

Enfermedad Arterial Coronaria y Vivencia de Pérdidas

Rachel Jurkiewicz¹ e Bellkiss Wilma Romano²

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná¹, Curitiba, PR; Pós-graduação do InCor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo², São Paulo, SP - Brasil

Resumen

Fundamento: En la literatura, la depresión aparece asociada a enfermedades cardiovasculares. A partir de la experiencia clínica, se observó la categoría vivencia de pérdidas asociada a la instalación y al desarrollo de la coronariopatía. La vivencia de pérdidas, desencadenada por evento(s) significativo(s) señalados(s) por el paciente, implica en el proceso de luto, y remetiéndole a los factores psicosociales predisponentes a lo volverse enfermo.

Objetivo: Investigar la vivencia de pérdidas por medio de la evaluación del estado de luto y de depresión, y verificar la relación entre ambos, en pacientes internados con enfermedad arterial coronaria.

Métodos: Se evaluaron a 44 pacientes internados, con los diagnósticos de infarto agudo de miocardio o angina, de 33 a 65 años, 50% varones y 50% mujeres. Se utilizaron dos instrumentos: entrevista semiestructurada para investigación de vivencia de pérdidas y evaluación del estado de luto, e inventario de depresión de Beck para evaluación de depresión. Los resultados se analizaron con el empleo del programa Statistical Package for Social Sciences, versión 11.0.

Resultados: Se pudo identificar el 66% de los casos, con significativa relación entre luto y depresión ($p < 0,05$). Todavía se observó que el 100% de las personas con depresión severa presentan luto. El evento significativo referido con más frecuencia fue muerte de familiares (47%) y de persona próxima (13%), totalizando el 60% de los eventos relatados por el 84% de los participantes. Según los resultados obtenidos por el inventario de depresión de Beck, el 48% se encuentran en estado de depresión.

Conclusión: Este estudio sugiere que se debe considerar la categoría vivencia de pérdidas como un indicativo de factor psicológico predisponente a las manifestaciones de la enfermedad arterial coronaria (EAC), señalando hacia la relación entre luto y depresión. (Arq Bras Cardiol 2009; 93(4) : 345-352)

Palabras clave: Enfermedad de la arteria coronaria, depresión, pacientes internados / psicología, síntomas afectivos.

Introducción

En países de Latinoamérica, la presencia de factores psicosociales está asociada al riesgo aumentado de infarto agudo de miocardio (IAM). Pacientes con IAM evidenciaron mayor prevalencia de factores psicosociales (40,2%) con relación a los controles (26,6%)¹.

El estrés emocional relacionado con el ambiente de trabajo y los problemas personales y familiares también representa riesgo para que el paciente vuelva enfermo. Los factores de riesgo considerados como tradicionales, tales como hipercolesterolemia, tabaquismo, sedentarismo, hipertensión, diabetes y obesidad, no se hallaron en el 35% de los casos de enfermedad arterial coronaria (EAC) documentada, lo que motiva la búsqueda de otros factores, de modo que, para algunos autores, la cuestión sobre factores de riesgo aún merece discusión. En la clínica, se observan diversas combinaciones de estos factores en cada individuo².

Pereira y Haddad³ constataron en 22 pacientes la manifestación de la enfermedad a la época de la pérdida de personas cercanas, por muerte, enfermedad o ruptura de relación, lo que coincide con lo observado en el transcurrir de la rutina de asistencia psicológica a los cardiopatas internados, cuando historias dramáticas caracterizadas por pérdidas significativas se relatan. Con base en este histórico, se creó la categoría “vivencia de pérdidas”, como construcción teórica de un fenómeno⁴.

La vivencia de pérdidas es desencadenada por eventos significativos que afectan a la subjetividad en su carencia, propiciando la actualización de otras pérdidas. Se la considera como equivalente a la crisis psicosocial o la situación de estrés⁵.

La vivencia de pérdidas, como categoría, abarca tres abordajes terminológicos distintos que coexisten al tratarse del ser humano. El primero está referido a los aspectos psicosociales de la psicología y a la capacidad subjetiva de adaptación a los eventos del cotidiano, con énfasis en el ambiente. El segundo, volcado hacia los aspectos psicodinámicos, basado en la psicoanálisis, considera las manifestaciones corpóreas de la angustia y otros afectos, como los señales de conflicto psíquico. El tercer, referente a la práctica médica, está concentrado en

Correspondencia: Rachel Jurkiewicz •

Av. Visconde de Guarapuava, 4303 / 706 - Batel - 80250-220 - Curitiba, PR - Brasil

E-mail: rachelcwb@terra.com.br

Artículo recibido el 06/03/08; revisado recibido el 10/06/08; aceptado el 01/07/08.

Artículo Original

las descripciones fenomenológicas de síntomas funcionales y corpóreos, con predominio de aspectos orgánicos, incluso la psiquiátrica. De este modo, se contemplan los ámbitos biopsicosociales.

