

**NECESIDAD ESTRATÉGICA Y TERAPÉUTICA DE LA COMPRESIÓN
DEL PAPEL DE LAS EMOCIONES EN LAS ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES.**

AUTORES:

***Lic. Teresa Rodríguez Rodríguez**

****Dr. Claudio González Rodríguez**

*****Dra. Arelys Falcón Hernández**

******Dr. Luciano Núñez Almogoea**

** Licenciada en Psicología. Profesora Auxiliar FCM Cienfuegos. Unidad de Cuidados Integrales del Corazón.*

*** Especialista de Segundo Grado en Cardiología. Profesor Instructor de Medicina Interna FCM Cienfuegos. Unidad de Cuidados Integrales del Corazón.*

****Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Especialista de Segundo Grado en Terapia Intensiva y Emergencias. Profesora Instructora de Medicina Interna FCM Cienfuegos. Jefa Unidad Cuidados Integrales del Corazón.*

***** Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Unidad de Cuidados Integrales del Corazón.*

**Hospital Universitario " Hospital Gustavo Aldereguía Lima"
Calle 51 A y Avenida 5 de Septiembre. CP 55100
Cienfuegos, Cuba.**

Correo electrónico: trr@gal.sld.cu

fax: (053) (432) 51-7387

tel: (053) (432) 51-6500

INTRODUCCIÓN

La medicina se ha desarrollado sobremanera en los últimos 50 años. Los adelantos de los últimos cinco decenios han tenido lugar en los niveles fundamentales de la ciencia y han reflejado la explosión general en el conocimiento científico en todo el mundo. El modelo para alcanzar conocimiento científico que da comienzo en un individuo enfermo y se desliza en un proceso reduccionista hasta las moléculas individuales y los procesos bioquímicos fundamentales, no debe ser motivo para subestimar las contribuciones de otros campos a la condición humana, esos avances no tienen porque apartarnos de atender a los múltiples aspectos de la psicología humana, la antropología, la sociología, que influyen en el mundo en que vivimos y que juegan un papel importante en la morbilidad y en la mortalidad final, porque los factores relacionados con la conducta del individuo absorben mas de la mitad del gasto destinado a la atención de la salud de los países desarrollados. Es meritorio recordar siempre y hacer comprender a los profesionales de la salud que las ciencias que analizan el comportamiento poblacional o humano que tratan de mejorarlo, al igual que la forma en que esta estructurada la sociedad es indispensable para el futuro de la medicina. ¹

No culmina el proceso salud – enfermedad con el diagnóstico y tratamiento médico, es necesario buscar factores que contribuyan a su manejo adecuado, a su equilibrio y pertinencia en el enfrentamiento.

Investigaciones actuales sobre salud poblacional han confirmado que el mejoramiento de ésta depende en un 50% del estilo de vida de los seres humanos, un 20% de la genética de las poblaciones, un 20% del estado del medio ambiente y un 10% de la salud pública tradicional ², esto es atribuible a las enfermedades cardiovasculares y muy especialmente al Infarto Agudo del Miocardio por ser la primera causa de muerte en un gran número de países.

Las campañas de salud en los momentos actuales deben seguir enfatizando en cuanto a la modificación de actitudes de las personas, en la erradicación de hábitos nocivos, en la práctica de ejercicios físicos, en el control de la tensión arterial y del colesterol, pero los tiempos actuales reclaman el énfasis en modificar el pensamiento médico para poder incorporar en esta lucha contra las enfermedades cardiovasculares, los factores emocionales por su repercusión en la génesis, evolución y enfrentamiento a las mismas.

OBJETIVO

- Esclarecer la implicación de las emociones en la aparición y/o empeoramiento de las enfermedades cardiacas
- Remarcar la necesidad de contemplarlas en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente portador de dichas enfermedades.

DESARROLLO

La vida emocional puede resultar decisiva en el mantenimiento, restablecimiento u optimización de la salud, es algo que debe adornar el conocimiento de todos los que se relacionan con el Proceso Salud-enfermedad humano.

