

## Medicina psicosomática en enfermedad cardiovascular II\* Consideraciones sobre el tratamiento

Rafael Alarcón<sup>1</sup>, Eduardo Ramírez Vallejo<sup>2</sup>

### Resumen

*Objetivo:* brindar orientación sobre las conductas terapéuticas farmacológicas, psicoterapéuticas y otras que se deben instaurar en pacientes con enfermedad cardíaca y trastornos psicoemocionales que le preceden o son consecuencia de ella. *Método:* se exponen las consideraciones básicas del tratamiento, los fundamentos generales de las psicoterapias que deben emplearse y una breve descripción de cada una de ellas y de las técnicas que se deben instaurar en este tipo de pacientes. Se termina con las recomendaciones farmacológicas, donde se incluyen guías de formulación, riesgos de eventos adversos de psicofármacos, dosis y seguridad de los antidepresivos, ansiolíticos y moduladores del afecto. *Resultados:* se introduce a consideraciones terapéuticas generales que se deben tener presentes en el paciente con cardiopatía deprimido, ansioso o estresado. Se determinan las actividades que deben ser promovidas para un estilo de vida saludable que disminuya los riesgos de cardiopatías, depresión, ansiedad y estrés. *Conclusiones:* la consideración de tratamientos psicoterapéuticos, de diferentes modalidades, es prioritaria para disminuir los riesgos y el agravamiento de los padecimientos.

**Palabras clave:** psicoterapia, enfermedad cardíaca, trastorno mental.

**Title:** Psychosomatic Medicine in Cardiovascular Illness II.

### Abstract

*Objective:* To provide an orientation on pharmacological therapeutic conducts, psychotherapy and others which should be implemented in patients with cardiovascular disease and psychological and emotional disorders that precede or appear as a consequence of them. *Method:* This review exposes basic treatment considerations, general basis on psychotherapy with a brief description of each of them and the techniques that should be implemented in these types of patients. Pharmacological recommendations including guides for prescription, psychiatric pharmacological agents risk of adverse effects, dosage and security profile of antidepressants, anxiolytics and mood stabilizers are addressed. *Results:* This paper reviews the general therapeutical considerations that should be considered in a cardiac disease patient with depression, anxiety or stress. Lifestyle modifications and healthy habits currently recommended to decrease the risk of cardiopathy, depression, anxiety and stress are determined.

\* Esta es la continuación del artículo titulado "Medicina psicosomática en enfermedad cardiovascular I: Consideraciones clínicas", *Revista Colombiana de Psiquiatría*, año 42, vol. XXXV, Suplemento No. 1, junio de 2006, pp. 112-124.

<sup>1</sup> Médico psiquiatra, magíster en Psicogeriatría. Profesor titular de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira.

<sup>2</sup> Médico internista-cardiólogo. Profesor asistente de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Tecnológica de Pereira.

*Conclusions:* in order to reduce risks and worsening of illness a priority should be made in regards to psychotherapeutic treatments in their different modalities.

**Key words:** psychotherapy, cardiac disease, mental disorders.

## Introducción

El avance del conocimiento de la relación de las enfermedades cardiovasculares con los trastornos psicoemocionales, así como de las implicaciones farmacológicas y de los efectos secundarios indeseables, nos obliga a diseñar guías de conductas terapéuticas más racionales y con menor riesgo. Además, la relación de los fármacos para estos tipos de patologías es de doble vía: por un lado, las implicaciones sobre el estado de ánimo y comportamiento de los fármacos utilizados en cardiología; por el otro, las consecuencias sobre el sistema cardiovascular de los medicamentos utilizados en pacientes con trastornos mentales.

Es preciso que los profesionales de la salud conozcan y apliquen los principios básicos de las psicoterapias y otras opciones terapéuticas en pacientes ansiosos y deprimidos, sobre todo, en quienes los fármacos pueden estar contraindicados total o parcialmente o se amerite una terapia combinada.

El establecimiento de medidas que determinen un estilo de vida saludable como factor protector y preventivo de enfermedades cardiovascu-

lares y de trastornos mentales es de obligación en la orientación que el profesional de la salud debe instaurar en un proceso terapéutico individual y comunitario. Este artículo ofrece los principales aspectos en los campos del conocimiento mencionado, a la luz de los adelantos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos.

## Objetivos generales del tratamiento del enfermo cardiovascular con trastorno psicoemocional

Las conductas terapéuticas en pacientes con enfermedad cardíaca y problemas psicoemocionales tienen como objetivos básicos:

1. Reducir o eliminar los síntomas ansiosos y depresivos concomitantes o precipitantes de la enfermedad cardíaca.
2. Transformar la personalidad tipo A o, al menos, reducir sus manifestaciones comportamentales, que impactan en el funcionamiento cardíaco.
3. Reducir el riesgo de enfermedad cardíaca o de muerte súbita mediante el control de factores de estrés pre o postinfarto de miocardio.
4. Restaurar el funcionamiento mental y cardíaco a puntos donde se aminoren los riesgos de recaídas o de muerte.
5. Estimular conductas saludables de vida.
6. Evitar las interacciones farmacológicas que producen un mayor

riesgo de enfermedad cardíaca o trastornos depresivos y ansiosos.

