

# Angioplastia coronaria e inconsciente freudiano. ¿Alguna relación?

Coronary angioplasty and Freudian unconscious. Any relation?

Utne AF<sup>1</sup>, Szejfman C<sup>2</sup>

## Resumen

Ante los interrogantes acerca de los cambios actuales del trabajo de los cardiólogos intervencionistas, y a partir de un caso clínico, se interrelaciona la Cardiología Intervencionista con el Psicoanálisis.

Se examina el papel de los factores psicosociales en el desencadenamiento y evolución de la enfermedad coronaria. Se describen términos específicos del psicoanálisis (transferencia, contratransferencia e inconsciente), que están, a juicio de los autores, presentes en la relación cardiólogo intervencionista-paciente. Asimismo, se analiza la necesidad de que el cardiólogo intervencionista preste una escucha atenta a la historia biográfica del paciente para detectar a aquellos que requieran derivación a rehabilitación psicológica por causa de conflictos psicosociales.

La conclusión es que existe entre el cardiólogo intervencionista y el paciente un vínculo transferencial que debe ser tenido en cuenta y aprovechado para aumentar las posibilidades de que el procedimiento (ATC) sea exitoso y sus efectos perdurables. De esta forma se podría (junto con la rehabilitación física y el tratamiento médico-farmacológico) hacer prevención secundaria y detener el progreso de la aterosclerosis coronaria.

**Palabras clave:** angioplastia coronaria, factores psicosociales, prevención, rehabilitación psicológica, inconsciente, transferencia.

## INTRODUCCIÓN

En dos notas editoriales publicadas recientemente por el Dr. Carlo Di Mario en la revista *Eurointervention*<sup>1,2</sup> se plantean interrogantes acerca de la diferencia entre cirujanos cardiovasculares y cardiólogos intervencionistas en lo que respecta al enfoque clínico de los pacientes asistidos, y se cuestiona sobre si la angioplastia es la parte final del trabajo o solo el comienzo del mismo. Algunas de sus reflexiones, que compartimos, implican dar un significado más profundo al aspecto clínico de nuestro trabajo y han motivado el artículo que a continuación presentamos y que se desarrollará a partir de la presentación de un caso clínico.

## PRESENTACIÓN DEL CASO TESTIGO

*Paciente de sexo masculino de 55 años, hipertenso, hipercolesterolemico, no diabético ni tabaquista. Profesional de la salud. Consulta a su cardiólogo de cabecera por angina progresiva*

*de tres meses de evolución, quien le realiza un estudio funcional el cual es positivo por isquemia en cara anterior. Es medicado y derivado a realizarse una cinecoronariografía.*

### Cardiólogo intervencionista (CSZ)

*El paciente me es referido y le realizo un estudio, en el que se observa coronaria derecha con lesiones difusas, no estenóticas, descendente anterior con múltiples lesiones estenóticas y circunfleja con lesión crítica en tercio medio (Figuras 1 y 2).*

*Durante la realización de la cinecoronariografía, interrogo al paciente coloquialmente respecto de su situación laboral, económica, afectiva y psicológica; el paciente se encontraba en conflicto en todos estos aspectos.*

*Terminado el estudio, con el paciente en la sala de cateterismo, le muestro las lesiones (recuerdo a Uds. que es un profesional de la salud), y le digo que las eventualidades de tratamiento son cirugía de revascularización miocárdica o angioplastia de descendente anterior y circunfleja. El paciente me pide que le realice en ese mismo acto la angioplastia, sin más consulta que la del cardiólogo de cabecera que estaba presente en la sala.*

*Se efectúa angioplastia implantándole dos stents liberadores de rapamicina en descendente anterior proximal y media y un stent convencional corto en descendente anterior distal y angioplastia con stent convencional a circunfleja (Figuras 3 y 4).*

*El procedimiento concluye sin complicaciones con excelente resultado angiográfico, con segmentos con ateromatosis moderada residuales en descendente anterior.*

