

Trastornos de la personalidad y placa aterosclerótica coronaria: una nueva perspectiva

Personality Disorders and Coronary Atherosclerotic Plaque: A New Perspective

PEDRO FORCADA¹

INTRODUCCIÓN

El trabajo de Suárez-Bagnasco y colaboradores, que se publica en este número de la *Revista*, (1) no solo es un aporte innovador y original, sino que además tiene considerable valor clínico. Con un lenguaje sencillo de especialistas en el área de las neurociencias y la psiconeuroendocrinología caracterizan las diferentes alteraciones de la personalidad y la relación de algunos tipos de ellas con la presencia de placas ateroscleróticas en el territorio coronario, e incluso presentan hipótesis sobre los posibles mecanismos fisiopatológicos involucrados.

Hasta el presente se ha escrito mucho sobre la relación existente entre ciertos tipos de personalidad y diferentes complicaciones cardiovasculares, como también la evolución de los pacientes. Sin embargo, aun cuando la evidencia ha sido claramente significativa en algunos trabajos, es raro que en la práctica habitual se acepte la relación entre los factores psicosociales y la enfermedad cardiovascular como un argumento científicamente sustentable. Por lo regular se señala la dificultad de mensurar con precisión la enfermedad psicológica como una noxa definida o las consecuencias a este nivel de los aspectos psicosociales, con un sustento fisiopatológico para poder relacionarlos con la enfermedad cardiovascular. Hoy en día hay probada evidencia de que estos argumentos cada vez tienen menos validez. (2)

Actualmente, conceptos como alostasis, red alostática y carga alostática establecieron una conexión entre las neurociencias y la cardiología, pues la red alostática es un suprasistema que relaciona al sistema neurovegetativo, el eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal y el sistema inmunitario, y entre sus efectores se encuentra el sistema cardiovascular. (3) Estas son áreas familiares para el cardiólogo, que puede relacionarlas entre sí desde una perspectiva diferente y así comprender el desarrollo de los factores de riesgo, como el síndrome metabólico o el desarrollo de aterosclerosis en conexión con el sistema nervioso central y las respuestas de este al estrés y cómo diferentes patologías psicológicas o aspectos psicosociales impactan a nivel cardiovascular (4, 5) (Figura 1).

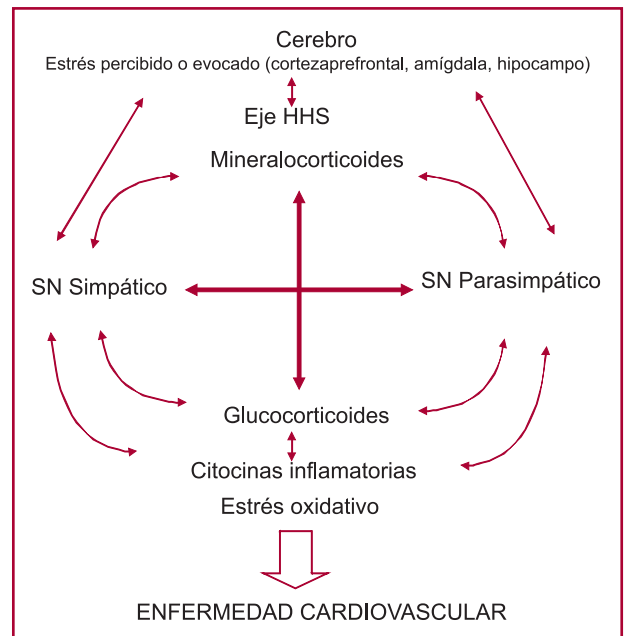


Fig. 1. La red alostática, un suprasistema que relaciona el SNA, el eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal (HHS), la inflamación y el estrés oxidativo, mediante mecanismos de modulación recíproca; en este caso, en relación con el desarrollo de enfermedad cardiovascular. Cuando disfunciona, se genera carga alostática.

En este sentido, el trabajo de Suárez-Bagnasco y colaboradores es innovador, pues enfoca las etapas tempranas de ambos procesos: los trastornos de la personalidad y la aterosclerosis coronaria antes del evento cardíaco.

ANTECEDENTES

En 1768, William Heberden hace una primera descripción brillante no solo de la angina de pecho, sino que en ella también incluye las características personales de los sujetos con esta nueva patología para él, que resultó ser la enfermedad coronaria (podría decirse la

primera descripción pormenorizada de la personalidad tipo A). (6)

Sin embargo, hoy sabemos que los individuos hipervigilantes, autoexigidos, competitivos y agresivos, definidos como personalidad tipo A, no son los únicos candidatos a la enfermedad cardiovascular, sino que también lo son aquellos con personalidad ansiosa y/o depresiva, excesiva dependencia o aun aquellos con marcada hostilidad y respuestas iracundas (complejo ira-hostilidad).

Durante las tres últimas décadas del siglo xx se analizó fundamentalmente la personalidad tipo A y su relación con la enfermedad cardiovascular en general y la cardiopatía isquémica en particular.

