

Emergencia de la cardiología conductual en la práctica clínica

The emergence of behavioral cardiology in clinical practice

Carlos Figueroa López¹, Benjamín Domínguez Trejo²,
Bertha Ramos del Río¹ y Luis Alcocer²

RESUMEN

Los avances recientes y el potencial de aplicación que reviste la investigación sobre la salud cardiovascular han despertado un gran interés entre los psicólogos, particularmente en los países en desarrollo. La contribución principal de la medicina conductual se ha centrado en modificar los comportamientos relacionados con las enfermedades cardíacas. La cardiología conductual es el área de la medicina conductual que estudia y trata los factores psicosociales que favorecen la aparición y el desarrollo de la enfermedad cardiovascular. Su campo es la prevención primaria, la prevención secundaria y la rehabilitación de pacientes cardíacos, al tiempo que apoya en las áreas de diagnóstico e intervención multidisciplinaria para la prevención y control de los trastornos cardiovasculares.

Palabras clave: Salud cardiovascular; Cardiología conductual.

ABSTRACT

The recent advances and the potential application of cardiovascular health research have become of great interest for the psychologists, especially in the developing countries. The main contribution of the behavioral medicine has been the behavior modification related to cardiovascular diseases. Behavioral cardiology is an area of the behavioral medicine that studies the psychosocial factors related to the beginning and maintenance of the cardiovascular disease. Its field is the primary and secondary prevention, and the heart patient's rehabilitation supporting the diagnostic phases, and the multidisciplinary treatment in the control and prevention of cardiovascular diseases.

Key words: Cardiovascular health; Behavioral cardiology.

Los trastornos cardiovasculares han destacado los tres principales temas de la medicina conductual y de la psicología de la salud en los últimos treinta años: 1) las conductas saludables y la prevención cardiovascular, ya que los factores de riesgo conductuales modificables (p.e. el tabaquismo, la dieta o el sedentarismo) contribuyen al desarrollo de la enfermedad cardiaco-coronaria (ECC) y el cambio de comportamiento es un componente esencial de la prevención de esta enfermedad (Benet y Murphy, 1999; Sacks, 2001); 2) la relación entre el estrés y los trastornos cardiovasculares, es decir, los efectos anatómicos y psicobiológicos en el desarrollo y curso de la enfermedad cardiovascular, y 3) los aspectos psicosociales

¹ Unidad de Cardiología Conductual, Facultad de Estudios Superiores-Zaragoza, Av. Guelatao 66, Esq. Calzada Ignacio Zaragoza, Col. Ejército de Oriente, Del. Iztapalapa, 09230 México, D.F., México, tel. (55)56-23-06-53, correo electrónico: charlyfi@yahoo.com. Artículo recibido el 22 de abril y aceptado el 22 de septiembre de 2008.

² Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Del. Coyoacán, 04510 México, D.F., México, tel. (55)56-22-23-12.

de la ECC y el cuidado médico, es decir, el impacto social y emocional sobre los pacientes y sus familiares (Smith, Orleans y Jenkins, 2004).

Sin embargo, aunque algunos cardiólogos están habituados a evaluar las conductas relacionadas con el estilo de vida, es poco probable que estudien los factores de riesgo psicosocial, probablemente por su limitada familiaridad con las técnicas de evaluación y tratamientos psicológicos.

Si bien no es función del cardiólogo desempeñar el papel del psicólogo o de otro profesional de la salud mental, es incuestionable la evidencia que muestra la relación entre los factores de riesgo psicosocial, la ECC y el riesgo cardiovascular (Tabla 1), razón por la cual es urgente que el cardiólogo sea proactivo y desarrolle habilidades para evaluar y tratar dichos factores de riesgo en el cuidado del paciente.

Tabla 1. Relación entre factores de riesgo psicosocial, ECC y riesgo cardiovascular.

Factores de riesgo	Relación de momios (Ind. de conf. = 99%)
Fumar	2.9 (de 2.6 a 3.2)
Diabetes	2.4 (de 2.1 a 2.7)
Hipertensión	1.9 (de 1.7 a 2.1)
ApoB/A1	3.3. (de 2.8 a 3.8)
1 + 2 + 3	13.0 (de 10.7 a 15.8)
Los cuatro anteriores	43.2 (de 33.2 a 54.0)
Los cuatro anteriores + obesidad	68.5 (de 53.0 a 88.6)
Los cuatro anteriores + factores psicosociales	182.9 (de 132.6 a 252.2)
Los nueve factores	333.7 (de 230.2 a 483.9)

Fuente: Yusuf, S, Hawken, S., Ounpuu, S. y cols. (2004).