1. Psicóloga. Maestría en Psicoanálisis AEAPG.

2. Cardiólogo Intervencionista. CACI. Sanatorio Güemes. Maestría en Psicoanálisis AEAPG.

✉ Correspondencia: Lic. Alix Federica Utne, Avda Santa Fe 3242 11° E, (C1059A-BU) CABA, Rep. Argentina | alix\_utn@hotmail.com  
Dr. Carlos Szejfman, Fco Acuña de Figueroa 1240, (C1180AAX) CABA, Rep. Argentina | carsz@fibertel.com.ar

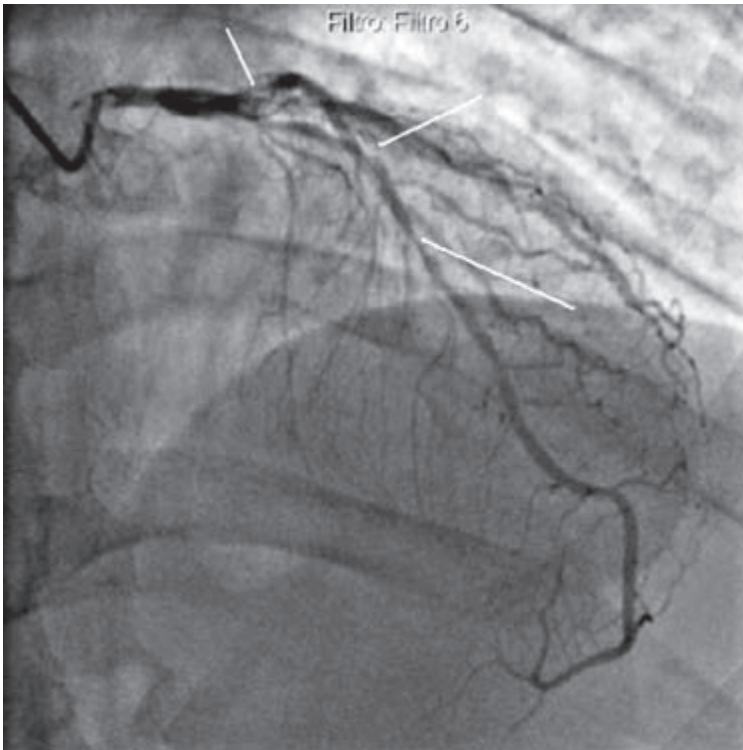


Figura 1. Lesiones múltiples, difusas de descendente anterior.

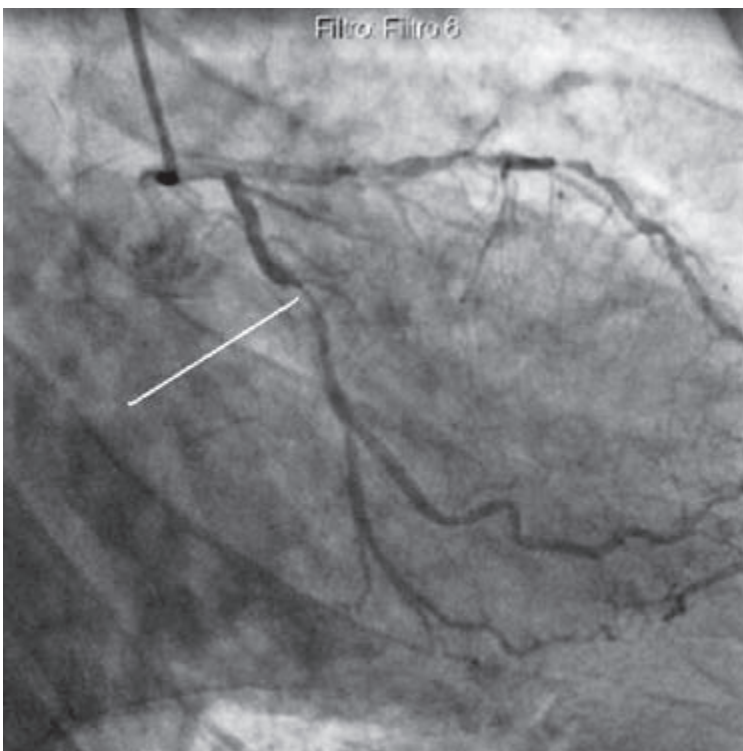


Figura 2. Lesión crítica, segmentaria, de circunfleja.

