

# Reflexión de una médica rehabilitadora desde la Medicina Psicosomática en un programa de rehabilitación cardíaca

## *A rehabilitation doctor's reflection from Psychosomatic Medicine in a cardiac rehabilitation program*

**M<sup>a</sup> Consuelo Tudela Salom**

Médica Especialista en Medicina Física y Rehabilitación  
Experta en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud

### **Resumen**

En este trabajo se realiza una reflexión personal como médico rehabilitadora acerca de la visión psicosomática en los pacientes que participan en un programa de rehabilitación cardíaca. Los cambios en el enfoque durante la visita médica hacia una medicina más humanizada sin perder de vista los aspectos científicos, permiten descubrir e hilar una vida que los ha llevado a desarrollar la cardiopatía isquémica, y a partir de ahí poder iniciar los cambios necesarios para su prevención global. Mejorar nuestro conocimiento en el ámbito de las emociones permite contemplar en la anamnesis estos determinantes y ampliar con sentido nuestro enfoque terapéutico.

*Palabras clave: cardiopatía isquémica, infarto de miocardio, emociones, rehabilitación cardíaca*

### **Abstract**

In this work, a personal reflection is carried out as a rehabilitation doctor about the psychosomatic vision in patients who participate in a cardiac rehabilitation program. The changes in the approach during the medical visit towards a more humanized medicine without losing sight of the scientific aspects, allow us to discover and spin a life that has led them to develop ischemic heart disease, and from there to be able to initiate the necessary changes for its prevention. global. Improving our knowledge in the field of emotions allows us to contemplate these determinants in the anamnesis and broaden our therapeutic approach in a meaningful way.

*Keywords: ischemic heart disease, myocardial infarction, emotions, cardiac rehabilitation*

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Uno de los más grandes descubrimientos científicos de todos los tiempos fue el descubrimiento de la "Circulación de la Sangre", realizado por el doctor William Harvey quién presentó su revolucionario descubrimiento de que la sangre circulaba bombeada por el corazón, por primera vez, el 17 de abril de 1616 a los miembros del Royal College of Physicians (Londres, Inglaterra), anulando la teoría de Galeno que se había sostenido casi durante 1500 años, la cual postulaba que la sangre se generaba ininterrumpidamente en el hígado tras el consumo de los alimentos (Zalaquett, 2016).

Es importante también hacer referencia a los precursores históricos de diversas manifestaciones de la cardiopatía isquémica: Horemkenesi, de la muerte súbita, Leonardo Da Vinci, de la obstrucción coronaria y Alexander Borodin, del depósito cardiaco de colesterol (Montes-Santiago, 2007).

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son un conjunto de trastornos que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos, que incluyen cardiopatías coronarias, enfermedades cerebrovasculares y cardiopatías reumáticas. Más de cuatro de cada cinco defunciones por enfermedades cardiovasculares se deben a cardiopatías coronarias y accidentes cerebrovasculares, y una tercera parte de esas defunciones ocurren prematuramente en personas menores de 70 años (OMS, 2019). Además, representan una de las principales causas de carga de enfermedad en el ámbito internacional y, por supuesto, también en España. Afectan a todas las etapas de la vida y se pueden prevenir, en gran medida, a través de la promoción de estilos de vida y entornos saludables, así como a través de medidas específicas de prevención.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares (ECV) son uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, siendo la primera causa de mortalidad, al ocasionar 17,9 millones de muertes al año. Estudios afirman que cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa de muerte (Vega, et al. 2015).

Según la World Heart Federation (HWF) las enfermedades cardiovasculares causan 17,9 millones de muertes anuales en todo el mundo, siendo la cardiopatía isquémica (CI), también conocida como enfermedad de las arterias coronarias (CAD) y enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ACD), una de las principales causas.

En el año 2019, la prevalencia de enfermedades cardiovasculares (ECV) en España afectaba al 9,8 % de la población, de los cuales el 52,6 % eran mujeres y el 47,4 % eran hombres, siendo la incidencia anual de 1 caso cada 100 personas (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021). Para el mismo año, las ECV fueron la causa de defunción del 37,4 % de la población de la Unión Europea, lo que supuso más de 2 millones de muertes. En España, constituyeron la primera causa de muerte, con un 27,9 % del total (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021).

Los factores de riesgo cardiovasculares están relacionados con los signos biológicos y los estilos de vida adquiridos que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes con una ECV en relación con la población general (Sans, 2006). Las ECV tiene un origen multifactorial, incluso, personas asintomáticas corren peligro si presentan dos o más factores de riesgo. Los factores de riesgo

cardiovasculares (FRCV) se dividen en innatos o no modificables, que son aquellos imposibles de cambiar, como la edad, el sexo y los antecedentes familiares. Los adquiridos o modificables, son los susceptibles al cambio, bien sea mejorando el estilo de vida o con terapia farmacológica, ejemplo: hipercolesterolemia, tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial, obesidad y sedentarismo (Vega et al., 2011; Rubistein et al., 2010). Pueden clasificarse como metabólicos (Wikins et al., 2017)), relacionados con el estilo de vida y relacionados con las condiciones de vida o determinantes sociales de la salud.

Se ha observado que la actuación sobre los principales FRCV puede impedir tres de cada cuatro ECV y prevenir la aparición de nuevos episodios tras haber sufrido algún evento agudo cardiovascular (Conserjería de Sanidad de la Junta de Extremadura, 2017). Pese a la existencia de dicha evidencia, la prevalencia de FRCV metabólicos (diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia u obesidad, entre otros) está aumentando en España, debido a múltiples factores, como el envejecimiento poblacional (National Institute on Aging, 2018), convirtiéndose la edad en el determinante más importante de la morbimortalidad por ECV, sobre todo, a partir de los 75 años (Norrving et al., 2018; Soriano et al., 2018).

La exposición a situaciones estresantes derivadas de la vida laboral y de otras exigencias que el entorno social y familiar imponen, o las desigualdades sociales dan lugar, con frecuencia, a aumentos en el nivel de estrés de algunas personas, lo que se asocia a una mayor probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares y, a su vez, favorecen conductas adictivas o poco saludables como el tabaquismo, consumo de alcohol o sedentarismo, que constituyen factores de riesgo cardiovasculares, siendo el tabaquismo la principal causa de morbimortalidad cardiovascular prematura (Sans, 2006), representando en España el 12,9% de la mortalidad total en 2017 (Rey et al., 2020).

El bienestar, entendido como un conjunto de emociones positivas, optimismo y satisfacción con la propia vida se ha sugerido como un potencial factor de salud cardiovascular y longevidad (Sin, 2016) y aunque su definición precisa aún un desarrollo metodológico más amplio debe ser evaluado por sus importantes implicaciones en salud cardiovascular y general (Steptoe, Deaton & Stone, 2015). Países como Canadá han establecido sistemas de vigilancia de bienestar, donde agregan una serie de variables sociales, económicas, de estructura sanitaria y clínicas en indicadores de bienestar, desde un abordaje con un enfoque integral de la salud (Canadian Index of Wellbeing and University of Waterloo, 2016).

La American Heart Association (AHA) ha identificado 7 factores de riesgo (Life's Simple 7) que si se mantienen en valores estables y controlados mediante la adopción de estilos de vida saludable contribuyen a alcanzar una óptima salud cardiovascular. Estas métricas y los valores deseados son: no fumar, índice de masa corporal IMC en rango normal, actividad física adecuada, dieta equilibrada, colesterol total <200mg/dL, presión sanguínea <120/80 mm Hg y glucemia en ayunas <100 mg/dL.

La Cardiopatía Isquémica (CI) se puede definir como la enfermedad cardíaca producida como consecuencia de las alteraciones fisiopatológicas secundarias a la aparición de un desequilibrio entre la demanda y el aporte de oxígeno del músculo cardíaco. La causa más frecuente es la enfermedad

aterosclerótica de las arterias coronarias epicárdicas, tanto en su forma de presentación crónica (placas estables en la pared del vaso que disminuyen el diámetro de su luz) como en la forma aguda de síndrome coronario agudo (SCA) (fisura y trombosis de una placa inestable) (Alcalá, et al., 2017).