Una emoción rara vez ocurre en un vacío existencial, por lo general ocurre en un contexto en el que la persona tiene que dar respuesta adaptativa a determinada situación problemática en su entorno; determinadas emociones facilitan la solución de los problemas, en tanto otras lo entorpecen, a pesar de la valencia de su connotación subjetiva. Otro elemento que puede hablarnos del carácter positivo o negativo de la vida emocional es su impacto sobre los procesos fisiológicos y la salud física de la persona. Los avances en las últimas décadas sobre la investigación psiconeuroinmunológica son expresión cabal de ello ^{3,4}.

Base neurales de los estados emocionales.

La corteza cerebral es un órgano importante que sirve de base fisiológica a las emociones porque éstas se experimentan de forma consciente, hay un fuerte componente cognitivo que muy probablemente implique a la corteza cerebral. Al mismo tiempo las emociones se acompañan de respuestas autónomas, endocrinas y somáticas que dependen de regiones subcorticales del Sistema Nervioso como la amígdala, el hipotálamo y el tronco cerebral ⁵⁻⁷.

Sin embargo es imposible reducir la emoción a manifestaciones corporales ya que dentro del espectro emocional existen estados subjetivos singulares. La expresión de los estados emocionales esta personalizada y cada una lleva implícito el sello personal de quien la vivencia.

La interacción sujeto- estímulo desencadenará una experiencia emocional conciente en la corteza cerebral, lo cual generará señales que parten hacia las estructuras periféricas que incluyen el corazón, los vasos sanguíneos, las glándulas adrenales y sudoríparas.

La constancia del medio externo es condición indispensable para la vida y los mecanismos neurales que garantizan esto se encuentran situados en el hipotálamo. Este órgano presenta 2 sistemas efectores principales: el Sistema Nervioso Autónomo y el Sistema Endocrino. ⁵⁻⁷

El hipotálamo contiene muchos de los circuitos neurales reguladores de funciones vitales que varían con los estados emocionales: temperatura, frecuencia cardiaca, presión sanguínea e ingestión de agua y de comida, controla a la hipófisis y de este modo regula al Sistema Endocrino.

En un estudio prospectivo sobre la relación entre la hostilidad, la enfermedad coronaria y la mortalidad (Barefoot, Dalhstom, y Willians 1983) se encontró que los niveles altos de hostilidad evaluados mediante una escala especial del MMPI se asociaban con

niveles altos de aterosclerosis coronaria determinada por arteriografía, también los niveles altos de hostilidad eran predictores de mortalidad total.^{6,7}

Emociones, personalidad y enfermedad cardiovascular.

Meyer Friedman y Ray Rosenman, cardiólogos (1959) inician estudios sobre la asociación entre un patrón de conducta manifiesta y datos biofisiológicos relacionados con problemas cardiovasculares. En 1974 divulgan el tema sobre "Type A behavior and your heart", que junto a la reunión de expertos celebrada en diciembre de 1978 en Amelia Island hace que se reconozca la importancia de dicho patrón en el manejo de las enfermedades cardiovasculares.⁸⁻¹⁰

En 1979 David Jenkins (1979) determina los tres componentes fundamentales del Patrón de Conducta Tipo A (PCTA). Selye ha denominado al PCTA personalidad "procuradora de estrés".^{8,10}

Finalmente se ha llegado a la conclusión que los individuos con PCTA se caracterizan por:

- ambiciosos, con deseo persistente de progreso y necesidad de reconocimiento.
- ocupaciones múltiples, responsables.
- objetivos muy bien definidos.
- mantienen un estado permanente de alerta física y mental.
- hostiles e irritables, con sentido de urgencia ante las tareas.
- impacientes, con hábitos motores desasosegados y respuestas verbales entrecortadas.
- se preocupan por destacar cualquier actividad que lleve a cabo.
- poca flexibilidad en el alertamiento fisiológico a las demandas ambientales. -ante periodos de actividad mental y descansos alternos, tienden a tener el mismo nivel de alertamiento (medidos por FC y excreción de adrenalina) en ambas situaciones.
- están generando por si mismas de manera continua situaciones de estrés crónico, como consecuencia de su estilo de relacionarse con el medio.
- los períodos de desconexión rápida varían con el bienestar general del individuo.
- la respuesta cardiovascular de estrés es de incremento y éste tiene como propósito la entrega de glucosa y oxígeno a los tejidos necesitados. El mediador principal de esta respuesta es el SNS que aumenta el ritmo cardíaco y la TA. La respuesta cardiovascular, si es excesivamente prolongada o se produce fuera de contexto en la cual es fisiológicamente útil, afecta al músculo cardíaco y a los vasos sanguíneos, así como favorece la formación de placas arteroescleróticas^{5,6,8,10}

La justificación del tratamiento del PCTA descansa en su condición de factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares tanto como pueden serlo el resto de los factores que aborda la literatura.