Habiendo terminado el procedimiento, ya en recuperación cardiovascular, le indico al paciente continuar con su médico de cabecera y realizar posalta inmediata una consulta con un profesional de salud mental, en este caso un psicólogo entrenado en el tratamiento de pacientes cardiológicos.

### Viñeta clínica de la primera entrevista con la psicóloga (AU)

(A quince días de la intervención.)

**Paciente:** Estaba dentro de una situación explosiva. Esto tenía que pasar... lo venía esperando. Algo me iba a pasar.

Venía con muchísimos problemas personales y económicos.

Estaba esperando el infarto. Me desperté a la noche, sentí un dolor en el pecho y dije acá está. Ya vino. A la mañana me levanté, me fui a trabajar como de costumbre, y cuando estaba bajando del auto, ya el dolor era insoportable. Entonces lo llamé a mi cardiólogo de cabecera.

Cuando el médico que me intervino (CSZ) me dijo que había que hacer una angioplastia, me mostró las imágenes y me preguntó si quería charlarlo con mi familia, yo le dije que no. Que yo decidía en ese momento. Le dije que me hiciera lo que considerara necesario.

Cuando terminó, me dijo que había salido todo bien y que tomara lo que me había pasado como una oportunidad de cambio y no como una catástrofe. Que podía hacer vida normal, pero que me cuida, que me había escuchado muy preocupado por mi situación en general y me sugirió hacer terapia.

Cuando me bajaron a la sala de recuperación, lloré. Dije: ¿Por qué? ¿Por qué así? Pensé en mis hijos. Que ahora iban a venir a verme al sanatorio e iban a estar todos juntos alrededor mío. Después me tranquilicé. También pensé que quería vivir. Que yo no había podido vivir.

### Psicóloga (AU)

Mis primeras intervenciones como terapeuta, hicieron hincapié en que el evento cardiológico era efectivamente una oportunidad para cambiar algunas cosas de su vida (relación complicada con sus hijos, economía deficitaria, trabajo insalubre, exceso de peso, mala relación con su ex esposa, pareja actual inestable, etc.). Que él ya había hecho algún intento para cambiar, pero el método había sido un tanto riesgoso según mi criterio. Que probablemente de esto se había dado cuenta en la sala de recuperación. Que él no sabía, pero que ahora empezó a anoticiarse de que las cosas se pueden hacer de otra forma. Y que íbamos a trabajar juntos el "cómo" hacerlo.

Luego de las primeras entrevistas, conversamos acerca de empezar a cuidarse para realizar un cambio en el estilo de vida. Controlar los factores de riesgo, tomar la medicación, concurrir al médico y realizar un tratamiento psicoterapéutico

con una frecuencia semanal. Que en su situación, aquí o en otro lugar, la terapia era una prescripción pertinente. Y que la prevención secundaria (ya que la primaria en esta situación ya no era posible) era una cuestión vital.

Luego de ajustar cuestiones relativas al encuadre de trabajo y cuando el paciente y la terapeuta estuvieron de acuerdo, dimos comienzo al trabajo que ya lleva nueve meses en curso.

A diez meses del procedimiento, los controles clínicos realizados por el médico de cabecera muestran paciente asintomático para angina con pruebas isquémicas negativas.

La situación en la que se encuentra el paciente luego de nueve meses de terapia psicológica con orientación psicoanalítica muestran a un paciente que ha podido sostener el tratamiento y como consecuencia, va logrando: reestablecer vínculos amorosos con sus hijos, cambiar y agregar más tareas relativas al trabajo, lo que significó disminuir los factores estresógenos y aumentar los ingresos económicos. Cumple con una rutina de ejercicio físico diario lo que, junto con una dieta alimentaria, le permitieron bajar ocho kilogramos de peso. Concorre a los controles médicos y toma la medicación. Retomó actividades artísticas y lúdicas.