Los cardiólogos que pasan por alto esta evidencia no sólo prestan un deficiente servicio profesional sino que caen en serias implicaciones éticas al momento de ignorar los síntomas conductuales y psicológicos en sus pacientes. Por ejemplo, se sabe que cuando un paciente está deprimido, con ira o bajo los efectos del estrés psicosocial crónico, no sólo se activan en él el sistema nervioso simpático y el eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical, produciendo mayores niveles de cortisona y una mayor tasa cardiaca, sino que también ocurre una disfunción endotelial y diferentes formas de anomalía plaquetaria (Eisenberger, Lieberman y Williams, 2003). También tienen altos niveles de proteína C reactiva y un crecimiento de la circunferencia abdominal (aun perdiendo peso), teniendo así riesgo de síndrome metabólico y diabetes.

Aunque la aceptación del papel potencial de los factores de riesgo psicosociales en el desarrollo y manejo de los trastornos cardiovasculares está creciendo entre los profesionales médicos, no se ha convertido en una opción de evaluación y tratamiento real para la mayoría de los pacientes. La evidencia respecto de la confiabilidad y utilidad predictiva de las evaluaciones psicosociales y psicofisiológicas seguramente se posicionarán muy

pronto en los escenarios de cardiología clínica, así como la identificación de los pacientes que son probables beneficiarios de intervenciones psicosociales específicas. Asimismo, se espera que se identifiquen los enfoques terapéuticos con los cuales se obtengan mayores beneficios. Por ejemplo, el dejar de fumar entre los pacientes con ECC se asocia con una reducción de 40% o más de la mortalidad, y su costo/efectividad se compara favorablemente con los tratamientos médicos estándar (terapia trombolítica y medicación para disminuir el colesterol) y los enfoques conductuales para la rehabilitación (Fagerstrom, 2002). En este sentido, tales intervenciones deben ser prioritarias en los fumadores con ECC. Las intervenciones con ejercicio físico también pueden reducir la hipertensión e incrementar la variabilidad de la tasa cardiaca entre los pacientes con ECC, así como reducir posteriormente las recurrencias cardiacas y la muerte, y también se pueden comparar favorablemente con los enfoques médicos en el costo/efectividad. Así que, a menos que esté contraindicado médicamente, los beneficios psicológicos y fisiológicos del ejercicio lo hacen una opción razonable (Dubbert, 2002; Jo, Ahn, Shin y cols., 2002; Menard, 2002).

La cardiología conductual es una extensión de la medicina conductual. Históricamente, la implicación de la psicología en el área de la salud se remonta a comienzos del siglo XX, pero hasta hace relativamente poco tiempo era muy reducido el número de psicólogos que investigaban problemas relacionados con la medicina (particularmente los trastornos cardiovasculares) en los países del Primer Mundo, y mucho menos en los países en vías de desarrollo. Aunque la medicina psicosomática contribuyó al reconocimiento de los factores psicológicos como elementos que tenían una marcada influencia en el desarrollo de la enfermedad, dicha visión nunca fue más allá de los límites propios de la psiquiatría. Hacia la década de los setenta, los psicólogos comenzaron a desarrollar investigación y tratamientos que apuntaban a la promoción de la salud y al análisis de las enfermedades crónicas; esta serie de investigaciones condujeron a sentar las bases de dos nuevos campos de investigación: la medicina conductual y la salud conductual (Matarazzo, 1987).

En una conferencia llevada a cabo en Yale en 1977, la medicina conductual se definió “como el campo interdisciplinario referido al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y de la conducta relevantes para la salud y la enfermedad, y la aplicación de esos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”. Dicho campo se centró en aplicar el conocimiento y las técnicas de la investigación relacionada con el comportamiento a la salud física, incluyendo áreas tales como la prevención, el diagnóstico, la identificación de factores de riesgo, las mejoras del sistema sanitario y la sensibilización de la opinión pública a los temas relacionados con la salud, el tratamiento y la rehabilitación (Matarazzo, 1987). Por su parte, la salud conductual se centra en el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad en personas que gozan de buena salud.

La cardiología conductual difiere de la conocida cardiología preventiva en cuanto que incluye un enfoque más amplio e integrador. La cardiología preventiva se enfoca en los factores de riesgo tradicionales que tienen que ver con el estilo de vida, como el tabaquismo y el aumento de los niveles de colesterol, pero concede poca o ninguna atención a los factores de riesgo psicológico (co-

mo la ira-hostilidad, el estrés o la depresión, entre otros) o las técnicas para modificarlos (como el manejo del estrés, la retroalimentación y otros más). Otra área que se relaciona, la llamada “medicina psicosomática”, considera el papel que desempeñan los factores psicológicos en el desarrollo de la enfermedad física, pero soslaya o minimiza la evaluación y el tratamiento del estilo de vida. Así, la cardiología conductual abarca las áreas cubiertas por la cardiología preventiva y la medicina psicosomática (Pickering, Phil, Clemow, Davidson y Gerin (2003).