Para el logro de dichos objetivos podemos instaurar un plan terapéutico que se realice en forma interdisciplinaria, donde se involucre a profesionales de cardiología, psiquiatría, psicología, de enfermería; así como a rehabilitadores cardíacos y trabajadores sociales. Como estrategias de acción terapéutica podemos diseñar un modelo de intervención que incluya:

### **Actividades que promuevan estilos de vida saludables**

La inducción al paciente para desarrollar actividades diarias que le permitan adquirir hábitos de vida con menor riesgo, debe ser prioridad. Para ello debemos realizar:

- Educación nutricional.
- Estímulo para la realización de actividades que disminuyan el sedentarismo y aumenten la realización de actividades físicas.
- Desarrollo de aficiones constructivas que permitan ejercitar el control de impulsos, la tolerancia y el manejo de los sentimientos de frustración.
- Mejoramiento de la socialización y de la integración comunitaria.
- Disminución de factores de estrés familiar, laboral y social, mediante un adecuado manejo de la dinámica de las relaciones interpersonales.
- Práctica de métodos de relajación y meditación que conduz-

can o estimulen al control de la hiperactividad simpática.

### **Tratamientos específicos**

Debemos entender las características particulares que se nos presentan en la atención de un paciente con cardiopatía, deprimido o ansioso, desde el punto de vista psicológico, fisiológico y farmacológico. Para ello debemos tener en cuenta los siguientes factores:

1. La historia clínica del paciente con cardiopatía.
2. El estado físico general.
3. Las patologías orgánicas concomitantes.
4. La patología mental coexistente.
5. Los rasgos de personalidad predominantes.
6. Los factores farmacocinéticos y farmacodinámicos.
7. Los aspectos psicoemocionales sobre su cardiopatía.
8. Sus condiciones socioeconómicas.
9. Su accesibilidad a los servicios de seguridad social.
10. La calidad asistencial ambulatoria y hospitalaria.
11. Los factores protectores familiares y sociales.
12. El diagnóstico sobre el tipo de trastorno depresivo y ansioso y sus características de presentación.
13. Los factores etiológicos (orgánicos, psicológicos y sociofamiliares) predominantes del trastorno mental concomitante.

14. El establecimiento de un plan terapéutico integral e interdisciplinario a mediano y largo plazo.
15. La relación costo-beneficio del tratamiento instaurado.

El éxito de la conducta terapéutica para pacientes con cardiopatía o riesgo de sufrirla, por su relación con trastornos depresivos, ansiosos, estrés o tipo de personalidad A, está en relación directa con el enfoque interdisciplinario del grupo profesional de salud y con el compromiso de los familiares con el tratamiento. En general, las conductas terapéuticas que se van a desarrollar son:

1. Orientación y psicoeducación al paciente y familiares.
2. Psicoterapias de orientación dinámica.
3. Terapias cognitivo-conductuales.
4. Terapias interpersonales.
5. Terapias de grupo.
6. Terapia ocupacional.
7. Terapia física y recreativa.
8. Psicofarmacología y farmacología cardiaca.
9. Terapia electroconvulsiva.
10. Otras terapias basadas en relación y meditación.

### **Orientación y psicoeducación al paciente y su familia**

En el tratamiento del paciente con cardiopatía deprimido o ansioso, o con riesgo de enfermedad cardiaca, es importante informar adecuadamente, tanto a él como a sus familiares y allegados, todo lo rela-

tivo a la clínica de la enfermedad, sus posibles causas, las alternativas terapéuticas, lo que se espera de ellas, al igual que los riesgos y las conductas que deben asumir para favorecer el reestablecimiento funcional cardiaco y mental.

La psicoeducación debe centrarse inicialmente en el reconocimiento de la depresión y la ansiedad como factores de riesgo o precipitantes de enfermedad cardiaca. Éstas (depresión y ansiedad) pueden remediarse con el tratamiento, con el objetivo de disminuir o eliminar el impacto de la negación de factores psicoemocionales relacionados con la enfermedad cardiaca o aquellos que obedecen a una debilidad de la persona y a una actitud negativa manipulatoria.

La explicación sencilla y completa del tratamiento y las posibilidades de recuperación a mediano y a largo plazo, las medidas de prevención para evitar las recaídas y los factores protectores de enfermedad cardiaca y de estilos de vida saludables deben estimularse, así como actividades de fomento de la salud en un proceso paulatino y en la medida en que el paciente con cardiopatía recupere el interés y el placer por su vida y el entorno donde existe.

### **Psicoterapias**

Es posible establecer una psicoterapia en pacientes con cardiopatía que no padezcan un deterioro cognitivo grave de tipo demencial u otra

enfermedad que afecte el funcionamiento del cerebro.

Se debe tener en cuenta que en el entendimiento de los estados emocionales y de las cogniciones debe iniciarse con el establecimiento de una buena empatía que permita una alianza terapéutica que nos conduzca a la explicación y comprensión, desde el punto de vista intelectual, racional y emotivo, de su conflictiva psíquica que interviene en el desarrollo o precipitación de la enfermedad cardiaca; para ello es preciso estar preparado para interpretar el lenguaje verbal y no verbal, eliminar nuestros temores y resistencias, explicarnos la sintomatología cardiaca en el contexto del funcionamiento psíquico, para originar posteriormente respuestas que ayuden a resolver la problemática depresiva o ansiosa.

Zeiss y Stiffen afirman, en su trabajo publicado en 1996 (1), que “las personas pueden cambiar en cualquier momento de su vida”, y ello dependerá en parte de la forma del apoyo psicoterapéutico que reciban.

En la psicoterapia de pacientes con cardiopatía, la técnica debe ser flexible, que contribuya a resolver sus conflictos, a estabilizar el afecto y el nivel cognitivo, aliviándolo de los síntomas molestos ansiosos o depresivos y permitirle el reencuentro consigo mismo basado en las gratificaciones e integración con el entorno, con un desarrollo integral de sus capacidades como ser humano y el reforzamiento de su estruc-

tura yoica, para el adecuado manejo de las situaciones conflictivas que le ocasionan tensión o estrés.

