

ATENCIÓN EMOCIONAL AL PACIENTE Y FAMILIA CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

María Rocío Ramírez Cuellar

RESUMEN

La atención emocional al paciente y familia con problemas cardiovasculares, hace necesaria la participación activa y con compromiso de un equipo interdisciplinario en el manejo de las reacciones emocionales tanto del paciente como de sus familiares, teniendo en cuenta que son múltiples los factores psicológicos y sociales precipitantes de la enfermedad coronaria.

El inicio abrupto y la característica potencialmente fatal de esta enfermedad, plantea retos importantes no solo para el paciente que hasta el momento parecía completamente sano, sino también para la familia que de manera súbita se enfrenta a una realidad aterradora. Es por esto que se toman en cuenta las patologías cardiovasculares prevalentes y sus aspectos psicológicos, no solo como precipitantes sino desde el punto de vista de estrategias adaptativas y no adaptativas tanto del individuo como de la familia ante esta patología.

Palabres Clave. *Atención emocional. Intervención emocional. Cuidado emocional y familia. Enfermedad coronaria. Aspectos psicosociales. Paciente cardiovascular.*

INTRODUCCIÓN

El grupo de trastornos que unen la función psicológica y la cardíaca y crea condiciones patológicas en los vasos sanguíneos y en el corazón, constituyen los trastornos cardiovasculares. Los estudios epidemiológicos han demostrado que un 40 y un 50% de los fallecimientos que se producen en los países industrializados, están relaciona-

dos con trastornos circulatorios. Dos tercios de estas muertes se deben a enfermedades cardiovasculares y a cardiopatías coronarias.

Recientemente y con base en amplios estudios se responsabilizó a los factores psicosociales como agentes causales de cardiopatía isquémica. Se sabe que el estrés, es decir, niveles elevados de cambio vital, influye negativamente sobre la salud en general. Sin embargo las exigencias

* Magister en Educación en Enfermería. Especialista en Salud Familiar. Docente Titular Departamento de Enfermería - Facultad Ciencias de la Salud - Universidad del Cauca.

laborales, son los estresores de mayor influencia en el origen de la cardiopatía isquémica. El inicio súbito de esta enfermedad potencialmente fatal plantea una crisis importante a un individuo que hasta el momento podía parecer completamente sano, y quien de forma súbita, pasa de ser una persona sana e independiente a ser desvalida y dependiente.

La cardiopatía isquémica es una enfermedad psicosocial por excelencia: se va fraguando día a día y finalmente es el resultado de un largo recorrido donde los hábitos alimenticios y los hábitos tóxicos, la organización del trabajo y la enajenación personal a los intereses laborales, la posición subjetiva y la reactivación psicosomática, manifiestan sus contradicciones en ese "no va más" de la obstrucción coronaria.

1. ENFERMEDAD CORONARIA

1.1. Aspectos Psicológicos.

Existen muchas variables psicológicas en la predisposición a la enfermedad coronaria; sin embargo, no se ha podido sustentar científicamente que exista una personalidad coronaria específica. Aún así, existen hipótesis de que algunos rasgos de personalidad parecen asociarse en mayor medida a la aparición de coronariopatías, se atribuye un tipo de personalidad o conducta denominada "A", a los pacientes afectados de enfermedad coronaria, este patrón de conducta, ha sido descrito por el cardiólogo M. Friedman y su equipo, quienes plantean que este tipo de personas se caracterizan por un profundo sentido de impaciencia o urgencia en el tiempo, que los obliga a involucrarse en más actividades de las que puede abarcar y a un alto grado de empeño en la ejecución, siendo perfeccionista e intolerante, lo cual a menudo lo lleva a la hostilidad, intenta controlar el ambiente, que es percibido como hostil y amenazante.

Los sujetos tipo "A" tienen imposibilidad de manejar un orden generalizado. Es la incapacidad para representar en el pensamiento en forma generalizada una realidad ausente o distante. Necesitan entrar en contacto directo con las personas o las cosas. Sufren de angustia frente a la sospecha de un desastre que los tome desprevenidos. Cada objetivo no conseguido, por insignificante e inmediato que sea, es vivido, como un fuerte fracaso personal. Este fracaso es seguido por uno de los siguientes caminos:

a. El sujeto consigue mantener de manera precaria el ideal que tiene de sí mismo, culpando a otras personas o situaciones.

b. El ideal del sujeto no puede ser mantenido y colapsa, formando parte de los factores desencadenantes del infarto.

