

Doctorado Patología Existencial e Intervención en Crisis. Departamento de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Madrid y Universidad de Carabobo. Venezuela

Los Eventos Vitales y las Necesidades Existenciales como Factores de Riesgo en la Mujer con cardiopatía isquémica

Los Auto-anticuerpos contra la Proteína de Estrés Anti-Hsp60 como marcador biológico para la cardiopatía isquémica.

TESIS DOCTORAL

Autor: Aracelis Quintini González

Director: José María Poveda

AGRADECIMIENTOS

Tengo que agradecer a los profesores de la Universidad Autónoma de Madrid, de la Universidad de Zaragoza, de la Universidad de Alcalá, de la Universidad Complutense de Madrid, y la Universidad de Oporto, por su titánica labor de haberse trasladado a nuestro país Venezuela para dictar el curso, así como haber realizados la supervisión académica, pertinente a la preparación del DEA y la Tesis Doctoral desde España.

Al laboratorio de Investigación en pared vascular de la Dra. Babette Weksker Profesora del Weil Medical College de la Universidad de Cornell, New York, por la asesoría en los experimentos de laboratorio.

A las autoridades universitarias, de la Universidad Autónoma de Madrid y de la Universidad de Carabobo por la firma y ejecución de los convenios marco y específicos que permitieron la implementación del Doctorado.

Al Director de curso de Doctorado Profesor José María Poveda de la Universidad Autónoma de Madrid por su permanente dedicación a convertirlo en una realidad.

A la Profesora Tomiris Chacón delegada de la Universidad de Carabobo.

DEDICATORIA

A MI MADRE CARMEN EFIGENIA

POR TODO SU AMOR

DEDICACIÓN Y PACIENCIA

INDICE DE CAPÍTULOS

	Pagina
Introducción	5
Capitulo I:	
Marco Teórico	9
-Antecedentes de la Investigación	10
-Puesta al día del Tema	17
-La cardiopatía Isquémica en la mujer	17
-La proteína de estrés Hsp60	22
-Los eventos vitales y la cardiopatía isquémica	25
-Las carencias existenciales y la cardiopatía isquémica	28
-Enfoque Integral según Wilber	32
Capitulo II:	
Marco Metodológico	34
-Objetivos de la Investigación	35
-Diseño de la Investigación	36
-Sistema de Hipótesis	37
-Población y muestra	38
Técnicas e Instrumentos de recolección	39
-Análisis Estadístico	42
Capitulo III:	
Resultados	43
Discusión	60
Resumen y conclusiones	70
Bibliografía	74
Anexos	80

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La cardiopatía isquémica en la mujer ha sido considerada según datos epidemiológicos, como una enfermedad que presenta su pico de incidencia en una edad que supera en unos diez años a la edad promedio en que se presenta en el hombre. A este fenómeno se ha llamado “protección femenina”, pero es en realidad más preciso considerarlo como un retardo en el inicio de dicha enfermedad, siendo el efecto de protección estrogénica, el posible responsable de esta diferencia. (1)

A pesar de la importancia como problema de salud que supone la cardiopatía isquémica en la mujer, el conocimiento de ésta, está poco estudiado debido a la insuficiente presencia de las mujeres en los ensayos clínicos.

Las enfermedades cardiovasculares representan en nuestro país, la primera causa de mortalidad, tanto en hombres como en mujeres (2). En Europa aproximadamente el 55% de las muertes en mujeres se deben a enfermedades cardiovasculares en especial a la enfermedad coronaria (3), lo mismo sucede en Estados Unidos, por lo que se está prestando atención para aumentar la concienciación de que las cardiopatías son la principal causa de muerte en mujeres (4)

Desafortunadamente este riesgo no es tomado en cuenta debido a la creencia o percepción de que las mujeres durante la edad fértil están *protegidas* frente a las enfermedades cardiovasculares, lo que hace que las mujeres con factores de riesgo no tratados sean vulnerables al desarrollo de infarto, insuficiencia cardíaca e ictus. Por otro lado las manifestaciones clínicas de las enfermedades cardiovasculares en las mujeres pueden ser diferentes a las observadas en los hombres por lo que pudiera explicarse el menor reconocimiento de estas. (5)

Además de los factores de riesgo tradicionales para la cardiopatía isquémica en la mujer (colesterol, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hábitos tabáquicos, historia familiar, etc.), los factores psicosociales han sido asociados con aumento de morbilidad y mortalidad en mujeres con enfermedad cardíaca coronaria en comparación con los hombres. Los individuos con cardiopatía isquémica y factores de riesgo psicosocial tienen un mayor riesgo de muerte cardíaca, comparados con aquellos sin factores psicosociales (6).

Al ocuparnos de un grupo de mujeres que sufren de cardiopatía isquémica nos hemos enfocado en el contexto psicosocial que le son propios como lo son la familia, los amigos, las relaciones de trabajo o del ambiente; así como también los factores

económicos, la inseguridad, el cambio de costumbres en el medio social y todo lo que va a requerir una respuesta de adaptación, con el consecuente impacto a su estado de salud y en nuestro caso sobre la cardiopatía isquémica

Por lo tanto, hemos querido explorar a nuestras pacientes desde el punto de vista existencial, basándonos en el método de Van Manen y utilizado por Robertson-Malt (7) sustentado en los conceptos del Dasein y ser en el mundo afín de entender la existencia de nuestras pacientes viviendo con su enfermedad.

Utilizando este método hemos tratado de identificar los motivos y actitudes en el comportamiento de las mujeres ante el padecer la cardiopatía isquémica, entender y traducir su propio lenguaje cotidiano cuando expresan sus carencias existenciales.

De esta manera hemos querido intentar la ayuda de nuestras pacientes como lo dijo el Dr. Pelegrina en una de nuestras clases del Doctorado *“Cuando alguien solicita la ayuda del médico poniendo de manifiesto sus síntomas, signos o enfermedad, lo que está alterado, el verdadero problema, es el de la alteración, limitación o impedimento que se da en su vida, y en definitiva, la enfermedad no tiene otra entidad que la que le da el hombre, que sí tiene entidad incluso como enfermo”.*(8)

El médico debe ir a la búsqueda del problema personal que subyace en el enfermar, debe tratar de oír lo que no está dicho y dar ese encuentro con la aproximación, mediante el método fenomenológico.

Debido a la dificultad en cuantificar la magnitud del impacto de los factores psicosociales y las carencias existenciales en la mujer con cardiopatía isquémica, hemos introducido a manera de “marcador biológico” para el estrés la determinación de la llamada *proteína de estrés Hsp60* cuya presencia se ha relacionado con estrés biológico y físico en animales y recientemente con el estrés psíquico en los humanos, existiendo evidencias que sugieren que altos títulos de Anti-Hsp60 están asociados con el desarrollo y severidad de la aterosclerosis.(9)

Finalmente, hemos querido dar una Visión Integral a la enfermedad cardiovascular en la mujer de acuerdo al enfoque aportado por Ken Wilber, es decir, tomando en consideración los estados internos de la persona (sus emociones, su actitud psicológica, su imaginación e incluso sus intenciones) los cuales desempeñan un papel fundamental tanto en la génesis como en el tratamiento de toda enfermedad. Esta Visión Integral nos permitirá un abordaje médico mucho más global y eficaz. (10)

Todo lo antes expresado lo persigue el autor mediante los conocimientos obtenidos y desarrollados en los aspectos psicopatológicos y existenciales, en el marco del Doctorado de Patología Existencial e Intervención en Crisis de la Universidad Autónoma de Madrid y la Universidad de Carabobo, aplicados a un grupo de enfermas provenientes de la consulta externa de Medicina Interna y Cardiología de la Fundación no gubernamental y sin fines de lucro, Instituto del Corazón (Incor) Valencia, Venezuela

Capítulo I

Marco Teórico

Antecedentes de la investigación

En 1910 Sir William Osler en la revista Lancet fue el primero en publicar la relación entre los factores psicosociales y la enfermedad cardíaca afirmando que la enfermedad cardíaca coronaria siempre estaba asociada con preocupaciones en hombres menores de 50 años de edad, no presentando ningún caso femenino en su descripción inicial. (11)

Maslow en el año 1943(12) desarrolla lo que él llamó *Teoría general dinámica de la motivación humana*, estableciendo las Necesidades básicas (alimentación, seguridad) y las Necesidades de más alto nivel (auto-estima, auto-desarrollo, autonomía y amor).

Para el año de 1967 Holmes y Rahe diseñan una escala para evaluar una serie de acontecimientos o eventos vitales que guardan relación con la aparición y desarrollo de enfermedades orgánicas y mentales (13) Esta escala ha sido validada en España por el profesor González De Rivera (14), quien en su trabajo acerca de los factores de estrés y vulnerabilidad a la enfermedad considera de particular interés la observación de que, independientemente de la escala utilizada, el cuestionario de acontecimientos vitales conserva su valor predictivo con respecto a la probabilidad de presentación de enfermedad.