Es importante determinar estados precipitantes o contribuyentes de la enfermedad cardiaca aguda o crónica, especialmente todo aquello que considera como pérdidas (reales o imaginarias), temores de ser agredido en cualquier forma, sentimientos de estar restringido en la expresión de sus emociones y de sus necesidades psicobiológicas, sus formas de afrontamiento a situaciones de tensión que conducen a estados ansiosos o depresivos. El terapeuta debe percibir claramente cómo el enfermo cardiaco expresa su malestar, ya sea a través de la somatización, de cambios de comportamiento, así como los pensamientos acerca de su padecimiento cardiaco, y lo referente a los sentimientos de su propia muerte.

En el proceso psicoterapéutico con el paciente con enfermedad cardiaca debemos procurar una adecuada catarsis de su conflictiva, tal como la vive y la experimenta, especialmente en el campo de sus sentimientos de soledad, abandono, amor, desesperanza, y la posibilidad de morir.

La técnica debe ser más directiva, estimulando en el paciente cardiaco un desarrollo lento y progresivo de la conciencia real y objetiva acerca de sus conflictos y temores, de sus capacidades y potencialidades para poder adaptarse y resolver las tensiones que le permitan lograr

una sensación de mejor bienestar y mejoramiento de su autoestima, del cambio de patrones comportamentales y de rasgos de personalidad conflictivos. El objetivo final es reestablecer su funcionamiento físico y mental, su independencia y autonomía, así como sus actividades y relaciones interpersonales.

Algunos principios básicos que debemos tener en cuenta de las diferentes modalidades de psicoterapias en pacientes con cardiopatías son:

### **De orientación psicodinámica**

Para la realización de una psicoterapia de orientación psicodinámica en el paciente con enfermedad cardíaca deprimido, ansioso o estresado debemos partir de la evaluación de su estado de funcionamiento físico y mental, de los aspectos relevantes de su estructura de personalidad, de los rasgos más prominentes de su carácter previos a la presentación de los síntomas cardíacos (agudos o crónicos), de la identificación y análisis del uso de los mecanismos psicológicos de defensa que utiliza en forma prioritaria, al igual que el grado de tolerancia y de adaptación ante las nuevas demandas y frustraciones; además, es útil conocer las características de su entorno y la relación que establece, así como la calidad de las interacciones personales y de los factores de crisis. La actitud del paciente es esencial en el proceso psicoterapéutico.

El psicoterapeuta debe tener una actitud positiva ante el paciente con enfermedad cardíaca ansioso o deprimido que manifiesta temores sobre la posibilidad de morir o que presenta resistencias al tratamiento psicológico. La tolerancia ante las actitudes regresivas y negativas y, en ocasiones, hostiles del paciente con cardiopatía debe orientarlo a la flexibilidad en el encuadre y en la técnica en sí.

En la medida en que se produzca el restablecimiento de su capacidad psicoemocional y de su funcionalidad física, debe ser estimulado a practicar actividades que le permitan mejorar su autoestima y recuperar la confianza en sí mismo, así como las interacciones personales gratificantes, entre ellas la satisfacción sexual.

Un punto de apoyo que puede utilizar el psicoterapeuta es la familia o los allegados, por ello debe proteger los elementos básicos de la intimidad y de la autonomía del paciente, pero permitiendo el intercambio de la información con respecto a los factores de enfermedad cardíaca aguda o crónica y de los estados psicoemocionales contribuyentes o precipitantes, para intervenir el entorno y procurar la disminución del impacto de los elementos apabullantes que atentan contra el equilibrio mental.

En nuestra experiencia, y según lo fundamentado por diversos autores, las psicoterapias de orientación dinámica permiten la resolución de

conflictos intrapsíquicos y propician la integridad de la persona y el uso sano de los mecanismos de defensa, para lograr el equilibrio en las respuestas a las demandas pulsionales y del mundo externo del paciente con enfermedad cardíaca.

### **Las terapias conductuales**

El enfoque conductual colabora con diversas explicaciones sobre la presencia de los síntomas ansiosos y depresivos en pacientes que presentan enfermedades cardíacas. Conceptos como *cadena de procesos psicosociales*, que rompen con el equilibrio emocional del individuo dificultando, en la mayoría de los casos, sus interacciones personales y sociales, además, establecen un impacto negativo de las conductas punitivas o aversivas, que le impiden al individuo un reforzamiento positivo, como ocurre en las restricciones sociales. Todo conduce a un conflicto con el ambiente, que no proporciona un reforzamiento positivo de una forma más marcada.

Lewinsohn y colaboradores (2) desarrollaron un modelo integrado y plurifactorial sobre la etiología y mantenimiento de la depresión, el cual nos puede orientar en su contribución a la enfermedad cardíaca. Exponen que la depresión es la consecuencia de las transformaciones producidas por el entorno en la conducta, las emociones y las cogniciones. Mientras los factores situacionales son importantes como desencade-

nantes del proceso depresógeno, los factores cognitivos son esenciales como moderadores de los efectos del ambiente. Los autores plantean la existencia de una cadena de acontecimientos que conduce a que aparezca la depresión, la cual se inicia con perturbaciones en los patrones de conducta del individuo; de esta forma fallan las interacciones de la persona con su entorno, las cuales conducen a reacciones emocionales negativas, que refuerzan su incapacidad para tolerar y manejar el impacto de los estímulos estresantes y originan sentimientos de fracaso para satisfacer sus necesidades y controlar su entorno. Todo esto lleva al individuo a un estado emocional de disforia y a otros síntomas cognitivos, conductuales y emocionales de la depresión.

