

# Esfuerzo individual vs. planificación institucional

## Individual effort vs. institutional planning

---

El trabajo presentado es un ejemplo de buena práctica médica y confirma dos reglas fundamentales de la psiquiatría de enlace y de la psicósomática:

La primera es la necesidad imprescindible de observar y tratar a nuestros pacientes desde una perspectiva biopsicosocial.

La segunda, complementaria de la primera, es la necesidad de trabajar de manera interdisciplinaria conformando equipos médicos.

Por extensión, su consideración en el terreno de la práctica sanitaria permite diagramar un abordaje específico para una enfermedad compleja y multifactorial como la cardiovascular, considerando la participación de diversas disciplinas, como cardiología –obviamente–, nutrición, psicología, enfermería y hasta antropología; todas disciplinas deseables para la conformación del equipo de atención y prevención en esta área.

En definitiva, estas dos premisas, que en general nadie cuestiona, son difíciles de desarrollar en los servicios hospitalarios.

Por otra parte, es interesante observar la descripción de los eventos que terminaron en el tratamiento psicoterapéutico del paciente citado. Con buen criterio, el cardiólogo supo escuchar al paciente y aprovechar la influencia que otorga una buena relación médico-paciente para derivarlo.

Es así como surge, del presente trabajo, el hecho de que esta concurrencia terapéutica podría ser el inicio de la adopción de criterios comunes de prevención y tratamiento sin que ello implique el desconocimiento de las especificidades de cada área respecto del órgano o sistema afectado.

En este contexto, en el terreno de las cardiopatías, uno de los temas más difundidos refiere a los factores de riesgo, en gran medida conocidos, lo cual permite planificar acciones de detección y modificación como estrategias tendientes a controlar su curso.

Entre tales factores, inciden notablemente los hábitos y estilos de vida, cuya distribución se relaciona con las condiciones sociales y culturales específicas de cada población. Ahora bien, en el marco de la exploración psicológica de los pacientes en cuestión, podemos remarcar la presencia de un perfil particular, conocido como patrón de conducta tipo A. El mismo se describe como un estilo de comportamiento que constituye un factor de riesgo para la cardiopatía isquémica. Estas personas tienen 2,5 veces más probabilidades de presentar angina de pecho o infarto de miocardio. El patrón tipo A es un factor de riesgo que opera al margen de otros factores de riesgo como el tabaco, la hipertensión y la obesidad. Se presenta con rasgos de conducta como la impaciencia, irritabilidad, autoritarismo, competitividad, etc.

Este patrón de personalidad coexiste o precede la conocida relación psicopatológica entre depresión y enfermedad cardiovascular.

Se conocen las proyecciones epidemiológicas de la patología coronaria y la depresión. Ambas figuran a la cabeza de patologías que generan discapacidad y muerte y constituyendo uno de los problemas sanitarios más relevantes en la sociedad contemporánea.

La tensión a la que están sometidos estos pacientes en su vida cotidiana no se transforma en una experiencia simbólica capaz de transferirse sobre una cadena de pensamiento que ofrezca un semblante metafórico de la situación, sino que, facilitación somática mediante, produce una inervación en la función anatómica del órgano en cuestión, propiciando su disfunción y deterioro.

El referente auscultable de este proceso es un *cuadro de angustia* que se personifica bajo el diagnóstico de *depresión* o de *sintomatologías relacionadas con la ansiedad*, cuadros que han sido asociados con un mayor riesgo de incidencia en estas enfermedades. Por lo tanto, se sugiere que dicha condición anímica obraría como un predictor de la cardiopatía.

Estudiando estas características, un autor como Alexander da cuenta de que el infarto de miocardio reseña una autoexigencia compulsiva que genera agresión ante la sensación de una falla en el control de los impulsos; ésta no se expresa y se vuelve tensión somática.

Por otra parte, hay abundante evidencia científica que acredita una relación bidireccional entre depresión y cardiopatía isquémica. Complementariamente sabemos que la depresión es un factor de riesgo cardiovascular independiente que incrementa la morbimortalidad de origen isquémico.

Teniendo todas las evidencias citadas, deberíamos tener protocolos que aseguren que los pacientes con patología cardiovascular ingresen a circuitos terapéuticos que involucren a todos los pacientes que atraviesan esta instancia quirúrgica y aún antes.

Agregaría, además, que creo que el dispositivo grupal, tan poco explotado en las instituciones de salud, sería el instrumento terapéutico más adecuado, tanto desde perspectivas teóricas psicodinámicas como cognitivas.

Por lo antedicho, destaco muy especialmente la lúcida intervención del cardiólogo al derivar a su paciente a psicoterapia, pero creo que debería haber previsión institucional desde la interdisciplina para que esta situación se inscriba en una práctica estándar, como un corredor terapéutico y no como un hecho individual aislado.

**Lic. Antonio Virgillo**

Jefe del Programa Asistencial de Enfermedades Psicosomáticas  
del Hospital de Clínicas "José de San Martín"  
Integrante del Capítulo de Psicología de APSA

**Dr. Gustavo Oscar Amido**

Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Británico de Buenos Aires  
Director Médico de la Clínica Casa Nuestra Señora del Pilar  
Integrante del Capítulo de Psicología de APSA