## DISCUSIÓN

El paciente llega al tratamiento psicológico desde la transferencia establecida con el cardiólogo intervencionista.

Se queda porque ve una posibilidad: la de establecer, de una forma menos autodestructiva, lazos con los otros y con el mundo.

Es bien conocido que factores emocionales y estresores crónicos aumentan el riesgo para el desencadenamiento y evolución de enfermedades cardiovasculares.

De ellas, las determinadas por aterosclerosis son las asociadas a factores psicosociales, no así las estructurales.

Entre los factores emocionales referidos como problemas o enfermedades afectivas, están la depresión, la ansiedad, la ira y la hostilidad.

Los estresores crónicos identificados asociados a la enfermedad cardiovascular son: estrés laboral, estrés marital, bajo "status" socioeconómico y bajo soporte social.<sup>3</sup>

Desde una visión biológica, estos factores psicosociales, interactuando con el sistema nervioso central y el eje adeno-hipotálamo-pituitario, producen alteraciones metabólicas, inflamación, resistencia a la insu-

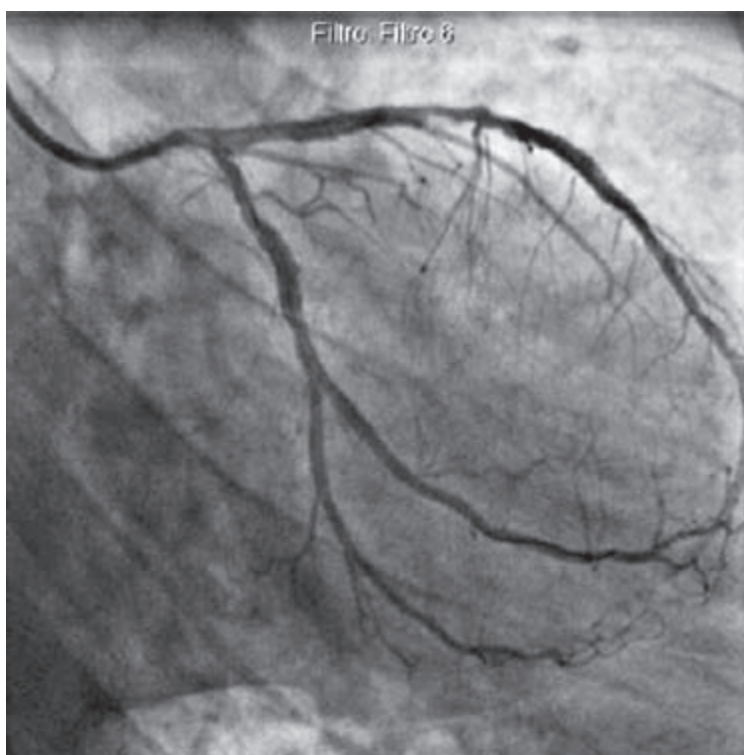


Figura 3. Arteria circunfleja posangioplastia.

