



P. Rogero Anaya¹
J. L. Carpintero Avellaneda²
B. Vila Blasco¹

Ancianidad y cardiopatía isquémica (1.ª parte): Factores de riesgo psicosociales

¹ Profesor de la Escuela de Ciencias de la Salud
Sección de Enfermería, Universidad de Málaga.

² Unidad de Medicina Intensiva.
Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Correspondencia:

Petra Rogero Anaya
C/ La Espuela, 3, Urbanización Delta I, blq. 4, 3ª, 2.
29016 Málaga

RESUMEN

El incremento de la esperanza de vida y la disminución del índice de natalidad está produciendo un aumento progresivo del índice de envejecimiento de la población, que conlleva la aparición de una serie de problemas psicosociales favorecedores de la cardiopatía isquémica:

- Estrés psicosocial por situaciones emocionales conflictivas ante los problemas que genera la jubilación y por el cuestionamiento del rol social y personal ante la nueva situación.
- Trastornos emocionales crónicos como desesperanza y ansiedad a consecuencia del deterioro psico-físico-social que se asocia a enfermedades depresivas.
- Patrones de conducta y factores culturales.

La ancianidad presenta diferencias interindividuos en el deterioro psico-biológico, que unido a distintos factores socioculturales nos hace plantear que la edad cronológica no es su único factor.

PALABRAS CLAVE

Anciano; Factores psicosociales; Jubilación; Rol social; Cardiopatía isquémica.

ABSTRACT

Increased life expectancy and decreased birth rate are producing a progressive increase in the rate of aging the population, accompanied by a series of psychosocial problems favoring ischemic heart disease.

- Psychosocial stress due to conflictive emotional situations in response to the problems of retirement and the questioning of social and personal roles in this new situation.*
- Chronic emotional disorders such as desperation and anxiety as a result of mental, physical and social deterioration associated with depressive diseases.*
- Patterns of behavior and cultural factors.*

Age presents interindividual differences in mental and biological deterioration that show that, aside from different sociocultural factors, chronological age is not the only factor.

KEY WORDS

Elderly; Psychosocial factors; Retirement; Social role; Ischemic heart disease.

34 INTRODUCCION

El aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados, ha producido un cambio demográfico en la población, origen del denominado *problema demográfico* que expresa el temor al aumento constante de la población anciana, acompañado a su vez de una progresiva reducción de la población joven, origen de previsibles disfunciones socio-sanitarias.

En nuestro país, la *esperanza de vida* es de 75 años para los varones y 82 para las mujeres, con un *índice de envejecimiento* cercano al 14% (5.370.000 ancianos sobre una población total de 38.425.679, censo de 1991). Se prevé que para el año 2000 ascienda a 6,5 millones el número de españoles mayores de 65 años por solamente 5,6 millones menores de 15 años, e incluso, de mantenerse las tasas demográficas actuales, en el año 2040 descenderá la población total a 28,5 millones de españoles.

Sociológicamente el 50% de los ancianos viven en el seno familiar, frente a un 36% que viven solos y un 13% en residencias, es también destacable que casi las 3/4 partes del total de los ancianos no tienen estudios primarios, lo que contribuye, en gran medida, a la marginación que padece este grupo etario.

Sanitariamente el riesgo de infarto aumenta progresivamente desde el comienzo de la edad madura, alcanzando un máximo entre los 59 y los 75 años (1). Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de muerte y morbilidad severa en los países desarrollados, siendo la patología coronaria la principal causa cardiovascular de muerte y contribuyendo de forma notable a la incapacitación de las personas de edad avanzada.

FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA CARDIOPATIA ISQUEMICA

La cardiopatía isquémica se ha relacionado con diversos «factores de riesgo», cuya presencia indica una mayor probabilidad de padecerla, su reducción permitiría disminuir esta posibilidad. Los principales factores biológicos implicados son: hipertensión (2), hipercolesterolemia (3, 4), tabaquismo (5) y diabetes (6). Pero también se han asociado otra serie de factores de riesgo «psicosociales» que incluyen factores culturales (7), sociales (8, 9) o psicológicos (10).

Hemos de hacer hincapié en que la distinción entre factores biológicos y psicosociales es controvertida, ya que algunos factores de riesgo modificables biológi-

cos son aspectos de un estilo de vida (dieta, tabaquismo, obesidad, vida sedentaria).