La finalidad de esta investigación fue evidenciar la presencia de la vivencia de pérdidas en pacientes coronarios internados, la consecuente manifestación del estado de luto y la relación con la depresión.

Fundamentos

Luto y vivencia de pérdidas

En el curso de una vivencia de pérdidas, se debe realizar un luto, lo que Freud define como la reacción a la pérdida de un ser amado o una abstracción equivalente, la patria, la libertad, o ideal. Se trata de un trabajo psíquico que consiste en que se elabore la pérdida y se abandone las relaciones con el objeto perdido, no obstante, desde entonces, se vienen señalando algunas dificultades en este proceso. Freud⁶ presenta en su obra un cuestionamiento sobre los procesos patológicos, como contrarios al luto.

Según Glass⁷, las conceptualizaciones de Freud, basadas en observaciones clínicas, son precoces, aunque precursoras de puntos de vista actuales sobre la normalidad y el contrario del proceso del luto.

La pérdida, por la que todos pasan en diversos momentos de la vida, puede ser real o fantástica, pero el fracaso de elaboración puede significar una actual o futura complicación médica y/o psiquiátrica. El proceso de resolución varía de individuo para individuo, cada persona enfrenta las pérdidas y responde a ellas de formas bastante diversificadas, lo que dependerá de la personalidad del enlutado, de experiencias previas de vida, del significado de la pérdida, de la naturaleza de la relación con el objeto, de la existencia de una red social y familiar de apoyo, de su equipaje cultural, de eventos intercurrentes de vida, entre otros⁸. Hasta que se realice el luto, existen muchos recorridos y modalidades de resolución, diversidad que se debe a las condiciones subjetivas de cada ser humano⁹.

El luto puede conllevar disfunciones orgánicas que ocasionan enfermedades. Muchas enfermedades físicas y mentales están siendo asignadas a la experiencia de pérdida, y son pertinentes al proceso del luto los sentimientos de desamparo y desesperanza, responsables e las enfermedades físicas¹⁰. Lo volver enfermo es la reacción a la pérdida no elaborada. Está probado que hay una alta tasa de mortalidad durante el segundo o tercer año después de la muerte de alguien próximo, el conyuge u otro familiar¹¹.

El estudio de Ruschel¹² está dirigido a siete pacientes infartados que refirieron como una de las causas de la enfermedad luto no elaborado por muerte de familiares. Tiene como referencia la terminología luto no elaborado, fundamentado en las fallas del desarrollo y en la capacidad simbólica¹².

Luto y depresión

Se entiende que, en cualquier época de la vida, organización psíquica y/o personalidad, la depresión puede

manifestarse en el ser humano como reacción psicológica, afectando concomitantemente los aspectos psíquicos, comportamentales y orgánicos.

La literatura evidencia que no ha sido fácil una conceptualización diferencial precisa entre luto y depresión. Según el *Manual diagnóstico y estadístico de salud mental* (DSM-IV), se puede diagnosticar el episodio depresivo mayor de este modo si los síntomas persistan por más de 2 meses tras la pérdida de un ser querido. La persistencia temporal de síntomas del luto puede volverse los síntomas del episodio depresivo mayor. Se trata de luto cuando el foco de la atención clínica es una reacción a la muerte de un ser querido. El sujeto que está de luto presenta humor deprimido como si fuera lo normal. La duración y expresión del luto normal varían considerablemente entre diferentes grupos culturales. También se considera como un problema de fase de la vida una categoría que se puede utilizar cuando el enfoque de la atención clínica es un problema asociado a una determinada fase de desarrollo u otra circunstancia de la vida que no se debe a un trastorno mental. Esto se ejemplifica con algunos eventos que pueden ser significativos: salida de la casa de los padres, ingreso en la escuela, nueva profesión, matrimonio, divorcio, jubilación. Así se entiende que eventos significativos desencadenan el estado de luto¹³.

Las complicaciones del luto pueden ser factores de enfermedades para el desarrollo de riesgo psiquiátricas como la depresión mayor, y es ésta la reacción del proceso del luto.

Los estados de luto se consideran como aspectos psicodinámicos de los depresivos. Las depresiones son manifestaciones sintomáticas de los estados de luto, lo que significa que coexisten de forma interdependiente, como integrantes de un mismo fenómeno, la vivencia de pérdidas.

Depresión y enfermedad arterial coronaria

Según la Organización Mundial de Salud (OMS)¹⁴, el trastorno depresivo, que es hoy responsable de la cuarta causa de muerte, en 2020 pasará a ocupar el segundo lugar, después de las cardiopatías.

La literatura vienen señalando las enfermedades cardiovasculares como una de las más frecuentes causas de mortalidad en el mundo occidental, y la principal etiología de este grupo de enfermedades es la aterosclerosis humana, considerada como un proceso crónico, progresivo y sistémico, que se caracteriza por respuesta inflamatoria y fibroproliferativa de la pared arterial, causada por agresiones a la superficie arterial^{15,16}.