La estructura de personalidad puede modificar y colaborar con el manejo del impacto de los acontecimientos perturbadores. En 1977, Kanfer (3) expuso la hipótesis sobre la falla de la autorregulación para explicar los síntomas de la depresión, los cuales eran producto de déficit específico en la autoobservación, la autoevaluación y el autorrefuerzo, características observadas en pacientes con cardiopatías.

Rehm, en 1977 (4), propuso un modelo, más integrado, de autocontrol para la depresión que involucra aspectos cognitivos y conductuales: las personas deprimidas podrían caracterizarse por uno o más déficits del autocontrol de sus conductas, y esto las lleva a plantearse pa-

trones poco realistas, perfeccionistas y globales, por lo cual disminuyen la probabilidad de satisfacción. Como consecuencia lógica, no son capaces de alcanzar sus objetivos, lo que genera evaluación negativa y sobregeneralizada. El resultado final es la incapacidad para mantener conductas adaptativas, una visión inadecuada sobre su entorno y una denigración de sí mismo.

El objetivo del tratamiento conductual del paciente con enfermedad cardíaca con síntomas depresivos o ansiosos es el aumento del refuerzo positivo para permitir un afrontamiento realista de las situaciones estresantes. Para ello se plantean en la terapia metas alcanzables, mediante la estimulación y desarrollo de habilidades que le permitan cubrir el déficit de éstas y disminuir el impacto de los acontecimientos desagradables. Algunos autores proponen una combinación con la terapia cognitiva de Beck. Las técnicas conductuales incluyen:

1. Intervenir en el entorno del paciente, para disminuir el impacto de los acontecimientos estresantes y estimular su mejor manejo.
2. Reforzar habilidades para el cambio:
  - Conocimiento de uno mismo, mediante la determinación del lenguaje y comportamientos negativos u obsesionistas aprendidos durante la vida.
  - Identificación de los conflictos, sus causas y consecuencias.
  - Estimulación de actitudes de cambio, mediante el desarrollo de habilidades sociales, aserción y el descubrimiento de potencialidades positivas.
  - Desarrollo de un estilo de expresión no conflictivo, sin desvalorizarse ni de confrontación negativa con su entorno.
  - Realización de actividades grupales participativas con un enfoque positivo, a pesar de las contingencias que se le presenten.
  - Establecimiento de metas realistas y alcanzables, en un proceso gradual.
  - Planificación de actividades en el tiempo y control.
3. Usar métodos de evaluación personal: involucrar una autocrítica realista, eliminando la desvalorización y la sensación de fracaso o impotencia; evaluar el progreso del cambio desde una perspectiva positiva, y permitirse gratificaciones por los logros y los esfuerzos que realiza.
4. Aprender a utilizar un método de manejo del estrés cognitivo-conductual (método de Rafael Alarcón y Uriel Escobar) (5) y técnicas de relajación.

### **Terapias cognitivas**

Las teorías cognitivas basan su intervención en los estados depresivos en un modelo de diátesis-estrés, donde los acontecimientos vitales, los pensamientos, así como los afec-



tos y comportamientos subsecuentes se relacionan íntimamente y se influyen de manera recíproca, con un sistema de retroalimentación en el que todo procesamiento de información tiene injerencia y es influenciado por la motivación, que a su vez regula los comportamientos.

Este enfoque brinda importancia a las primeras experiencias del ser humano, mediante las que crea sus propios esquemas. Estos los refuerza o elimina de acuerdo con las relaciones con el entorno, que lo confrontan con sus cogniciones primarias.

La construcción de esquemas con creencias básicas, juicios y prejuicios determina los estados de ánimo y los comportamientos, además de constituir las cogniciones profundas, que manejará para sus relaciones con el mundo y la solución o fracaso de las situaciones que se le presenten en la vida. Los esquemas que va construyendo se organizan en forma de conocimiento, el cual se prioriza para poder controlar las emociones y producir conductas más adaptativas.

En los deprimidos, sus cogniciones están distorsionadas; en muchas ocasiones no corresponden a la lógica, por lo cual se produce una constante obstrucción a nuevas cogniciones para generar procesos de cambio que le permitan una situación más adaptativa y un afrontamiento más sano a la crisis. La consecuencia es un individuo vulnerable que termina en estado depresivo.

La vulnerabilidad puede depender de dos factores básicos (6): el

primero está basado en esquemas falsos o pobres, inmaduros, contruidos durante la vida, pero con cogniciones estrechas que a su vez están influidas por limitaciones en sus experiencias, es decir, la relación entre el mundo cognitivo y el mundo externo se refuerzan negativamente. En el segundo pueden existir situaciones de gran carga afectiva, que desequilibren los esquemas lógicos y adaptativos que se han construido, originando una cascada de cogniciones erróneas y de sentimientos negativos, como los estados depresivos, los que a su vez producen una incapacidad para ampliar la perspectiva de solución, intensificando la disminución de la autoestima y el sentimiento de impotencia.

En los deprimidos con enfermedad cardíaca puede producirse una secuencia de errores cognitivos, que refuerzan los procesos maladaptativos, por lo cual en la terapia es preciso intervenir en (7-9):

- La inferencia arbitraria: pensamientos erróneos que no están de acuerdo con la evidencia objetiva, y sobre los cuales fundamenta sus opiniones y acciones.
- La personalización: ocurre cuando se evalúan en forma distorsionada las situaciones, como el asumir la culpa total y única del fracaso o la imposibilidad de logros mayores, sin evaluar otras circunstancias intervinientes.
- La abstracción selectiva: en el deprimido las cogniciones siem-

pre son negativas sobre sí mismo y su entorno, en el pasado, presente y futuro, y no acepta otros planteamientos, pues está centrado en sus esquemas.