Estudios de diferentes autores han demostrado que el PCTA puede ser modificado y que ello puede contribuir a la prevención de la recurrencia de los episodios coronarios, a la prevención de la manifestación de estas enfermedades.⁷⁻¹⁰

La mayoría de los ajustes autonómicos son reflejos, se regulan así mismo y normalmente no son concientes, sin embargo algunos ajustes autonómicos pueden llegar a controlarse voluntariamente con la práctica.^{5,9} Para ello existen diversas técnicas dentro del campo de la psicología, de fácil aprendizaje, poco costosas y de alto valor terapéutico tanto en la prevención, tratamiento y rehabilitación de eventos cardiovasculares.

Control de las emociones. Importancia para las enfermedades Cardiovasculares.

En cualquier caso las emociones, legítima manifestación de aquella expresión que tanto utilizamos de que el hombre es un ser biopsicosocial, tiene un impacto directo o indirecto –según Richard Lazarus uno de los más prestigiosos investigadores del tema– sobre la salud somática, el bienestar subjetivo y el funcionamiento social.³

La actividad cardiovascular está regulada por el SNS y la expresión personalizada de las emociones puede tener influencias sobre su funcionamiento. Por ejemplo ante la cólera provocada por una contingencia que cobra un sentido personal para el sujeto, se produce una descarga simpática masiva con todas las reacciones fisiológicas propias de este fenómeno, lo que de hecho atenta contra el equilibrio del organismo (elevación de la FC, de la TA, de la FR, etc.), el miedo puede producir un aumento de la TA hasta dos veces por encima de lo normal, el estrés puede provocar también aumento de la TA.⁵⁻⁷

Un estrés psicológico agudo y crónico a menudo precede a un IMA, arritmias cardíacas y muerte súbita cardíaca. La falta de apoyo social, desgracias y una acumulación de sucesos estresantes se han identificado como importantes precursores psicosociales de estos sucesos cardíacos.⁹

La hostilidad y la ira son los aspectos del PCTA mas altamente predictivos de las enfermedades coronarias. Investigaciones realizadas han demostrado una correlación positiva entre este rasgo, la morbilidad y la mortalidad coronaria. También se ha demostrado que los sujetos que manifiestan calma ante el evento cardiovascular sobreviven más su internación en la unidad de terapia que quienes están constantemente inquietos y preocupados por su enfermedad, ha podido establecerse una relación entre el índice de supervivencia de los pacientes con IMA y la depresión mayor postinfarto.^{9,11}

La depresión después del IAM ha sido asociada a un incremento de la mortalidad cardiovascular.

La asociación entre enfermedad cardiovascular y depresión fue detectada hace años y estimada en valores que alcanzan el 45%, ambas son enfermedades altamente

prevalentes, responsables por una disminución significativa en la calidad de vida de las enfermedades y por la imposición de elevados costos a la sociedad.

Estudios prospectivos demostraron que la depresión está asociada a un aumento significativo del riesgo de desarrollar enfermedad coronaria e IMA. ^{13,14}

Un aumento de la depresión fue constatada en enfermos con diferentes manifestaciones de enfermedad coronaria incluyendo aquellos hospitalizados por Síndrome Coronario Agudo. ^{15,16} Infelizmente esta situación no siempre es diagnosticada.

Recientemente concluyo un estudio de casos y controles, con el objetivo de identificar los factores de riesgo responsables para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares a nivel global- INTERHEART study-, el cual incluyó enfermos de 52 países de varios puntos del mundo y se demostró que mas del 90 % de riesgo global del IMA es previsible, considerando nueve factores de riesgo. Las variables asociadas como el estrés y la depresión fueron importantes predictores de riesgo del IMA. En todas las edades, regiones y grupos étnicos, siendo su efecto comparable al de la HTA y Obesidad abdominal. Considerando esta relación verdaderamente causa y mucho mas importante de lo previamente reconocido, pudiéndosele atribuir una responsabilidad sustancial de los IMA. ^{17,18}