La EAC y la depresión son dos enfermedades con gran impacto en la salud por causa de la alta prevalencia y de sus efectos tanto en la mortalidad como en la calidad de vida, y evidencias clínicas constataron una estrecha relación entre ellas¹⁷.

Furchgott y Zowadzki¹⁸ evidenciaron que la célula endotelial controla activamente el tono vascular, la coagulación, la trombólisis, la remodelación vascular y la respuesta inflamatoria e inmune^{18,19}. Como se trata de una enfermedad inflamatoria crónica, evidencias señalan hacia un rol importante de agente infeccioso en la génesis de las placas que obstruyen las arterias,

existiendo la relación: infección-inflamación-aterosclerosis.

La depresión como factor predisponente a la EAC interfiere en las alteraciones inmunológicas y neuroendocrinas, que pueden afectar el proceso infeccioso, lo que justifica el destaque en la literatura. La depresión está asociada a ciertas cardiopatías, ya esta relación sea de causa, sea como factor de riesgo o como consecuencia, es decir, hay evidencias de mayor prevalencia de la depresión entre los portadores de la enfermedad arterial coronaria²⁰.

Strike y Steptoe²¹ percibieron y demostraron interés por la acumulación de evidencias, por medio de estudios clínicos y epidemiológicos, de que factores psicosociales contribuyen para la coronaria arterial enfermedad, siendo la depresión colocada como uno de ellos. Estos autores realizaron una revisión de estudios epidemiológicos prospectivos de cohorte sobre la depresión y el subsiguiente desarrollo de la EAC, que revelaron que el riesgo relativo entre depresivos es el doble, cuando comparado con los no depresivos. De esa manera, sujetos depresivos están más propensos a desarrollar angina o infarto de miocardio. Relataron que los resultados de diversos estudios sobre la depresión y la enfermedad coronaria arterial fomentan la investigación de mecanismos psicobiológicos involucrados. Según estos investigadores, tanto la depresión podría conducir a un proceso de inflamación y consecuentemente a la enfermedad arterial coronaria como un proceso inflamatorio desconocido, provocaría depresión y enfermedad arterial coronaria. Para estos autores, la depresión también puede hacer aportes al desarrollo de la EAC, interfiriendo en hábitos como tabaquismo, alimentación, poca actividad física y la no adhesión al tratamiento. Todos estos factores de riesgo son más prevalentes en personas deprimidas, de modo que la función endotelial queda significativamente alterada. Tienen en cuenta que la depresión puede actuar como estresor crónico, prolongando la disfunción endotelial y sus consecuencias, como aumento de células de adhesión, migración y proliferación, resultando en un medio proaterosclerosis. El trabajo de estos investigadores revela evidencias clínicas de que la depresión que puede ser tanto marcador como factor de riesgo para EAC²¹.

Se puede decir que, respecto a la relación entre depresión y enfermedades cardiovasculares, la literatura intenta explicitar esta asociación bien estrecha, pese a que los mecanismos implicados no están explícitos de forma definitiva. De modo general, los aspectos psicológicos están poco incluidos, documentados y/o explicitados, pero implicados, lo que justifica esta investigación.

Objetivos

Este trabajo tiene por objeto investigar la vivencia de pérdidas por medio de la evaluación de los estados de luto y de depresión, y verificar la relación entre ambos, en pacientes internados a causa de la enfermedad arterial coronaria.

Métodos

Este estudio es observacional, con abordaje cualitativo y cuantitativo. La muestra estaba conformada por 44 pacientes

internados, de ambos géneros, del grupo de edad de 18 hasta 65 años, internados en razón de diagnósticos de infarto agudo de miocardio o angina. En la ocasión de la evaluación, estaban internados para investigación, sin indicación de cirugía hasta el momento, en camas de la unidad de internación de cardiología, del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal del Paraná (UFPR). Éstos se atendieron mediante la rutina de evaluación y seguimiento psicológico a pacientes internados, en orden secuencial de internación, siguiendo los criterios establecidos.

El proyecto de esta investigación se aprobó por el Comité de Ética en Investigación del HC/UFPR. Para participar, además de atender a los criterios de selección establecidos, el paciente debería estar lúcido, orientado y aceptar su inclusión en la investigación, firmando el formulario de consentimiento informado.

Se utilizaron dos instrumentos: entrevista semiestructurada e inventario de depresión de Beck (IDB).