Los factores de riesgo psicosocial parecen ser el detonante de la actuación de otros factores de riesgo (elevación de la tensión arterial y de los lípidos sanguíneos, alteraciones de la coagulación) y por ello son cada día más estudiados, los principales son:

Estrés psicosocial y laboral

Ocasionado por:

- Situaciones emocionales conflictivas: problemas familiares, mala adaptación al mundo circundante...
- Problemas laborales: insatisfacción, mantener jornadas prolongadas de trabajo, así como excesiva responsabilidad.
- Cuestionamiento del rol social y personal: aislamiento, rechazo, inseguridad, baja autoestima...

Holmes (11) desarrolló una «escala de eventos vitales» para cuantificar el estrés psicológico que puede ser causado por cambios en las condiciones de vida, estableciendo una alta correlación entre el estrés y el inicio de problemas cardíacos.

Diversos estudios (12-14) han puesto de manifiesto estas características en los pacientes coronarios, que a través de un efecto neurohormonal (15) provocaría alteraciones cardiovasculares.

Trastornos emocionales crónicos

La ansiedad y depresión están asociadas a manifestaciones de cardiopatía posiblemente por ocasionar aumentos de las cifras séricas de colesterol (16).

Patrón de Conducta Tipo A

Myer Friedman y Ray Rosenman describieron el patrón de conducta de predisposición coronaria o Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) como «un conjunto particular de acción-emoción, que puede observarse en cualquier persona comprometida en una lucha relativamente crónica, para lograr un número de cosas normalmente ilimitadas de su ambiente, en el menor tiempo posible, y/o contra los esfuerzos opuestos de otras personas o cosas de su medio ambiente» (17). Actualmente tiende a concebirse este patrón como un perfil multidimensional constituido por factores de muy diversa índole o naturaleza, entre los que se encuentran:



Figura 1.

- *Componentes formales:* Gran fluidez verbal, intensidad de la voz alta, actividad psicomotora intensa, tensión de la musculatura facial, gestos enfáticos y otros manierismos típicos.
- *Actitudes y emociones:* Hostilidad, impaciencia, ira y agresividad.
- *Aspectos motivacionales:* Motivación de logro, competitividad, orientación al éxito y ambición.
- *Conductas observables:* Urgencia de tiempo, velocidad, hiperactividad e implicación en el trabajo.
- *Aspectos cognitivos:* Necesidad de control ambiental, estilo atribucional característico y creencias específicas.

En la práctica es muy difícil que un individuo exhiba todos estos componentes. Varios estudios dudan de la especificidad del PCTA por no haber encontrado relación entre este patrón de conducta y la enfermedad



coronaria en individuos previamente libres de ella (18) o en la morbi-mortalidad cardiaca tardía en sobrevivientes de infarto agudo de miocardio (19).

No obstante, existe el problema de saber si es el Patrón de Conducta Tipo A, como un todo, el que se relaciona con la cardiopatía o si son alguno/s de sus componentes. La hostilidad, ira y depresión se han descrito como importantes factores en la enfermedad coronaria (20).

Factores culturales

El primero de estos factores que se asoció con un incremento de la incidencia de enfermedad coronaria fue la vida sedentaria (21); posteriormente se han descrito factores culturales étnicos (7) y ciertos hábitos y actitudes familiares (22).

FACTORES PSICOSOCIALES EN EL ANCIANO

El envejecimiento no sólo está constituido por una serie de alteraciones bioquímicas, sino que va acompañado de importantes cambios en la forma de vida, lo que ocasiona en el nivel psicológico un problema prioritario: ¿Cómo adaptarse a esta nueva situación existencial?

La adaptación está en función de factores intrínsecos (circunstancias biológicas y factores de personalidad) y de factores extrínsecos (entorno socio-cultural) (23).

Diversas teorías abordan las relaciones sociales que están en la base de la adaptación y el envejecimiento, así:

La teoría del *retraimiento*, postula que a medida que el hombre va envejeciendo, se produce una separación con la sociedad, motivada por ambos, pero sin saberse hasta el momento el factor desencadenante primario.

La teoría de la *actividad* indica que el anciano entra en un estado de anomia, no relacionándose con los demás debido a la pérdida de su rol, sobre todo como trabajador. Esta teoría plantearía que la solución a este problema vendría determinada por la búsqueda de nuevas actividades remuneradas para los ancianos.

La teoría del *medio social* postula que el envejecimiento modifica el nivel de actividad del anciano en tres niveles: sanitario, económico y de apoyo social.

Una serie de factores afectan específicamente al anciano:

36 Factores de estrés psicosocial

Situaciones emocionales conflictivas

En el entorno social se producen cambios importantes que afectan a las relaciones conyugales, ambos tienen que adaptarse a la nueva forma de vida.