- La sobregeneralización: el deprimido utiliza esquemas limitados y particulares que le sirvieron a una situación específica, y las aplica a todas las circunstancias, como si fueran similares.
- La magnificación y minimización: ocurre cuando el deprimido magnifica las circunstancias y los sentimientos inherentes a ellas de forma negativa y, a la vez, no le da ninguna importancia a los hechos y experiencias positivos.
- El pensamiento dicotómico: del todo o nada, donde preferiblemente se apega a los elementos negativos.
- El razonamiento emocional negativo: se refiere a la suposición de que sus emociones negativas reflejan necesariamente la forma como son las cosas.
- La descalificación de lo positivo: es la actitud de descalificación constante de todas de las experiencias positivas, de no darle ninguna importancia y, por el contrario, ejercer un obstruccionismo permanente.
- Las afirmaciones de “debería” y “debes”: asumiendo que le corresponde un compromiso y una responsabilidad; por lo tanto, si no los actúa con interés y motivación, el incumplimiento podría

originarle un tipo castigo. Tanto cuando aplica el “debes” y el “debería” para sí como a los otros y no los realiza, se origina una cascada de sentimientos de frustración, ira, culpa, resentimiento y tristeza.

- La exteriorización de la propia valía: apropia su valor como persona referente a las opiniones de las otras personas sobre él, sin crítica y sin análisis de las circunstancias.
- Las ideas perfeccionistas: por consiguiente, los actos compulsivos, desgastantes y, en ocasiones, infructíferos generan sentimientos de malestar y de autorreproches, o de comparación negativa con las acciones y logros de otros. Creer que debe controlar todos los aspectos de su vida y la de los demás, de su entorno, sin permitir ni permitirse el cuestionamiento y la validez de sus pensamientos y actuaciones.
- La etiquetación: manejar esquemas negativos constantes sobre su personalidad, sus habilidades y potencialidades. Esto produce una gran resistencia al cambio y a la asunción de nuevos esquemas que le permitan generar respuestas más adaptativas y gratificantes.

Otros elementos básicos en la terapia cognitiva en pacientes con cardiopatía y deprimidos, los constituyen los *pensamientos automáticos* (cogniciones superficiales), que

son transitorias, inestables y específicas a la situación crítica que enfrenta la persona. Son pensamientos espontáneos, sin control consciente, aceptados como válidos. La característica es que los pensamientos automáticos negativos se instalan en los esquemas del pensamiento, por lo cual siempre se repiten ante situaciones que el individuo aduce como similares y que experimenta como sentimientos generalmente negativos.

Aaron Beck (10), en su ya clásico modelo de la depresión, propone trabajar en la tríada cognitiva del paciente: la visión negativa que tiene sobre sí mismo, la evaluación negativa sobre sus experiencias y las expectativas pesimistas sobre su futuro y la realidad de su entorno. En la valoración cognitiva del paciente con enfermedad cardíaca deprimido, ansioso o estresado debemos considerar lo siguiente:

- Identificación de los síntomas relevantes de su malestar emocional, depresivo, de las conductas y pensamientos que lo acompañan.
- La valoración de su estado funcional físico y mental, y de las habilidades sociales.
- Rasgos predominantes de su personalidad, grado de educación y nivel de cultura.
- Características y experiencias de sus modelos de resolución de conflictos y de situaciones estresantes.
- Expectativas y situaciones gratificantes que él pueda intuir o que su entorno le pueda ofrecer.
- Identificación los aspectos relevantes de su expresión verbal y preverbal, especialmente de índole negativa, pesimista, autodesvalorización y autocompación.
- Reforzadores negativos externos, como familiares y allegados, que influyen e intensifican su malestar.
- Identificación de las situaciones reales o posibles de conflictos que pudieran generar el desequilibrio emocional y la aplicación de esquemas cognitivos desadaptativos y frustrantes.

En nuestra experiencia, la técnica de la terapia cognitiva aplicada a pacientes con enfermedad cardíaca deprimidos o ansiosos ha contemplado:

- Estimular la empatía, para hacer que se sienta comprendido y ayudado.
- Planear intervenciones a corto plazo.
- Programar sesiones cortas, precisas y centradas en los puntos del conflicto.
- Inducir al paciente a una actitud más colaborativa y participativa en el proceso.
- Definir en forma precisa las metas y objetivos de la terapia, tanto con el paciente como con sus allegados. Explicar claramente que el tratamiento pretende estimular la adquisición de habilidades y cogniciones

que le permitan mejores recursos adaptativos y, por consiguiente, menos sufrimiento emocional, más que pretender brindar modelos de curación.