La entrevista se utilizó para que identificara los evento(s) significativo(s), por medio de preguntas clave: “¿Le pasó algo que cambió su vida?” y “¿Le pasó alguna pérdida que fue significativa, conllevando cambios en su vida?”. Otra finalidad de esta entrevista fue la evaluación del estado de luto. Este proceso ocurrió por la identificación de evento(s) significativo(s) y también por medio de ocho descriptores del luto: tristeza, lloro fácil, sentir falta del objeto perdido, sentimiento de vacío, sentimiento de culpa, aislamiento, pérdida del interés e inhibición. Todo ello se extrajo en el transcurrir de la práctica clínica e identificados durante el contacto con el paciente, por medio de observación, o emergieron del relato. Se consideró como estado de luto la presencia de tres de estos descriptores.

El IDB se utilizó para la evaluación de los estados de depresión. Este instrumento contiene 21 ítems, cada cual con cuatro alternativas, y el individuo debería elegir una de ellas. Este inventario tiene por objeto evaluar el estado de depresión, clasificado de acuerdo con la puntuación:

- Menor de 10 puntos: sin depresión.
- De 10 a 18: depresión leve a moderada.
- De 19 a 29: depresión moderada a severa.
- De 30 a 63: depresión severa²².

Kendall et al.²² sugieren que se considere como depresión la puntuación de 19 puntos, que corresponde a las clasificaciones de depresión moderada a severa y severa²³. Con base en esta recomendación, los resultados se obtuvieron de otra manera, teniendo dos categorías “con depresión”, agrupándose los resultados del IDB, depresión moderada a severa y severa y “sin depresión”, agrupándose los resultados del IDB, sin depresión y depresión leve a moderada.

El análisis estadístico se efectuó con la utilización del programa de computador Statistical Package for the Social Sciences (SPSS – 11.0), para identificar relaciones existentes entre las variables de este estudio: eventos significativos, luto y depresión. Para la obtención de los resultados de significancia entre variables, se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrado. Para los demás análisis, se utilizaron la frecuencia y el porcentaje simple.

Resultados

Caracterización de la muestra

De ambos géneros en igual proporción de mujeres y varones, con la edad variando de 33 hasta 65 años de edad, a todos los 44 pacientes se evaluaron cuando internados en la unidad de internación de cardiología, de quienes el 25% con diagnóstico de infarto agudo de miocardio y el 75% con el diagnóstico de angina.

Existe un predominio del 52,3%, correspondiente al grupo de edad de 50 a 60 años.

En cuanto al estado civil, el 65,9% tiene una pareja(a), el 13,6% es separado o divorciado, el 11,4% viudo y el 9,1% es soltero.

Estado de luto, eventos significativos y descriptores

De un total de 100, todos relataron eventos significativos. De estos, lo que predomina es el evento “muerte de familiar” (47%) que sumado al evento “muerte de persona cercana” (13%) completa el total del 60%, datos estos detallados en la Tabla 1.

El porcentual del total de participantes que relataron muerte de familiar o persona cercana como evento significativo fue del 84,2%, con la identificación de estado de luto en el 65,9% del total de la muestra.

En cuanto al número de muertes relatadas por los participantes, al tener en cuenta cinco categorías –ninguna muerte, 1 muerte, 2 muertes, 3 muertes y 4 muertes–, se observó que el 100% de aquellos que relataron 4 muertes está en estado de luto. De los que relataron 2 muertes, el 85,7% presentan estado de luto. De aquellos que no relataron ninguna muerte, sólo el 14,3% están en estado de luto (gráf. 1).

De los ocho descriptores del estado de luto, se presentan los más frecuentadores, en orden decreciente: tristeza (50,0%), sentir falta del objeto perdido (47,7%), lloro fácil (36,4%), sentimiento de culpa (22,7%), sentimiento de vacío (13,6%), aislamiento (13,6%), pérdida del interés (11,4%) y inhibición (2,3%). Es importante notar que dichos

Tabla 1 – Eventos significativos

Tipo de evento	FR. ESA	FR. ESR	Porcentaje
Muerte de hijo(a)	8	1	9%
Muerte de cónyuge	4	1	5%
Muerte de hermanos	10	3	13%
Muerte de padre	6	1	7%
Muerte de madre	8	5	13%
Muerte de familiar – total	36	11	47%
Muerte de otra persona cercana	2	11	13%
Enfermedad de familiar	-	9	9%
Problema con alcohol y drogas familiares	3	2	5%
Situación conyugal	6	1	7%
Separación de familiar	1	1	2%
Pelea o discusión con familiar	-	2	2%
Dificultades en la relación con hijos	-	1	1%
Dificultades en la relación conyugal	-	1	1%
Preocupación con hijos o nietos	-	1	1%
Pérdidas del empleo	2	3	5%
Perjuicio financiero	1	2	3%
Pelea y discusión con cliente	-	1	1%
Cambio de ciudad	1	1	2%
Cambio de residencia	-	1	1%
Total	52	48	100%

porcentuales no totalizan 100% por el hecho de haber sido considerados tres descriptores del luto para cada sujeto. Estos valores están presentados en la Tabla 2.