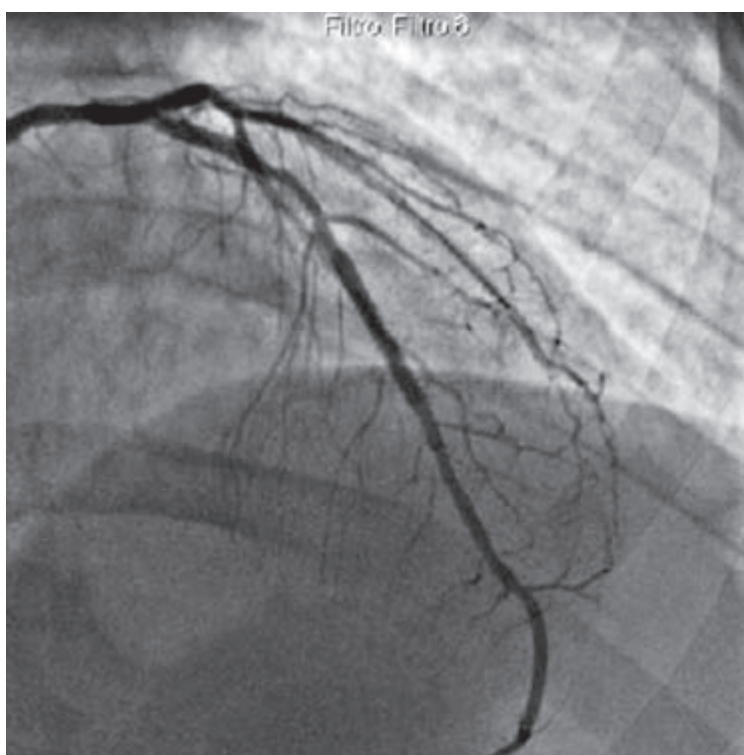


Figura 4. Arteria descendente anterior posangioplastia.

lina y disfunción endotelial. Igualmente importante es la interacción de estos factores psicosociales con conductas de los pacientes tales como la no adherencia al tratamiento, la inactividad física o el hábito de fumar.



El exacto rol e importancia de estos mecanismos está en investigación constante.

Desde una visión psicológica dinámica o psicoanalítica, muchos autores definen a la enfermedad cardiovascular como una entidad psicosomática en la que el corazón o las arterias coronarias son el órgano de elección o impacto.

En el rubro 316/F del DSM IV figura la categoría *Factores psicológicos que afectan la condición médica*. Esta categoría se define por la presencia de una enfermedad médica (criterio A), infarto, hipertensión por ejemplo y la presencia de factores psicológicos (criterio B) en alguna o todas estas formas:

- a. íntima relación temporal con el desarrollo, exacerbación o demora en la recuperación de la enfermedad.
- b. una interferencia definida en el tratamiento.
- c. un riesgo adicional.
- d. una forma de respuesta al estrés que precipita o exagera la enfermedad.<sup>4</sup>

En esta definición de psicosomática para la medicina cabrían la mayoría de nuestros pacientes.

Al respecto, hay múltiples concepciones metapsicológicas que intentan explicar cómo situaciones traumáticas no correctamente tramitadas por el aparato psíquico serían el factor etiológico de la enfermedad cardiovascular.

La bibliografía médica, psicológica y filosófica es amplísima y excede el marco de este trabajo.

Mientras aumenta nuestro conocimiento acerca de la importancia de los factores emocionales y los estresores crónicos en la prevención primaria y secundaria de los eventos cardiovasculares, se testean intervenciones psicoterapéuticas y psico-farmacológicas con la idea de que influyan positivamente sobre la morbimortalidad.

### Relación médico-paciente, empatía, transferencia y contratransferencia

Como se ejemplifica en el caso que hoy presentamos, al interrogar el cardiólogo intervencionista al paciente durante un estudio se produce una situación que puede definirse como relación médico-paciente, empatía o transferencia. La **empatía** es la identificación mental y afectiva de una persona con el estado de ánimo de otra. También se conoce como **inteligencia interpersonal**, al ser la capacidad cognitiva de sentir, en un contexto común, lo que un individuo diferente puede percibir. Es consciente, volitiva y se puede adquirir y ejercitar.

Preferimos usar el término **transferencia**, que además toma en consideración aspectos del inconsciente.

El concepto de transferencia es muy amplio y no pertenece exclusivamente al vocabulario psicoanalítico.

Según el *Diccionario de Psicoanálisis* de Laplanche y Pontalis, **transferencia** designa el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica.<sup>5</sup>

Según J. D. Nasio, el término tiene tres acepciones: la primera, que transferencia es la relación con el analista; la segunda acepción, más vaga, general, espontánea, dice que transferencia son los afectos y las palabras alusivas, vividas o no, en relación con el analista; una tercera connotación alude a que transferencia es la repetición en lo actual, con el analista, de las experiencias sexuales vividas en el pasado.<sup>6</sup> Nos preguntamos: ¿Hay transferencia durante la realización de una cinecoronariografía? Y si la hay, ¿para qué puede ser utilizada?