La cardiopatía isquémica es un modelo de enfermedad biopsicosocial en la cual se incluye el tipo de personalidad, la relación familiar, la relación laboral, los hábitos tóxicos, la alimentación, los hábitos respecto al ejercicio físico y que finalmente se manifestará como resultado final la obstrucción arterial, la angina y/el infarto agudo de miocardio. Es importante destacar que si sólo tratamos los síntomas de la enfermedad y no abordamos plenamente las causas que han originado su aparición, de alguna manera muy probablemente volverá a repetirse el evento.

Las cardiopatías son, desde hace 20 años, la causa principal de mortalidad en todo el mundo, si bien ahora provocan más muertes que nunca. El número de muertes debidas a las cardiopatías ha aumentado desde 2000 en más de 2 millones de personas, hasta llegar a casi 9 millones de personas en 2019. La incidencia en España de la Cardiopatía Isquémica (CI) en el año 2019 era de 361,4 nuevos casos por cada 100.000 habitantes, siendo mucho más elevada en hombres (463,4) que en mujeres (263,6). La tasa de incidencia de la CI se incrementa de forma significativa con la edad, ya que en el tramo de edad de entre 50 a 69 años la tasa de incidencia global era de 485,5, mientras que para edades de 70 y más años era de 1.415,4, más elevada en hombres (1.773,2) que en mujeres (1.160,6) (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021). La prevalencia de CI en España en los últimos 10 años ha crecido paulatinamente, del 2,8 % en 2009 al 3,3 % en 2019, siendo del 4,2 % en el caso de los hombres y del 2,4 % de las mujeres (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021). En las próximas décadas se espera que continúe la tendencia creciente de la prevalencia de la CI como consecuencia, en parte, del envejecimiento poblacional. En 2019 se estima que la CI causaba cerca de 1 millón de fallecimientos en la Unión Europea, lo que representaba el 48,5 % de las muertes por ECV (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021). En España, ese mismo año las muertes por CI eran de 29.247 personas, lo que suponía el 25,1 % del total de muertes por ECV (Instituto Nacional de Estadística, 2019).

El impacto financiero de la cardiopatía isquémica proviene de las hospitalizaciones, los tratamientos, los procedimientos de revascularización, las visitas a la clínica, las visitas de emergencia y los tratamientos farmacológicos recetados, aunque va más allá del ámbito de la salud afectando al ámbito económico y laboral. Según la Federación Mundial del Corazón, el costo global de las ECV en 2010 fue de aproximadamente 863.000 millones de dólares estadounidenses, y se espera que aumente a más de 1 billón de dólares estadounidenses para 2030. En particular, el costo total medio de la atención de la cardiopatía isquémica en los países de ingresos bajos y medianos (LMIC, por sus siglas en inglés), el gasto en salud específico de cada país per cápita fue del 10 % del gasto total en atención médica. En España, según el Centre for Economics and Business Research (2014), los problemas de salud cardiovascular afectan a los recursos del sistema sanitario, así como en el ámbito del mercado laboral y la productividad, estimándose que su impacto en la economía alcanza el 0,7 % del PIB, y tienen un coste superior a los 145 millones de euros al año por incapacidad temporal (Calvo-Bonacho et al., 2017).

En cuanto a los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC), siguen avanzando en la mejora de la salud cardiovascular, al tiempo que abordan otros desafíos, como la cronicidad y la discapacidad, teniendo en cuenta que un adecuado abordaje clínico permite reducir las consecuencias negativas de la enfermedad en las personas y en la sociedad, mientras que las consecuencias existentes pueden ser revertidas, rehabilitar las limitaciones que estas causan o retrasar su progresión mediante las estrategias adecuadas. El objetivo fundamental de los programas de rehabilitación cardíaca es la disminución de la morbimortalidad de origen cardíaco, además de mejorar la calidad de vida, los aspectos psicológicos y sexuales, las relaciones sociales, y aumentar la tasa de reincorporación laboral.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en los años sesenta, definió los Programas de Rehabilitación Cardíaca (PRC) como "el conjunto de actividades necesarias para asegurar a los pacientes del corazón, una condición física, mental y social óptima que los pueda permitir ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad" (Bravo y Espinosa, 2002).

Según la Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV), la salud cardiovascular es, por tanto, un concepto más amplio que la ausencia de ECV. Así, la salud cardiovascular puede entenderse como un espectro que abarca desde factores de riesgo como la predisposición genética, el entorno físico, el nivel socioeconómico, el ámbito psicológico y emocional, el estilo de vida o los factores de riesgo biológicos, hasta las propias ECV, tanto las que aparecen sin producir síntomas (subclínica) y que posteriormente se pueden manifestar como eventos agudos como las enfermedades crónicas (Ministerio de Sanidad, 2022).

La ausencia de bienestar psicosocial de la población también constituye un FRCV, permitiendo anticipar una peor salud cardiovascular y resultados clínicos más adversos en las ECV. Adicionalmente, existe una alta probabilidad de que los factores psicosociales se vinculen con el nivel de riesgo cardiovascular, tal es el caso de la vinculación que existe entre los factores psicosociales y el consumo de tabaco o el nivel de ejercicio físico que realiza una persona. Los aspectos psicosociales que se asocian a factores de riesgo de ECV se pueden clasificar en tres categorías (Smith & Blumenthal, 2011; Plá y Salvador, 2006):

- 1) Estados emocionales negativos, como depresión, ansiedad, enojo, desasosiego, hostilidad, y el estrés (agudo o crónico) son factores que aumentan el riesgo de ECV. Actualmente, se recomienda la realización de un examen para la detección sistemática de la depresión y el establecimiento de un plan terapéutico en pacientes con patologías cardíacas por existir una relación dosis-respuesta entre la depresión y los eventos cardiovasculares, de tal forma que a mayor nivel de depresión se aumenta también el riesgo cardiovascular. La ansiedad se relaciona con un incremento de la mortalidad cardíaca, especialmente en los casos de mayor gravedad de las ECV. La influencia del estrés en el riesgo cardiovascular depende de la presencia de factores agudos o desencadenantes de estrés, y estrés crónico. El estrés agudo afecta a la fisiología cardiovascular incrementando el riesgo de arritmias, isquemia miocárdica e infarto de miocardio. Las variables de estrés agudas pueden hacer referencia a hechos catastróficos, eventos deportivos de alta competición o actividad física intensa. El

estrés crónico, parece influir en las ECV mediante alteraciones fisiológicas crónicas, y está vinculado, entre otros, al estrés laboral, los problemas de pareja, prestación de cuidados prolongados a personas en situación de dependencia, aspectos relacionados con el vecindario o el nivel económico.

2) Aspectos de la personalidad. Los aspectos relacionados con la personalidad también se relacionan con un incremento del riesgo de ECV, sobre todo, los vinculados con los tipos de personalidad A (caracterizadas por ambición intensa, competitividad, urgencia temporal y hostilidad) y tipos de personalidad D (combinan un estado afectivo negativo con la inhibición social). Uno de los elementos que caracterizan a la personalidad tipo A, la hostilidad, es un factor predictivo significativo del riesgo de ECV. En el caso de la personalidad de tipo D, la combinación de sentimientos emocionales altamente negativos y un gran retraimiento social se ha vinculado a un incremento que casi duplica el riesgo de obtener resultados clínicos cardiacos adversos en personas que padecen cardiopatía isquémica.

3) Variables sociales. El riesgo de ECV puede verse modificado también en función de variables sociales del individuo, actuando el apoyo social como un elemento protector que permite amortiguar los eventos vitales negativos en la vida de las personas. De esta forma, se considera que un apoyo social escaso se relaciona con un incremento de entre 1,5 a 2 veces del riesgo de ECV, tanto en personas sanas como en aquellas con patologías cardiacas (Smith & Blumenthal, 2011).