El componente psicológico del estrés sobre el sistema cardiovascular y la muerte súbita se comenzó a estudiar en experimentos con perros anestesiados sometidos al cierre abrupto de una arteria coronaria grande lo que desencadenaba la fibrilación ventricular, pero cuando se ocluía una arteria de pequeño calibre no se desencadenaba dicha arritmia. Sin embargo, al estimular mediante electrodos los centros cerebrales que controlan la frecuencia cardíaca y simultáneamente se ocluía total y abruptamente una arteria coronaria de pequeño calibre, se producía fibrilación ventricular en el 60% de los perros, decir, 10 veces mas con respecto a los animales controles.(15)

En un trabajo previo realizado en nuestro medio por nosotros, en el servicio de emergencia del Hospital Central de Valencia, Venezuela, se demostró que aquellos infartos del miocardio que cursaban con taquicardia sinusal, arritmia relacionada con

el aumento del tono simpático, en coincidencia con la literatura mundial; podía identificar un grupo de pacientes con un mayor riesgo de desarrollar ulteriores complicaciones y con un peor pronóstico a largo plazo, documentando así la importancia de los factores psicológicos en la génesis de las arritmias cardiacas. (16)

Friedman y Rosenman (17) en 1977, describieron la personalidad tipo A en individuos que siempre estaban apurados, ambiciosos y competitivos en sus costumbres y maneras de ser, mas intolerantes a las frustraciones, y francamente hostiles, encontrándose en estudios retrospectivos una asociación entre el tipo A de personalidad y la enfermedad cardiaca isquémica en los hombres

Pudo observar Friedman en su estudio que había pocas mujeres con personalidad tipo A en relación a lo hombres, lo que pudiese explicar la “protección” que tenían estas contra la cardiopatía isquémica, y que se debería al rol de la mujer en el pasado (ama de casa), pero en rol que desempeña la mujer en la sociedad actual, esto podría cambiar, tal como lo revelan estadísticas recientes.

El estudio de Framingham realizado por Haynes y col. en 1980, sugiere que la personalidad tipo A y la hostilidad reprimida pueden estar involucradas en la patogénesis de la cardiopatía isquémica tanto en el hombre como en la mujer. (18) Las mujeres que desarrollaron cardiopatía isquémica tuvieron una puntuación alta para personalidad tipo A comparadas con las mujeres sin cardiopatía isquémica

En 1988 la Fundación Nacional del Corazón de Australia nombró un comité para revisar formalmente el posible papel del estrés en la enfermedad cardiovascular isquémica, dicho comité adoptó una definición de estrés de acuerdo a tres componentes relacionados: *los estresantes externos, la manera como ellos son interpretados por el individuo y la respuesta del individuo a dichos estresantes* (19).

Uno de los problemas principales que confrontó éste comité de expertos para interpretar la influencia de factores psicológicos y sociales en la cardiopatía isquémica era que la mayoría de los estudios eran retrospectivos, a los que los pacientes con cardiopatía isquémica se les tomaba solo la muestra y se les comparaba con sujetos sanos a manera de “match”(apareamiento de los controles), en los cuales se podía presentar el error de que aquellos que estaban enfermos buscarán razones psicológicas y sociales para explicar su enfermedad.

De tal manera que ya que los ataques cardiacos se han relacionado tradicionalmente con el estrés, el paciente o los familiares estarían predispuestos a percibir

circunstancias previas como más estresantes de lo que fueron en la realidad. Además era difícil valorar la situación de estrés precedente a la enfermedad ya que los datos de la enfermedad y la situación de amenaza o reto para el paciente eran recogidos al mismo tiempo.

En 1998 McEwen (20) nos dice que el estrés es una experiencia común en nuestra vida diaria y ha sido culpado de causar o exacerbar muchas enfermedades, teniéndose muy poca idea de cómo las experiencias estresantes pueden llevar a enfermedad. Sin embargo en un trabajo del mismo autor sobre la carga alostática relacionada con el desgaste del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y su variación estacional, no encontró diferencias entre el hombre y la mujer.

La adaptación al estrés incluye la activación de mecanismos neurales, neuroendocrinos e inmunes, siendo este proceso llamado "ALLOSTASIS", sin embargo hay circunstancias en las que este proceso o sistema no funciona normalmente, llamándose a esta condición "CARGA ALOSTATICA" o el precio de la adaptación lo cual puede llevar a enfermedad.(21)

Por otro lado, el creciente interés en el cuidado alternativo con disciplinas como la Psiconeuroinmunología, lo cual ha sido invocado por Ken Wilber (10) en su libro *Una Teoría de Todo*, con su enfoque acerca de *la Medicina Integral*; deja en claro que los estados interiores de la persona tales como las actitudes psicológicas, imaginación e intenciones juegan un papel importante en la causa y cura de las enfermedades físicas y mentales. La visualización, afirmación y el uso consciente de la imaginación han demostrado un papel significativo en el manejo de la mayoría de las enfermedades y su evolución, lo cual se ha demostrado depende de los estados emocionales y visión mental.

El Modelo Holónico afirma que cada evento físico tiene al menos cuatro dimensiones o cuadrantes. Estos cuadrantes son: 1) Superior-Derecho (SD) es objetivo, exterior, individual, científico, el Ello; 2) Superior-Izquierdo (SI) es subjetivo, interior, individual, el YO; 3) Inferior-Derecho (ID) es inter-objetivo, exterior, colectivo, social, el Ellos; 4) Inferior-Izquierdo (II) es inter-subjetivo, interior, colectivo, cultural, el Nosotros.

De tal manera que; cómo una cultura (I I) ve una enfermedad en particular, sea con cuidado y compasión o con rabia y desprecio, tiene un profundo impacto en como un individuo se enfrenta a ella (S I), los aspectos materiales, económicos y social (ID) desempeñan también un papel esencial como lo sería por ejemplo la seguridad social, lo cual va a afectar el curso de la enfermedad física (S D); de aquí que un tratamiento auténticamente integral debe tomar en cuenta estas realidades.

Wilber establece dos tipos de desarrollo de la persona los cuales pueden ser muy útiles: el tipo masculino que tiende hacia la autonomía, fortaleza, independencia y libertad y el tipo femenino que tiende hacia el fluir, relacionarse, cuidar y sentir compasión. A continuación resumimos lo expresado:

TIPOS

- Lo Masculino
 - Lo Femenino
-
- Autonomía
 - Justicia
 - Derechos
 - Sigue reglas
 - Relaciones
 - Cuidados
 - Sensibilidad
 - Sigue conexiones

Ambos tipos pueden tornarse enfermizos y así perder sus características. En el primer caso el tipo masculino enfermo perderá su autonomía y se sentirá alienado; perderá su fortaleza y será dominado; perderá su independencia y sentirá miedo de las relaciones y compromisos; perderá su búsqueda de libertad y buscará la destrucción.

El tipo femenino enfermo en vez de relacionarse perderá sus relaciones, en lugar de estar en comunión con los otros es dominada por la relación en la que está involucrada, no estará en un estado de fluir sino en un estado de pánico. Estos dos tipos se pueden relacionar con la manera de enfrentarse a la enfermedad, de tal manera que es importante tener en cuenta la visualización que hace la mujer en relación con su enfermedad.

Desde el punto de vista fisiopatogénico existen varias hipótesis relacionadas con la patogénesis de la Aterosclerosis (22); ellas son:

- 1) La Hipótesis del “Envejecimiento vascular”
- 2) Hipótesis “Lipídica”
- 3) Hipótesis “Neoplásica
- 4) Hipótesis “Inflamatoria”

En este trabajo nos hemos enfocado en la hipótesis inflamatoria.

Hay muchos datos para pensar que la aterogénesis es un proceso inflamatorio crónico al que se suma el depósito lipídico. En efecto, estudios epidemiológicos han mostrado como Factores de Riesgo de Enfermedad vascular:

1. Citokinas → IL-6, TNF-alfa
2. Moléculas de adhesión → ICAM-1, P-Selectina, E-Selectina
3. Reactantes de fase aguda → CRP, Fibrinógeno, Amiloide-A

Y, además

4. El hallazgo de marcadores Ag o séricos de diversos agentes microbianos (Chlamydia, Herpes, CMV, HP...)

5. La presencia en las lesiones de células inflamatorias y marcadores biológicos de actividad inflamatoria

En un estudio realizado por nosotros (23), pudimos determinar de manera experimental el efecto del estrés del calor o Heat shock sobre la producción de Prostaciclina vascular (PGI₂) y su enzima clave inductible la Ciclooxygenasa-2 (COX-2), lo cual sería una respuesta citoprotectora a la injuria o estrés del calor; en un modelo en tejido vascular que consistió en anillos de vena safena y de mamaria interna, tomadas de pacientes sometidos a By Pass aorto-coronario por cardiopatía isquémica y se comparó con lo encontrado en células endoteliales humanas del cordón umbilical.

Pudimos observar que el estrés del calor indujo la producción de prostaciclina, por estimulación de la inducción del ARNm para la Ciclooxygenasa-2 en las células endoteliales humanas, pero en el modelo de anillos vasculares de vena safena y de arteria mamaria interna y por tanto provenientes de pacientes portadores de aterosclerosis coronaria, ésta respuesta al calor fue inversa, es decir, disminuyó la producción de prostaciclina, por lo que formulamos la hipótesis de que, existiría una disminución de este mecanismo de protección como lo es la secreción de prostaciclina a nivel de la pared vascular, lo cual jugaría un papel importante en la fisiopatogénesis de esta enfermedad. Por lo que hemos postulado que la prostaciclina pudiera ser generada por el endotelio para inhibir la adhesión plaquetaria o como una protección natural contra la formación de placas de ateroma.

Qingbo Xu y col. (24) demostraron la relación existente entre una reacción inmune y la aterosclerosis al detectar altas concentraciones de una proteína de estrés (Hsp65) en placas ateroscleróticas de la carótida en pacientes. Estos autores aportaron por primera vez una correlación importante entre los anticuerpos Anti-Hsp65 y la aterosclerosis.