**A nuestro juicio, sí hay transferencia durante un estudio diagnóstico y/o terapéutico. Se trata de una relación corta, pero intensa, del paciente con el médico.**

Nosotros, los cardiólogos intervencionistas, no sólo tenemos que estar alertas a todos los dispositivos para asegurar el éxito de nuestra tarea, sino que nos convertimos con nuestras palabras y nuestros actos en protagonistas de situaciones críticas para la vida y en ocasiones para la muerte de los pacientes. Cabe agregar que la intensidad o el tipo de registro de las palabras del paciente dependerán a su vez, según Laplanche y Pontalis, del conjunto de las reacciones inconscientes del analista (médico) frente a la persona del analizado (paciente) y, específicamente, frente a la transferencia de éste (contratransferencia).<sup>4</sup>

**Contratransferencia** designa todos los procesos que gatilla el paciente en el médico o más aún todo lo que desde el inconsciente del médico pueda intervenir en la cura.

Si hablamos de **inconsciente freudiano**, el Diccionario de Psicoanálisis lo define como “...en sentido tópico (de topos: lugar) designa uno de los sistemas definidos por Freud dentro de su teoría del aparato psíquico; está constituido por contenidos reprimidos a los que ha sido rehusado el acceso al sistema preconscious/consciente por la acción de la represión.

*El inconsciente freudiano es ante todo e indisolublemente una noción tópica y dinámica (formaciones transaccionales que adopta lo reprimido para ser admitido en la conciencia, retornando bajo la forma de síntoma o en otra formación del inconsciente) deducida de la experiencia de la cura psicoanalítica. Ésta ha mostrado que el psiquismo no es reductible a lo consciente y que ciertos contenidos se vuelven accesibles a la conciencia una vez que han superado las resistencias mediante el trabajo psicoanalítico...”*

En la relación transferencial, aparecen aspectos conscientes e inconscientes tanto del paciente como del profesional tratante. Estos aspectos se interrelacionan en el momento de la toma de decisiones.

A veces no se puede o se evita escuchar al paciente por motivos inconscientes que provocan mucha angustia en la persona del médico, que no ha recibido, en general, una formación en salud mental. De esta manera, se pierden algunos aspectos importantes de la enfermedad del paciente. Por lo tanto, en el vínculo transferencial, la escucha atenta del médico es fundamental.

Como intervencionistas, en general, lo central de nuestra tarea está puesto en la mirada: mirar el porcentaje de estenosis, el resultado angiográfico de la colocación del stent, etc.

En ese momento somos nosotros mirando el monitor, que nos devuelve una imagen del paciente. Esta mirada se enriquece cuando se le agrega la escucha.

### ¿Por qué es críticamente importante reconocer este aspecto de nuestra práctica?

En un gran porcentaje de los pacientes cardiológicos, fundamentalmente aquellos con infarto agudo de miocardio y angina inestable rápidamente evolutiva, el cardiólogo intervencionista es el primer profesional que tiene la posibilidad de hablar e interrogar al paciente respecto de sus factores de riesgo clásicos y psicosociales y correlacionarlos con la anatomía coronaria. Es un momento de intensa conexión con el paciente, en general sumamente angustiada, en un estado desde el punto de vista psicológico regresivo, con las defensas del Yo deficitarias.

Es un momento de actuar: escuchar, ver, diagnosticar, reparar, tranquilizar y empezar a rehabilitar.

Es muy útil comentarles a los pacientes que el evento que está cursando no es una desgracia sino una oportunidad.

En este caso particular, el paciente llega a la consulta psicológica atravesado, impregnado por esta frase que le abre un panorama vital, esperanzador sobre lo que hasta ese momento era vivido como una fatalidad.

Por ello es que la intervención (angioplastia coronaria) como bien lo plantea el Dr. Di Mario no es el final de nuestra intervención, sino el comienzo de la tarea de rehabilitación en la cual estamos involucrados.

Este cambio en nuestra visión de la intervención nos hace ser a los médicos más clínicos y para el paciente es el comienzo de un nuevo estilo de vida.