Este tipo de sujeto, es incapaz de pedir ayuda, intenta todo el tiempo realizar las cosas solo, sin consejos, ni compañía. Frente al ofrecimiento de ayuda por parte de otros puede reaccionar rechazando esa ayuda, o si la acepta luego no reconoce a quien se la brindó, intenta tener todo el mérito sin querer compartirlo con nadie, pareciera ser que la ayuda empaña el logro personal.

Otra característica de la personalidad de este tipo de paciente, es que vive condicionado por una compulsión a no gastar dinero. Sus elecciones se orientan, indiscutiblemente a las opciones más baratas, independiente de cual sea su condición socioeconómica. El sujeto que corresponde al patrón tipo "A" posee una normativa literal y esquemática. Las normas intenten ser cumplidas en forma literal, en ocasiones abstraídas del contexto en que deben ser aplicadas. La forma de escuchar, está básicamente dirigida a saber si es aprobado o criticado por quien le habla, mas no a comprender lo que se le está diciendo.

1.1.1. Precipitantes psicológicos del infarto del miocardio

El infarto del miocardio puede aparecer a partir de acontecimientos vitales de sobrecarga. No obstante lo que constituye un estrés está determinado por la vulnerabilidad particular de cada persona, la manera de vivir los acontecimientos y la intensidad con que la invaden las emociones. La pérdida de relaciones valiosas, prestigio o trabajo constituyen frecuentemente antecedentes en los pacientes con infarto del miocardio. Las pérdidas concretas o simbólicas, provocan en general una reacción de duelo, depresión, sentimientos de desesperanza, desamparo y agotamiento. Los estudios recientes sobre los precursores psicológicos del infarto del miocardio y la muerte súbita indican que, en la mayoría de las víctimas, la depresión precedía al acontecimiento y la muerte súbita se producía en el marco de una emoción aguda, del tipo de la excitación, el miedo, la ansiedad o la ira, emociones que van acompañadas de variaciones en la frecuencia, el ritmo, la sangre impulsada y el volumen cardíaco, la presión arterial y otros índices de la función cardiovascular.

1.1.2. Precursores psicológicos de la angina de pecho.

Los pacientes con angina de pecho muestran tendencia a la ansiedad, la compulsividad, las repercusiones somáticas en respuesta al estrés y a un umbral del dolor más bajo, mucho antes de su enfermedad.

Los precipitantes emocionales de la angina de pecho son ampliamente aceptados por los médicos. La ira, la ansiedad, la euforia, la excitación y estados con intensas repercusiones autonómicas. Los mecanismos mediadores pueden incluir espasmos de las arterias coronarias, debido a la acción vasoconstrictora del vago, e isquemia miocárdica transitoria causada por los efectos de la adrenalina. La ansiedad provocada por el dolor anginoso y su significado amenazador puede incrementar la frecuencia y gravedad de los ataques.

1.1.3. Factores psicosociales predisponentes en hipertensión esencial

Los pacientes hipertensos han sido descritos como incapaces de aceptar y expresar sus impulsos hostiles por miedo a perder aprobación y seguridad, como poco asertivos, como inseguros y propensos a tener sentimientos de culpa; tensos e hipervigilantes que tienden a percibir el ambiente como peligroso, resentidos ocultamente, obsesivo compulsivos y más o menos propensos a ser susceptibles, ansiosos o depresivos, más que el promedio general de la población. A pesar de la descripción de estos factores, no se puede hablar con certeza de un estilo de personalidad del paciente hipertenso. Sin embargo una amplia gama de estímulos ambientales capaces de originar miedo, ira y frustración pueden acarrear una elevación en la presión arterial. La ira suele estar asociada a un aumento en la presión diastólica, aumento que puede persistir durante un período de algunas semanas o meses.

1.2. Estilos de respuestas del individuo a la coronariopatía

Las respuestas y estrategias adaptativas e inadaptables están influidas por la personalidad, la familia y la participación médica; entre los estilos de respuestas manifestados podemos encontrar:

- Aceptación realista del daño e intento conciente de una rehabilitación.
- Dependencia excesiva, con presencia de síntomas conversivos o hipocondríacos, ansiosos o depresivos y permanencia en el papel de enfermo.
- Minimización y negación de la enfermedad, su significado y consecuencia. La negación es un mecanismo defensivo para enfrentar la angustia de una enfermedad aguda que puede amenazar la vida.