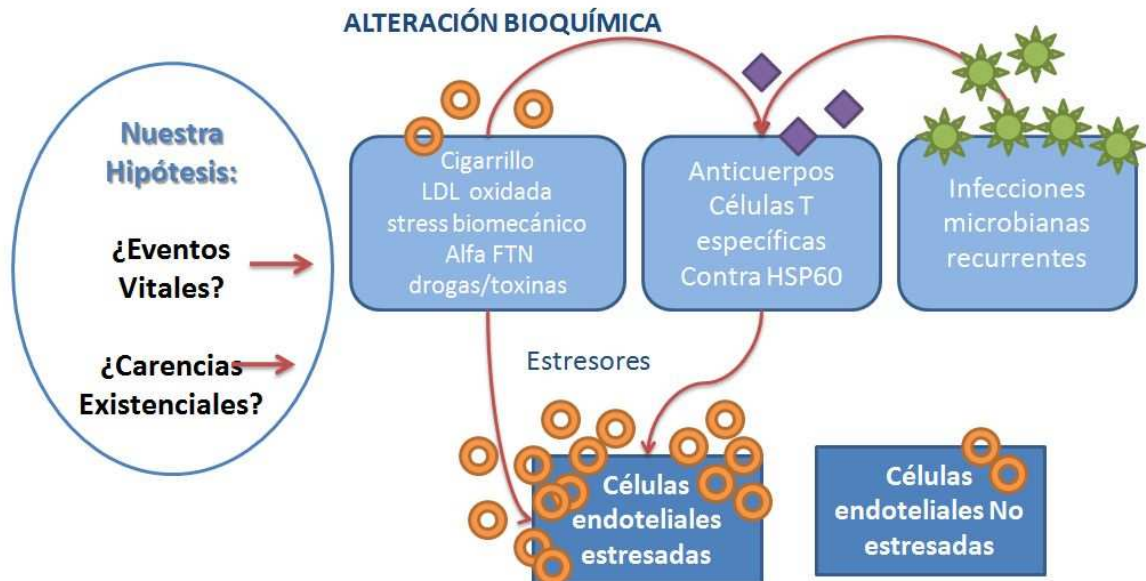
En los últimos años la explosión del enfoque psico-neuro-inmunológico de las enfermedades nos obligan a considerar a los procesos inmuno-inflamatorios implicados en el desarrollo y progresión de la aterosclerosis temprana y esto ha sido asociado a altos niveles circulantes de proteína Anti-Heat Shock (Hsp60) (25).

Estudios realizados por Pai y col. en 2004, determinaron que existían niveles elevados de marcadores inflamatorios, particularmente la proteína C reactiva, en mujeres que presentaron cardiopatía isquémica, en comparación con los controles. (26)

La hipótesis de la autoinmunidad juega un rol importante en la aterogénesis, esto fue evidenciado por Wick (2005), quien demostró en experimentos in vitro que las células de la pared arterial humana cuando son sometidas a estrés (calor, factor de necrosis tumoral, la turbulencia biomecánica, LDL oxidado, etc), pueden inducir la presencia de Hsp60 en la superficie celular, en consecuencia la presencia de Hsp60 lleva a una reacción autoinmune contra lo más interno de la pared vascular y la inflamación local de la arteria.(27)

Simultáneamente se produce adhesión molecular y las células mononucleares infiltran la pared, predisponiéndola a lesiones más severas como vemos en el esquema siguiente:

Hipótesis Autoinmune de la Aterosclerosis Basada en la Teoría de Wick



Los anticuerpos y las células T que son formados en contra de la proteína de “heat-shock” (HsP60, estrellas verdes) debido a infecciones recurrentes, pueden hacer reacción cruzada con la HsP60 humana (aros) expresada en las células endoteliales estresadas, pero no en las células no estresadas. Los estresores incluyen el estrés biomecánico (hipertensión arterial, estrés turbulento en los puntos de bifurcación del vaso), citoquinas (tales como el factor tumoral de necrosis [FTN alfa] o una lipoproteína de baja densidad oxidada [LDLox]. Algunos de estos factores pueden alterar químicamente la HsP60 humana para hacerla inmunogénica (rombo) e inducir una reacción autoinmune *a bona fide*.

Sin embargo aún no se han agotado las incógnitas en relación a la influencia del estrés, los problemas emocionales, los factores existenciales y el desarrollo de ésta enfermedad

Puesta al día del Tema

La Cardiopatía Isquémica en la mujer

En el presente trabajo nos hemos enfocado en establecer una relación entre la cardiopatía isquémica, los niveles de Anti-Hsp60 en suero, los eventos vitales y las crisis existenciales en un grupo de mujeres con cardiopatía isquémica, comparándolas con un grupo control.

Importantes áreas de investigación incluyen la identificación y manejo de los factores de riesgo coronario, así como el mayor conocimiento de la historia natural de la cardiopatía isquémica en la mujer. Con el reconocimiento de estos factores de riesgo se están haciendo mayores investigaciones para su diagnóstico y manejo, además de que en estos estudios se están incluyendo grupos de mayor edad.

La enfermedad arterial coronaria es la principal causa de muerte y de incapacidad tanto en hombres como en mujeres. Debido a que la frecuencia de cardiopatía isquémica (CI) es mayor en hombres de mediana edad que en mujeres, no es de sorprender que los hombres hayan sido el foco de las primeras investigaciones; sin embargo, en los últimos años ha habido un aumento de la investigación y de los estudios clínicos relacionados con la enfermedad cardíaca en la mujer, debido a que a partir de la menopausia la frecuencia tiende a igualarse.

A pesar de que la tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular ha descendido en las últimas décadas, éstas siguen siendo la principal causa de muerte en las mujeres en los Estados Unidos y otros países. En los 2/3 de las mujeres que tienen muerte súbita por CI, no tenían antecedentes de enfermedad cardíaca reconocida, lo cual sugiere que los esfuerzos en la prevención primaria en las mujeres deberían ser primordiales (28)

Estudios realizados en modelos animales, particularmente durante la década pasada, han contribuido extensamente en el entendimiento de los efectos de los estrógenos sobre el sistema cardiovascular. Estos estudios referidos como pre-clínicos han sido útiles en exponer preguntas específicas acerca del mecanismo de control para el metabolismo de las lipoproteínas, la respuesta a la injuria arterial y la función de las células de la pared arterial.

En una investigación realizada por Minoves, N., Balfagón, G. y Ferrer, M. de la Universidad Autónoma de Madrid, examinando el efecto de las hormonas sexuales

femeninas sobre la respuesta vasoconstrictora de la estimulación eléctrica así como la modulación de esta respuesta por el óxido nítrico (NO) neuronal, en ratas ovariectomizadas comparándolas con un grupo control, encontraron que la estimulación eléctrica induce mayor liberación de NO neuronal en los segmentos de arteria mesentérica de las ratas ovariectomizadas que en los controles, contrastando con la disminución del NO endotelial, pudiendo inferirse que las hormonas sexuales femeninas podrían modular la liberación, respuesta y/o metabolismo del NO, el cual juega un rol importante en la regulación del tono vasomotor. (29)

Han surgido evidencias experimentales que sugieren que una adecuada cantidad de estradiol plasmático es necesario para prevenir o disminuir algunos de los eventos celulares relacionados con los estadios tempranos de la aterogénesis, tales como la adhesión molecular de monocitos, macrófagos y finalmente en la formación de células espumosas; también parecen ser necesarios para reducir la oxidación de las partículas de LDL una vez que estas entran en la íntima de las arterias, previniendo de esta forma los efectos adversos de la oxidación lipídica. Los estudios en modelos animales, referidos como estudios pre-clínicos, han contribuido considerablemente en el conocimiento del efecto de los estrógenos en el desarrollo de la aterogénesis y de la cardiopatía isquémica.

Se ha sugerido que los estrógenos tienen efectos benéficos en los estadios tempranos de la aterogénesis, pero poco o ningún beneficio en los estadios finales de complicación de la placa, inestabilidad y eventos cardíacos. (30)

En el estudio de Framingham (18) se encontró que la angina fue el síntoma más común de CI presentado en las mujeres, mientras que el infarto al miocardio (IM) fue el síntoma más común presentado en los hombres. Los síndromes coronarios agudos pueden ser más difíciles de diagnosticar correctamente en las mujeres debido a los síntomas atípicos.

Además existen barreras que afectan tanto a los médicos como a las pacientes al momento de considerar el diagnóstico de CI en la mujer. Así tenemos por ejemplo, un sondeo telefónico realizado en mujeres norteamericanas reportó que para ellas el cáncer de seno era el mayor riesgo a su salud y lo más temido.

Cerca del 86% de las mujeres encuestadas iban regularmente al médico y la mitad de ellas dijeron que sus médicos nunca les hablaron acerca de la enfermedad cardíaca. (31) En una conferencia dictada por la doctora Lori Mosca en la Universidad de Cornell sostuvo que solo el 30% de sus pacientes mujeres se adherían a los medicamentos de prevención primaria y secundaria de la cardiopatía isquémica, lo que evidencia la poca importancia que le conceden a ésta enfermedad.