La investigación psicoanalítica de los trastornos que afectan a la estructura y a las funciones del cuerpo ha llevado a dos conclusiones básicas: la primera consiste en que podemos ver a distintas afecciones que describe la patología médica (una discinesia biliar, por ejemplo) como otras tantas transformaciones de una excitación, inconsciente e instintiva, que en condiciones "normales" hubiera debido descargarse constituyendo lo que denominamos afecto, emoción o sentimiento. La imposibilidad de tolerar, en la conciencia, determinados afectos, es lo que conduce a que la parte consciente de ese proceso deja de ser reconocida como una emoción para constituir el signo, o el síntoma, que corresponde a un trastorno. La segunda conclusión que, como la primera, surge de una comprobación repetida, descubre que trastornos corporales distintos ocultan historias, dramas biográficos y fantasías inconscientes, que también son distintos y que son propios, o específicos, de cada uno de los trastornos corporales particulares que la investigación explora. En otras palabras: la historia íntima que constituye el drama "oculto" en el enfermo de una cardiopatía isquémica es una historia típica, siempre presente, y es diferente del drama, igualmente típico, oculto en el paciente que sufre, por ejemplo, una enfermedad autoinmune (Chiozza, 2004).

La historia de los pacientes nos recuerda una vez más el antiguo precepto de que es necesario escuchar al enfermo, pero es también necesario reconocer que las historias que ocultan las enfermedades graves configuran dramas reprimidos cuya significación afectiva el enfermo ignora o minimiza, de manera que por más que lo escuchemos, habrá cosas importantes que no podrá, o no sabrá, decirnos. El escuchar no siempre es suficiente para aliviar a un enfermo que ha reprimido una parte importante de su drama. Muchas veces es necesario "intervenir" a los fines de conducir a la superficie el "nudo" constituido por los afectos ocultos. Agreguemos, además, que los dramas que se esconden en las enfermedades graves no suelen ser de solución sencilla. Se trata, sin embargo, de

una tarea que merece ser emprendida, porque promete devolver con creces el esfuerzo que su ejecución requiere (Chiozza, 2004).

Nuestras emociones son muy variadas y pueden ser descritas con mayor o menor riqueza, este uso popular de calificar a todo lo malo como estrés tiene su correlato en el pensamiento de los médicos. Se trata de una sobresimplificación atendiendo a que una emoción negativa es sinónimo de aumento de la presión y de la frecuencia cardíaca (Tajer, 2008).

En el concepto emoción negativa y en las exploraciones que se han efectuado en los pacientes afectados por infartos. Se han hecho investigaciones en lo que se denominan índices de cambio de vida. En este modelo se interroga a personas internadas, comparando los infartos con otras enfermedades. El cuestionario abarca aspectos de su vida en los últimos seis meses. En forma resumida, en estos estudios se confirma que los pacientes infartados han padecido muchos más eventos conmocionantes (stressful) en los últimos seis meses que los otros (Tajer, 1980)

El estudio de la biología de las emociones y también de las emociones y cardiopatías, en los últimos veinte años, se ha profundizado mucho, lo que nos permite refutar esta visión simplista comentada y profundizar en lo que es una emoción y cómo funciona desde el punto de vista biológico, para volver luego a la hipótesis del programa del infarto. Considerar que podría ser de esa manera implica cierta concepción dualista: las emociones o afectos son espirituales y el cuerpo es sólo un torpe emergente de ellas. Es frecuente, desde un enfoque psicológico e, incluso, desde el sentido común, afirmar que las emociones se generan en el mundo psíquico o espiritual, en el alma. Veremos, sin embargo, que las emociones son inicial y esencialmente corporales, así como espirituales o psíquicas. Desde el punto de vista biológico, las emociones son muy específicas. Se puede definir con bastante precisión cada emoción separadamente, por lo menos, las llamadas sencillas. En realidad, sería imposible concebir las emociones si no pudiéramos distinguirlas biológicamente, negando su sentido biológico evolutivo (Tajer, 2008).

El miedo es quizás la emoción mejor estudiada por la facilidad de inducirla en todas las especies (Amaral, 2003). Así como ocurre en el reino de los mamíferos y en los de otras especies animales, los seres humanos, frente a una situación de miedo, respondemos con una serie de respuestas estereotípicas, con mayor o menor intensidad según la magnitud del estímulo y nuestra predisposición (Tajer, 2008):

- inmovilidad inicial,
- palidez en rostro y manos,
- aumento de flujo a los miembros inferiores,
- disminución de flujo a las manos (extremidades superiores),
- piloerección (piel de gallina),
- tendencia a la diuresis y a la catarsis,
- aumento de la tolerancia al dolor,
- cara de miedo.

Todos estos fenómenos son previos a que sintamos miedo. La clave fundamental radica en que, cuando decimos que sentimos miedo, en realidad nos referimos a lo que le pasa en nuestro cuerpo, es decir, a las reacciones antes enumeradas (Tajer, 2008).

Algunas emociones son fáciles de investigar, las denominadas básicas o primarias: el miedo, la ira, la tristeza, la alegría, el asco y la sorpresa (Ekman, 1977). Es sencillo inducir las en diferentes especies animales, así como emularlas o interpretar las caras; son expresiones faciales fáciles de reconocer cuando se expresan plenamente. Es un poco más complejo cuando queremos investigar la biología de emociones que podemos llamar sociales, las que se generan en la interacción no con el medio sino sólo entre pares, como la culpa, la vergüenza, el sometimiento, el orgullo. Por encima de estas emociones sociales, que pueden ser evocadas en experimentación animal, tenemos las que podemos llamar emociones humanas, emociones muy complejas, lo que nos acerca a aquella situación emocional que podría estar vinculada con el infarto (Tajer, 2008).

En relación con la fisiopatología del infarto la suma de factores proinfartantes: inflamación coronaria, protrombosis, espasmo, cada uno de ellos se ha relacionado en diferentes estudios con determinadas circunstancias emocionales (Tajer, 2008). En una revisión de Gidron, Gilutz, Berger y Huleihel (2002) resumen que:

- Inflamación: la hostilidad, el estrés agudo y la depresión aumentan las interleucinas, que son elementos proinflamatorios que contribuyen a la inestabilidad de la placa aterosclerótica.
- Espasmo: la hostilidad (ira) y el enojo se asocian con liberación de citocinas (proinflamatorias) y noradrenalina (que tiende a cerrar los vasos).
- Trombosis: la hostilidad y la depresión incrementan la agregación plaquetaria.

Por otra parte, la exposición realizada por el Dr. Hamer y que poco ha sido investigada posteriormente pese a las pruebas aportadas, supone un cambio en el enfoque de estos pacientes, y parte de la base lógica de que todos los procesos y fenómenos psíquicos están unidos y coordinados por el cerebro, que de alguna manera es el gran ordenador de nuestro organismo. En ella detalla la importancia de tener en mente constantemente esta interacción entre la psique, cerebro y cuerpo, en la que el cerebro es el gran ordenador, que ha tardado millones de años en evolucionar (Hamer, 1984).

Siguiendo con su exposición, refiere acerca de los signos más seguros de un infarto de miocardio hasta ahora, como los síntomas clínicos típicos de un dolor sordo retroesternal acompañado a menudo de presuntas irradiaciones hacia el brazo izquierdo, que se pensaban venían del corazón. Sin embargo, salvo estos síntomas cardiacos, reales o supuestos, son sobre todo los síntomas cerebrales los que se manifiestan en el momento del infarto de miocardio: náusea, vértigo, dolor de cabeza, diplopía, sensación de desvanecimiento, pánico. (Hamer, 1984)

Y de esta manera empieza a cuestionar determinadas creencias que no se han puesto en duda a pesar y cómo es posible pese a estar dotados de todos los aparatos posibles e imaginables, hayamos podido estar hasta tal punto ciegos, a niveles clínico y psíquico, como para que, en presencia de esta enfermedad, la más frecuente entre los hombres, jamás nos hubiéramos preguntado si el infarto de miocardio no será más bien una enfermedad del cerebro que una



verdadera enfermedad del corazón. Lo que en definitiva aparece, como la causa de la muerte es la línea cero, el trazado plano del electrocardiograma, es decir, la parada cardiaca, pero ¿por qué entonces esta parada del corazón no es debida a un fallo del cerebro? (Hamer, 1984)

Y siguiendo con un razonamiento extraordinario, el Dr. Hamer pregunta con elocuencia: ¿Qué cardiólogo no ha tenido que ver a pacientes que presentan una obstrucción total de una o incluso dos de las tres grandes arterias coronarias y que, a pesar de eso, viven bien, y son además capaces de trabajar? Incluso cuando las arterias están obstruidas, la irrigación sanguínea del corazón está asegurada por colaterales (Hamer, 1984).