Frasure-Smith y colaboradores demostraron que la depresión es un factor de riesgo independiente para eventos cardiacos, particularmente después de un IMA, presentando los enfermos deprimidos un aumento de la mortalidad cardiaca en cerca de tres veces independientemente de otros factores de riesgo. ^{19,20}

Así la depresión no apenas como patología, sino como entidad propia, mas de forma indirecta por la interacción con otras variables psicosociales, tiene un impacto negativo en la evolución de la enfermedad cardiaca comprometiendo la calidad de vida del enfermo, agravando la percepción de este enfermo. ^{21,22}

Otra razón más para no dejar de tratar de forma adecuada a este tipo de pacientes es que los enfermos infartados y deprimidos presentan menor adherencia al tratamiento que los que no lo están, lo cual implica que el cumplimiento de su terapia cardioprotectora antiagregantes, hipolipemiantes, vasodilatadores coronarios, etc. también se verá disminuido con lo que aumenta el riesgo de recurrencia de IAM. ²³

El control de las emociones negativas (ansiedad, depresión, estrés, la ira, la hostilidad) puede ayudar a evitar desequilibrios en el funcionamiento cardiovascular, tanto en personas sin padecimientos cardiacos, como en personas que hayan sufrido de las mismas. Las emociones positivas (el orgullo, la autorrealización, la alegría, el amor, etc.) son capaces de potenciar más altos niveles de salud en los mismos componentes que son dañados por las emociones negativas. ³

Hay un conjunto de habilidades y destrezas de autocuidado que pueden ponerse en función de la salud mental y el tratamiento de un amplio espectro de problemas

psicológicos incluyendo el control emocional. Se describen procedimientos de autocuidado utilizados en el tratamiento de la depresión, ansiedad, fobias, hostilidad/agresividad.

A continuación exponemos cinco grandes categorías de habilidades utilizables en salud mental.²⁴

Conciencia del propio cuerpo y habilidades para la relajación física: permite reconocer y vigilar la tensión muscular en diferentes partes del cuerpo y disminuirla voluntariamente. Una habilidad fundamental es la de reconocer la tensión en el grupo de músculos que controlan la respiración, en especial la de identificar el inicio de la respiración superficial de predominio torácico y reemplazarla por la respiración abdominal profunda (relajación pasiva, relajación activa progresiva, uso de la imaginación, la visualización y la autohipnosis)

Conciencia del estado emocional propio y habilidades para vigilarlo: estas habilidades atañen al procesamiento de información de naturaleza afectiva, mediante ellas el individuo puede llegar a discriminar sus sentimientos y eventualmente rotularlos, asignarles un código simbólico y utilizarlos como una guía para su comportamiento.

El término **“inteligencia emocional”** ha sido agrupado en tres áreas principales:

La apreciación y expresión adecuadas de las emociones propias y ajenas, utilizando indicios verbales y no verbales. Entre las técnicas para el desarrollo de esas pericias están las que enseñan a identificar síntomas y signos de emociones (por ejemplo: mandíbula apretada, respiración superficial, concentración disminuida, retraimiento social, fatiga) y a estar pendiente de ellos en situaciones conflictivas. Mediante el uso de la relajación y la visualización se pueden traer a la conciencia situaciones concretas y explorar los sentimientos provocados y los matices del afecto que se producen en el curso de un evento.

Regulación adaptativa del humor y las emociones propias y de los otros: el reconocimiento adecuado de los estados de ánimo y emociones, a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones, capacita a las personas para tomar conciencia de las situaciones que los producen o refuerzan.

Utilización adaptativa de las emociones para motivar, planear y alcanzar las metas de vida. Hay muchas maneras de poner el humor y las emociones al servicio de fines provechosos. Por ejemplo se puede promover los estados de ánimo positivos con el fin de aumentar la confianza y mantener la perseverancia frente a obstáculos o tareas difíciles y favorecer experiencias interpersonales gratificantes. Algunas emociones como la tristeza, el miedo, la ira pueden ser indicadores de la necesidad de orientar las prioridades hacia problemas prominentes o estímulos emergentes que deben ser afrontados.

Cuando las personas perciben sus emociones rápida y adecuadamente pueden responder con prioridad a los estímulos que las suscitan. La utilización de las

emociones con fines adaptativos puede conferir flexibilidad y creatividad en la solución de los problemas, posibilitando que los factores emocionales sean justipreciados por el individuo al optar entre diferentes alternativas. Una ventaja adicional de esta inteligencia emocional es que confiere a la gente la posibilidad de influir en sus cogniciones mediante la regulación de sus afectos.