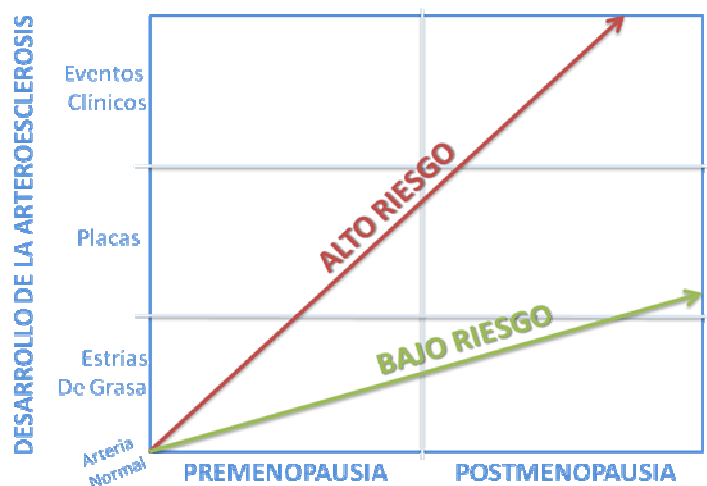
Sin embargo a pesar de que el progreso de la aterosclerosis se hace en décadas, es probable que los eventos clínicos que ocurren en la mujer post menopáusica hayan

tenido sus inicios en los años de la pre-menopausia. Esto es soportado por el PDAY Study (Determinantes patobiológicos de la aterosclerosis en jóvenes) el cual muestra que a la edad de 34 años, al menos un tercio de todas las mujeres (independientemente de la raza) han desarrollado lesiones en sus arterias coronarias. (32)

La relativa aparición temprana de aterosclerosis en mujeres sugiere que la prevención de la CI debería iniciarse en la etapa pre-menopáusica.

Una hipótesis sostiene que hay un grupo de mujeres pre-menopáusicas con alto riesgo, las cuales desarrollan aterosclerosis como resultado de deficiencia estrogénica, teniendo un riesgo aumentado de sufrir eventos clínicos

"Esquema Hipotético de la Evolución de la Aterosclerosis Coronaria"



cardiovasculares en la post-menopausia, como vemos en el esquema siguiente. Esto ha sido soportado por varias evidencias tales como; una historia de ciclos menstruales irregulares esta asociada con un significativo aumento de riesgo de infarto al miocardio en la post-menopausia. (33)

Además comparando mujeres con ciclos menstruales regulares con aquellas con ciclos irregulares se encontró que está últimas presentan elevadas concentraciones de fibrinógeno plasmático (un factor de riesgo para la aterosclerosis) y engrosamiento de la intima arterial (34); Esta disfunción ovárica se ha relacionado a menudo con estrés psicológico.

Tales efectos pudieran ser el resultado de reducidos niveles de estrógenos endógenos lo cual ha sido soportado por la observación de que mujeres premenopáusicas con enfermedad coronaria confirmada por angiografía tienen concentraciones significativamente más bajas de estradiol que las controles. (35) Por otro lado las diferencias de género relacionadas con la hemóstasis y la función vascular, pueden contribuir a la diferente incidencia de enfermedad cardiovascular entre hombres y mujeres. La protección de la mujer pre-menopáusica de la aterosclerosis ha sido largamente apreciada, sugiriendo un fuerte rol del factor hormonal que influencia las vías hemostáticas y la función vascular (36).

El potencial efecto cardio-protector de los estrógenos endógenos es la base de las estrategias hormonales profilácticas administradas durante la menopausia, sin embargo se necesita investigar con mayor detalle el potencial cardioprotector y evaluar la tolerabilidad/riesgo cardiovascular de las mujeres con tratamiento hormonal para los síntomas de la menopausia. En una revisión de estudios aleatorizados y controlados de terapia hormonal con resultados cardiovasculares, sugieren que la terapia hormonal reduce el riesgo de eventos coronarios en las mujeres más jóvenes, pero no en mujeres mayores observándose que en éstas, la terapia hormonal aumentó el riesgo de eventos durante el primer año y los redujo después de dos años. Estos datos sugieren que el momento de iniciar la terapia hormonal en relación con la menopausia y/o la edad puede influir en el riesgo coronario. (37)

La cardiopatía isquémica en la mujer tiene características específicas, algunas de las cuales están todavía mal identificadas. En las mujeres son realizados menos estudios invasivos, son menos diagnosticadas y reciben menos tratamiento, por lo que son necesarios más estudios en la población femenina. (38). Debido al creciente número de mujeres de mayor edad en la población y al riesgo de enfermedad cardiovascular, la prevención, el diagnóstico y tratamiento es de vital importancia.

Importantes áreas de investigación incluyen la identificación y manejo de los factores de riesgo coronario así como el mayor conocimiento de la historia natural de la cardiopatía isquémica en la mujer. Con el reconocimiento de estos factores de riesgo se están haciendo mayores investigaciones para su diagnóstico y manejo además de que en estos estudios se están incluyendo grupos de mayor edad. En los últimos años ha habido un aumento en la investigación y en el desarrollo de actividades clínicas que exploran la enfermedad cardíaca en la mujer. (31)

El manejo de los factores de riesgo para Cardiopatía isquémica ha demostrado que reduce la incidencia y recurrencia de los eventos cardíacos y prolongación de la supervivencia en las mujeres, pero a pesar de esto, existen importantes datos que demuestran que una significativa proporción de mujeres no reciben recomendaciones para intervenciones de riesgo y no están incluidas en los objetivos de prevención.

El infarto de miocardio en las mujeres difiere del infarto de miocardio en los hombres en muchos aspectos, incluyendo la presentación clínica, la mortalidad intra-hospitalaria y tardía, las complicaciones y selección para tratamientos así como la respuesta al tratamiento y el efecto de la modificación de los factores de riesgo. El dilema fundamental es si estas discrepancias están primeramente relacionadas con la edad avanzada de las mujeres y su estatus cardíaco en el momento del diagnóstico y/o a las desventajas resultantes de las diferencias relativas al género. (39)

Existen evidencias epidemiológicas que demuestran que la incidencia de eventos coronarios está todavía en aumento, sin embargo la mortalidad global ha disminuido. La diferente “penetrancia” de los factores de riesgo en la mujer, así como su interacción con las hormonas femeninas, juega un papel importante en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular. En las mujeres la asociación entre hipertensión arterial, enfermedad arterial coronaria y mortalidad temprana es mayor de lo que se observa en hombres. (40)

La historia natural de la enfermedad cardiovascular difiere entre hombres y mujeres. Algunas de estas diferencias, tales como la sobrevida después del infarto de miocardio pueden reflejar los prejuicios de los médicos relacionados con la referencia y el tratamiento, sin embargo, la mayor incidencia de insuficiencia cardíaca con función sistólica normal en las mujeres, puede reflejar diferencias específicas mediadas por las hormonas, llevando a diferencias en la estructura y función cardíaca en relación con los hombres.

Con especial atención a las características individuales de la paciente, la intervención sobre los factores de riesgo cardiovascular pudiera ser más personalizada. En modelos recientes, han sido incorporados en las estrategias de tratamiento, la colaboración del interés del paciente en cambiar su conducta, tomando en cuenta *la importancia del género, la raza y el estatus socio económico*.

Otros factores de potencial riesgo cardiovascular están recibiendo especial atención, tales como, la homocisteína, los niveles elevados de T3 libre, *la depresión, los eventos vitales y los marcadores de inflamación, siendo estos dos últimos los investigados en el presente estudio e incluyendo además, las carencias existenciales*.

LA PROTEINA DE ESTRÉS ANTI-Hsp60

La proteína de estrés o 'heat shock' proteína es producida por las células como un mecanismo de defensa, inmediatamente después de un aumento repentino de la temperatura del medio ambiente, la cual va a actuar como buffer para amortiguar el daño que este aumento de temperatura pueda causarle, siendo esto observado tanto en las bacterias de estructura mas simple como en las neuronas mas diferenciadas. Este mecanismo fue observado por vez primera en 1962 por F. Ritosa (41) del laboratorio de Genética y Biofísica de Nápoles cuando estudiaba la respuesta al estrés térmico en las glándulas salivales de las moscas de las frutas *Drosophyla Melanogaster* observando un nuevo patrón de 'Puffing' o abombamiento cromosómico cuando dichas glándulas se sometían a este estrés térmico.

En 1974, Alfred Tissieres, Herschel K, Mitchel y U.M. Tracy(42) descubrieron que este Heat Shock también resultaba en la inducción de la síntesis de un set de polipéptidos, lo que denominaron, respuesta de Heat Shock, pasando esto a ser un tema de interés general, conociéndose de esta manera que este puff cromosómico inducido por el heat shock resultaba en la producción de un set de RNAs algunos de los cuales eran preferencialmente traducidos en un set de polipéptidos o polipéptidos de heat shock (hsp's), representando estos nuevos puff de cromosomas sitios en el DNA donde las moléculas de ARN mensajero específico eran fabricadas.

Se ha observado que las células de todos los seres vivos han desarrollado una respuesta casi idéntica a los aumentos bruscos de la temperatura normal de crecimiento siendo esta respuesta referida inicialmente como respuesta de heat shock. Además se pudo observar que la expresión de estas proteínas también ocurría cuando las células eran expuestas a otros agente deletéreos, resultando en cambios similares en la expresión genética, llamándose entonces a esta respuesta más comúnmente 'Respuesta de Stress' y la proteína cuya expresión aumentaba 'Proteína de Stress' .

Ha sido también reconocido que diversos tipos de estrés , tales como, la exposición a metales pesados, venenos metabólicos, la isquemia/reperfusión y los radicales libres, tenían el mismo efecto que las temperaturas elevadas o heat shock, es decir, llevan a la producción de proteínas de heat shock (Hsps) también conocidas como proteínas de estrés celular(CSP)(43).

Numerosos estudios han denominado a la Hsp como *moléculas chaperonas*, es decir como proteínas intracelulares que promueven el plegamiento correcto de las proteínas en las células y que también tienen potente actividad inmunogénica e inmuno-modulatoria. Estas funciones de las moléculas chaperonas están altamente ligadas a la patología del sistema cardiovascular; ellas pueden ser cardioprotectoras si

sus niveles son elevados artificialmente, sugiriendo que estas proteínas pueden tener actividad terapéutica. En contraste, hay evidencias de que la aterogénesis puede estar ligada a la inmunidad de una molécula chaperona específica "LaHsp60" lo cual podría ofrecer la posibilidad del tratamiento de la aterosclerosis por vacunación.