El mecanismo del infarto de miocardio para Hamer (1984), según sus constataciones y descubrimientos, ampliamente probados y reproducibles en cada nuevo caso, se desarrolla como sigue:

1) El "Síndrome Dirk Hamer". Todo infarto de miocardio se inicia por un Síndrome Dirk Hamer (D.H.S.), es decir:

- a. un conflicto de territorio bajo la forma de un impacto brutal,
- b. una crisis aguda, dramática,
- c. vivido en aislamiento.

2) La duración del conflicto de territorio. Según su experiencia, sólo hay manifestaciones clínicas de infarto si el conflicto dura más de 2 a 3 meses o si es excepcionalmente intenso. En este caso, es suficiente que el conflicto dure un mes o mes y medio. Si la intensidad del conflicto es menor, en los conflictos cuya duración no excede de tres meses, se desarrollan sin incidentes, en principio el proceso es el mismo, salvo que no es diagnosticado por los médicos dado que los síntomas clínicos no son graves. Si la duración del conflicto de territorio de intensidad «normal» sobrepasa los 8 o 9 meses, el paciente muere, normalmente de una tumefacción cerebral aguda, después de la solución del conflicto. Los infartos de la pared anterior son menos graves que los de la pared posterior porque corresponden, en el cerebro a la parte frontal del lóbulo temporal, mientras que el infarto de la pared posterior depende de la parte dorsal del lóbulo temporal derecho. Parece que es en esta porción dorsal del lóbulo temporal, donde esté localizado el centro del ritmo cardiaco. De manera que a semejanza de otras enfermedades hay que decir que estas alteraciones obedecen a una ley. El diagnóstico relativo a un infarto de la pared anterior o posterior del corazón es más fiable sobre la base de los escáneres cerebrales o incluso de una RNM, que sobre la base de un ECG o angiografía de las coronarias. La duración de las alteraciones edematosas cerebrales en el lóbulo temporal derecho y en la zona lateral del cerebelo derecho, está en función de la duración del conflicto de territorio. También Hamer afirma que la angina de pecho no es la consecuencia de una estenosis coronaria, y que siendo de origen cerebral, sobreviene con y sin estenosis, mientras dura el conflicto de territorio y que el cerebro ha programado el conjunto del organismo en simpaticotonía permanente. La angina de pecho desaparece cuando el conflicto está resuelto, haya o no estenosis coronaria. Así relata su experiencia, como una teoría probada, interesante y lógica y por lo que merecería la pena seguir comprobando (Hamer, 1984).

La Psicología Clínica, con una gran fineza de lectura, explora la historia general de la persona afectada y aquella de sus ancestros para buscar diferentes factores específicos y determinantes, especialmente problemáticos, capaces de intervenir en su activación y en su programación de una manera a menudo inconsciente (Sellam, 2011).

Entre estos diferentes factores, el aspecto emocional es primordial. De una manera general, la enfermedad está estrechamente relacionada con una o varias emociones reprimidas y reducidas al silencio después de su constitución. Estas emociones no expresadas en el tiempo indicado y aún activas hoy, han sido imprimidas, a nuestras espaldas, en nuestro diario íntimo por nosotros mismos desde nuestro nacimiento o mucho antes, por nuestros ancestros, condescendientes a pesar de todo (Sellam, 2011).

Las líneas del esqueleto presentan un significado en general, y en lo que respecta a la extremidad superior representa la función paterna. El padre pone la mano sobre la cabeza del hijo. El miembro superior está relacionado con lo que se hace en la vida, vida de adulto, es lo que voy a hacer en mi vida (Sellam, 2014):

- 1) El hombro es la responsabilidad como adulto o bien como padre o madre o como ser humano en la sociedad. El húmero es lo mismo.
- 2) El codo está relacionado con la actividad profesional.
- 3) El antebrazo tiene relación con mi dominio de acción, radio de acción.
- 4) La muñeca está relacionada con lo que yo hago, tiene mucho que ver con el gesto preciso de mi trabajo
- 5) Las manos son gestos más precisos todavía.

La Teoría de la Medicina en el mundo occidental, desde la antigüedad griega y romana hasta hoy, no tomó nunca en demasiada consideración en la etiología de las enfermedades a los factores psicológicos, y esto fue así aunque la práctica médica hubiese sido en algún momento, más o menos concienciadamente, psicocomática (Marín, 2023).

Dado que el ser humano es, inevitablemente, un ser social al mismo tiempo que un ser biológico y ser psicológico y siendo lo que enferma la totalidad humana, en toda enfermedad coexisten fenómenos de orden biológico, psicológico y social. En la enfermedad, como en la salud, se integran en todas las manifestaciones vitales humanas estos tres modos de abstracción (Marín, 2023).

Por eso, en toda enfermedad van a coexistir fenómenos de orden biológico, psicológico y social, siendo la Medicina Psicocomática, la única medicina que tiene en cuenta estos factores biológicos, psicológicos y sociales del paciente en el diagnóstico, tratamiento y prevención de toda enfermedad.

Heinroth (1818) introdujo el término "psicocomático", si bien la moderna Medicina Psicocomática se desarrolló durante la primera parte del s. XX como resultado de la confluencia de dos conceptos que tienen una antigua tradición en la Medicina y en el pensamiento occidental: el de psicogénesis y el de holismo (Lipowski, 1986).

La evolución ulterior de la Medicina Psicocomática ha estado marcada por las contribuciones, entre otros, de autores como Engel, Lipowski y Kissen, quienes asentaron, durante los años 60, las bases de la actual Medicina Psicocomática. Engel (1967) propuso un modelo multifactorial,

“biopsicosocial” (Engel, 1977), en el que la enfermedad es concebida como resultado de la continua interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Así, el estudio de la enfermedad debería incluir el individuo, el organismo y el ambiente como componentes esenciales del sistema como un todo (Engel, 1977; Fava, Ruini, Romba, & Wise, 2012; Novack et al., 2007), en lo que Hinkle (1967) definió “perspectiva ecológica”, en la cual los procesos de enfermedad derivan de la interacción de factores biopsicosociales. En el trabajo de Engel también emerge la orientación científica de la investigación psicosomática combinando métodos y técnicas fisiológicas y psicológicas. Lipowski (1986) delimitó el ámbito de trabajo, los objetivos y métodos de la Medicina Psicosomática.

La Medicina Psicosomática puede ser definida dentro de un marco interdisciplinar, con la finalidad de evaluar los factores psicosociales implicados en la vulnerabilidad individual, el curso y los resultados de cualquier tipo de enfermedad; la consideración holística de la asistencia clínica; y la integración de las intervenciones psicológicas en el campo de la prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades médicas (Lipowski, 1986; Fava & Sonino, 2000, 2005), siendo una medicina reconocida por el American Board of Medical Specialities como sub-especialidad (Gitlin, Levenson & Lyketsos, 2004).

Por su parte, Kissen (1963) dio mucha importancia a los factores psicosociales los cuales pueden variar de un individuo a otro dentro de la misma enfermedad, destacando así el error conceptual básico de considerar las enfermedades como entidades homogéneas. Así, teniendo en cuenta la unidad mente-cuerpo, y en contraste con una visión reduccionista de la enfermedad, el término psicosomático denota hoy una perspectiva clínica y metodológica desde la que se estudia el rol de los factores psicosociales sea en las enfermedades para las que no se cuenta con una patogénesis orgánica conocida, denominadas por ello “funcionales”, sea en las enfermedades conocidas como “orgánicas”. La investigación psicosomática ha generado un notable cuerpo de conocimientos, objeto de numerosas publicaciones en las principales revistas médicas.

La Medicina Psicosomática es, por definición, multidisciplinar (Fava & Sonino, 2000, 2005; Lipowski, 1986). No se limita únicamente al campo de la Psiquiatría, sino que interesa a cualquier otro sector médico. De hecho, es precisamente por ello que sus actividades han alcanzado un estatus independiente en países como Alemania o Japón y, a menudo, se encuentran estrechamente relacionadas con la Medicina Interna (Deter, 2004).