- Lograr que el terapeuta cognitivo sea activo y directivo. Se debe evitar la pasividad, la agresividad y las interpretaciones ambivalentes fuera del contexto.
- Propiciar que el terapeuta ejerza una función psicoeducativa, enseñándole un nuevo sistema para reevaluar esquemas cognitivos que le permitan el desarrollo de sus habilidades y mejorar las respuestas conductuales.
- Fomentar en el terapeuta el análisis, la discusión y la conclusión de todo lo referente a las situaciones de crisis que vive el paciente, incluyendo las escalas de valores, las creencias y los pensamientos que maneje, para que señale el malestar psicoemocional y las respuestas maladaptativas que le producen.
- Al final de cada sesión, realizar con el paciente un recuento de lo tratado, de lo comprendido y brindarle un espacio para la reflexión y los cuestionamientos.
- Generalmente, dejarle al individuo una serie de tareas cortas, comprensibles y realizables en su entorno, con el fin de estimular el desarrollo de sus habilidades y potencialidades, esto a fin de mejorar la confianza en sí mismo y de lograr un cambio de esquemas cognitivos. Para ello

se pueden utilizar diferentes instrumentos que van desde las anotaciones en forma sencilla hasta el uso de hojas diseñadas de control de tareas, teniendo cuidado de que ello no sea utilizado por el paciente anciano deprimido como un medio para reforzar sus esquemas cognitivos negativos y sus sentimientos de incapacidad o inutilidad.

### **La terapia interpersonal**

En los últimos años se ha aplicado la técnica de la psicoterapia interpersonal en pacientes con enfermedad cardíaca con trastornos depresivos y ansiosos, con el fin de ayudarles a comprender y resolver los conflictos con su medio familiar, conyugal, grupal y social.

Busca establecer un modelo de adaptación con su entorno partiendo del conocimiento de los rasgos característicos de su personalidad, de los modelos de sus relaciones y de las formas de comunicación que emplea. Estimula al paciente para que reconozca sentimientos y pensamientos originados en sus relaciones interpersonales y en los problemas cotidianos de su vida, con el fin de que desarrolle tolerancia y nuevas formas de integración interpersonal, y de este modo eliminar la cascada psicoemocional que conduce a la depresión.

En la terapia interpersonal se parte de los conflictos actuales que ocasionan el sentimiento depresivo

o ansioso en pacientes con cardiopatía y del manejo personal que hace de ellos, especialmente en aspectos que están relacionados con las personas de su entorno. El terapeuta asume una posición directiva y facilitadora, revisando y aclarando con el paciente puntos de su conflictiva y, a la vez, estimulándolo a explorar nuevos patrones de comunicación y resolución de problemas. Además, induce al paciente cardiaco a establecer nuevas relaciones para disminuir o evitar su aislamiento y sus sentimientos de soledad y desesperanza (11).

### **La psicoterapia de grupo**

La práctica de una terapia grupal en pacientes con falla cardiaca, en cualquiera de las orientaciones psicoterapéuticas, exige un conocimiento completo de los elementos teóricos que la fundamenta y cierto grado de experiencia en el manejo de grupos de pacientes con psicopatología, especialmente depresiva y ansiosa.

Se debe procurar no precipitar mayores sentimientos de frustración y desesperanza, conductas de aislamiento y rechazo. En la práctica clínica debemos orientar el afloramiento de conflictos, los fenómenos de transferencia y contratransferencia y la utilización de los mecanismos de defensa.

La psicoterapia en grupo de pacientes con cardiopatía deprimidos o ansiosos debe favorecer el intercambio

de experiencias, la socialización, la confrontación de actitudes de cambio, el desarrollo de potencialidades y habilidades, una mejor aceptación como ser individual y social, así como el mejoramiento de la confianza, la autoestima y la recuperación del sentimiento de valía y dignidad.

Debe permitirle la oportunidad de catarsis de sus sentimientos, negativos y positivos; de asumir la responsabilidad de su recuperación basada en la adquisición de sentimientos y cogniciones más sanos y coherentes, menos conflictivos, con la realidad que le toca vivir.

El objetivo básico de una psicoterapia de grupo con pacientes con cardiopatía es contribuir, a través del grupo, a confrontar su realidad actual, orientándolo al conocimiento y análisis de sus pensamientos y emociones negativas. Se busca transformarlos en posiciones mentales positivas y reforzar las estructuras internas de su personalidad, que le permitan al individuo llegar a soluciones sanas y gratificantes de sus conflictos y un afrontamiento de sus temores, especialmente sobre su padecimientos cardiacos y psicoemocionales, como de los sentimientos sobre la muerte.

### **Las terapias ocupacional y física**

En el enfoque interdisciplinario del tratamiento del paciente con cardiopatía deprimido o ansioso se han utilizado las terapias ocupacionales,

recreativas y físicas como medios en los procesos de integración yoica, mejoramiento de la autoestima, disminución del temor a morir, sentido de utilidad e integración social. Ayuda a la rehabilitación y estimulación de sus funciones físicas y mentales tendientes a que el paciente recupere su autonomía, para así disminuir su dependencia y su actitud de discapacidad o invalidez.

### **Tratamientos farmacológicos**

La elección de un psicofármaco antidepresivo o ansiolítico para ser utilizado en pacientes con cardiopatía depende del mayor beneficio posible y el menor riesgo secundario. Proponemos las siguientes pautas:

1. La precisión diagnóstica del tipo de trastorno depresivo o ansioso.
2. La gravedad de la sintomatología cardiaca, su impacto cognitivo y conductual.
3. Las implicaciones en el sueño y en los procesos neurovegetativos.
4. La comorbilidad orgánica y mental presente.
5. Las respuestas del paciente con cardiopatía a los tratamientos farmacológicos en episodios depresivos o ansiosos anteriores.
6. Conocer el perfil terapéutico de los medicamentos.
7. La aparición de efectos secundarios indeseables por los fármacos utilizados.
8. El tiempo de respuesta terapéutica, las dosis y vías de administración.
9. Las características de presentación del medicamento que faciliten su consumo por el paciente cardíaco deprimido o ansioso.
10. La interacción con otros medicamentos.
11. El apoyo familiar y la supervisión del cumplimiento del consumo del medicamento.
12. Los costos/beneficios del medicamento.