Muchos de los llamados infartos de miocardio sin dolor pueden representar negación o interpretación errónea voluntaria del significado de los síntomas de dolor en el pecho. Sin embargo, un nivel adecuado de negación puede

resultar beneficioso para el pronóstico al reducir el nivel de ansiedad y hacer más favorable el curso clínico de la enfermedad, con la consiguiente disminución de la secreción de catecolaminas.

Otro signo visible del mecanismo de negación es la tardanza para entrar al hospital, aún cuando experimentan dolores agudos y sepan que están relacionados con un problema del corazón.

Luego de varios días en la unidad coronaria, la mayoría de los pacientes comienzan a mostrar señales de preocupación. Se dan cuenta de que algo les ocurre y de las consecuencias potencialmente graves e incluso fatales, del haber sufrido un infarto de miocardio. Les preocupa la posibilidad de no poder funcionar en su trabajo, o como maridos o padres. Comienza un proceso de duelo por el rol y las actividades que antes se ejercían y que ahora deberán cambiar.

- Uso de la cardiopatía como ganancia secundaria y como una forma para manipular y controlar a los demás; el paciente se puede tornar más dependiente y más incapacitado, como un mecanismo inconciente de pedir simpatía y generar sentimientos de culpa.

1.3. Respuesta de los familiares.

La enfermedad no sólo tiene repercusiones para el propio paciente, sino también para las personas que lo rodean. La forma en que los familiares afrontan la situación va a tener gran importancia en como lo haga a su vez el propio enfermo.

El cónyuge particularmente suele desempeñar un papel preponderante, su conducta puede aumentar la ansiedad, la dependencia o la invalidez del paciente o, por el contrario, impedirle que realice esfuerzos que hagan peligrar la salud. Las esposas de los pacientes con infarto de miocardio experimentan a veces ansiedad, depresión o síntomas somáticos. Tienden a sentirse culpables y a acusarse de la enfermedad del compañero. Algunas presentan dolores precordiales y palpitaciones, sugiriendo una identificación o una vivencia de culpa.

Muchas se vuelven ansiosas y sobre protectoras, protegiendo a sus esposos de la actividad excesiva, evitando el contacto sexual por temor a que el esposo muera súbitamente; además tienden a suprimir sus sentimientos de resentimiento, engendrados por la dependencia e irritabilidad del esposo. La ansiedad de la esposa es susceptible de incrementar la dependencia e incapacidad del compañero o, a veces, conduce a un prematuro retorno al trabajo y a la actividad sexual, a la minimización de los síntomas y a una

actitud general de forzada independencia y vigor; por las reacciones emocionales anotadas, es muy importante proporcionarle toda la información disponible para que su influencia sobre el paciente sea lo más positiva posible, evitando a la vez conductas sobre protectoras o de abandono.

2. INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA ATENCIÓN EMOCIONAL DEL PACIENTE Y FAMILIA

Como se ha descrito hasta el momento, son múltiples los factores psicológicos y sociales precipitantes de la cardiopatía coronaria o de su incidencia; de allí la importancia fundamental de la intervención de los profesionales de la salud, en el manejo adecuado de las reacciones de los pacientes y sus familias, tanto en los procesos de prevención de las cardiopatías como en los procesos de rehabilitación.

En relación con la prevención, se hace necesario desarrollar proyectos educativos que promuevan modificaciones en el estilo de vida de los individuos, a fin de disminuir los factores de riesgo, tales como, obesidad, vida sedentaria, hipertensión, tabaquismo y lípidos séricos elevados.

En relación con los procesos de rehabilitación cardiaca es necesario tener en cuenta que ésta debe estar enfocada a asegurar en los cardiopatas una condición física, mental y social óptima, que les permita mejorar su calidad de vida, es decir, conseguir que el paciente vuelva a su medio familiar y socio laboral.

La recuperación de la calidad de vida puede estar dificultada por factores personales (ansiedad, depresión o apatía); familiares (tales como la actitud sobre protectora de la familia o regresiva del paciente ante la realización de ciertas tareas, relaciones sexuales, etc.); o laborales (por el retraso en la incorporación al trabajo en personas competitivas y ambiciosas en el campo laboral).