Según Lipowski (1986), los postulados básicos del enfoque psicosomático en medicina son:

- La salud y la enfermedad son estados determinados por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, y no hay una línea clara de demarcación entre las dos.
- Los acontecimientos a un nivel cualquiera de organización, desde el molecular al simbólico, pueden repercutir en todos los demás niveles.
- El diagnóstico médico no debe limitarse a la identificación de una entidad clínica particular, sino que debe además considerar la situación total del paciente.
- Deben tenerse en cuenta los factores psicosociales al plantear medidas preventivas y terapéuticas.

- La relación establecida entre el paciente y aquellos que se ocupan de él influye en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento.

- La psicoterapia puede ser eficaz cuando factores psicológicos contribuyen de manera significativa a la precipitación, mantenimiento o exacerbación de una enfermedad dada en una persona determinada.

Los factores psicosociales que van a influir en la vulnerabilidad individual van a ser:

- Estresores tempranos. Los estresores tempranos pueden incrementar la vulnerabilidad del individuo a los efectos del estrés en un momento posterior de la vida (McEwen, 2007; Novack et al., 2007).

- Estrés y carga alostática. La adopción de métodos de investigación rigurosos ha permitido corroborar la asociación entre los estresores vitales y numerosas enfermedades médicas - endocrinas, cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales, inmunológicas, oncológicas y dermatológicas (McEwen, 2007; Picardi & Abeni, 2001; Sonino, Tomba, & Fava, 2007). El índice clinimétrico de la carga alostática correlaciona negativamente con el funcionamiento psicosocial y positivamente con psicopatología, desgaste emocional y conductas de enfermedad en pacientes con enfermedades cardiovasculares crónicas (Porcelli, Domenico, Domenico, & Di Masi, 2012).

- Conductas de salud. Entre los principales factores de riesgo de muchas de las enfermedades de mayor prevalencia en los países desarrollados (como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares) destacan los estilos de vida poco saludables (Mokdad, Marks, Stroup & Gerberding, 1998).

- Apoyo social. Distintos estudios prospectivos en población general revelan asociaciones significativas entre diversas medidas de apoyo social e indicadores de salud, como el nivel de adaptación a, y recuperación de, las enfermedades crónicas, o las tasas de mortalidad y morbilidad, psiquiátrica y física (Fava & Sonino, 2005).

- Bienestar psicológico. Algunos estudios sugieren que el bienestar amortigua el impacto negativo del estrés y, como consecuencia, tiene un efecto favorable sobre el curso de la enfermedad (Chida & Steptoe, 2008; Cosci, Pennato, Bernini, & Berrocal, 2011; Pressman & Cohen, 2005).

- Personalidad. El modelo sociocognitivo presupone que las variables de personalidad interactúan con factores ambientales y sociales dando lugar a importantes diferencias en las características de las situaciones que la persona selecciona (Mischel & Shoda, 1995). Así, las variables de personalidad pueden ejercer un amplio efecto sobre el tipo y la cantidad de eventos de estrés que la persona tendrá que afrontar y sobre la representación cognitiva de diversas dimensiones de la enfermedad (p.ej., las causas, el tratamiento, etc.) así como de sus interacciones sociales, incluidas las relaciones con el personal sanitario.

Así, mientras el reduccionismo biomédico es una de las claves que garantiza el éxito de la propaganda farmacéutica, alimentando con ello el conflicto de intereses en la práctica profesional, el factor biopsicosocial constituye una de sus principales amenazas y, precisamente por ello, todavía hoy se erige como un "reto para la medicina" (Fava et al., 2012).

A pesar de la alta prevalencia, morbilidad y mortalidad de la cardiopatía isquémica, relativamente pocos estudios han cuantificado las tendencias epidemiológicas actuales y los pronósticos globales para la cardiopatía isquémica. El programa psicológico y la orientación sociolaboral han quedado desiertas a pesar de ser una pieza fundamental en esta enfermedad.

La elevada prevalencia de las enfermedades cardiovasculares (ECV) y de sus factores de riesgo, así como su impacto actual en salud, calidad de vida y consecuencias económicas y sociales, configuran a la salud cardiovascular como un reto social y sanitario de primer orden.

Con la reflexión que a continuación expongo, lo que pretendo es destacar los aspectos psicoemocionales como un pilar fundamental para el origen del síndrome coronario basado en datos recientes de mi experiencia en la asistencia a pacientes que participan en el programa de rehabilitación cardíaca y estimular nuevos cambios en su enfoque para líneas futuras de investigación.

## **OBJETIVOS**

Objetivo general:

- Realizar una reflexión sobre el enfoque de pacientes que participan en un programa de rehabilitación cardíaca en un contexto psicoemocional con la aparición del evento isquémico.

Objetivo secundario:

- Describir la posible relación entre los síntomas de presentación del síndrome coronario y el contexto psicobioemocional del paciente.

## **MÉTODO**

Se recogen los datos relacionados con los factores de riesgo cardiovasculares, los síntomas por los que el paciente acude a urgencias, y los estados psicoemocionales estresantes en las relaciones familiares y/o laborales en pacientes que participan en un programa de rehabilitación cardíaca desde marzo 2022 hasta marzo de 2023.

El número total de participantes fue de 73 sujetos, de los cuales 58 son hombres y 15 son mujeres, teniendo 37 de ellos antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, siendo la media de edad de los pacientes de 56 años.

Los criterios de inclusión de los pacientes que participan en el programa de rehabilitación cardíaca adscrito al Servicio de Cardiología y al Servicio de Rehabilitación y Medicina Física son pacientes remitidos por el cardiólogo que han sido hospitalizados por síndrome coronario agudo o procedentes de consultas externas con diagnóstico de cardiopatía isquémica menores de 75 años, pertenecientes a nuestra área de actuación en la provincia de Castellón.

## **RESULTADOS**

Se han analizado los pacientes incluidos en el programa de rehabilitación cardíaca de nuestro hospital durante un año, en el período de marzo de 2022 a marzo de 2023. Las variables significativas se detallan en la tabla 1.

Tabla 1. Variables significativas

<b>VARIABLES</b>		<b>Nº PACIENTES</b>
<b>Sexo</b>	Mujeres	15
	Hombres	58
<b>Estado civil</b>	Casado/pareja	49
	Separado/soltero	24
<b>Hábito tabáquico</b>	Si	39
	No	34
<b>Antecedentes familiares cardiopatía isquémica</b>	Si	37
	No	36
<b>Antecedentes personales cardiopatía isquémica</b>	Si	11
	No	66
<b>Estrés familiar</b>	Si	64
	No	13
<b>Estrés laboral</b>	Si	38
	No	35

De los datos obtenidos en la tabla, se observa que los problemas de cardiopatía isquémica se dan más frecuentemente en hombres (79,5%) que en mujeres (20,5%), y que el perfil típico de la persona afectada por esta problemática, es una persona casada o que vive en pareja, con estrés familiar y/o con estrés laboral, y con hábito tabáquico.

Los resultados sobre los que quiero hablar son datos que no pueden reflejarse en una tabla, puesto que no son números ni resultados de cuestionarios, sino más bien son relatos de vida que acompañan a estos pacientes y que suponen la pieza clave para poder empezar a reconstruir la situación emocional o conflicto que permita explorar en qué medida pueden vincularse con la aparición del evento isquémico cardíaco.

Realmente, en muchas ocasiones, los datos numéricos, los resultados de pruebas complementarias, incluso los resultados de cuestionarios no acaban de reflejar el verdadero estado o situación del paciente. Sin embargo, al indagar acerca de su situación social y emocional, fruto de relatos de vida que, en ocasiones, se desvelan fácilmente y otras al ir interrogando paso a paso, sin forzar y dejando que se exprese libremente, respetando siempre hasta donde el paciente decide expresar y compartir su vivencia, empezamos verdaderamente a conocer y entender el resultado.