Destreza del control mental: mediante el control mental, el individuo es capaz de reconocer sus procesos cognoscitivos y modificar voluntariamente sus cogniciones. Se pueden reconocer las cogniciones subyacentes a las respuestas emocionales.

Habilidades para la comunicación interpersonal. Dicho en términos simples, las habilidades para comunicarse consisten en expresar de manera clara lo que se quiere decir y lo que se desea y tener la mente abierta a los mensajes de los otros. Entre ellas se encuentran la autoafirmación, escuchar activamente, habilidades de negociación.

La posesión de habilidades adecuadas para la comunicación interpersonal capacita para la creación y mantenimiento de relaciones satisfactorias que permiten el reconocimiento de las cualidades personales y la expresión de las necesidades y sentimientos individuales.

Habilidades para el desarrollo de estilos de vida saludables con especial significado para la salud mental: la práctica de estilos de vida saludables es esencial para el mantenimiento de un estado de salud óptimo, tanto en los aspectos físicos como en los psicológicos. Como regla general, los autocuidados en salud mental se refuerzan con la adopción de estilos de vida saludables, en especial los relativos a la dieta, el sueño y el ejercicio físico y mecanismos para regular las tensiones y el estrés.

El aprendizaje de estas técnicas para el autocontrol emocional se vincula a la instrucción y educación de las personas en el proceso de socialización, a la cultura y al contexto socio-cultural donde se desarrolla el individuo.

Según Vigostky la cultura se internaliza en forma de sistema neuropsicológico sobre la base fisiológica de la actividad del cerebro humano. La actividad mental es exclusivamente humana, es el resultado del aprendizaje social, de la interiorización de la cultura y de las relaciones sociales. El desarrollo psíquico humano, es, en esencia, un proceso socio genético.²⁵

Hoy día contribuye al autocuidado en salud mental las terapias de corta duración (psicoterapia breve), al compartir, en buena medida, con la terapia cognitivo- conductual algunos de sus valores y asunciones subyacentes.

Modelos salutogénicos. Grupos con factores de riesgo cardiovascular.

En la medida que seamos conscientes de promover y enseñar a la población modelos saludables para el enfrentamiento a la vida y adecuación del comportamiento humano, estamos contribuyendo a mejorar la calidad de la existencia de cada individuo. Se hace necesario fortalecer acciones de salud para prevenir riesgo cardiovascular y lograr

cambios en el estilo de vida Las campañas de salud significa la lucha contra el sedentarismo, el alcoholismo, la obesidad, el control de la presión arterial, la hipercolesterolemia y el tabaquismo. Sin embargo de forma general los mecanismos de afrontamiento al estrés y otros estados emocionales son poco tratadas y divulgadas en estas campañas, aun cuando es abordado por la literatura médica y psicológica la repercusión del estrés y la depresión en la aparición y/ o reforzamiento de diversas enfermedades y en especial de las cardiovasculares.^{1,10,12-16,22,26,27} No se concibe abordar la problemática salud- enfermedad al margen de los factores psicológicos. Existen evidencias concluyentes de que la hiperreactividad simpática promueve directamente alteraciones funcionales y estructurales cardíacas y vasculares, determinantes de una mayor morbilidad y mortalidad en los pacientes hipertensos. La exposición al estrés podría conducir, a través de una estimulación del sistema Nervioso Simpático (SNS) a este aumento de la actividad cardiovascular con el consiguiente incremento de la presión arterial y de la enfermedad cardiovascular.²⁸

La hipertensión arterial constituye un problema socio sanitario de primer orden por su elevada incidencia y su pronóstico negativo. Dos problemas complican el estudio de este trastorno, su carácter multicausal, que determina la existencia de diferentes vías etiológicas y obliga a la evaluación de efectos interactivos de distintas variables sobre la presión arterial y su naturaleza procesal, que circunscribe la relevancia de los factores implicados a estadio específicos en la evolución de la patología.²⁹ Todo ello plantea la necesidad de un abordaje multidisciplinario que incluya también los factores psicológicos. El conocimiento de las regularidades y cambios en los estados psíquicos que se dan en el paciente hipertenso cobra una importancia extraordinaria no sólo para proporcionarle una atención integral en el tratamiento de esta enfermedad, sino para desarrollar estrategias preventivas.