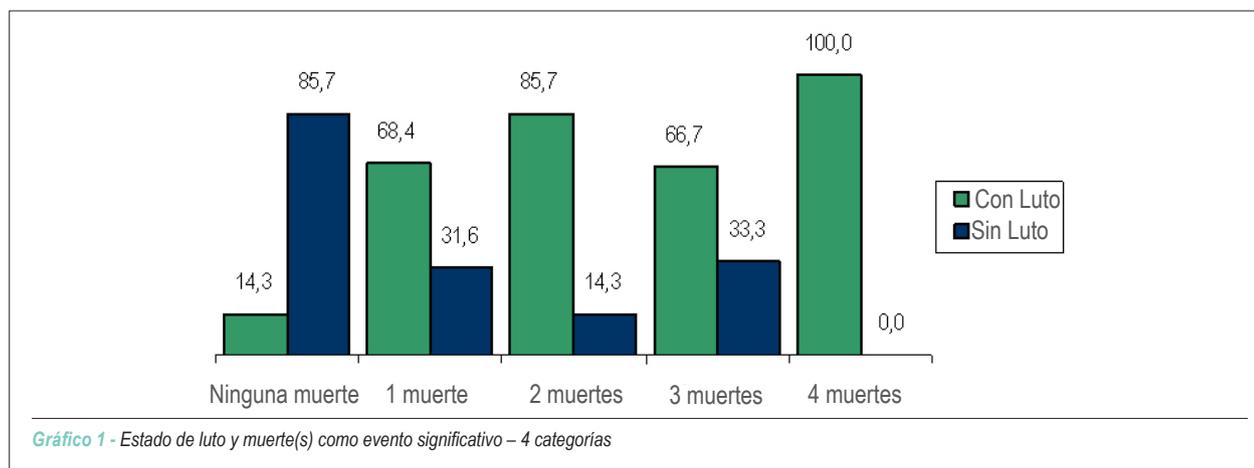


Tabla 2 – Descriptores del luto

Indicadores de luto	Frecuencia	Porcentaje
Tristeza	22	50,0
Echa de menos el objeto perdido (persona-cosa-situación)	21	47,7
Lloro fácil	16	36,4
Sentimiento de culpa	10	22,7
Sentimiento de vacío	6	13,6
Aislamiento	6	13,6
Pérdida de interés	5	11,4
Inhibición	1	2,3

Estados de depresión

Según los resultados obtenidos por medio del inventario de depresión de Beck, el 68,3% se encuentran en estado de depresión. De estos, el 20,5% presenta depresión leve a moderada, el 36,4% depresión moderada a severa y el 11,4% depresión severa. Teniendo en cuenta las dos categorías, “con” y “sin” depresión, el 47,8% se encuentran en depresión y el 52,2% no presentan este síntoma (tab. 3).

Relación entre estados de luto y de depresión

Se constató la relación significativa entre luto y depresión ($\chi^2 = 13,513$; $gl = 3$; $p < 0,05$).

Respecto a los pacientes sin síntomas de depresión, el 71,4% no presentaron estado de luto, lo que ocurrió en el 28,6% de estos.

Es creciente el porcentaje del estado de luto con relación a la clasificación progresiva de la depresión, de forma que el 100% de las personas con depresión severa presentaron luto; el 81,3%, depresión moderada a severa; y el 77,8% depresión leve a moderada (gráf. 2).

Respecto a los resultados del inventario de Beck, agrupados en las categorías “sin depresión” y “con depresión”, la relación entre estados de depresión y de luto se halló nuevamente significativa ($\chi^2 = 7,013$; $gl = 1$; $p < 0,05$) (gráf. 3).

Discusión

Caracterización de la muestra en cuanto a la edad

El predominio del grupo de edad de 50 a 60 años

(52,3%) está caracterizado como transición de la edad adulta para la avanzada, cuando las transformaciones corporales desencadenan otros cambios psicológicos y comportamentales. En esta fase, son frecuentes las pérdidas significativas, de familiares y personas cercanas, además de la vitalidad, vida productiva y sexualidad, caracterizándose como vivencia de pérdidas, situación de cambios y/o crisis psicosocial. Con base en estos resultados, se puede considerar la edad superior a 50 años como de mayor riesgo, lo que pasó al 79,6% de esta muestra, internada para investigación clínica en la unidad de cardiología con angina o infarto agudo de miocardio. Eso se puede asociar al hecho de la aterosclerosis humana considerarse un proceso crónico, progresivo y sistémico, que puede tener inicio en edad precoz, sin embargo manifestarse tardíamente en la vida adulta¹⁵.