Después de contextualizar la situación en la que se desarrolla el evento isquémico cardíaco y la anamnesis correspondiente a los antecedentes familiares de cardiopatía isquémica y antecedentes médicos y quirúrgicos propios del paciente, le pregunto si le ha ocurrido alguna situación o vivencia estresante en su trabajo, en su familia o en su vida durante este último año. Es muy común que la

contestación inicial sea o bien "estoy estresado/a o muy estresado/a", o bien que respondan, "todo normal, no tengo ningún problema, no me explico por qué me ha pasado esto a mí porque todo me va bien".

Inicialmente, me quedaba con esta respuesta. Sin embargo, y tras haber adquirido e integrado nuevos conocimientos en el Curso de Experto en Medicina Psicosomática, de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, actualmente, he comprobado que, al interrogar un poco más en profundidad, la persona empieza a manifestar diferentes circunstancias, de una singular complejidad y lo que aquello que inicialmente definía como que "todo me va bien en mi vida", empieza a darse cuenta que no es así. Sin entrar en todos los detalles y a modo de ejemplo: el panadero que ha tenido que cerrar su negocio con su mujer en el contexto de una vida de excesos y ahora no soporta ver a su mujer que trabaja limpiando casas; el empresario que tenía 4 empresas y ha dedicado la mayor parte de su tiempo al trabajo, recién este año han fallecido su hermana, su cuñado, su suegro y sus padres, su mujer está muy enferma y quiere recuperar el tiempo perdido; un autónomo que en el contexto de la guerra de Ucrania no recibe materias primas y ve como su negocio no se puede sostener y tiene que despedir a los empleados que son como su familia según refiere; una mujer separada que retoma su relación con su expareja y continua con los mismos problemas durante 15 años, recientemente se han vuelto a separar, sigue de alguna manera vinculada a esa pareja; varón con problemas importantes de convivencia con su hijo adulto con el que convive, además también tiene problemas con sus hermanos; varón con problemas laborales continuos que le hacen cambiar de trabajo, ahora se encuentra en el paro, su padre fallecido hace 4 años de leucemia, 2 hermanos fallecidos (uno con problemas de drogadicción y oro tras un accidente); mujer con exceso de preocupación por su hijo que según refiere padece una leve discapacidad y va con malas compañías; mujer al cargo de 6 hijos, trabajando en el sector de la limpieza en varios sitios a la vez con bastantes dificultades económicas; varón de 58 años que recientemente tuvo que cumplir condena en prisión por un acto cometido hace más de 20 años pero el retraso de la justicia le lleva a cumplir condena cuando está casado y tiene una hija, su esposa se va a trabajar a Alemania durante 6 meses, llevan mal el proceso; autónomo con 2 hijos estudiando en el extranjero, intenta pagar estudios en escuelas privadas que cada vez son más caras, con una casa todavía pagando, prácticamente sin descanso; soltero recién jubilado, vive con su madre cada vez más dependiente que no le permite que nadie más la cuide; autónomo de 61 años con 2 empresas muy potentes, su mujer ha sufrido varias enfermedades graves y ahora le han detectado un tumor de mal pronóstico, nunca ha dejado de trabajar y se da cuenta de la falta de dedicación a su mujer; varón soltero pendiente de un juicio contra su hermana por problemas de herencia...podría seguir relatando fragmentos de historias, un variedad de situaciones y vivencias que poco imaginaba inicialmente. Tal vez no sean datos o variables fáciles de manejar para realizar estudios, comparaciones, etc, la cual cosa no me limita a aceptar que ese conjunto de circunstancias si tiene una clara relación con el evento isquémico acaecido. Los síntomas por los que los pacientes acuden a urgencias, aunque con una localización circunscrita al tren superior del cuerpo humano, varían de forma individualizada en situación exacta, irradiación, intensidad, acompañamiento o no de cortejo vegetativo, y su expresión oral de cómo lo

han vivido y sentido. La variedad y combinación de síntomas es bastante amplia, en unos casos, sólo falta de aire, en otros, sensación de escozor retroesternal, también descrito como cansancio, dolor en el pecho, sudor frío, dolor en ambos brazos, quemazón centrotorácico irradiado a región mandibular, episodios de sensación distérmica, disconfort centrotorácico opresivo con irradiación mandibular y miembro superior izquierdo sin cortejo vegetativo, sensación de que se le atragantaba la cena y luego dolor opresivo centrotorácico que irradiaba a ambos brazos, sudoración y náuseas asociado mientras paseaba, visión borrosa acompañado de sudoración profusa, episodio sincopal de breve duración, sudor frío y mareo, visión borrosa y pérdida del conocimiento, como si le ahogaran en la parte izquierda y la mandíbula izquierda, cansancio de brazos, sensación de una bola de fuego en el estómago que subía hacia arriba y a ambos hombros, sobre todo, el izquierdo, sudor frío y acidez en el estómago, dolor en mandíbula y luego al pecho de predominio vespertino, dolor ambos hombros, dolor brazo derecho y centrotorácico, sensación de opresión centrotorácico como si le clavaran un puñal que le atravesaba hasta la espalda y sensación de adormecimiento de la boca, dolor infracostal derecho, dolor epigástrico irradiado a región centrotorácica asociado a sudoración, dolor en ambos antebrazos ...y un largo repertorio de diferentes experiencias, con similares descripciones aunque cada una con su matiz.

Con esta información, y tras mi experiencia como médico de rehabilitación respecto a patologías osteomusculares, empiezo a indagar según los síntomas de presentación durante el evento isquémico, lo cual me empieza a abrir una puerta de entrada a su situación psicoemocional. Inicialmente, no me había percatado del significado de estos síntomas, pero tras las indagaciones y estudios realizados en el ámbito de la medicina psicosomática y la biología de las emociones, me doy cuenta que detrás de esos síntomas están esas emociones reprimidas que no han sido capaces de expresar y gestionar, donde el cortejo vegetativo como representante de la emoción del miedo, el dolor centrotorácico como expresión de esa situación compleja emocional por resolver, la irradiación a la mandíbula como incapacidad de poder expresar, de aguardar emociones relacionadas con la rabia y la ira, el dolor irradiado a hombros como manifestación en relación a la protección de la pareja, hijos o trabajo. En definitiva, síntomas con un significado particular a la situación de cada paciente, que me han servido como puerta de entrada para empezar a contextualizar ese conflicto emocional inesperado, vivido en soledad, donde la emoción supera a la razón.

## **CONCLUSIONES**

El manejo terapéutico de la cardiopatía isquémica ha evolucionado a lo largo de los años con una mejora a nivel tecnológica y farmacológica de manera exponencial, con una especialización en la materia para objetivar y tratar de la manera más eficiente las lesiones que estos pacientes sufren. Además, la implementación de programas orientados a la prevención secundaria mediante intervenciones destinadas a realizar cambios saludables en el estilo de vida, tales como el tabaquismo, la inactividad física, la dieta, el peso, el consumo de alcohol y tóxicos.



Profesionalmente, pertenezco al equipo de rehabilitación cardíaca como facultativa especialista de Medicina Física y Rehabilitación de un Hospital público desde que se implementó en el año 2008, cerca de casi 15 años durante los cuales atendemos de la mejor manera posible con los medios y conocimientos que disponemos, siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para asegurar a los enfermos del corazón una condición física, mental y social óptima, que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad.

A pesar de todo, nos encontramos con enfermos que evolucionan mal y que escapan a nuestra posibilidad de ayudarlos con las técnicas que dominamos, o que no presentan aparentemente ningún factor de riesgo conocido que justifique su enfermedad.

Es importante tener presente que la lesión física por cardiopatía isquémica se encuentra en un cuerpo físico que pertenece a un ser humano el cual pertenece a una familia y que vive en una sociedad. Sin embargo, la mayoría de las veces nos centramos en la lesión física, en los parámetros analíticos alterados, en el resultado de pruebas complementarias que puedan definir o describir la enfermedad y realizar un tratamiento quirúrgico, intervencionista, farmacológico, etc, para su mejoría. Y nos quedamos en ese punto, sin ampliar a conocer el entorno en el que se circunscriben esas alteraciones, y cómo está viviendo o sintiendo éstas. Empezar a incluir de forma sistemática los aspectos psicosociales como factores iniciadores, perpetuantes y causantes de la cardiopatía isquémica resulta clave para la prevención secundaria y primaria de la cardiopatía isquémica, tratamiento complementario a este arsenal terapéutico de última generación, en el que el paciente interviene activamente y el médico acompaña en su abordaje.