La intervención de los profesionales, debe estar enfocada hacia la disminución de la ansiedad en el paciente, al orientar el manejo de la ansiedad, estamos disminuyendo factores de riesgo que promueven el empeoramiento del cuadro clínico del paciente.

La ansiedad que manifiesta el paciente es en general grave, por estar vinculada a situaciones en que se sienten amenazadas la vida y la integridad corporal; no hay que olvidar

que el temor a la muerte, junto con la sensación de disnea, constituye la más poderosa fuente de ansiedad.

Se agrega el impacto que presupone el ingreso en el área de cuidados intensivos, ya que en el momento de mayor ansiedad, el enfermo es aislado de su medio y expuesto a un tratamiento agudo especial, en un ambiente muy peculiar, con continuos controles médicos y de enfermería y procedimientos diagnósticos y terapéuticos en ocasiones dolorosos.

¿Pero cómo evaluamos el estado de ansiedad del paciente? Debemos estar atentos a los fenómenos que determinan el estado emocional del paciente y saber que en situaciones de difícil control para el paciente, la ansiedad no se expresa como sensación subjetiva de aprehensión y temor.

Para evaluarla correctamente, tanto el médico como el profesional de enfermería, deben observar atentamente las manifestaciones no verbales de la ansiedad: miradas, gestos, postura corporal y quejidos y toda la amplia gama de trastornos somáticos que son equivalentes de angustia y que son de vital importancia observar, dado que pueden empeorar, por labilidad autonómica secundaria a la ansiedad intensa, los cuadros de pacientes con arritmias o angor inestable.

Para ayudar al paciente en el manejo de los niveles de ansiedad, los profesionales de la salud y en especial el médico y el personal de enfermería, deben:

- a) Identificar, aceptar y alentar la expresión de sentimientos por parte del paciente y familiares.
- b) Animar al paciente a expresar sus preocupaciones y aprehensiones.
- c) Facilitar información acerca del estado físico, los objetivos del tratamiento y las medidas a adoptar.
- d) Alentar y apoyar la participación del paciente y familia en la toma de decisiones.
- e) Acompañar al paciente en los momentos en que sienta miedo y ayudarlo a identificar las fuentes del miedo.
- f) Ayudar tanto al paciente como a los familiares a identificar las presiones dentro de la estructura familiar, esto favorecerá el proceso de adaptación, ante la enfermedad.
- g) Orientar al paciente sobre técnicas de enfrentamiento eficaces, frente a si mismo y frente a otros; tales como: comunicación asertiva, proposición de objetivos reales, técnicas de relajación.

- h) Ayudar a aliviar sentimientos de soledad y separación de lazos espirituales, escuchando las preocupaciones espirituales, que el paciente quiera manifestar.
- i) Educar al paciente sobre acciones de salud positivas, en relación con modificaciones en sus hábitos tanto alimenticios como de descanso, sueño, uso del tiempo libre y hábitos nocivos.

Otro aspecto de suma importancia en la intervención emocional con el paciente y su pareja, es el relacionado con la salud sexual del paciente; aspecto en la vida cotidiana del paciente que puede generar ansiedad, por esto desde las primeras fases funcionales post infarto, se debe orientar al paciente en relación con los aspectos de sexualidad, relación entre sexualidad y enfermedad cardiovascular y conceptos sobre gasto energético. La orientación ofrecida crea un vínculo de confianza, disminuye la ansiedad del paciente y evita la formación de conceptos erróneos. Para orientar al paciente, hay que tener en cuenta la capacidad funcional del corazón y el progreso logrado durante el programa de entrenamiento con ejercicios graduados.

Involucrar al cónyuge o compañero en el tratamiento, mejora la rehabilitación del paciente, se liberan del temor de dañarlo y abandonan la actitud protectora, por ejemplo al dejarlos ver una prueba de esfuerzo, ver al otro llegar al agotamiento, sin consecuencia para su salud, cuando hay buena respuesta cardiovascular.

Con base en estudios ergonómicos realizados se plantean las siguientes recomendaciones:

Cuando existe una disfunción sexual secundaria, se debe remitir al paciente a una terapia sexual específica.