Sin embargo, hay también crecientes evidencias de que las moléculas chaperonas tienen actividad pro o antiinflamatoria que son relevantes en la patología cardiovascular (44). Existen evidencias que sugieren que la autoinmunidad contribuye en la aterogénesis y que la proteína de heat shock (Hsp) puede ser uno de los autoantígenos determinantes.

Las Hsp son proteínas sintetizadas en altas cantidades cuando las células son expuestas a estímulos estresantes tales como la inflamación, infecciones y la exposición a agentes oxidantes. Es de notar que ha sido observado un incremento en la expresión de la Hsp60 humana en las células endoteliales, macrófagos y células musculares lisas de las lesiones ateroscleróticas humanas.

Por otro lado, los anticuerpos contra las mycobacterias Hsp65, también han sido reportados asociados con el engrosamiento de la pared de la arteria carótida y con enfermedad arterial coronaria, siendo esta asociación compatible con el concepto de que las infecciones bacterianas inducen el desarrollo de anticuerpos, los cuales tienen reacción cruzada con la Hsp humana la cual se sobre-expresa en la célula endotelial, provocando por tanto una contribución inmunológica en el desarrollo de la aterosclerosis. (45)

Qingbo Xu y col. del Instituto Biomédico de Investigación del Envejecimiento, Austria estudiaron la relación existente entre una reacción inmune de la Hsp65 y la aterosclerosis demostrando la presencia de anticuerpos séricos contra la Hsp65, proteína de estrés detectada en altas concentraciones en las placas ateroscleróticas en pacientes que padecían de aterosclerosis de la arteria carótida detectada sonográficamente. Estos autores reportaron por vez primera una correlación importante entre los anticuerpos anti-Hsp65 y la aterosclerosis carotídea, sugiriendo que la Hsp65 podía estar involucrada en la patogénesis de la aterosclerosis. (46)

La aterosclerosis es un proceso multifactorial caracterizado por la acumulación de macrófagos cargados de lípidos y proliferación de las células musculares lisas en la pared vascular. (47) (48). Las lesiones tempranas de aterosclerosis (estrías grasas) se caracterizan también por un acumulación de células inflamatorias, tales como, linfocitos T activados, mastocitos y macrófagos, lo que indica el compromiso de los procesos inflamatorios en su patogénesis. (49)

Se ha demostrado que los Auto-anticuerpos contra la Hsp60/65 humana tienen una reacción cruzada contra la clamidia, las micobacterias y otras bacterias. LaHsp60, tanto la humana como la de la clamidia aumentan la producción de citoquinas

proinflamatorias, tales como el factor tumoral de necrosis, aumentan la expresión de interleukina 6. Niveles elevados de Hsp60 soluble han sido encontrados en pacientes con hipertensión arterial “borderline” y se ha correlacionado con engrosamiento de la intima y media de la carótida. (50)

En un estudio de población realizado por Xiao, Q. y col. (51) fue demostrado que los niveles de Hsp60 circulante están asociados con la presencia y severidad de la aterosclerosis carotidea y que los sujetos con altos niveles de Hsp60 experimentaron una rápida progresión de la aterosclerosis en los 5 años después de la medición de la Hsp60. Esta correlación fue independiente de la edad, sexo y otros factores de riesgo establecidos.

Las proteínas de la familia Hsp60 están principalmente localizadas en el compartimiento intracelular (mitocondria y citosol) y solo se expresan en la superficie celular bajo condiciones de estrés. (52) En su estudio Xiao y col. presentan la primera data prospectiva real y demuestran que sujetos con elevación sostenida de Hsp60 en su sangre, tienen un riesgo aumentado para el desarrollo de la aterogénesis en las arterias carótidas, siendo estos hallazgos potencialmente relevantes para entender mejor el papel de los auto-antígenos circulantes en la aterogénesis.

Un cúmulo de evidencias ha demostrado que altos títulos de Anti-Hsp60, Hsp65 y Hsp70, están asociados con el desarrollo y la severidad de la aterosclerosis. Es interesante saber que no hay relación entre los títulos de anti-Hsp y otros factores inflamatorios como la proteína C reactiva y la inter.leukina-6, lo que significa que son factores de riesgo independientes para la cardiopatía isquémica.

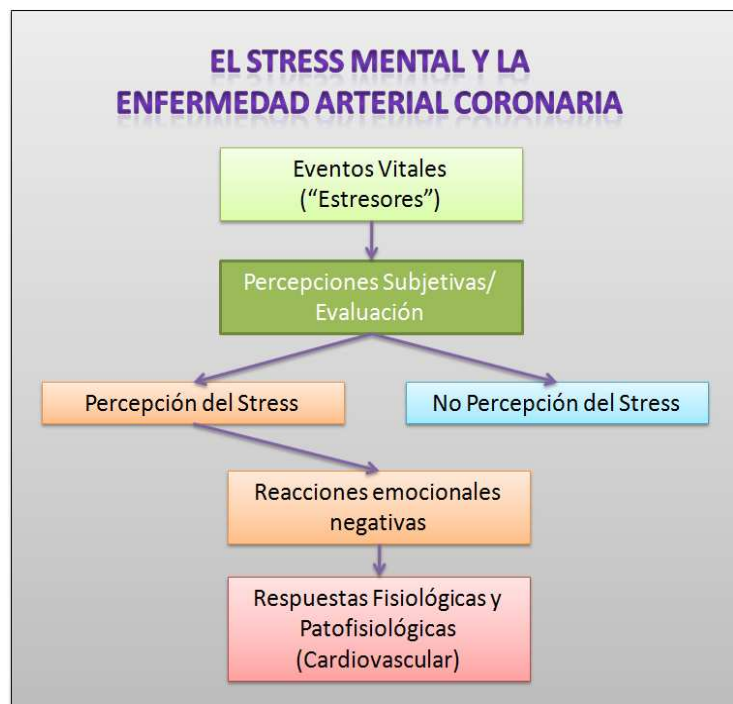
Recientes estudios han demostrado que en los pacientes con cardiopatía isquémica que eran incluidos en programas de rehabilitación, presentaron reducción de los niveles de anti-Hsp60 y debido al hecho de que estos anticuerpos están asociados con el proceso autoinmune de la cardiopatía isquémica se podría decir que la terapia de rehabilitación cardiaca tendría efecto en la reducción de la reacción autoinmune. (53)

El estudio realizado por Zhu y col.(45) fue el primero en demostrar una fuerte relación entre la Anti-Hsp60 humana y la presencia y severidad de la cardiopatía isquémica. Aunque no son concluyentes, estos hallazgos son compatibles con el concepto de que la auto-inmunidad juega un papel en la aterogénesis y que la Hsp es uno de los auto-antígenos determinantes.

Los eventos vitales y la cardiopatía isquémica.

El estrés de los eventos vitales: éste término es auto explicativo, comprende situaciones que la mayoría de las personas encontrarían estresantes emocionalmente hasta algún grado. Ejemplo de estos eventos vitales crónicos son: un trabajo muy estresante, ser un nuevo inmigrante o estar pobre o desempleado. Entre los eventos vitales agudos estarían por ejemplo, el duelo por separación, la bancarrota, el divorcio o el despido del trabajo. Estos estrés agudos se pueden sobre imponer a otros estrés crónicos y ellos mediante inventarios o reportes abiertos de auto evaluación han sido asociados positivamente con el infarto agudo del miocardio.

Hay diferencias en la forma en que el término estrés es conceptualizado, medido y usado en investigación. A pesar de estas diferencias el concepto mas aceptado actualmente reúne las siguientes premisas: 1) el estrés es un proceso que ocurre cuando las demandas ambientales exceden la capacidad de adaptación del organismo; 2) este proceso resulta en cambios psicológicos y/o biológicos que pueden tener consecuencias en la salud y 3) las interpretaciones individuales o apreciaciones son importantes en determinar la respuesta al estrés.(Fig.)(54).



Estudios recientes proporcionan una clara y convincente evidencia de que los factores psicosociales o eventos vitales contribuyen de manera significativa en la patogénesis y expresión de la enfermedad cardiaca coronaria. Un gran número de evidencias provenientes de modelos en animales revelan que el estrés psicosocial puede ocasionar, probablemente por un mecanismo que involucra una activación excesiva del sistema nervioso simpático, a la exacerbación de la aterosclerosis coronaria así como también a una transitoria disfunción endotelial y hasta necrosis.

Las evidencias en monos también indican que el estrés psicosocial realmente induce una disfunción ovárica, hipercortisolemia y una excesiva activación adrenérgica en

hembras pre- menopáusicas, lo que lleva a una aceleración del proceso aterosclerótico. (55)

En las últimas décadas ha habido un interés creciente en los investigadores por las circunstancias vitales de la mujer y su relación con su estado de salud, por ejemplo, un empleo bien remunerado es considerado una condición importante en el mundo occidental.

Theorell en su estudio acerca de la salud cardiovascular en la mujer, ha puntualizado diferencias entre hombres y mujeres en relación con la respuesta a los eventos psicosociales y el riesgo de infarto del miocardio: observó que aquellas mujeres que tenían sobrecarga laboral y que reportaban síntomas subjetivos tales como fatiga y dolor de cabeza, tenían más alto riesgo de hospitalización por infarto de miocardio que otras mujeres, mientras que esta asociación no fue observada en los hombres.(56)

Estas diferencias entre hombres y mujeres pudieran ser vistas desde la perspectiva de los roles tradicionales de las mujeres y los hombres. Las mujeres todavía llevan la carga y la responsabilidad en el cuidado de los hijos y el trabajo doméstico, aún cuando trabajen fuera del hogar.