Debemos continuar en contacto con el médico de cabecera y derivar al paciente a rehabilitación cardiovascular integral. Como sugieren las guías de tratamiento, dentro de la rehabilitación cardiovascular debe contemplarse la vertiente psíquica.<sup>7</sup> Aquellos pacientes en quienes nuestro interrogatorio revele algún tipo de trastorno o dificultad emocional o psicológica deben imperativamente ser derivados a terapia psicológica.

## CONCLUSIONES

Los pacientes que sufren un evento cardíaco agudo requieren de una atención especial. Se interrogan acerca de si el evento va a traerles impedimentos en su calidad de vida, capacidad laboral, actividad sexual y planificación de su futuro. En general están muy confundidos y basculan entre la depresión y la manía. Por ello, aunque la angioplastia haya sido perfecta desde el punto de vista angiográfico debemos saber, desde una aproximación más holística hacia nuestros pacientes, que el problema no está resuelto definitivamente. El *stent* ha fijado la placa pero la enfermedad continúa.

Deben producirse cambios profundos en su estilo de vida que ayuden a sostener los resultados angiográficos obtenidos. En este sentido, el procedimiento (ATC) deberá conside-

rarse como una parte de nuestro trabajo. Durante su realización se establece una relación entre el paciente y el cardiólogo intervencionista que es la **transferencia**. Debemos aprovecharla para transmitir al paciente que lo ocurrido no es una desgracia, sino una oportunidad. Una oportunidad de cambio.

Existen aspectos conscientes e inconscientes que han contribuido a la aparición y/o desarrollo de su enfermedad coronaria.

La indicación de terapia psicológica abriría un espacio posible para encontrar respuestas por ellos ignoradas:

- sobre conflictos que les pudieron haber motivado el evento cardiológico
- y sobre los interrogantes que se les despiertan a partir de la enfermedad.

De esta forma se podría, según nuestro criterio (junto con la rehabilitación física y el tratamiento médico/farmacológico), hacer prevención secundaria y detener el progreso de la aterosclerosis coronaria.

## ABSTRACT

### Coronary angioplasty and Freudian unconscious. Any relation?

Based on questions about the current changes in the work of interventional cardiologists and from a clinical case, the authors interrelate interventional cardiology with psychoanalysis.

Analyzed the role of psychosocial factors in triggering and development of coronary heart disease.

Describe the specific terms of psychoanalysis, transference, countertransference and unconscious, which are, in the opinion of the authors, present for the interventional cardiologist-patient relationship.

It also discusses the need for interventional cardiologists provide an attentive listening to the biography of the patient for those with psychosocial conflicts necessary refer them to psychological rehabilitation.

They conclude that exist between the cardiologist and the patient's transference link to be taken into account and used to increase the chances that the procedure (ATC) is successful and enduring effects.

This will be (along with physical rehabilitation and medical treatment, drug) to secondary prevention, and stop the progression of coronary atherosclerosis.

**Keywords:** *coronary angioplasty, psychosocial factors, prevention, rehabilitation counseling, unconscious, transference.*

**Conflicto de intereses:** no existen.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Di Mario C. *Interventional Cardiologists: A New breed?* *Eurointervention* 2009;5:535-7.
2. Di Mario C, Pierpoli M. *Rehabilitación after PCI: nonsense or the only way to achieve lasting results.* *Eurointervention* 2009;5:655-658.
3. Rozansky A, Blumenthal J, Davidson K, Saab P, Kubizansky L. *The epidemiology, pathophysiology and management of psychosocial risk factors in cardiac practice.* *J Am Coll Cardiol* 2005;45:637-651.
4. Lopez-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado.* Barcelona: Masson.
5. Laplanche J, Pontalis J. *Diccionario de Psicoanálisis: Jean Laplanche Jean Bertrand Pontalis.* Editorial Labor. 1ª Edición. Buenos Aires: Paidós; 1996.
6. Nasio JD. *Los gritos del cuerpo. Psicósomática.* 1ª Edición. 3ª reimpresión. Buenos Aires: Paidós, *Psicología profunda*; 2004.
7. Piepoli MF, Corrà U, Benzer W, et al. *Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation.* *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009; Nov 26. Epub ahead of print.