Debemos tener presente el metabolismo hepático de los antidepresivos y ansiolíticos por las alteraciones en los procesos metabólicos, especialmente de conjugación y desmetilación propios de estos medicamentos. El metabolismo hepático es controlado por las isoenzimas del citocromo P450 (CYP1A2, CYP2C19/9, CYP2D6, CYP3A4) y en su interacción con los medicamentos puede ocasionar una metabolización más lenta y acumulativa con posibles efectos adversos o tóxicos o, por el contrario, ser más rápida con la consiguiente disminución del efecto terapéutico. Además, se puede generar metabolitos inactivos o activos con efectos terapéuticos o adversos, dosis/dependiente o tiempo/dependiente, lo cual debe ser del dominio del médico.

Vigilar los efectos secundarios sobre el funcionamiento cardíaco producido por los antidepresivos, especialmente cuando prolongan el intervalo QTc del ECG, la conducción cardíaca o contribuyen a la presentación de arritmias (taquicardia ventricular, polimorfa variedad torsades de

pointes, fibrilación ventricular) con el riesgo de precipitar una muerte súbita. En estos casos es preciso vigilar la presencia de bradicardia, alternancia de la T, hipopotasiemia, hipomagnesemia, inhibidores del sistema P450, hipertrofia ventricular, diuréticos y digitálicos, insuficiencia cardiaca congestiva y polimorfismos de canales iónicos (12).

En pacientes con falla cardiaca y especialmente mayores de 55 años se debe considerar el rango del intervalo QTc del ECG de la siguiente manera (13):

- Rango normal: 390-460 msgs.
- QTc prolongado: 500 msgs en hombres y >550 msgs en mujeres.

El potencial pro arrítmico de un medicamento (grados de pro-

longación del QTc) se puede determinar así (13): insignificante (<30 msgs), probable (30-60 msgs) y muy posible (>60 msgs o QTc >500 msgs).

*Psicotrópicos que prolongan el intervalo QTc:* la prolongación del intervalo QTc está frecuentemente relacionada con la dosis. El efecto se produce cuando estos medicamentos bloquean los canales del potasio. Los medicamentos que se metabolizan por la vía CYP3A4 pueden aumentar el riesgo de prolongar el intervalo QTc. Entre ellos tenemos: amitriptilina, imipramina, citalopram, litio, tioridazina, trifluoperazina y ziprasidona. En la Tabla 1 se señalan los principales efectos cardiovasculares de los antidepresivos (14).

Tabla 1. Antidepresivos y efectos cardiovasculares

AD	Dosis	HO	T	C. EKG	A
Amitriptilina	75-300	++	++	+	+
Clomipramina	75-300	++	++	++	++
Imipramina	75-300	+++	++	++	+
Trazodone	150-600	++	+	+	+
Fluoxetina	10-80	++	-	+	+
Sertralina	50-200	++	-	+	+
Paroxetina	10-50	++	+	+	+
Venlafaxina	75-225	++	+	+	+
Fluvoxamina	50-300	+	+	-	+
Escitalopram	10-20	+	+	+	+
Mirtazapina	15-30	++	+	+	+
Bupropión	150-300	+	+	+	+

HO: hipotensión ortostática; T: taquicardia; C. EKG: cambios electrocardiográficos; A: arritmias. Modificado de *Clinical Handbook of Psychotropic Drugs*, 1996.

El suministro de un antidepresivo o un ansiolítico en pacientes con cardiopatía debe iniciarse en dosis bajas e ir las aumentando progresivamente cada cuatro o cinco días, hasta llegar a una dosis terapéutica de mantenimiento.

Los ansiolíticos y la buspirona son efectivos y seguros en pacientes con falla cardiaca, debido a que reducen el tono vagal y las manifestaciones neurosimpáticas de la ansiedad y el estrés, especialmente la frecuencia cardiaca y ayudan al control de la presión sanguínea sistólica. En pacientes con trastorno afectivo bipolar (TAB), que deben recibir estabilizadores del humor, es necesario considerar lo siguiente:

- El litio puede causar disfunción del nódulo sinusal, lo cual es reversible cuando se discontinúa. También es posible bloqueo auriculoventricular y un aumento de la arritmia ventricular, bradiarritmias, taquicardia ventricular o fibrilación (15). Estos efectos de litio pueden ser dosis-dependientes y disminuyen al

reducir la cantidad diaria de litio. Se debe tener precaución en pacientes que consumen diuréticos, tienen dietas con sal restringidas, con falla renal, en desequilibrio hidroelectrolítico y que usan medicamentos inhibitorios de enzimas convertidores de angiotensina.

- La carbamacepina puede potenciar los efectos antiarrítmicos de los antidepresivos tricíclicos, por lo cual se debe utilizar con precaución en pacientes con falla cardiaca.
- Tanto la lamotrigina como el ácido valproico no han demostrado efectos cardiovasculares que limiten su utilización en pacientes con TAB y falla cardiaca.
- Los objetivos fundamentales del tratamiento con medicamentos antidepresivos o ansiolíticos en pacientes con cardiopatía están registrados en el Cuadro 1, mientras que en el Cuadro 2 están las pautas para el suministro de antidepresivos o ansiolíticos.