La delimitación de la edad de esta muestra para 65 años, además de ser considerada por la Organización Mundial de Salud como el principio de la edad avanzada, se debe al hecho de algunas de las características del ciclo vital de edad avanzada coincidir con los síntomas de depresión. Estudio realizado con la población de adultos mayores en el Río Grande del Sur consideró en esta población los cuadros depresivos con características clínicas peculiares. La disminución de la respuesta emocional conlleva el predominio de síntomas como: disminución del sueño, pérdida de placer en las actividades habituales, rumiaciones sobre hechos pasados y pérdida de energía. Esta diferencia en la presentación de los cuadros de depresión en adultos mayores en relación con adultos hizo que algunos autores formularan la hipótesis respecto a la menor prevalencia de trastornos depresivos en esta edad^{24,25}. Sin embargo, la vivencia de pérdidas puede estar presente ante la posibilidad del fin de la vida, de la muerte y de otros cambios típicos de este ciclo vital. Se justifica esta alteración por la eliminación de posible confusión entre las características de la depresión y del ciclo vital edad avanzada.

Eventos significativos y estado de luto

Eventos significativos son desencadenantes de vivencia de pérdidas y del estado de luto.

Todos los sujetos de esta muestra se refieren a la ocurrencia de uno o más eventos significativos en el curso de sus historias de vida, pero no son todos que están en luto. Esto quiere decir que no es cualquier suceso que determinará la vivencia de pérdidas y el luto. Para que esto ocurra, el evento debe afectar la realidad psíquica y convertirse en un evento significativo. De todos los eventos citados, el 60% se refiere a muertes de

Tabla 3 – Resultados del inventario de depresión de Beck

Depresión	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	14	31,7		
Depresión leve a moderada	9	20,5	23	52,2
Depresión moderada a severa	16	36,4		
Depresión severa	5	11,4	21	47,8
Total	44	100,0	44	100,0

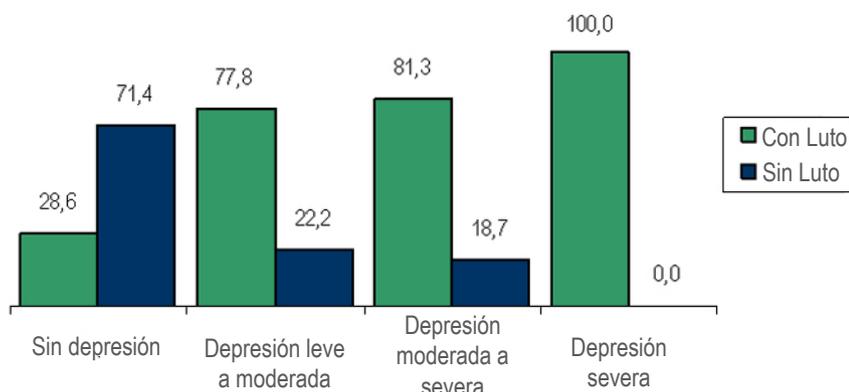


Gráfico 2 - Luto y depresión.

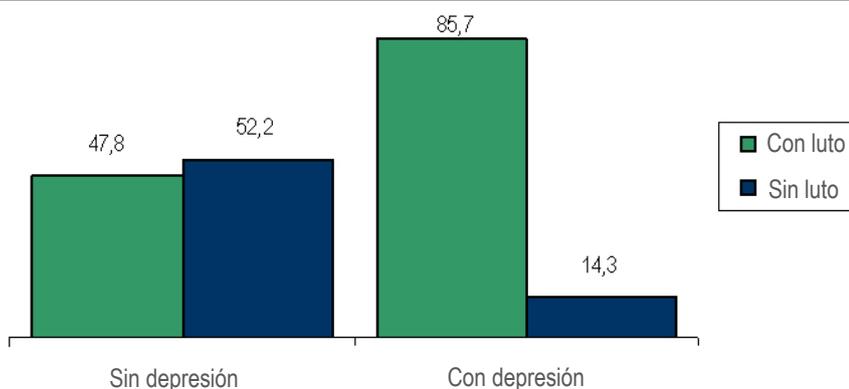


Gráfico 3 - Luto "sin depresión" y "con depresión".

familiar y de persona cercana, habiendo sido constatada la relación de significancia estadística entre estados de luto y la cantidad de muertes relacionadas como eventos significativos ($\chi^2 = 9,873$; $gl = 1$; $p < 0,05$). Estos datos confirman las dificultades para que se elabore la pérdida de familiares y personas cercanas. El trabajo psíquico del luto dependerá del tipo de relación establecido, del grado de dependencia, de la ambivalencia, de lo que la persona perdida representaba en la economía psíquica, de cuanto se invirtió libidinalmente en la relación. La calidad del vínculo existente será determinante de los recursos subjetivos disponibles para posibilitar el trabajo de elaboración de la pérdida o del proceso del luto²⁶.