La experiencia en el programa de rehabilitación cardíaca me ha llevado a experimentar un cambio a la hora de enfocar la visita médica y descubrir, tras la indagación cuidadosa, las circunstancias psicosociales que acompañan a estos pacientes y como presentan una estrecha relación con la enfermedad coronaria, y en particular con el infarto.

Conocer una historia de vida vinculada al infarto, comprender que la patología es la expresión física de una compleja alineación de circunstancias, y que su reconocimiento para poder actuar en coherencia ayuda en la prevención secundaria y a obtener una evolución más favorable, supone una crucial competencia clínica.

En la Historia Clínica de estos pacientes incluyo antecedentes familiares y personales, hábitos del estilo de vida (tabaquismo, ejercicio físico...), datos analíticos y parámetros de función cardíaca y otras pruebas complementarias, existencia de situaciones estresantes familiares y/o laborales previas, además de cuestionarios de calidad de vida, y de ansiedad y depresión. Inicialmente, realizaba una recogida de datos de forma sistemática para elaborar una correcta anamnesis, y así poder determinar aquellos factores relacionados con el evento. Sin embargo, y coincidiendo con una madurez personal y profesional en la que empiezo a cuestionarme y plantear el para qué de muchas de nuestras actuaciones, y de la observación y los resultados alcanzados, empiezo a ampliar la perspectiva del paciente e ir más allá del síntoma y, con ello, conocimientos en el ámbito de la medicina psicosomática, y cómo las emociones reprimidas se expresan biológicamente a nivel corporal. Así empieza mi nueva andadura en la práctica asistencial clínica y empiezo a comprobar la relación de los

síntomas corporales con situaciones concretas de su vida, que de forma curiosa se repiten bajo el mismo patrón, abriendo para mí una extraordinaria ventana de posibilidades que dan luz y sentido a mi profesión como médica rehabilitadora.

En el caso del paciente que ha presentado un evento isquémico cardíaco, la forma de presentación me aporta información acerca de la situación emocional que esconde y me permite intuir que no está realizando una adecuada gestión emocional en su vida. No es infrecuente la dificultad de los pacientes para expresar sus emociones, sin embargo, recuerdan bien los síntomas físicos que han sentido en su cuerpo físico, siendo éste un buen punto de partida para llegar al conflicto inicial.

Es importante tener en cuenta que en los pacientes que no evolucionan bien, y/o que en los que persisten los síntomas, debemos sospechar que el conflicto de vida sigue activo y sin resolver. Es el paciente el que debe pasar a ser sujeto activo en su proceso, acompañado en los casos necesarios por un profesional de la salud experto en Medicina Psicosomática, para poder realizar los cambios necesarios en su vida que le lleven a poder gestionar adecuadamente las emociones que en su día no supo afrontar de otra manera ni resolver adecuadamente.

¿Y por qué no me había dado cuenta antes? Durante la carrera y durante mi vida a pesar de tener consciencia de la existencia de las emociones, sabía que estaban ahí, sin embargo, tenía una creencia limitante que me impedía reconocer hasta qué punto las respuestas emocionales a nivel biológico afectan en el cuerpo físico, o su influencia en todo caso era imprecisa y aleatoria.

Tal vez no tenemos una buena formación a nivel emocional y, por ello, no indagamos sobre lo que no conocemos; una vez empezamos a conocernos a nosotros mismos y observar esa relación de nuestros pensamientos y emociones, y su expresión directa sobre nuestro cuerpo, podemos empezar a contemplar a los pacientes como seres humanos que sienten y aquello que reprimen o no expresan, se manifiesta en su cuerpo físico como enfermedad. Es una cuestión de aprendizaje y comprobación en la práctica asistencial.

Las pruebas complementarias, son sólo eso, pruebas complementarias para detectar las lesiones físicas. Una anamnesis cuidadosa y respetuosa para entender su relato de vida, ayudará a encontrar el origen del problema para poder proceder al entendimiento del para qué de su existencia. Por supuesto, con ello no excluyo el tratamiento médico, intervencionista o quirúrgico que corresponda, el entendimiento del para qué podrá darle el significado oculto del síntoma para el aprendizaje necesario en cada momento.

Detrás de la enfermedad de la cardiopatía isquémica en su origen hay una vivencia psicoemocional que la persona no ha sabido gestionar, aspecto que poco se contempla en la sanidad pública, incluso en la privada. De igual manera que los avances tecnológicos y farmacológicos se van introduciendo en la práctica asistencial, no debemos olvidar los aspectos psicoemocionales que están presentes en toda relación terapéutica y en toda situación de la vida.

Sería interesante poder disponer, durante la formación médica, de conocimientos más amplios relacionados con el ámbito de la psicosomática aplicados en todas las especialidades para desde nuestros inicios y durante el ejercicio de nuestra profesión, podamos contemplar verdaderamente al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alcalá, J.E., Maicas, C., Hernández, P. y Rodríguez, L. (2107). Cardiopatía isquémica: concepto, clasificación, epidemiología, factores de riesgo, pronóstico y prevención. *Revista Medecine*, 12(36), 2145-2152. doi: 10.1016/j.med.2017.06.010
- Aldama, G., López, M., Santás, M., Flores, X., Pinón, P., Salgado, J., Vázquez, J.M. (2020). Impacto en la mortalidad tras la implantación de una red de atención al infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Estudio IPHENAMIC. *Revista española de cardiología*, 73(8), 632-642. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7535310>
- Amaral, D. (2003). The Amygdala, social behaviour and danger detection. *Ann N Y Aca Sci*. Dec,1000: 337-47. doi: 10.1196/annals.1280.015.
- Berrocal, C., Fava, G. & Sonino, N. (2016). Contribuciones de la Medicina Psicosomática a la Medicina Clínica y Preventiva. *Revista Anales de Psicología*, 32(3). doi: 10.6018/analesps.32.3.219801
- Bravo, J.C. y Espinosa, J. (2002). *Rehabilitación cardiaca y atención primaria*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Calvo-Bonacho, E., Catalina-Romero, C., Cabrera, M., Fernández-Lavandera, C., Sánchez, M.A., Brotons, C. y Ruilope, L.M. (2017). Asociación entre la mejora en el perfil de riesgo cardiovascular y los cambios en la incapacidad temporal: resultados del estudio ICARIA. *Revista Española de Cardiología*, 70(11), 941- 51. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es-asociacion-entre-mejora-el-perfil-articu-lo-S0300893217301057>
- Canadian Index of Wellbeing and University of Waterloo (2016). *Of Wellbeing CI. How are Canadians Really Doing?* Disponible en: <http://www.ciw.ca>
- Centre for Economics and Business Research (2014). *Coste económico de las enfermedades cardiovasculares desde 2014 a 2020 en seis países europeos*. Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2014/08/informe-cebr-coste-de-ecv-2014-2020.pdf>
- Chida, Y. & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality. *Psychosomatic Medicine*, 70(7), 741-56. doi: 10.1097/PSY.0b013e31818105ba
- Chiozza, L. (2004). El estado afectivo oculto en la cardiopatía isquémica. *Revista Argentina de Cardiología*, 72(4), 305-311.
- Consejería de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura (2017). *Plan Integral de Enfermedades Cardiovasculares en Extremadura*.
- Cosci, F., Pennato, T., Bernini, O. & Berrocal, C. (2011). Psychological wellbeing, negative affectivity, and functional impairment in fibromyalgia. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 80(4), 256-258. doi: 10.1159/000322031
- Deter, H.C. (2004). Psychosomatic medicine and psychotherapy: On the Historical Development of a Special Field in Germany. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 26, 181-189.