Más recientemente y en conexión con los cambios socioculturales de una sociedad globalizada e hipercomunicada, aumenta la proporción de sujetos cada vez más aislados y exigidos, portadores de lo que se denomina personalidad tipo D (por *distrés*), que característicamente presentan introversión, ansiedad, temor, e incluso son proclives a la alexitimia. Este tipo de personalidad se observa también en una gran proporción de enfermos cardiovasculares, disputando la primacía con el tipo A. En conclusión, se han ido determinando cada vez con más precisión los perfiles de personalidad relacionados con la enfermedad cardiovascular. (7)

Finalmente, ya en estadios más avanzados, es imposible ignorar la importancia que tiene la depresión entre los factores de riesgo cardiovascular y el desarrollo de enfermedad. Incluso es posible establecer un paralelo entre el continuo cardiovascular y un "continuo" desde los trastornos de la personalidad, las fobias, el estrés postraumático y la depresión como estadio final. (8)

Se ha observado además un riesgo mayor de eventos y peor evolución en los pacientes que tienen actitudes pesimistas, están faltos de proyectos y/o de red de contención social o familiar, en comparación con los optimistas, con proyectos o que participan en actividades colectivas, redes sociales o grupos de autoayuda. Probablemente, entre estos últimos se encuentran aquellos con niveles más altos de resiliencia o con tutores de esta, por lo general integrantes de las redes que los contienen.

La resiliencia es la capacidad de superar la adversidad y aun de salir fortalecidos de ella, y este concepto no es privativo del ámbito psicológico, sino que los mecanismos son numerosos y complejos desde el plano molecular y genético hasta la interacción genético-epigenética de los sujetos con el ambiente. Los sujetos no solo pueden presentar capacidad de resiliencia, sino que esta puede ser inducida o facilitada frente a situaciones traumáticas o estímulos estresores. (9)

COMENTARIOS Y OBSERVACIONES

Comentarios

Según Rozanski y colaboradores, los factores que promueven la aterosclerosis se pueden dividir en dos

grandes grupos: los factores emocionales y los estresores crónicos.

Los *factores emocionales* incluyen principalmente desórdenes afectivos como depresión mayor y trastornos asociados con la ansiedad, la hostilidad y el enojo. Los *estresores crónicos* están relacionados con el entorno e incluyen el escaso soporte social (redes sociales de soporte, como amigos, grupos afines, tareas solidarias, etc.), bajo nivel socioeconómico, estrés laboral, estrés marital y sobrecarga de los cuidadores.

Conceptualmente, hoy hay plena certeza de que el estrés agudo puede conducir a eventos isquémicos y disfunción ventricular, mientras que el estrés crónico, fundamentalmente a través de los disturbios metabólicos que produce, puede llevar al desarrollo de aterosclerosis. (7)

Esto no solo ha dado lugar a múltiples avisos y editoriales de las principales sociedades cardiológicas mundiales para detectar sistemáticamente diferentes aspectos psicosociales y depresión en pacientes cardiovasculares o con factores de riesgo para esta enfermedad, sino que además emerge la "cardiología de la conducta" como una disciplina cada vez más desarrollada que podemos ubicar mejor en el campo de las neurociencias que en la cardiología misma. (10)

Los aspectos psicosociales han sido considerados hace tiempo en la Sociedad Argentina de Cardiología (Nijensohn C., 1978) y se ha publicado oportunamente un informe sobre el tema (Informe de la Comisión de Aspectos Psicosociales 2001), (11) que se ha incorporado en el Consenso de Prevención Cardiovascular recientemente publicado. (12) Hace 2 años se ha constituido el Consejo de Aspectos Psicosociales con la idea de incorporarlos dentro de las actividades de formación del cardiólogo y para incluirlos en la evaluación del paciente cardiovascular, no solo como indicador de riesgo cardiovascular, sino también como aspectos pasibles de intervención para su reducción. También hay una extensa consideración sobre el tema en las Guías de Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial de la Sociedad Argentina de Hipertensión, publicadas hace un año, lo que muestra el creciente interés en esta área de diferentes especialistas en enfermedad cardiovascular. (13)

Observaciones

En este trabajo, los autores entran en dos temas importantes: el primero es salir de los arquetipos conocidos de personalidad tipo A o D y describir los trastornos de la personalidad y sus características de acuerdo con una moderna clasificación que consensúa las clasificaciones americana y europea, lo que facilita distinguirlos en la consulta.

El segundo tema en el que entran es la prevención primaria, pues estos pacientes eran portadores de enfermedad aterosclerótica coronaria o con riesgo de ella, sin patología aguda y ambulatorios (al menos se deduce porque en el trabajo no se explicita cuántos pacientes habían tenido eventos o procedimientos previos y los

motivos por los que se pedía una tomografía multicorte en sujetos asintomáticos).