LINEAMIENTOS QUE OFRECEN CONDICIONES DE MAYOR SEGURIDAD PARA LA REALIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

1. Evitar la exposición a temperaturas extremas (frío o calor).
2. Evitar la actividad sexual post prandial (dentro de 3 horas siguientes a una comida copiosa), perturba la eficacia circulatoria y desvía parte de la sangre al aparato gastrointestinal.
3. Evitar la actividad sexual después de ingerir bebidas alcohólicas porque disminuye el índice cardíaco (eficacia cardíaca).
4. Evitar los estados que provocan ansiedad, como las limitaciones de tiempo o un compañero inadecuado.
5. Evitar las proezas atléticas sexuales para ostentar virilidad.

Si se presentan síntomas como dolor precordial o disnea, se debe disminuir la intensidad o suspender la actividad y avisar inmediatamente al médico.

FRECUENCIA CARDÍACA	SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ISQUEMIA	CONDUCTA
Menor de 110 latidos por minuto con poco esfuerzo	Presentes	Prohibir actividad coital hasta que el paciente mejore su capacidad cardíaca
130 latidos por minuto con regular esfuerzo	Presentes	Se limita la actividad sexual y debe tomar medicación vasodilatadora coronaria, antes del acto sexual
Mayor a 140 latidos por minuto, con buena tolerancia al esfuerzo	Ausentes	Se permiten las relaciones sexuales orientando a la pareja en el cómo ayudar a disminuir la ansiedad y el temor

EN RELACIÓN CON LAS POSICIONES

No hay unas mejores que otras. Se debe tener cuidado en aquellas posiciones que demandan un trabajo isométrico (tensión muscular sin cambios en la longitud del músculo), de larga duración porque pueden producir una aceleración del ritmo cardiaco.

Cuando hay capacidad funcional cardiaca baja, se debe orientar la realización de la actividad sexual durante la mañana luego de un período de descanso.

BIBLIOGRAFÍA

1. **CASSEM, N.H.** Psiquiatría de Enlace en el Hospital General. Madrid: Díaz de Santos. 3ª Edición 1994.
2. **COOK, I.S. y FONTAINE, K.L.** Enfermería Psiquiátrica. Madrid: Interamericana 1990.
3. **DALTON, Ricardo Alfredo.** Y Ahora Qué? Guía para Pacientes que padecieron un infarto del miocardio. <http://www.cardiac-wellness.com/earlejass.html> bienvenidos.
4. **GARCÍA, P y MARTÍNEZ, F.R.** Reacciones Psicológicas en pacientes somáticos. Conducta de enfermedad. Medicina Psicosomática. México: Interamericana. 1994. 9ª 162 – 179.
5. **GIACOMANTONE, E.** El Médico Clínico ante la ansiedad. Buenos Aires: Master Dei. 1992.
6. **HACKETT, T.P., CASSEM N.H., WISHNIE, H.A.** Detection and treatment of anxiety in the coronary care unit. American Heart Journal. Vol 78. 1990.
7. **HERNÁNDEZ, J. A.** Rehabilitación después de una trombosis coronaria. <http://www.aurasalud.com/articulos/art-fisioterapia/rehabtromb.htm>.
8. **LAZAROS, R.S., FOLKMAN, S.** El proceso de afrontamiento. Una alternativa a las formulaciones tradicionales. En: estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca S.A. 1986.
9. **LOZANO, M. O, CORCEDO, C.** Aspectos psicológicos de la rehabilitación cardiaca. Servicio de Psiquiatría. Unidad de Rehabilitación cardiaca del Hospital Ramón y Cajal. Madrid. <http://www.secpyr.org/paginag75htm>.
10. **SANDRIN, 2. BRIESCO, A. Y POLICANTE, G.** Comprender y ayudar al enfermo: Elementos de psicología y relación de ayuda. Madrid: Humanes 1989. ISBN: 84 – 285 – 1479 – 8.
11. **SOTO, H. A.** Rehabilitación cardiaca en: Manual de rehabilitación médica. Bogotá: Contreras & Salcedo Publicidad 1999.
12. **PARADA, M. I.** Procesos psicoterapéuticos desarrollados a familiares y a pacientes críticos que ingresan en una unidad de cuidados intensivos. Unidad de medicina antropológica. Facultad de Medicina UCU. <http://capoa.cap.es/congresoiberora/base/enmca>.