Krants y col. encontraron que tanto las mujeres desempleadas como aquellas sometidas a gran esfuerzo físico o mental, tenían mayor chance de desarrollar altos niveles de síntomas comunes, independientemente de los niveles de soporte social, aunque también se pudo observar, un aumento en el nivel de los síntomas comunes independientes del tipo de empleo y de las condiciones psicosociales en el trabajo, aunque estos hallazgos no fueron concluyentes. Por otro lado existen numerosos estudios confirman que las mujeres empleadas, son física y psicológicamente más saludables que aquellas que no tienen empleo (57).

La manera individual de percibir el estrés y la forma de manifestarlo parece estar asociado con diferentes formas de disfunción cardiovascular. En un estudio de seguimiento realizado en 7000 mujeres, quienes tenían una percepción del estrés moderada a severa, fueron más propensas a ser diagnosticadas de enfermedad de las arterias coronarias que aquellas que no percibían el estrés. Este resultado fue obtenido después de controlar los factores de riesgo tradicionales no psicosociales, siendo el estrés percibido solamente el psicosocial considerado éste como un factor de riesgo independiente. (58)

La relación entre estrés emocional y desordenes médicos es extensa, así tenemos que en un estudio denominado "Emotional Stroke", donde se evaluaron los eventos vitales utilizando la escala de Holmes y Rahe, (anexo) encontraron que había una asociación entre el estrés psicológico y el aumento de la mortalidad por accidente cerebro vascular. (59)

En el presente estudio hemos utilizado la escala de Holmes y Rahe para medir los eventos vitales, a pesar de las críticas hechas a esta metodología, ya que las confirmaciones positivas de sus trabajos iniciales, relacionando elevadas puntuaciones de cambio vital con la aparición de estados patológicos tanto somáticos como psíquicos, son suficientemente importantes como para reconocer que existe un fenómeno, “sucesos vitales” en la predisposición a enfermar. (14)

Evaluación de los factores o necesidades existenciales.

Para la evaluación los factores o necesidades existenciales el concepto manejado por los autores y de acuerdo a las bases programáticas del curso de Psicopatología Existencial se basó en que el sujeto a lo largo de su desarrollo puede sufrir alteraciones, debido a circunstancias vitales que no puede superar de una manera satisfactoria, por lo que su instalación en el mundo de la vida es decir su *“estar-en-el -mundo”* (Heidegger)(60), en el *“das-sein”* utilizando los vocablos alemanes, le impide poder avanzar, originándose una crisis existencial; como ejemplo tenemos: las crisis de instalación de la adolescencia, de la vejez, de la familia, de la jubilación, etc. A su vez dichas crisis pueden generar ansiedad, depresión, estrés, somatización, etc.

Según explica el Profesor Enrique Baca, jefe del departamento de psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid, en una de sus clases en el Doctorado de Patología existencial *“una manera no adecuada de enfrentar las crisis existenciales es por ejemplo cuando se utiliza el poder, el dinero o el placer como mecanismos para superarlas ”* y por lo tanto, esto no solo no hará que el individuo se instale en su realidad, sino por el contrario se mantenga alimentando la crisis sin resolverla y cayendo en laberintos que le generaran aún mas problemas existenciales.

Cuando estas crisis existenciales preceden, coinciden o siguen a una enfermedad como es el caso de la cardiopatía isquémica, pudieran modificar, dependiendo de su resolución favorable o no, el curso de la enfermedad, así pudiéramos decir que la enfermedad es en si, una crisis existencial, ya que el concepto que nos hagamos de ella, las vivencias de ella, mas allá de sus síntomas y signos y la información que nos sea aportada por el médico, la literatura, los familiares y amigos, representará algo muy particular y a su vez generará necesidades que se pudieran encuadrar como factores o necesidades existenciales.

Basándonos en estos aspectos y en los conocimientos adquiridos en el curso del Doctorado *“Patología Existencial e Intervención en Crisis”* utilizaremos el Método Fenomenológico para la investigación de las llamadas necesidades existenciales.

La Fenomenología Hermeneútica

El método fenomenológico, se ha constituido como un método psiquiátrico de la mayor trascendencia y la posibilidad de una psicoterapia científica. La fenomenología de Jaspers no pretende ser una ontología, sino más bien la aplicación de un método de investigación a la psicopatología, buscando una descripción lo más pura posible de los fenómenos psíquicos.

La Fenomenología según Jaspers (1912) tiene la misión de presentarnos intuitivamente los estados psíquicos que experimentan realmente los enfermos; de considerarlos según sus condiciones de afinidad, de limitarlos y distinguirlos lo más estrictamente posible y de aplicarles términos precisos. (61)

La palabra fenomenología ha sido empleada por Hegel, para la totalidad de las manifestaciones del espíritu y la conciencia, la historia y el pensamiento; nosotros la empleamos para el dominio de la vivencia psíquica individual. Husserl empleó la palabra al comienzo para designar “La psicología descriptiva” pero después para la “contemplación de la esencia”.

Jaspers sostenía que hay que tener actitud y disposición fenomenológica, la actitud penetrante en el caso individual enseña fenomenológicamente a menudo lo general respecto a incontables casos, lo que se ha aprendido una vez se vuelve a encontrar mayormente. Para ello nos sirven ante todo las autodescripciones o confidencias de los enfermos, que provocamos y examinamos en la conversación personal, es decir, *“El que experimentó por sí mismo, encuentra con facilidad la descripción adecuada”*.

El método del análisis fenomenológico se basa en tres actividades. El sumergirse en los gestos y expresión del enfermo, la exploración (interrogatorio) y el estudio de las auto-descripciones de los enfermos. De esta manera es posible ir descubriendo los fenómenos en los pacientes y posteriormente reagruparlos. La fenomenología ha tenido el mérito de introducir el sujeto en la psicología. El método fenomenológico fundamenta la investigación cualitativa, el valor de investigar casos particulares, pues tiene que ver con el estudio singular de la persona-en-situación

Nos hemos basado en el método Hermenéutico Fenomenológico diseñado por Van Manen (8), utilizado con anterioridad en la literatura médica, ya que la característica de esta rama de la psiquiatría es de carecer de un método único, debido a que el fenómeno no se puede medir ni cuantificar, por lo que es

precisamente la percepción interna del paciente en esta caso, lo que desencadenan los cambios que representa la enfermedad mas allá de los síntomas

. De esta manera hemos podido establecer en este grupo de pacientes que atraviesan la crisis de la enfermedad, lo que representa un cambio abrupto en la vida y es entonces cuando experimentan necesidades existenciales, debido muchas veces a limitaciones que les impone la misma enfermedad , las cuales generalmente no son satisfechas por los tratamientos estándares, y que se pueden transformar en factores existenciales que contribuyen negativamente al desarrollo de la misma enfermedad, pudiendo llamarse todo lo anteriormente descrito, una Crisis de Instalación del individuo a su enfermedad y su estrecha relación con la cardiopatía isquémica es lo que queremos resaltar en este trabajo.

Los pasos del mencionado método son los siguientes:

- 1) Enfocarse en la naturaleza de la experiencia vivida de la enfermedad.
- 2) Investigar la experiencia de la enfermedad tal como es vivida y no como es conceptualizada.
- 3) Reflexionar en los temas esenciales que caracterizan el fenómeno.
- 4) Describir el fenómeno mediante el arte de escribir y reescribir.
- 5) Mantener una estrecha relación hacia el fenómeno.
- 6) Balancear el contexto de la investigación mediante la consideración del todo y las partes.
- 7) Una última agregada por los autores como es evidenciar de esté texto o descripción por el paciente, cuales son sus necesidades existenciales a partir del momento de ser diagnosticada la enfermedad.

El análisis hermenéutico de la descripción fenomenológica, busca explicar y entender las conductas humanas y acciones más allá de la impresión inicial del texto y trata de descubrir o conocer los cambios que ocurren en el mundo de la vida de la persona envuelta en la situación de enfermedad. Debe entenderse sin embargo que no existe un método hermenéutico-fenomenológico estandarizado.

Hemos introducido las Carencias Existenciales como posible factor de riesgo no tradicional para la cardiopatía isquémica y nos basamos en el uso del método fenomenológico hermenéutico, el cual no es un método científico en el sentido tradicional, para su estudio, y según dijo Heidegger , *“es la manera como interpretamos los fenómenos de nuestra vida cotidiana o nuestro *estar en el mundo*”*

La reducción fenomenológica es una investigación empírica con la que intentamos llegar a conocer las experiencias y cambios en el “mundo de la vida” de nuestras pacientes relacionándolos con el sufrir enfermedad coronaria.

Ha sido demostrado que el género es fundamental en la constitución del “mundo de la vida” del sujeto, por lo que estar en el mundo como mujer conduce a experiencias diferentes al estar en el mundo como hombre

Abraham Maslow, en 1943 publica una teoría general dinámica de la motivación humana estableciendo una jerarquía de necesidades que van desde las más básicas como alimentación, seguridad y resguardo y las necesidades de más alto nivel tales como auto-estima, auto-desarrollo, autonomía y amor, Maslow sostenía que el ser humano luchaba la auto-realización como la meta más elevada del ser humano (12). Junto con Carl Rogers inician lo que se denomina la psicología humanista una alternativa al psicoanálisis y al conductismo. Frankl (1959), argumenta que aun cuando las necesidades básicas no son satisfechas, las necesidades de más alto nivel pueden llegar a ser las más urgentes (62).