*Cuadro 1. Objetivos básicos del tratamiento farmacológico antidepresivo o ansiolítico en pacientes con cardiopatía*

- Mejorar su estado de ánimo y sus actitudes comportamentales.
- Disminuir la intensidad de su depresión o la ansiedad.
- Evitar la frecuencia de recaídas en otros episodios depresivos o ansiosos.
- Recuperar su funcionamiento físico, mental y social.
- Evitar la amplificación de la sintomatología cardiaca.
- Prevenir o disminuir el riesgo de suicidio y de otras conductas agresivas.
- Restablecer la dignidad, la autonomía y la calidad de vida.
- Disminuir el impacto de su enfermedad.



*Cuadro 2. Pautas para el suministro de medicamentos antidepresivos o ansiolíticos en pacientes con cardiopatía*

1. Utilizar, en lo posible, el medicamento adecuado para el tipo de trastorno antidepresivo o ansioso.
2. Revisar que tenga pocos o ningún efecto adverso, especialmente anticolinérgicos y extrapiramidales.
3. Vigilar que no altere o deteriore las funciones cognitivas o el estado de conciencia.
4. Confirmar que haya escasas interacciones con otros fármacos para patologías orgánicas o mentales concomitantes.
5. No producir alteraciones o riesgos especialmente sobre los sistemas cardiovascular, renal, hepático y neurológico.
6. Evitar el incremento de la polifarmacia.
7. No sobredosificar o subdosificar al paciente.
8. Esperar el tiempo recomendado de latencia de cada medicamento y el de estabilización terapéutica antes de decidir el cambio de medicación.
9. Empezar con dosis bajas de medicamentos e ir incrementando lentamente, hasta encontrar la dosis terapéutica de cada paciente.
10. No retirar tempranamente el antidepresivo: se recomienda, en general, que el suministro del medicamento sea entre 6 a 9 meses, así se evitará las recaídas y la intensidad de los síntomas depresivos de los nuevos episodios.
11. Recomendar que se evite el uso o abuso de alcohol o de otros psicotóxicos por parte del paciente con falla cardíaca.

### **Terapia electroconvulsiva**

La aplicación de terapia electroconvulsiva en pacientes con cardiopatía y depresión refractaria ha sido controversial; sin embargo, no se recomienda su uso en las doce semanas siguientes al infarto de miocardio. Es contraindicación relativa en pacientes con arritmia cardíaca y no se debe aplicar en pacientes con riesgo de fibrilación ventricular.

### **Conclusiones**

La orientación terapéutica interdisciplinaria se impone en estos pacientes con enfermedad cardíaca y trastornos mentales concomitan-

tes. La consideración de tratamientos psicoterapéuticos, de diferentes modalidades, es prioritaria en la disminución de los riesgos y agravamiento de los padecimientos. Es un imperativo de la terapia el estímulo de comportamientos que coadyuden a mejorar la calidad de vida y los factores protectores pasan. El uso de modernos psicofármacos con menor impacto adverso en la función cardíaca, de mayor seguridad y eficacia debe inducirnos a un replanteamiento de nuestra formulación.

Es necesario realizar investigaciones en nuestro medio que nos acerquen a las características propias del comportamiento biológico y psicoemocional de pacientes con

cardiopatías deprimidas, ansiosas o estresadas, y del control de las variables socioculturales que influyen en nuestro estilo de vida, ya sea como factores de riesgo o protectores.

### Referencias

1. Zeiss AM, Steffen A. Behavioral and cognitive-behavioral treatments: an overview of social learning. In: Zarit SH, Knight BG. A guide to psychotherapy and aging: effective clinical interventions in a life-stage context. Washington: American Psychological Association; 1996. p. 423-50.
2. Lewinsohn PM, Hoberman H, Teri L, Hautzinger M. An integrative theory of depression. In: Reiss S, Bootzin R. Theoretical issues in behavior therapy. New York: New York Academic; 1985.
3. Kanfer FH. The many faces of self-control, or behavior modification changes its focus. In: Stuart RB. Behavior self-management. New York: Brunner-Mazel; 1977.
4. Rehm LP. A self-control model of depression. Behavior Therapy. 1977;8: 787-804.
5. Alarcón R, Escobar U. Estrés y desarrollo humano. Pereira: Fondo Editorial de Risaralda; 1997.
6. Thompson LW, Galleary D, Nies G, Epstein D. In: Caballo VE. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. 1. Madrid: Siglo XXI; 1997.
7. Caballo VE. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. 1. Madrid: Siglo XXI; 1997.
8. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: a practical guide. Oxford: Oxford University Press; 1998.
9. Navia VA y Bas FR. Tratamiento de la depresión. En: Montorio I, Izal M, editors. Intervención psicológica en la vejez: aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud. Madrid: Síntesis; 2002.
10. Beck AT, Rush JA, Shaw BF, Emery G. Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao, Desclee de Brouwer; 1983.
11. Weissman M, Markowitz J, Klerman G. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. New York: Basic Books; 2000.
12. Arango SD, Paniagua CA. QT, Drogas y muerte. Tópicos en Medicina. 2001 May; 1.
13. Ramírez E. Síndrome de QT prolongado. Acta Médica Colombiana. 1993;18: 221-4.
14. Jacobson SA, Pies RW, Greenblatt DJ. Handbook of geriatric psychopharmacology. Washington: American Psychiatric Publishing; 2002.
15. DasGupta K, Jefferson JW. The use of lithium in the medically ill. Gen Hosp Psychiatry. 1990;12:83-97.

*Recibido para evaluación:* 3 de abril de 2006

*Aceptado para publicación:* 26 de agosto de 2006

Correspondencia

Rafael Alarcón

Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad Tecnológica de Pereira

La Julita, Pereira, Colombia

alarcon@telesat.com.co