Seria muy oportuno desarrollar estrategias interventivas para desarrollar habilidades de afrontamiento al estrés y de autocontrol emocional, tanto en la prevención primaria como en la secundaria de las enfermedades cardiovasculares.

Manejo psicológico del paciente con enfermedad cardiovascular.

Manejo hospitalario:

- Valoración de aspectos psicológicos que puedan interferir en la evolución del paciente (esfera emocional, esfera afectiva, esfera conativa)
- Tratamiento psicológico individualizado según necesidades del paciente (psicoterapéutico, con técnicas de afrontamiento a las tensiones y al estrés.), que lo ayuden al enfrentar al periodo de hospitalización.
- Trabajo individual y grupal para iniciar la modificación de actitudes.
- Facilitar el acceso a la información para elevar el nivel de conocimientos acerca del autocuidado a desarrollar en el periodo post- hospitalario.

- Movilizar recursos afectivos que propicien el cambio, aprovechando la experiencia emocional correctiva como elemento favorecedor.³⁰
- Instrucción y orientación a la familia para el manejo y tratamiento de los pacientes.

Manejo extrahospitalario:

- Seguimiento psicológico y/o psiquiátrico a pacientes con desajuste emocional.
- Reforzamiento de la información encaminada a la prevención secundaria para lograr la modificación de actitudes ante los factores de riesgo.
- Apoyo social.(intersectorialidad)
- Participación de la familia para lograr un adecuado manejo de sus pacientes y para que respalde la modificación de actitudes.
- La internalización de patrones de conductas saludables en la práctica de vida de cada paciente es primordial para la recuperación del cardiópata y para evitar recaídas que puedan dejar nuevas secuelas o limitaciones a quien padece de alguna de estas enfermedades e incluso llevarlo a la muerte. En esto se ha hecho énfasis en nuestro país y se encuentra englobado en el Programa de Rehabilitación Cardiovascular puesto en marcha para bien de todos los cardiopatas desde 1973.³¹

El cumplimiento de orientaciones médicas y psicológicas para el nuevo estilo de vida que debe llevar un cardiópata entraña un cambio actitudinal y comportamental, para lo cual esa persona necesita una orientación acertada, un acompañamiento, necesita ser armado de una serie de recursos psicológicos que posibiliten llevar lo aprendido al plano conductual. Es necesario entonces modificar normas, creencias, desestructurar prejuicios, variar costumbres, lo que lógicamente se ha venido consolidando y reforzando desde la niñez hasta la adultez propiamente dicha.

Se necesita modificar y revisar las concepciones y creencias de pacientes aquejados de enfermedades cardiovasculares porque de forma general no se le concede la importancia necesaria a los factores de orden psicológico que inciden en la aparición, evolución y rehabilitación de las mismas, tal vez obedezca a patrones culturales, normas sociales, idiosincrasia de nuestra población, por lo que nos obliga a ser mas laboriosos para lograr cambios y modificaciones en los estilos de enfrentamiento, en los estilos de vida , lo que debe acompañarse de una interiorización por parte del personal médico y paramédico en comprender y contemplar la subjetividad de los seres humanos en el abordaje y la terapéutica de los cardiopatas.

CONCLUSIONES:

- Los riesgos psicosociales en la enfermedad coronaria, riesgos aún no terminados de conocer claramente en su verdadero valor diagnóstico y pronóstico, son absolutamente valiosos desde una perspectiva integradora para la mirada médico cardiológico.
- La educación continua nos proveerá de medios para combatir las enfermedades cardiovasculares y esto ayudará a salvar más vidas, lo que constituye la definición más alta de la esperanza.