Los eventos clasificados en eventos significativos antiguos, que sucedieron desde hace más de 2 años, y eventos significativos recientes, ocurridos desde hace 2 años, se deben a Kaplan y Sadock²⁷, que consideran de 1 a 2 años el tiempo necesario para la elaboración de la pérdida. En esta investigación, se lleva en cuenta el estado de luto, tanto resultante de la pérdida que ha ocurrido desde hace hasta 2 años, como aquella que ocurrió hace más tiempo, que implica dificultades para elaborarla. Esto significa que el tiempo de ocurrencia de estos eventos para el psíquico es actual, visto que el inconsciente es atemporal²⁸, la vivencia es única,

principalmente cuando se da el énfasis en las condiciones subjetivas para la elaboración de la pérdida y la realización del luto. Se puede verificar el luto al manifestarse del mismo modo tanto en aquellos que perdieron un familiar o una persona cercana recientemente, desde hace hasta 2 años, evento significativo reciente, como hace más de 2 años, evento significativo antiguo. De los participantes de este estudio, el 52,3% relataron eventos significativos recientes y antiguos. Desde el punto de vista psicodinámico, un evento significativo reciente remete a la vivencia de otro evento significativo antiguo²⁸.

Estado de luto

El estado de luto presente en el 65,9% de esta muestra viene confirmar la importancia de la categoría "vivencia de pérdidas" como indicativa de factor psicológico predisponente para la enfermedad arterial coronaria. Los individuos que presentan estado de luto están pasando por vivencia de pérdidas que todavía no se elaboraron, quedando explícita la existencia de aspectos psicológicos, como más un factor implicado en los procesos de lo volverse enfermo.

Shear y Shair²⁹ afirman que la muerte de persona próxima

produce un estado de pérdida traumática y síntomas del luto agudo, que usualmente siguen una revisión de representación interna del fallecido para incorporar ante la realidad de la muerte. Un defecto en ese proceso es el síndrome del luto complicado, el que resulta en el prolongamiento del tiempo.

El tiempo del luto es punto de discusión, principalmente porque del punto de vista de psiquiátrico es el elemento que viene marcar la diferencia entre luto y luto complicado, entre luto y depresión. Desde el punto de vista del abordaje de la subjetividad, la prioridad está dada en las dificultades subjetivas para la realización del luto, estando implicados muchos aspectos de la relación con lo perdido, de forma que el tiempo de elaboración es secundario. Al recordar la formación de Freud, médico neurólogo, éste presenta una preocupación entre el normal y el patológico en lo que dice respecto al luto, que permanece en la actualidad para la psicopatología.

Estado de luto y depresión

En razón de la condición de enfermedad y internación de estas personas, cuando se puede considerar la depresión como secundaria, o sea, esperada, siguiéndose la sugestión de Kendall et al.²², considerando las dos categorías sin y con depresión, el 47,8% presentaron depresión, lo que confirma la asociación entre luto y depresión, que muestra significancia estadística. Ni todas las personas en estado de luto presentan depresión. De aquellos síntomas de depresión, el 28,6% presentan luto.

Piper et al.³⁰ concluyeron que pacientes que presentan luto complicado severa, cuando comparados con otros que no vivencian la pérdida de una persona, manifiestan una tendencia a altos niveles de depresión y síntomas de estrés de modo general. De los resultados obtenidos, se verificó que el 100% de los pacientes con depresión severa estaban en estado de luto, y el 81,3% de estos presentaron depresión moderada a severa. No presentan estado de luto el 71,4% de los sujetos que no tienen depresión.

Clemens³¹ utiliza la terminología desconstrucción de la depresión para referirse a la práctica clínica volcada a la singularidad de cada caso, teniendo en cuenta que, bajo la depresión, es posible encontrar el dolor de la pérdida y el luto.

La depresión puede ser estado manifiesto inherente al luto,

señal de sufrimiento psicológico y reacción a la pérdida, según la consideración de Romano²⁰ de que la coexistencia de la depresión y del problema cardiaco se puede entender como reacción normal al luto o fracaso de este proceso.

Conclusiones

Este estudio evidencia que la vivencia de pérdidas y el consecuente estado de luto son los factores psicológicos frecuentes en las manifestaciones de la EAC.

Destaca la relación interdependiente entre el estado de luto, como aspecto psicodinámico, con los estados manifiestos de depresión, como dos ámbitos distintos que integran un mismo fenómeno, la vivencia de pérdidas.

Sugiere la categoría vivencia de pérdidas como indicativo de factor psicológico predisponente a las manifestaciones de la EAC, lo que viene a ser una contribución para el abordaje, el diagnóstico y la prevención de los estados de depresión, abordados en la literatura como factor asociado a las enfermedades cardiovasculares.

Agradecimientos

Les agradecemos a los profesores doctores Cláudio L. Pereira da Cunha y Danton R. da Rocha Loures, y a todos los pacientes cardiacos internados y atendidos por nosotros, principalmente a los sujetos de esta investigación.

Potencial Conflicto de Intereses

Declaro no haber conflicto de intereses pertinentes.

