a su trabajo y relaciones interpersonales, su adaptación psicológica y conductual, la reducción del número de recaídas, y la reducción de las cifras de mortalidad (Velasco, 1978). Los componentes de estos programas están diseñados para que los pacientes postcardíacos hagan ejercicio físico regularmente, pierdan peso en su caso, cesen de fumar, modifiquen su dieta, sigan las instrucciones terapéuticas y, en definitiva, modifiquen su estilo de vida de enfrentarse ante situaciones de stress con el objetivo de ajustarse a otro más relajado y reforzante.

No queremos entrar más en detalles debido a problemas de espacio, sin embargo, queremos insistir únicamente en los programas terapéuticos con técnicas de modificación de conducta destinados a cambiar aspectos conductuales específicos del tipo A. Roskies (1979) ha presentado una estructuración muy coherente y realística sobre qué cambiar del tipo A, según se entienda este patrón: a) o como estilo de vida conductual global, b) como rasgo, y c) o como estado. A los riesgos éticos que el cambio de aquel estilo de vida implica, habría que añadir la dificultad de operacionalizar objetivamente las tarjetas de cambio, y la inconveniencia a distintos niveles, personal, familiar, económico

y social de programar una ingeniería radical que cambiara comunitariamente todo un estilo. La estrategia de intervención se focaliza, a nivel global, en una reorientación filosófica básica ante la vida (véase Friedman y Rosenman, 1974).

La conceptualización del tipo A como rasgo implica, como la anterior, el carácter estable y duradero de la conducta de riesgo coronario, pero al contrario que la anterior, el tratamiento se focaliza sobre los componentes conductuales (emocionales y fisiológicos) del individuo. El tipo A como estado implica que los factores cruciales que discriminan el tipo A del tipo B aparecen bajo determinadas circunstancias ambientales que conllevan, en el caso del tipo A, a una hiperreactividad psicológica y fisiológica. Aquí el objetivo terapéutico consistiría en reducir y controlar la frecuencia, intensidad y duración de los episodios de activación, enseñando al paciente, en función de sus estrategias disponibles, las formas más funcionalmente adecuadas para enfrentarse a aquellas situaciones.

La selección de los clientes también es un aspecto a tener en cuenta. Una intervención primaria se dirigirá a prevenir el desarrollo de este patrón (según la modalidad establecida) tanto en niños y adolescentes como en adultos que entren en situaciones de vida con riesgo elevado; la intervención secundaria estará focalizada para personas con patrón de tipo A establecido (mediante la entrevista estructurada, cuestionarios, o situaciones sociales), y que por lo tanto se encuentran en riesgo coronario (para una intervención más económica estos individuos deberán tener algunos factores de riesgo más), y, por último, la intervención terciaria se gestará para aquellos pacientes con IM y con conductas de tipo A significativas.

La obra de Suinn (1974) es modélica por cuanto que ha aportado el primer programa terapéutico conductual para la modificación directa de los componentes fisiológicos (colesterol y triglicéridos) en pacientes con IM. Inspirándonos en su obra y en las aportaciones cognitivas de Jenni y Wollersheim (1979) proponemos en base a los resultados del epígrafe 3.3., el siguiente paquete secundario y terciario: en primer lugar, una evaluación conductual adecuada,

y en función de la información suministrada la programación de técnicas terapéuticas: reevaluación y reestructuración cognitiva sobre los pensamientos relacionados con tensión y stress, y concernientes a impaciencia, sobrecarga, y expresión equilibrada de los sentimientos de ira; entrenamiento en relajación muscular progresiva, acompañado de la identificación de los enlaces funcionales de tensión; técnicas de terapia de conducta específicas para cada tarjeta de cambio, tanto cognitivo como fisiológico; planificación realística de actividades; ensayos conductuales en situaciones de vida real, y cooperación paraprofesional de terceras personas.

RESUMEN

En este trabajo se presentan algunas de las alternativas de intervención más importantes que la psicología científica oferta a la solución interdisciplinar de los trastornos cardiovasculares. La presencia de factores conductuales significativos en estos trastornos requiere soluciones terapéuticas psicológicas complementarias o alternativas a las estrictamente biomédicas. La conducta desempeña aquí un papel relevante en la etiología, mantenimiento, rehabilitación y prevención de muchas de aquellas enfermedades. Después de valorar aspectos epidemiológicos y factores de riesgo, proponemos un modelo hipotético-explicativo de cuño conductual sobre la génesis y mantenimiento de estos trastornos. Se presenta, asimismo, datos de pacientes españoles con trastornos cardiovasculares en relación a diversas escalas de stress y diversos correlatos psicológicos. Finalmente, y tras pergeñar la tarea del psicólogo como profesional clínico en el marco sanitario, revisamos las aportaciones psicológicas más recientes a la hipertensión esencial, disrritmias cardíacas, enfermedad de Raynaud, migraña y cardiopatías isquémicas, observando que idénticas técnicas psicológicas podrían aplicarse a diversos trastornos médicos.