Ante estos hechos, la cardiología conductual representa un punto de vista alternativo respecto a que la enfermedad cardiaco-coronaria y el riesgo cardiovascular no son inevitables y se pueden prevenir. De acuerdo con esto, las causas de la enfermedad cardiaca no se encuentran únicamente en el corazón, sino que también son producto del estilo de vida y de los efectos de los factores psicosociales –particularmente el estrés– y la manera en que se afrontan (Figueroa y Ramos, 2004). La cardiología conductual explica no sólo cómo interactúan estos factores para provocar un trastorno cardiovascular, sino también cómo se pueden modificar una vez que se han establecido.

Ya que la cardiología conductual cubre un amplio rango de conocimientos, tanto del área médica como de la psicológica, difícilmente algún profesional de la salud tiene la habilidad y los conocimientos requeridos para manejar el amplio campo de la cardiología conductual. Por lo tanto, su enfoque difiere del de la mayoría de las otras áreas de la medicina en cuanto que es esencialmente interdisciplinaria e involucra típicamente una intensa colaboración activa entre el psicólogo y el cardiólogo, principalmente.

Por ejemplo, es incuestionable que desde la última década el campo de la cardiología ha tenido un avance y desarrollo tecnológico impresionante para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad cardiaca, como el escaneo a través de la tomografía computarizada, la intervención coronaria percutánea (ICP) y otros más (Feyter y Meijboom, 2005). No hay duda de que estos procedimientos han salvado vidas y han reducido la morbilidad en un gran número de personas, pero al mismo tiempo no existe evidencia de que la incidencia de la enfermedad cardiaca coronaria esté

disminuyendo; por el contrario, se espera que siga aumentando en el futuro. Así que no cabe duda de que la tecnología por sí misma no resuelve el problema de los trastornos cardiovasculares.

Por otro lado, ha habido avances igualmente importantes, si bien menos glamorosos, en la ciencias de la conducta. El seguir un procedimiento de ICP representa indudablemente un gran logro, pero reducir la necesidad de seguir tal procedimiento al lograr que las personas modifiquen su alimentación, dejen de fumar, hagan ejercicio y manejen el estrés implica un reto mayor. Al adoptar un enfoque integrador e interdisciplinario, los cardiólogos pueden satisfacer estas recomendaciones y referir sus pacientes a los especialistas en el comportamiento para obtener tales cambios. Por esta razón urge preparar nuevas generaciones de psicólogos competentes en dichas áreas.

La cardiología conductual es un campo que surge de la práctica clínica basada en el reconocimiento de que las conductas "patógenas" del estilo de vida, los factores emocionales y el estrés crónico pueden fomentar o agudizar la hipertensión, la aterosclerosis y los eventos cardiacos adversos. Sin embargo, todavía se ve como un desafío el desarrollo de intervenciones terapéuticas efectivas para modificar las conductas no saludables y el estilo de vida de riesgo, y para reducir los factores de riesgo psicosocial para los pacientes con enfermedad cardiaco-coronaria; por ejemplo, no hay suficientes protocolos con intervenciones psicosociales a largo plazo; aún más, sigue siendo un problema significativo la falta de adherencia de los pacientes a las intervenciones farmacológicas o psicológicas. A pesar de ello, hay evidencia creciente de que la modificación del estilo de vida (como hacer ejercicio) y los esfuerzos que se hacen para prevenir el riesgo cardiovascular y promover la salud cardiovascular para incorporar las intervenciones psicosociales (Figuroa y Ramos, 2006), pueden ser efectivos para mejorar los desenlaces entre los pacientes con enfermedad cardiaca. Otro tipo de evidencia sugiere que los programas para el manejo del estrés pueden mejorar los marcadores en la enfermedad cardiaco-coronaria. Se necesitan investigaciones prospectivas para determinar qué pacientes pueden responder mejor a las formas específicas de las intervenciones conductuales, y también para definir cómo los

cardiólogos pueden colaborar con otros especialistas para reducir el estrés psicológico de una manera práctica y costo/efectiva.

La mayoría de los factores de riesgo psicosociales se relacionan claramente con mecanismos psicofisiológicos plausibles que cumplen un rol mediacional en el proceso psicosomático. Los estudios humanos futuros deben incorporar medidas de los factores de riesgo, los mecanismos psicofisiológicos y los desenlaces en los trastornos cardiovasculares (Smith y Gerin, 1998).