BIBLIOGRAFÍA

1. Friedewald WT. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares. En: Bennett JC, Plum F, editores. Tratado de Medicina Interna de Cecil. 20ª Edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 1988; 31(1).p.201-2.
2. Guadarrama González P, Suárez Gomes C. Filosofía y Sociedad. La Habana 2000. (II). p.723-24, 735
3. Roca Perara MA. Emociones y salud humana. Disponible en: <http://bvs.sld.cu>. Consultado 18 marzo, 2005.
4. Álvarez González MA. Estrés. Un enfoque Psiconeuroendocrinológico. La Habana: Científico – Técnica; 1989. p. 9-38.
5. Trapaga Ortega M, Álvarez González MA, Cubero Rego L. Fundamentos Biológicos del Comportamiento. Villa Clara. 2001. p.121-28,164-74, 182-86.
- 6- Guyton AC, Hall JE, editores. El sistema nervioso autónomo; la médula suprarrenal. En: Fisiología y Fisiopatología. 4ª ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 1998.p. 799-802,845
7. Álvarez González MA, Estrés un enfoque integral. La Habana: Ciencia-Técnica; 2000. p.42-9.
8. Caballo V, Buela-Casal G, Carboles JA. Manual de psicoterapia y trastornos psiquiátricos. Madrid: Editorial Siglo Veintiuno de España SA; 1996 (2). p. 451-54, 459-62.
9. Eagle Kim A, Haber E, De Sanctis RW, Austin WG. La práctica de la Cardiología. Normas del Massachussets General Hospital. 2ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1991.p.1748-49, 1751.
10. Hernández ME, Palmera CA, Santos ÁF. Intervención Psicológica en las enfermedades cardiovasculares. Centro Universitario de Ciencias de la Salud Guadalajara: 2003.p. 21, 33 - 38, 152.

11. Lesperance F, Frasura-Smith, Talajic M, Bourrasa MG. Five year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation* 2002;5:1049-53.
12. Stewart RA, North FM, West TM. Depression and cardiovascular morbidity and mortality: cause or consequence. *Eur Heart J* 2003 Nov; 24(22):2027.
13. Hemingway H, Marmot M. Evidence based cardiology: psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. *Br Med J* 1999;318:1460-7.
14. Ferketich AK, Schwarzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML. Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55.p.558-92.
15. Musselman D, Evans D, Nemeroff C. The relationship of depression to cardiovascular disease. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55.p.558-92.
16. Lesperance F, Frasura-Smith N. Depression in patients with cardiac disease: A practical review. *J Psychosom Res* 2000;48:379-91.
17. Yusuf F, Hawken S, Ounpuu S. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study). *Lancet* 2004;364:953-62.
18. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11,119 cases and 13,648 controls from 52 countries. *Lancet* 2004;364:937-52
19. Frasura-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *JAMA* 1993;270:1819-25.
20. Frasura-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995; 91:999-1005.
21. Ruo B, Rumsfeld JS, Hlatky MA, Liu H, Browner WS, Whooley Ma. Depressive symptoms and health – related quality of life: the heart and Soul Study. *JAMA* 2003 Jul 9; 290(2):215-21.
22. Costa DC, Mateus PS, Mateus C, Bettencourt N, Santos L, Adao L et al. Síndrome Coronária Aguda e Depressão. *Rev Port Cardiol* 2004;24(4):507-16.
23. Carney RM, Freedland KE, Eisen SA, Rich MW, Jaffe AS. Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease. *Health Psychol.* 1995 Jan;14(1):88-90.
24. Shye D. Autocuidados en Salud Mental. Washington OPS/OMS;1998.p.5-20.

25. Campa Gallardo D, Orosa Fraix T. Introducción a la Psicología. La Habana: Félix Varela. 2002.p.6-7.
26. Colectivo de autores. Programa Nacional de Hipertensión arterial. Revista Cubana de Medicina General Integral 1999; 15(1):46-87.
27. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación de la Cardiopatía Isquémica. Revista Cubana de Medicina General Integral 2001;14(4):157-9.
28. Bené Rodríguez M, Apollinaire Penen JJ. Hiperreactividad cardiovascular en pacientes con antecedentes familiares de hipertensión arterial. Rev Med Clín Barcelona 2004; 123(19):726-30.
29. Molerio O. Retos y contribuciones de la Psicología de la Salud en el abordaje de la hipertensión arterial esencial. Aceptado para publicar en la Revista Psicología. Universidad de Chile; 2004.
30. Clavijo Portieles A. Crisis, familia y Psicoterapia. Disponible en: <http://bvs.sld.cu>. Consultado 18 enero, 2006.
31. Rivas Estany E. Rehabilitación cardiovascular integral. Conceptos, Objetivos y Formas de aplicación. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc 1988;2(1):29-41.