Basándonos en la teoría de la motivación de la conducta humana de Maslow caracterizamos las carencias existenciales en: necesidad de auto-desarrollo, necesidad de autonomía y necesidad de afecto llamándolas Necesidad 1, Necesidad 2 y Necesidad 3 respectivamente y utilizando el método fenomenológico nos enfocamos en dilucidar o extraer de la narrativa de las pacientes cuáles eran sus necesidades sentidas y establecer si existe una relación de estas necesidades con la aparición y el desarrollo de la cardiopatía isquémica en nuestras pacientes.

Enfoque Médico Integral de Wilber

La medicina ortodoxa o convencional constituye un abordaje del organismo físico, mediante intervenciones exclusivamente físicas, es decir, la medicina ortodoxa cree esencialmente en las causas físicas de la enfermedad física.

Siguiendo un enfoque integral de la medicina el cual ha sido invocado por Ken Wilber, podemos darnos cuenta que esta visión es de gran utilidad, como vimos anteriormente se trata de lo que el denomina un “Modelo Holónico” que afirma que cada evento físico tiene al menos cuatro dimensiones o cuadrantes

De esta forma podemos poner en evidencia que “los estados internos de la persona” desempeñan un papel fundamental en la génesis y en el tratamiento de la enfermedad. En el siguiente esquema podemos apreciar los 4 cuadrantes:

CUATRO CUADRANTES	
Atención Subjetiva Emociones Actitud Interna Imágenes / Recuerdos Visualizaciones (Teóricos: Freud, Jung, Piaget)	Medicina Clásica Cirugía Medicación Cuidados Médicos Modificación de Conducta (Teóricos: Skinner, Watson, Conductismo, Física, Biología, Medicina Interna y sus ramas)
Visiones culturales Valores de grupo Juicios culturales Significado de la enfermedad (Teóricos: Heidegger, Kuhn, Dilthey, Gadamer, Maslow)	Sistema social Factores económicos Seguros médicos Legislación sanitaria Sistemas de salud (Teóricos: Teoría de sistemas, Parsons, Comte, Marx, Lensky, red ecológica)

La mayoría de las enfermedades tienen causas y tratamientos que incluyen las dimensiones emocionales, mentales y espirituales. En otro libro del mismo autor él diferencia la forma de expresarse la mujer y la del hombre. El considera que el hombre tiende a basarse en términos de autonomía, justicia y derechos; mientras que las mujeres tienden a basarse en términos de relación, cuidados y responsabilidad.

La mujer cuando se enferma tiende a buscar una salida esperanzadora, de relación, cuidado y compasión encontrando tropiezos en cada una de estas eventualidades. En

lugar de relacionarse, ella pierde su capacidad de relacionarse, pierde su yo como un todo y es dominada por las personas con las que se relaciona. El principio femenino enfermo no se siente plena en conexión sino en el caos y la fusión.

TIPOS

- Lo Masculino
 - Lo Femenino
-
- Autonomía
 - Justicia
 - Derechos
 - Sigue reglas
 - Relaciones
 - Cuidados
 - Sensibilidad
 - Sigue conexiones

Hemos realizado un enfoque integral de nuestras pacientes tomando en cuenta los cuatro cuadrantes, es decir relacionamos la enfermedad física, cardiopatía isquémica, con los eventos vitales, las necesidades existenciales y el sistema social.

Marco Metodológico

Objetivos:

- **Objetivo general:**

Demostrar la influencia de los eventos vitales y las crisis existenciales sobre la cardiopatía isquémica en un grupo de pacientes femeninas relacionándolos con los anticuerpos contra la proteína de estrés Anti-Hsp60 como marcador biológico de riesgo.

- **Objetivos particulares:**

1) Determinar la relación existente entre los niveles de anticuerpos circulantes contra la proteína de estrés Anti-Hsp60 y la cardiopatía isquémica en la mujer.

2) Determinar la relación existente entre los niveles de eventos vitales y la cardiopatía isquémica en la mujer

3) Determinar si los niveles de Anti-Hsp60 circulantes están relacionados con los eventos vitales ocurridos en las mujeres con cardiopatía isquémica.

4) Determinar si existe relación entre los niveles de anticuerpos Anti-Hsp60 circulantes y la presencia de crisis existenciales en mujeres con cardiopatía isquémica.

5) Determinar la relación entre los niveles de eventos vitales y la presencia de crisis existenciales en la mujer con cardiopatía isquémica.

Diseño de la investigación

- A fin de que la validez de la información sea relevante en relación a las hipótesis formuladas, se ha escogido el criterio de validez convergente , el cual se refiere a la evaluación de un rasgo determinado del dominio, mediante dos o mas métodos diferentes como en nuestro caso, en el cual usamos la medición de los eventos vitales, mediante escalas tabuladas, la determinación de las crisis existenciales por un método hermenéutico fenomenológico y la medición de la concentración de anticuerpos circulantes a la proteína Anti-Hsp60 por el test de inmuno-ensayo enzimático (ELISA) como medida de la actividad aterosclerótica.

A) Tipo de investigación.

- La presente investigación es una investigación de campo con dos estrategias:

1) Un Estudio Cuantitativo, prospectivo, bien controlado, no al azar, consistente en:

a) la aplicación de una escala estandarizada auto-asistida para los eventos vitales adversos (escala de Holmes y Rahe) (13)

b) determinación en el suero, por métodos de inmuno-ensayo enzimático (Elisa), de los anticuerpos contra la proteína de estrés Anti-Hsp60 en un grupo de pacientes con cardiopatía isquémica.

2) Una Estrategia Cualitativa de tipo Hermenéutico, en los mismos sujetos, consistente en la realización de entrevistas grabadas (una a tres), enfocadas en la extracción de la narrativa del paciente en relación a las carencias existenciales sentidas, para luego analizarlas mediante el método hermenéutico fenomenológico (Van Manen) y establecer si la paciente esta en presencia de necesidades existenciales.

- Se trata de un **estudio intensivo** de casos particulares, sin posibilidad de generalización a poblaciones enteras.

Sistema de Hipótesis

Hipótesis Generales (afirmativas):

- En la muestra a estudiar las mujeres que sufren de cardiopatía isquémica presentan niveles mas elevados de anticuerpos circulantes contra la proteína de estrés Anti-hsp60.
- En la muestra a estudiar las mujeres que sufren de cardiopatía isquémica presentan niveles elevados de eventos vitales.
- En la muestra a estudiar las mujeres que sufren de cardiopatía isquémica presentan necesidades existenciales

Hipótesis Causal:

- En las mujeres de la muestra estudiada existe una relación directa y concordante entre la presencia de cardiopatía isquémica, los niveles elevados de eventos vitales, la presencia de necesidades existenciales y niveles elevados de anticuerpos en suero contra la proteína de estrés Hsp60, lo cual, de ser demostrado, podría sugerir una relación fisiopatogénica.

Procedimientos:

Población y muestra

- La población estudiada fue finita y constituida por 1460 individuos que acuden a la consulta externa de la fundación sin fines de lucro Incor, integrada por personas adultas provenientes de la ciudad de Valencia y sus alrededores, que asisten por cuidados médicos que se encuadran dentro de la medicina interna y la cardiología clínica. De esta población, 99 pacientes (6,8%) padecían cardiopatía isquémica, se excluyeron del estudio aquellos que presentaron factores de riesgo tradicionales para la cardiopatía isquémica, siendo seleccionados 50 pacientes (50,5%), de los cuales 33 pacientes fueron hombres y 17 pacientes mujeres.
- La muestra fue tomada de manera arbitraria, no probabilística* (no al azar) y a lo que se ha denominado muestreo intencional y consistió en 17 mujeres con el diagnóstico de cardiopatía isquémica con edades comprendidas entre los 45 y 85 años.
- El grupo control consistió en el mismo número de mujeres consideradas sanas, del mismo grupo de edad y apareadas con el grupo problema.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Grupo problema (pacientes).

Individuos con cardiopatía isquémica documentada por la historia clínica y cuyo diagnóstico haya sido hecho por lo menos tres meses antes de participar en el estudio, por métodos no intervencionistas como el EKG en reposo, prueba de esfuerzo, ecocardiograma, o intervencionistas como el cateterismo cardiaco. Se excluyeron pacientes con valvulopatía o cardiomiopatía no arteriosclerótica. Desde marzo de 2006 hasta marzo de 2008 fue el lapso para enrolar los pacientes.

Grupo control (individuos sanos).

Fueron escogidos como controles aquellos individuos que asisten a la consulta externa en el mismo lapso que los pacientes, para chequeo médico o por síntomas menores que no llevaron a un diagnóstico clínico importante, que no tenían indicios de enfermedad coronaria, diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca o condición que amenazaba la vida o enfermedad crónica alguna que modificase su estado inmunitario o psicológico. Estos sujetos fueron apareados (en match) por edad con los del grupo problema.

- Un consentimiento escrito fue obtenido de cada paciente y control, para la participación en el estudio garantizando la confidencialidad de los datos. El protocolo fue aprobado por la directiva del Biomed para el procesamiento de las muestras de sangre (Anexo) y por el las normas del laboratorio del departamento de Medicina del Weil Medical College de Cornell University. New York.
- Examen clínico: Les fue realizado examen clínico a todos los pacientes seleccionados al iniciar el estudio, consistente en: datos etnográficos, historia clínica completa, examen físico, obtención de muestra de sangre periférica para química sanguínea y determinación de la Anti-Hsp60, medición de la presión arterial con esfigomanómetro de mercurio, medición de circunferencia abdominal e índice de masa corporal.

Evaluación de los eventos vitales

Para la evaluación de los niveles de eventos vitales se utilizó el cuestionario de Holmes y Rahe (13), validado por el profesor González de Rivera. Se investigaron los eventos vitales ocurridos en un intervalo de un año previo al diagnóstico de la cardiopatía.