El campo de la cardiología conductual requiere el desarrollo de tales soluciones prácticas porque la etiología que une los factores de riesgo psicosocial, los de riesgo conductual y la aterosclerosis sugiere que los cardiólogos consistentemente encuentran muchos pacientes con estrés psicológico y conductas no saludables en la práctica clínica. También sigue siendo un gran desafío desarrollar estrategias útiles para estudiar factores de riesgo diferentes pero a menudo altamente correlacionados. Estos factores de riesgo se estudian típicamente por separado a pesar de su interrelación. Cuando se estudian múltiples características psicosociales, usualmente sus efectos estadísticos independientes se prueban en análisis multivariados o, en pocas ocasiones, se constatan ciertos efectos interactivos. La investigación actual debe determinar si los aspectos que se traslapan con los factores de riesgo correlacionados (p.e., estrés y enojo) son el predictor más potente de los eventos recurrentes o iniciales para examinar aspectos centrales del riesgo psicosocial (Smith y Gerin, 1998).

En este sentido, el trabajo de Yusuf, Hawken, Ounpuu y cols. (2004), dadas sus características metodológicas y análisis estadísticos, fue pionero al incluir –además de los factores de riesgo cardiovascular tradicionales– factores de riesgo psicosociales en más de 30 mil participantes de más de cincuenta países. Reportó una asociación entre nueve factores de riesgo (tabaquismo, nivel de lípidos, hipertensión, diabetes, obesidad, dieta, actividad física, consumo de alcohol y factores psicosociales) y el infarto al miocardio, y destacó que la prevención efectiva necesita una estrategia global que reconozca la importancia de los factores de riesgos (biológicos, sociales y ambientales) de la enfermedad cardiovascular.

En resumen, el trabajo desarrollado por la cardiología conductual hace que el panorama cardiovascular esté cambiando de preguntarse si los factores psicológicos son importantes en la enfermedad cardiaca a qué es lo que se debe hacer con ellos. Por esto se recomienda a los cardiólogos conocer la evidencia que asocia los factores de riesgo psicosocial con la enfermedad cardiovascular, así como evaluar y referir a sus pacientes con los expertos en el comportamiento para evaluar y tratar estos factores. Durante años, los cardiólogos han evaluado y aconsejado a las personas que dejen de fumar, coman mejor y hagan más ejercicio, pero ahora deben extender su interrogatorio para cubrir áreas tales como la depresión, la ansie-

dad y el apoyo social. Así descubrirán, por ejemplo, que la incidencia de los síntomas de depresión es mucha más elevada en la práctica cardiológica que en la población general. Hay mucha información basada en evidencias que incluyen la investigación, la práctica clínica y los programas psicoeducativos. Tiene un enfoque interdisciplinario e incluye a psicólogos, cardiólogos, nutriólogos y epidemiólogos, entre otros. Tal vez el problema para no llevar a cabo esta práctica es que toma mucho más tiempo hacer una evaluación del estado psicológico de la persona, y también influye el hecho de que el cardiólogo no está entrenado (y no debería estarlo) para evaluar el funcionamiento psicológico de sus pacientes.

REFERENCIAS

- Bennet, P. y Murphy, S. (1999). *Psychology and health promotion*. Buckingham: Open University Press.
- Dubbert, P. (2002). Physical activity and exercise. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 526-536.
- Eisenberger, N.I., Lieberman, M.D. y Williams, K.D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302, 290-292.
- Fagerstrom, K. (2002). The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. *Drugs*, 62, 1-9.
- Feyer, P. y Meijboom, W. (2005). Coronariografía mediante tomografía computarizada multicorte: ¿en el candelerero? *Revista Española de Cardiología*, 58(11), 1253-1257.
- Figuroa L., C. y Ramos, R., B. (2004). Estrés: ¿riesgo cardiovascular de hipertensión? *Estrés y Salud. Cuadernos de Ciencias de la Salud y del Comportamiento*. México: FES-Zaragoza, UNAM.
- Figuroa L., C. y Ramos R., B. (2006). Factores de riesgo de la hipertensión arterial y la salud cardiovascular en estudiantes universitarios. *Anales de Psicología*, 22(2), 169-174.
- Jo, I., Ahn, Y., Lee, J., Shin, K.R., Lee, H.K. y Shin, C. (2001). Prevalence, awareness, treatment, control, and risks factors of hypertension: the Asian study. *Journal of Hypertension*, 19, 1523-1532.
- Menard, J. (2002). Cost-effectiveness of hypertension treatment. *Journal of American Medical Association*, 287, 2542-2551.
- Pickering, T., Phil, D., Clemow, L., Davidson, K. y Gerin, W. (2003). Behavioral cardiology – has its time finally arrived? *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 70(2), 101-112.
- Sacks, F. (2001). Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension diet. *New England Journal of Medicine*, 334, 3-10.
- Smith, T. y Gerin, W. (1998). The social psychophysiology of cardiovascular response. An introduction to the special issue. *Annals of Behavioral Medicine*, 20, 243-246.
- Smith, T., Orleans, T. y Jenkins, D. (2004). Prevention and health promotion: Decades of progress, new challenges, and an emerging agenda. *Health Psychology*, 23, 126-131.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J. y Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364, 937-952.