SUMMARY

Is this work we present some of the most important alternative interventions that the scientific psychology offers to the interdisciplinary solution to the cardiovascular disorders. The presence of significative behavioral factors in this disorders require psychotherapeutical solutions complementary or alternative to the ones strictly biomedical. Behavior plays here a significant role in the ethiology, maintenance, rehabilitation and prevention of a lot of those disorders. After the valoration of the epidemiologic and risk factors we propose a hypothetical-explicative behavioral model about the genesis and maintenance of these disorders. We also present data of spaniards patients with cardiovascular problems in relation to several stress scales and psychological correlates. We sketch out the task of the psychologist as a clinical professional in the sanitary arena. We have revised the most recent psychological contributions to the essential hypertension, cardiac arrhythmias, Raynaud's disease, migraine, and coronary disorders, noticing that the same psychological techniques would be applied to different medical problems.

NOTAS

- (1) Trabajo presentado como poster en la Reunión Nacional sobre Intervención Psicológica celebrada en Murcia, marzo de 1982.

BIBLIOGRAFIA

- Ad hoc committee on classification of headache. Classification of headache, *Journal of the American Medical Association*. 1962, 179, 717-718.
- ARNEDO FENA, A.; MUÑOZ, S.; LLOPIS, A.; SEGARRA, L. y CORTINA, P.: Estudio comparativo de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en España y Valencia (1968-1975), *Medicina Española*, 1980, 79, 328-337.
- BAILE, W. y ENGEL, B.: A behavioral strategy for promoting treatment compliance following myocardial infarction, *Psychosomatic Medicine*, 1978, 40, 413-419.
- BARTROP, R.; LAZARUS, L.; LUCKHURST, E.; KILOH, L. y PENNY, R.: Depressed lymphocyte function after bereavment, *Lancet*, 1977, 1, 834-836.
- BLANCHARD, E.: Biofeedback: a selective review of clinical applications in behavioral medicine. En J. McNamara (ed.): *Behavioral approaches to medicine*, Plenum Press, 1979.
- BLANCHARD, E.: Behavioral assessment of psychophysiological disorders. En D.H. Barlow (ed.): *Behavioral assessment of adult disorders*, The Guilford Press, 1981.
- BLANCHARD, E. y AHLES, T.: Behavioral treatment of psychophysical disorders, *Behavior modification*, 1979, 4, 518-549.
- BLANCHARD, E. y MILLER, S.: Psychological treatment of cardiovascular disease, *Archives of General Psychiatry*, 1977, 34, 1.402-1.413.
- BUDZYNSKI, T.: Biofeedback strategies in headache treatment. In J. Basmajian (ed.): *Biofeedback. Principles and practice for clinicians*, Williams y Wilkins, 1979.
- CELSON, A.: *De Medicina*, Liber III, 6, cerca del año 30. Citado en C. East: *The history of heart disease*, William Dawson and Company, 1957.
- DEMBROSKI, T.: Cardiovascular reactivity in type A coronary-prone subjects. En D. Osborne, M. Gruneberg y J. Eiser (eds.): *Research in Psychology and Medicine*, Academic Press, 1979.
- DEMBROSKI, T.; WEISS, S.; SHIELDS, J.; HAYNES, S. y FEINLEIB, M.: *Coronary Prone Behavior*, Springer Verlag, 1978.
- DOHRENWEND, B. y DOHRENWEND, B.: *Stressful live events and their contexts*, Prodist, 1981.