Esta nueva perspectiva permite enriquecer la evaluación del riesgo cardiovascular al incorporar elementos precoces e indelebles en el sujeto, como son los trastornos de la personalidad y que se agregan a la evaluación de aspectos psicosociales, que se han posicionado preeminentemente por los resultados de los estudios INTERHEART e INTERSTROKE en forma indiscutible, junto con otros numerosos estudios de gran magnitud (MR FIT, WHI, etc.).

Un dato que hubiera sido importante agregar sería un grupo control de una población sin enfermedad cardiovascular para poder estimar, más que comparando con los pacientes sin placas, cuál es la magnitud de la proporción de alteraciones de la personalidad y el perfil de estas en los enfermos cardiovasculares respecto de pacientes que no lo son.

Otro elemento para tener en cuenta es el ajuste por sexo y edad al igual que por los principales factores de riesgo, que los autores explicitan que son diferentes, ya que en las ecuaciones de regresión al momento de estimar con precisión la fuerza de la relación entre los trastornos de la personalidad y las lesiones coronarias serían factores de confusión muy importantes.

Respecto de la baja proporción de mujeres que señalan los autores, es la proporción que se observa habitualmente en estudios de patología cardiovascular y lo importante para destacar es que la proporción no es probablemente lo más importante, sino que la gravedad de la enfermedad cardiovascular de la mujer es mayor y consecuentemente también lo es el riesgo cardiovascular.

Habida cuenta de las marcadas diferencias tanto en el plano cardiovascular como en los aparatos psíquicos del hombre y la mujer, otra consideración interesante sería el análisis de las diferencias en los trastornos de la personalidad ligados a la enfermedad cardiovascular según el sexo.

En conclusión, es un trabajo innovador y de actualización que aporta evidencia científica sobre la relación entre los trastornos de la personalidad y la enfermedad cardiovascular, ambos en etapas tempranas, que abre el camino para profundizar la investigación en estas áreas.

Los trastornos de la personalidad serían signos de disfunción en la principal y más temprana interfase frente al estrés, y siendo este cada vez mayor en la sociedad actual, este tipo de hallazgos son una alerta para prepararnos frente a una epidemia de patología psiquiátrica que se avecina, en especial la depresión, que podría superar incluso a la enfermedad cardiovas-

cular en los años venideros. Lo más temible sería el efecto de arrastre sobre la enfermedad cardiovascular que podría llevar aparejado este incremento de las patologías psiquiátricas asociadas con el estrés.

Declaración de conflicto de intereses

El autor declara que no posee conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Suárez-Bagnasco M, Ganum G, Cerdá M. Trastornos de la personalidad y placa aterosclerótica coronaria. *Rev Argent Cardiol* 2013;81:39-44. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v81.i1.1529>
2. Samuels MA. The brain-heart connection. *Circulation* 2007;116:77-84. <http://doi.org/b8652p>
3. McEwen BS. Sleep deprivation as a neurobiologic and physiologic stressor: Allostasis and allostatic load. *Metabolism* 2006;55:S20-3. <http://doi.org/b62m5d>
4. McEwen BS. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiol Rev* 2007;87:873-904. <http://doi.org/fjpxn>
5. Zubcevic J, Waki H, Raizada MK, Paton JF. Autonomic-immune-vascular interaction: An emerging concept for neurogenic hypertension. *Hypertension* 2011;57:1026-33. <http://doi.org/cvj8n2>
6. Bertolasi CA, Bruno CA, Ramos AO y cols. *Cardiología Clínica*. 1.ª ed. Buenos Aires, Argentina: Ed. Intermédica; 1987. T III. p. 1616.
7. Brotman DJ, Golden SH, Wittstein IS. The cardiovascular toll of stress. *Lancet* 2007;370:1089-100. <http://doi.org/fbvj7k>
8. Lichtman JH, Bigger JT Jr, Blumenthal JA, Frasure-Smith N, Kaufmann PG, Lespérance F, et al; American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing; American Heart Association Council on Clinical Cardiology; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention; American Heart Association Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research; American Psychiatric Association. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation* 2008;118:1768-75. <http://doi.org/bx4ntf>
9. Costa de Roberts S, Barontini M, Forcada P, Carrizo P, Almada M. Estrés psicosocial y baja resiliencia, un factor de riesgo de hipertensión arterial. *Rev Argent Cardiol* 2010;78:425-31.
10. Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: The emerging field of behavioral cardiology. *J Am Coll Cardiol* 2005;45:637-51. <http://doi.org/dcmcd9>
11. Comisión de Aspectos Psicosociales de la SAC: Informe de la Comisión de Aspectos Psicosociales de la SAC 2001. *Rev Argent Cardiol* 2001;69(S1):1-11.
12. Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso de Prevención Cardiovascular. Aspectos psicosociales. *Rev Argent Cardiol* 2012;80(S2):87-93.
13. Ingaramo R y Consenso de Expertos: Guías de la Sociedad Argentina para el Diagnóstico, Estudio, Tratamiento y Seguimiento de la Hipertensión Arterial. Versión completa en la web (pdf): http://www.saha.org.ar/pdf/GUIA_SAHA_VERSION_COMPLETA.pdf