- Ekman, P. (1977). Biological and cultural contributions to body and facial movements. En J. Blacking (ed). *The anthropology of the body*. Londres: Academic 10-27.
- Engel, G.L. (1967). The concept of psychosomatic disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 3-9. doi: 10.1016/0022-3999(67)90051-7
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136. doi: 10.1126/science.847460
- Fava, G.A., & Sonino, N. (2000). Psychosomatic medicine: emerging trends and perspectives. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 69, 184-197. doi: 0.1159/000012393
- Fava, G.A., & Sonino N. (2005). The clinical domains of psychosomatics medicine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 849-858.
- Fava, G.A., Ruini, C., Tomba, E., & Wise, T.N. (2012). The biopsychosocial factor. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 81(1), 1-4. doi: 101159/000332085
- Gitlin, D.F., Levenson, J.L., & Lyketsos, C.G. (2004). Psychosomatic medicine: a new psychiatric subspecialty. *Academic Psychiatry*, 28, 4-11. doi: 10.1176/appi.ap.28.1.4
- Gidron, Y.; Gilutz, H.; Berger, R. & Huleihel, M. (2002) Molecular and cellular interface between behavior and acute coronary síndromes. *Cardiovascular Research*, 56:15-21.
- Hamer, R.G. (6 de diciembre de 1984) El infarto, enfermedad del alma. Conferencia en la Universidad de Viena.
- Hinkle, L. (1967). Human ecology and psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 29(4), 391-395.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2021). *Global Burden of Disease Study 2019*. Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/>
- Instituto Nacional de Estadística (2019). *Estadística de defunciones según la causa de muerte*.
- Kissen, D.M. (1963). The significance of syndrome shift and late syndrome association in psychosomatic medicine. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 136(1), 34-42.
- Lipowski, Z.J. (1986). Psychosomatic medicine: past and present. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 2-21. doi: 10.1177/070674378603100102
- Marín, J. L. (2023). *Curso de Experto en Medicina Psicósomática*. Madrid. SEMPYP.
- McEwen, B.S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological Review*, 87, 873-904. doi: 10.1152/physrev.00041.2006
- Ministerio de Sanidad, Gobierno de España (2022). *Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV)*.
- Mischel, W. & Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective system theory of personality. *Psychological Review*, 102(2), 246-268.
- Mokdad, A.H., Marks, J.S., Stroup, D.F. & Gerberding, J.L. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*, 291(10), 1238-1245. doi:10.1001/jama.291.10.1238
- Montes-Santiago, J. (2007). Horemkenesi, Da Vinci, Borodin: tres olvidados precursores de la cardiopatía isquémica. *Revista Española de Cardiología*, 60(4), 453-454. doi: 10.1157/13101653

- National Institute on Aging (2018). La salud del corazón y el envejecimiento. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/salud-corazon-envejecimiento>
- Norrving, B., Barrick, J., Davalos, A., Dichgans, M., Cordonnier, C., Guekht, A., ...Caso, V. (2018). Action Plan for Stroke in Europe 2018-2030. *European Stroke Journal*, 3(4): 309-36. doi: 10.1177/2396987318808719
- Novack D., Cameron O., Epel, E., Ader R., Waldstein S., Levenstein S., ... Rojas, A. (2007). Psychosomatic medicine: the scientific foundation of the biopsychosocial model. *Academic Psychiatry*, 31, 388-401. doi: 10.1176/appi.ap.31.5.388
- Organización Mundial de la Salud. (2019). ¿Qué son las enfermedades cardiovasculares? (online) <https://www.who.int/cardiovascular-diseases/aboutcvd/es/>
- Plá, J. y Salvador, J. (2006). Aspectos psicológicos en las enfermedades cardiovasculares. Disponible en: <https://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/2006-sec-monografia-aspectos-psicologicos.pdf>
- Picardi, A. & Abeni, D. (2001). Stressful life events and skin disease. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 70(3), 118-136. doi: 10.1159/000056237
- Porcelli, P., Domenico, L., Domenico, M. & Di Masi, A. (2012). Prevalence of allostatic overload syndrome in patients with chronic cardiovascular disease. *Psychotherapy and Psychosomatics* 81(6), 375-377. doi: 10.1159/000341179
- Pressman, S. & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131(6), 925-971. doi: 10.1037/0033-2909.131.6.925
- Rey, J., Pérez-Ríos, M., Santiago-Pérez, M.I., Galán, I., Schiaffino, A., Varela-Lema, L., ...Ruano-Ravina, A. (2020). Mortalidad atribuida al consumo de tabaco en las comunidades autónomas de España, 2017. *Revista Española de Cardiología*. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es-mortalidad-atribuida-al-consumo-tabaco-avance-S0300893220306436>
- Rubinstein, A., Colantonio, L., Bardach, A., Caporale, J., García-Martí, S., Kopitowski, K., ...Pichón-Rivière, A. (2010). Estimation of the burden of cardiovascular disease attributable to modifiable risk factors and cost-effectiveness analysis of preventative interventions to reduce this burden in Argentina. *BMC Public Health*, 10: 627. doi: 10.1186/1471-2458-10-627.
- Sellam, S. (2011). Los 7 principios básicos de la Psicósomática Clínica y humanista. Volumen 1. Saint André de Sangonis, Francia. Ed Bérangel
- Sellam, S. (2014). Los huesos: los miembros superiores. Volumen 9. Saint André de Sangonis, Francia. Ed Bérangel
- Sans, S. (2006). Enfermedades Cardiovasculares. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo06.pdf>
- Sin, N.L. (2016). The Protective Role of Positive Well-Being in Cardiovascular Disease: Review of Current Evidence, Mechanisms, and Clinical Implications. *Current cardiology reports*, 18(11). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27612475>
- Sonino, N., Tomba, E. & Fava, G.A. (2007). Psychosocial approach to endocrine disease. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 28, 21-33. doi: 10.1159/000106795

- Soriano, J.B., Rojas-Rueda, D., Alonso, J., Antó, J.M., Cardona, P.J., Fernández, E., ... Murray, C. (2018). The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 2016. *Revista Medicina clínica*, 151(5), 171-190. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30037695>
- Smith, P.J. & Blumenthal, J.A. (2011). Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Revista Española de Cardiología*, 64(10), 924-33. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es-aspectos-psiquiatricos-conductuales-enfermedad-cardiovascular-articulo-S030089321100594X>
- Steptoe, A., Deaton, A. & Stone, A.A. (2015). Psychological wellbeing, health and ageing. *Lancet* 385(9968), 640. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613614890>
- Tajer, C., Byrne, D. & Whyte, H. (1980). Life events and myocardial infarction revisited: the role of measures of individual impact. *Psychosomatic Medicine*, 42:1-10.
- Tajer, C. (2008). *El corazón enfermo. Puentes entre las emociones y el infarto*. Buenos Aires, Argentina: Libros del Zorzal.
- Vega, J., Guimará, M. y Vega, L. (2011). Riesgo cardiovascular, una herramienta útil para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(1), 91-97.
- Vega, J., Guimará, M.R., Garces, Y. y García, Y. (2015). Proteína C reactiva de alta sensibilidad y riesgo de enfermedad cardiovascular. *Revista Correo Científico Médico*, 19(2), 190-201.
- Wilkins, E., Wilson, L., Wickramasinghe, K., Bhatnagar, P., Leal, J., Luengo-Fernández R., ... Townsend, N. (2017). *European Cardiovascular Disease Statistics 2017*. European Heart Network, Brussels. Disponible en: <https://ehnheart.org/images/CVD-statistics-report-August-2017.pdf>
- Zalaquett, R. (2016). 400 años del descubrimiento de la circulación de la sangre. Harvey y la Filantropía. *Revista Chilena de Cardiología*, 35(2). doi: 10.4067/S0718-85602016000200015

## AGRADECIMIENTOS

Al Dr José Luis Marín por su labor y esfuerzo en la formación, visibilidad y divulgación de la actividad formativa de postgrado en Salud Mental integrada en la Medicina Universitaria de nuestro país; por su atención, supervisión y colaboración en esta reflexión que me ha animado a plasmar como trabajo fin de Curso.

A los profesionales que han compartido mediante sus publicaciones información tan interesante y enriquecedora desde diferentes especialidades y puntos de vista, para los avances en la Medicina y mejora en nuestra profesión.

A los pacientes, con los que aprendo todos los días, y con quienes he podido comprobar que podemos ir más allá del síntoma y establecer una mejor relación para su abordaje terapéutico.