- DORTA DELGADO, J. et al: La hipertensión arterial en la Isla de Tenerife, I. Frecuencia, *Med. Clin.*, 1979, 73, 424.
- EASTWOOD, M. y TREVELYAN, H.: Stress and coronary disease, *J. Psychosom. Res.*, 1971, 15, 289-292.
- FEURSTEIN, M. y WARD, M.: Psychological treatment of cardiac arrhythmias. En J. Ferguson y C. Taylor (eds.): *The comprehensive handbook of behavioral medicine*, vol. 1, MTP Press limited, 1980.
- FRIEDMAN, M. y ROSENMAN, R.: Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings, *JAMA*, 1959, 169, 1.286-1.296.
- FRIEDMAN, M. y ROSENMAN, R.: *Type A behavior and your heart*, Knopf, 1974.
- GLASS, D.: *Behavior patterns, stress, and coronary disease*, Lawrence Erlbaum, 1977.
- GRAHAM, D.: Cutaneous vascular reactions in Raynaud's disease and in states of hostility, anxiety and depression, *Psychosom. Med.*, 1955, 17, 200-207.
- GUILLEN LLERA, F. et al.: Hipertensión arterial en geriatría. Concepto, clasificación, frecuencia, y cifras límites, *Rev. Esp. Gerontol.*, 1976, 11, 5.
- HERD, J.: Treatment of cardiovascular disorders. En Ch. Prokop y L. Bradley (eds.): *Medical psychology. Contributions to behavioral medicine*, Academic Press, 1981.
- HOLROYD, K.: Stress, coping, and the treatment of stress-related illness. En J. McNamara (ed.): *Behavioral approaches to medicine*, Plenum Press, 1979.
- HYMOWITZ, N.: Behavioral approaches to preventing heart disease: risk factors modification, *Int. J. Ment. Health*, 1980, 1-2, 27-69.
- HUBER, H. (ed.): *Migräne*, Urban und Schwarzenberg, 1982.
- HULLEY, S. y FORTMANN, S.: Clinical trials of changing behavior to prevent cardiovascular disease. En S. Weiss, J. Herd, y B. Fox (eds.): *Perspectives on Behavioral Medicine*, Academic Press, 1981.
- JENKINS, C.: Recent evidence supporting psychologic and social risk factors for coronary disease, *The New England Journal of Medicine*, 1976, 18, 987-994, 1.033-1.038.
- JENKINS, C.: Behavioral factors in the etiology and pathogenesis of cardiovascular diseases: sudden death, hypertension, and myocardial infarction. En S. Weiss, J. Hers, y B. Fox (eds.), *Perspectives on behavioral medicine*, Academic Press, 1981.

- JENNI, M. y WOLLERSHEIM, J.: Cognitive therapy, stress management training, and the Type A behavior pattern, *Cognitive Therapy and Research*, 1979, 3, 61-73.
- JORGENSEN, R. y HOUSTON, B.: Family history of hypertension, Gender, and Cardiovascular reactivity and stereotypy, *Journal of Behavioral Medicine*, 1981, 2, 175-189.
- KALLMAN, W. y GILMORE, J.: Vascular disorders. En S. Turner, K. Calhoun y H. Adams (eds.): *Handbook of clinical behavior therapy*, John Wiley, 1981.
- KEEFE, F.; SURWIT, R. y PILON, R.: A one-year follow-up of Raynaud's patients treated with behavioral therapy techniques, *Journal of Behavioral Medicine*, 1979, 2, 385-391.
- LABRADOR, F.: Tratamiento de una taquicardia sinusal por medio de relajación feedback RPG y feedback de la tasa cardíaca, *Manuscrito*, 1981.
- LACHMAN, S.: *Psychosomatic Disorders: A behavioristic interpretation*, Wiley, 1972.
- LEVY, R. y FEINLEIB, M.: Risk factors for coronary artery disease and their management. En E. Braunwald (ed.): *Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine*, W.B. Saunders Company, 1980.
- LISINA, M.I.: The role of orientation in the transformation of involuntary into voluntary reactions. En L.G. Voronin, A.N. Leontiev, A.R. Luria, E.N. Sokolov y O.S. Vinogradova (eds.): *Orienting reflex and exploratory behavior*, Akad. Pedag. Nauk. RSFSR, Moscú, 1958 (en ruso); American Psychological Association, Washington DC, 1965 (en inglés).
- MATTHEWS, K.: Psychological perspectives on the type A behavior pattern, *Psychological Bulletin*, 1982, 2, 293-323.
- MATTHEWS, K.; GLASS, D. y ROSENMAN, R. et al.: Competitive drive, pattern A, and coronary heart disease: A further analysis of some data from the Western Collaborative Group Study, *J. Chronic. Dis.*, 1977, 30, 489-498.
- MAYOU, R.: Psychological reactions to myocardial infarction, *J.R. Coll. Phys.*, 1979, 13, 103.
- NAVARRO BORT, P.: Prevención primaria de la cardiopatía isquémica. En V. Tormo y J. Velasco (eds.): *Valoración funcional y rehabilitación de la cardiopatía isquémica*, Ed. Médica y Técnica, 1978.
- OBRIST, P.: *Cardiovascular Psychophysiology. A perspective*, Plenum Press, 1981.

- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: Investigaciones sobre hipertensión arterial, *Rev. Sanidad e Higiene Pública*, 1979, 53(11-12), 1.735 - 1.741.
- PALMBLAD, J.: Stress and immunologic competence: studies in man. En R. Ader (ed.): *Psychoneuroimmunology*, Academic Press, 1981.
- PATEL, C.: 12 -month follow-up of yoga and biofeedback with management of hypertension, *Lancet*, 1975, 1, 62-65.
- PELECHANO, V.: La personalidad en función de los parámetros de estímulo en la solución de problemas, *Tesis doctoral*, Madrid, 1972.
- PRICE, V.A.: *Type A Behavior Pattern: a model for research and practice*, Academic Press, 1982.
- RAMIREZ ROMERO, P.: Aspectos epidemiológicos de la hipertensión arterial en la región murciana, *Memoria de licenciatura*, Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia, 1982.
- REIG, A.: Medicina comportamental: desarrollo y líneas de intervención, *Análisis y Modificación de Conducta*, 1981, 14, 99-160.
- REIG, A.: Principios de medicina comportamental, *Manuscrito*, 1982.
- REIG, A. y BRENGELMANN, J.: Una escala de autoestimación global de stress y ansiedad: presentación y primeros resultados transculturales, *Manuscrito*, 1982.
- REIG, A.; BRENGELMANN, J.; GUERRA, J. y PELECHANO, V.: Un modelo dimensional-jerárquico del stress, *Manuscrito*, 1982.
- ROSKIES, E.: Evaluating improvement in the coronary-prone (type A) behavior pattern. En D. Osborne, M. Gruneberg y J. Eiser (eds.): *Research in psychology and medicine*, Academic Press, 1979.
- SCHAEFER, H. y BLOMKE, M.: *Herzkrank durch psycho-sozialen Stress*, Hüthig, 1977.
- SCHWATZ, G.; SHAPIRO, A.; REDMOND, D.; FERGUSON, D.; RAGLAND, D. y WEISS, S.: Behavioral medicine approaches to hypertension: an integrative analysis of theory and research, *J. Beh. Med.*, 1979, 4, 311-364.
- SIEGRIST, J. y HALHUBER, M. (eds.): *Myocardial infarction and psychosocial risks*, Springer, 1981.
- SHAPIRO, A.: Behavioral and environmental aspects of hypertension, *Journal of human stress*, 1978, 4, 9-17.
- SILVER, B. y BLANCHARD, E.: Biofeedback and relaxation training of psychophysiological disorders: or are the machines really necessary?, *J. Beh. Med.*, 1978, 2, 217-240.

- STEPTOE, A.: *Psychological factors in cardiovascular disorders*, Academic Press, 1981.
- SUINN, R.: Behavior therapy for cardiac patients, *Behav. Therapy*, 1974, 5, 569-571.
- SURWIT, R.; PILON, R. y FENTON, C.: Behavioral treatment of Reynaud's disease, *J. Beh. Med.*, 1978, 3, 323-336.
- VELASCO, J.: Corrección de los factores de riesgo. Programas multifactoriales. En V. Tormo y J. Velasco (eds.): *Valoración funcional y rehabilitación de la cardiopatía isquémica*, Ed. Médica y Técnica, 1978.
- WILLIAMS, R.; HANEY, T.; GENTRY, W. y KONG, Y.: Relation between hostility and arteriographically documented coronary atherosclerosis, *Psychosom. Medicine*, 1978, 40, 88.
- WILLIAMS, R.; HANEY, T. y BLUMENTHAL, J.: Psychological and physiological correlates of type A behavior pattern. En S. Weiss, J. Herd y B. Fox (eds.): *Perspectives on behavioral medicine*, Academic Press, 1981.
- WILLIAMSON, D.: Behavioral treatment of migraine and muscle-contraction headaches: outcome and theoretical explanations. En M. Hersen, R. Eisler y P. Miller (eds.): *Progress in behavior therapy*, Academic Press, 1981.
- WOOLEY, S.; BLACKWELL, B. y WINGET, C.: A learning theory model of chronic illness behavior: theory, treatment, and research, *Psychosomatic Medicine*, 1978, 5, 379-401.