Fuentes de Financiación

El presente estudio no tuvo fuentes de financiación externas.

Vinculación Académica

Este artículo forma parte de tesis de doctorado de Rachel Jurkiewicz, por el Programa de Postgrado, del Instituto do Coração, del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (InCOR/HC/FMUSP).

Referencias

1. Avezum Jr A, Piegas LS, Laes PE, Gebara O, Pedrosa R, Reis G, et al. Associação de fatores psicossociais com infarto agudo do miocárdio na América Latina: resultados do Estudo INTERHEART. *Arq Bras Cardiol.* 2005; 85 (supl. 4): 177.
2. Da Luz PL, Favarato D. Doença coronária crônica. *Arq Bras Cardiol.* 1999; 72 (1): 5-21.
3. Pereira AAM, Haddad N. Efeitos psicológicos do prolongamento do tempo de espera para cirurgia cardíaca. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo.* 2002; 12 (5): 1-9.
4. Rey FLG. Pesquisa qualitativa em psicologia. São Paulo: Ed. Thomson Pioneira; 2002.
5. Jurkiewicz R. Psicologia clínica e saúde. *Revista Psicologia Argumento.* 2003; 21 (34): 41-7.
6. Freud S. Luto e melancolia. In: *Obras completas de Sigmund Freud.* Rio de Janeiro: Ed. Delta; 1916. p. 235-253
7. Glass MR. Is grife a disease? sometimes. *JAMA.* 2005; 293 (21): 2658-60.
8. Cataldo Neto A, Majola RR. O luto normal, o luto patológico e o médico. In: *14º Congresso da Associação Médica do Rio Grande do Sul, Caxias do Sul. Rev Med PUCRS.* 1997; 7 (1): 9-16.
9. Raimbault GA. A criança e a morte. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves; 1979.

10. Parkes CM. Luto – estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus; 1998.
11. Silva MAD. Quem ama não adoce. São Paulo: Ed. Best Seller; 1994.
12. Ruschel PP. Quando o luto adoce o coração: luto não-elaborado e infarto. Porto Alegre: Edipucrs; 2006.
13. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM IV – Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
14. Organização Mundial de Saúde OMS. Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
15. Da Luz PL, Favarato D. A disfunção endotelial como índice prognóstico e alvo terapêutico. In: Da Luz PL, Laurindo FRM, Chagas ACP. Endotélio e doenças cardiovasculares. São Paulo: Ed. Atheneu; 2003. p. 203-20.
16. Da Luz PL, Uint L. Endotélio na aterosclerose: interações celulares e vasomotricidade. In: Da Luz PL, Laurindo FRM, Chagas ACP. Endotélio e doenças cardiovasculares. São Paulo: Ed. Atheneu; 2003. p. 131-60.
17. Peres GH, Nicolau JC, Romano BW, Laranjeira R. Depressão e síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis: diferenças entre homens e mulheres. Arq Bras Cardiol. 2005; 85 (5): 319-26.
18. Furchgott RF, Zawadzki JV. The obligatory role of the endothelium in the relaxation of arterial smooth muscle by acetylcholine. Nature. 1980; 288: 373-6.
19. Nascimento CA, Patriarca G, Heimann JC. Estrutura orgânica do endotélio vascular. In: Da Luz PL, Laurindo FRM, Chagas ACP. Endotélio e doenças cardiovasculares. São Paulo: Ed. Atheneu; 2003. p. 1-16.
20. Romano BW. Psicologia e cardiologia: encontros possíveis. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. p. 61-72.
21. Strike PC, Steptoe A. Depression, stress and the heart. Heart. 2002; 88: 441-3.
22. Kendall PC, Hollon SD, Beck AT, Hammen CJ, Ingram RE. Issues and recommendations regarding use of the beck depression inventory. Cogn Ther Res. 1987; 11: 89-299.
23. Gorenstein C, Zuardi AW, Andrade LHS. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. Porto Alegre: Lemos Editorial; 2000.
24. Gorenstein C, Andrade, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. Rev Psiq Clin. 1998, 25 (5): 245-50.
25. Gazalle FK. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. Rev Saúde Pública. 2004; 38 (3): 365-71.
26. Bromberg MHPF, Kovács MJ, Carvalho MMMJ, Carvalho, VA. Vida e morte: laços de existência. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996. p.104.
27. Kaplan HI, Sadock BJ. Compêndio de psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
28. Freud S. Recordar, repetir, elaborar. In: Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Ed. Delta; 1916. p. 279-88.
29. Shear K, Shair H. Attachment, loss, and complicated grief. Dev Psychobiol. 2005; 47: 253-67.
30. Piper WE, Ogrodniczuk JS, Azim HF, Weideman R. Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric out patients. Psychiatr Serv. 2001; 52 (8): 1069-74.
31. Clemens NA. Deconstructing depression. J Psych Pract. 2007; 13 (2): 106-8.