También se ven afectadas las relaciones entre padres e hijos, como consecuencia a veces de disminución de sus capacidades físicas, apareciendo a menudo sentimiento de «carga» si viven con ellos o cerca de ellos, si viven alejados de los hijos sentimiento de abandono y en general pérdida del rol familiar.

Las relaciones sociales sufren importantes alteraciones. La sociedad actual concede un menor apoyo social a los ancianos que a otro grupo de edad, lo que puede provocar un aumento de estrés social. Si el anciano se mantiene en su medio habitual se produce un aislamiento, con escasas relaciones vecinales; y si por cualquier circunstancia tuviera que cambiar de domicilio, la adaptación sería penosa y difícilmente sin consecuencias, con posible pérdida de libertad y/o autonomía, así como de puntos de referencia.

En general, la sensación de inseguridad aumenta por las modificaciones en el modo de vida, restricción del entorno social y aislamiento, muerte de amigos, familiares, incrementándose sobre todo si la muerte es de su pareja, aumentando así el sentimiento de soledad, siendo más acentuado en el varón que ha de enfrentarse a tareas que le son desconocidas; unido a todo esto el anciano sabe que está viviendo su último ciclo vital, la concepción de la vida y de la muerte tienen un sentido diferente, aceptada por unos, otros por el contrario la consideran injusta y se aferran a la vida, a pesar de que en ocasiones la soledad, el aislamiento y el sufrimiento físico y/o psicológico les puede llevar al suicidio, especialmente frecuente en estas edades.

Problemas por la jubilación

La jubilación en sí misma genera una serie de problemas como:

- *Disminución de los recursos económicos:* Hasta 1991, el promedio de pensiones estaba en 55.400 ptas. para la jubilación y 34.600 para la viudedad, asegurando la mitad de ellos no tener recursos suficientes para vivir solos. En este año han quedado fijadas la pensión mínima familiar de jubilación o inválidos para titulares de 65 o más años en 56.415 ptas. mensuales y en 47.945 para aquellos ancianos que no tengan cónyuge. Con respecto a las pensiones no contributivas quedan fijadas en 41.920 ptas. Como consecuencia, la ca-

lidad de vida en este grupo etario disminuye considerablemente al quedar reducido su poder adquisitivo, siendo para la mayoría su principal problema la falta de recursos económicos.

- *Falta de salud:* Con enfermedades crónicas, invalidantes o con pluripatologías, lo que implica una disminución de sus capacidades físicas y de su propia autonomía.

- *Alteraciones psicológicas:* Como consecuencia de los problemas anteriores aparecen problemas inherentes a sentimientos de inutilidad, producido a veces por la inactividad, soledad, aislamiento social (generado en ocasiones por la disminución de recursos económicos), muerte del cónyuge y el no poder convivir con sus familiares, inseguridad, aminoramiento de la personalidad y trastornos afectivos producidos por la dificultad de adaptación al medio social como consecuencia de la pérdida de autonomía.

Cuestionamiento del rol social y personal

La existencia de una definición cultural preconcebida de la vejez, junto con otros factores como la falta de preparación a la misma, así como la ausencia de un papel específico a desarrollar en la sociedad produce un cambio en la percepción del ego, acompañado de disminución en la autoestima, unida a la alteración de su imagen corporal, con sentimiento de «carga social».

Trastornos emocionales crónicos

Es otro factor de riesgo definido anteriormente. En los países desarrollados se considera que cerca del 25% de la población geriátrica sufre alteraciones emocionales. La desesperanza y la ansiedad que puede presentarse como respuesta al deterioro psico-físico-social es un aspecto de la psicología del anciano que se asocia a enfermedad depresiva, con un índice de morbilidad que oscila entre el 13% y el 20% (24).

La OMS (25) atribuye la elevada incidencia del trastorno depresivo a cuatro factores:

- Aumento de la longevidad.
- Rápida transformación del medio psicosocial, que genera situaciones de cambio y desarraigo social.
- Aumento de la morbilidad de enfermedades crónicas, normalmente asociadas con síntomas depresivos.
- Elevado consumo de medicamentos con efectos depresores, tales como fenotiacinas, antihipertensivos.

La disminución de la agudeza sensorial, especialmente la vista y el oído, genera a veces síntomas depresivos, ideas paranoides, inactividad y negativa a entablar relaciones sociales. Algunos autores señalan que es posible que se dé un solapamiento entre alguno de los problemas psicopatológicos que se presentan en el anciano; así Blazer (26) en 1982 identificó los trastornos entre los que parece existir solapamiento: depresión, ansiedad, reacciones paranoides, hipocondriasis y deterioro cognitivo.

Según Wisocki (27), la conducta del individuo a lo largo de su vejez debería verse como una compleja y continua labor de adaptación a estos factores, y no

como el resultado de pérdidas masivas en todas las áreas.

Hay que hacer constar que la ancianidad es un cambio gradual y universal, que plantea diferencias interindividuos (a los 70 años algunas personas conservan vigor físico, capacidad intelectual y otras personas tienen un mayor deterioro psico-biológico a edades más tempranas), junto a ello tenemos que valorar factores socio-culturales que modelan al individuo (no podemos olvidar que culturalmente nuestra sociedad no nos prepara para la vejez). Por tanto, la edad cronológica nos permite referencias pero no es la única.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Blocker W, Cardus D. Rehabilitation in Ischemic Heart Disease. *SP Medical and Scientific Books*, Nueva York 1983; 9.
- 2 Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. Effects of treatment on morbidity in hypertension. *JAMA* 1970; 213: 1143-1152.
- 3 Carlson LA, Böttiger, LE. Ischaemic heart-disease in relation to fasting values of plasma triglycerides and cholesterol. *Lancet* 1972; i: 865-868.
- 4 Gordon T, et al. The Framingham Study. An Epidemiological Investigation of Cardiovascular disease. U.S. Government Printing Office 1971.
- 5 Pooling Project Research Group. Relationship of blood pressure, serum cholesterol, smoking habit, relative weight, and ECG abnormalities to incidence of major coronary events: final report of Pooling Project. *J Chron Dis* 1978; 31: 201-306.
- 6 American Heart Association Committee on Reduction of Heart Attack and Stroke. Coronary Risk Handbook, A.H.A. Dallas, Texas 1973.
- 7 Syme SL. Cultural factors important in heart disease etiology. *Hosp Trib* 1975; 9 (17): 5.
- 8 Hinckle LE Jr. An estimate of the effects of "stress" in the incidence and prevalence of coronary heart disease in a large population in the United States. *Thromb Diath Haemorrh* 1972; 51: 15-65.
- 9 Hinckle LE, Jr. Occupation, education, and coronary heart disease. *Science* 1968; 161: 238-246.
- 10 Rosenman RH. Role of type A behavior pattern in the pathogenesis of ischemic heart disease and modification for prevention. *Advanc Cardiology* 1978; 25: 35-46.
- 11 Holmes TH. Life event scale. How different events cause stress. Psychiatry Dept, University of Washington Medical School, Seattle, 1974.
- 12 Cleveland SE, Johnson DL. Personality patterns in young males with coronary disease. *Psychom Med* 1962; 24 (6): 600-610.
- 13 Karasek R, Baker D, Marxer F, Ahlbom A, Theorell T. Job Decision Latitude, Job Demands and Cardiovascular Disease: A Prospective Study of Swedish Men. *Am J Public Health* 1981; 71: 694-705.
- 14 Sender R. Consideraciones sobre los factores de Riesgo Psicosocial en la Cardiopatía Isquémica en base a una Prevención Secundaria. *Estrés y Cardiopatía Coronaria*. Barcelona, Alamex 1988.
- 15 Rosenman RH, Friedman M. Central nervous system seen as coronary ill's "Missing Link". *Hosp Trib* 1973; 7.
- 16 Zohman B, Tobis JS. Emotional factors in coronary heart disease. *Geriatrics* 1973; 28: 110-119.
- 17 Friedman M, Rosenman R. Type A Behavior and your Heart. New York, Knopf 1974.
- 18 Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Risk factor changes and mortality results. *JAMA* 1982; 248: 1465.
- 19 Case RB, et al. Type A behavior and survival after acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1985; 312: 737.
- 20 Ragland DR, Brand RJ. Type A behavior and mortality form coronary heart disease. *N Engl J Med* 1988; 318: 65.
- 21 Morris JN, Crawford MD. Coronary heart disease and physical activity of work: Evidence of national necropsy survey. *Br Med J* 1966; 2: 1495-1496.
- 22 Thomas CB. Precursors of premature disease and death: the predictive potential and habit attitudes. *Ann Intern Med* 1976; 85: 653-658.
- 23 Prendes R. Las características psicológicas del anciano y la adaptación a la vejez. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1978; 5: 417-428.
- 24 Ben-Aire O, et al. Depression in the elderly living in the community. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150: 169-174.
- 25 OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales. 9ª revisión. Ginebra: OMS 1978.
- 26 Blazer D. Depression in Late Life. St. Louis: Mosby, 1982.
- 27 Wisocki PA. Worry as a phenomenon relevant to the elderly. *Behavior Therapy* 1988; 19: 369-379.