Escala de Eventos Vitales de Holmes y Rahe (primeros 10 eventos)

1.- Muerte del conyugue.....	100
2.- Separación o divorcio.....	70
3.- Proceso judicial o problemas legales graves pudiendo Terminar en encarcelamiento.....	68
4.- Muerte de un familiar cercano.....	65
5.- Enfermedad o accidente que requiere guardar cama.....	55
6.- Contraer matrimonio.....	50
7.- Quedarse sin trabajo.....	47
8.- Retiro laboral.....	45
9.- Reconciliación con el cónyuge.....	45
10.-Enfermedad de un miembro de la familia o mejoría de una enfermedad crónica de un familiar.....	44

Evaluación de las carencias existenciales

Nos hemos basado en el Método Hermenéutico Fenomenológico diseñado por Van Manen, utilizado con anterioridad en la literatura médica. Los pasos del mencionado método son los siguientes:

- Enfocarse en la naturaleza de la experiencia vivida de la enfermedad.
- Investigar la experiencia de la enfermedad tal como es vivida y no como es conceptualizada.
- Reflexionar en los temas esenciales que caracterizan el fenómeno.
- Describir el fenómeno mediante el arte de escribir y reescribir.
- Mantener una estrecha relación hacia el fenómeno.
- Balancear el contexto de la investigación mediante la consideración del todo y las partes.
- Una última, agregada por los autores, como es extraer de este texto o descripción por el paciente, cuales son sus carencias existenciales en el momento de padecer la enfermedad

Método para determinar los anticuerpos contra la proteína de estrés Anti-Hsp60

Se utiliza el método para la detección y cuantificación de anticuerpos para la Anti-Hsp60(total) en el suero de origen humano elaborado por la compañía Stressgen Biotechnologies, consiste en un inmunoensayo enzimático ELISA, que permite una determinación reproducible segura y precisa de anticuerpos humanos totales IgG, IgA, e IgM para la Proteína de Estrés Hsp60 en suero(63).

Además utilizamos el método no comercial basado en la elaboración de un protocolo propio, a fin de abaratar los costos de la investigación y hacerla independiente de la disponibilidad del Kit de la compañía Stress Biotechnologies, dicho método fue diseñado por los autores con la ayuda de la Dra. Babette Weksler Profesora de la Universidad de Cornell, New York y la Srta. Sabrina Islam, técnico asociado a dicha Universidad (anexo).

Análisis Estadístico:

Los datos se presentan como Promedio y Desviación Estandard. La comparación de los datos de los pacientes versus los controles apareados se sometieron a la prueba del Test de Student (t test) y la prueba del Chi Cuadrado. El Test de Correlación de Pearson y el Rango de Correlación de Spearman se usaron para evaluar la interrelación entre las variables. El valor $P < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo

Resultados

Tabla Maestra (pacientes y controles)

Paciente	Anti-Hsp60*	Puntos Rahe	Tipo**de necesidad existencial.	Número de necesidades existenciales.	Controles	Anti-Hsp60	Puntos Rahe	Necesidades-existenciales.
TG	1750	375	2,3	2	JH	575	331	0
VC	800	396	3	1	RM	625	348	0
CR	800	461	2,3	2	EM	700	360	0
MC	760	485	1,2	2	DPL	625	348	0
FI	1750	581	1,2	2	QA	700	211	0
MJ	400	424	3	1	QC	625	173	0
CR	78	180	2,3	2	HG	500	340	0
L y P	1145	204	3	1	DA	228	467	0
GG	78	274	0	0	EC	227	80	0
IP	346	228	3	1	LV	386	276	0
EL	181	321	0	0	PC	78	180	0
SM	700	274	1,3	2	M. M	500	112	0
L. Q	1300	200	2	1	Petra	450	183	0
MH	361	99	1,3	2	LA	78	204	0
MB	2500	461	3	1	CP	229	173	0
MM	2000	321	3	1	ME	600	112	0
NQ	2400	228	2,3	2	AA	228	180	0

*en ng/ml

**Necesidades 1) Auto-realización-autodesarrollo

Existenciales 2) Auto-limitación en tareas u ocupaciones habituales

3) necesidad de afecto (familia, amigos)

Tabla I Las carencias o necesidades existenciales

Paciente/edad	Depuración de lo esencial	Categorización de la carencia	Código
1) TG/76a	Quiero irme a mi país, no puedo, mis hijos y nietos me atan aquí. mi esposo está ausente, mis hijas no me prestan atención	Autonomía	2
		Afecto	3
2) VC/65a	Mi esposo falleció, me siento sola.	Afecto	3
3)CR/58a	cuidar mis nietos no me permite realizar mi trabajo(costurera) desde que me divorcié comenzó mi calvario	Autonomía	2
		Afecto	3
4)MC/68a	no pude seguir trabajando fuera de casa me da miedo salir sola, hay mucha inseguridad	Autodesarrollo	1
		Autonomía	2
5)FI/57a	hace 10años no ejerzo mi profesión de abogado, en este país no hay ley desde el asesinato de mi hijo la inseguridad me mantiene paralizada	Autodesarrollo	1
		Autonomía	2
6)MJ/82a	solo cuento con una hija que me visita algunas veces, la soledad me afecta	Afecto	3
7)CR/67a	tengo miedo a morir, no quiero moverme de mi casa Mis amigas se han retirado, no me traen los nietos	Autonomía	2
		Afecto	3
8)ZP/60a	Estoy mal, una de mis hijas no me toma en cuenta, me han aislado	Afecto	3
9)GG/80a	Dios me ha dado lo que necesito me siento bien, mi familia está conmigo	0 0	0
10)IP/57a	mi esposo solo vive para él, nunca se ha ocupado de mi	Afecto	3
11)EL/	he vivido rodeada del afecto de mi familia, he sido una persona feliz	no refiere	0
12)SM/63a	no pude nunca ejercer mi profesión, soy extranjera eso me ha afectado mi esposo es un pintor y nunca me brindó afecto	Autodesarrollo	1
		Afecto	3
13)LQ/68a	se me impuso mi traslado a valencia y nunca me he adaptado	Autonomía	2

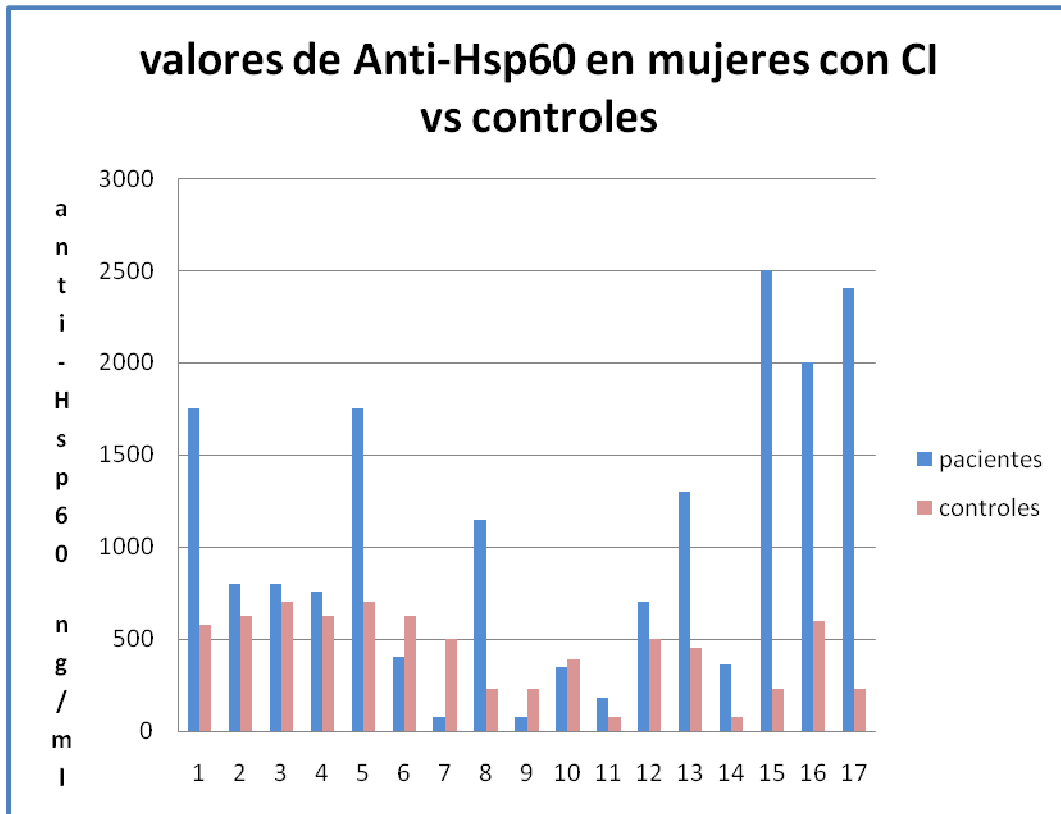
14)MH/43a	soy comerciante, mi negocio se ha venido abajo por la inseguridad	Autodesarrollo	1
	desde que enviudé no he conseguido sustituto para mi esposo	Afecto	3
15)MB/85a	tuve 2 matrimonios y 4 hijos y aquí estoy en un ancianato	Afecto	3
16)GR/64a	Pensé que podía vivir sola, pero el alejamiento de mi hija me ha afectado	Afecto	3
17)NQ/	Una bomba terrorista que casi mata a mi hija me hizo emigrar a este país	Autonomía	2
	estoy sola, mi familia no está conmigo	Afecto	3

Tabla II Problemas según los 4 cuadrantes de Wilber

paciente/ edad	Cuadrantes			
	1er Medicina Ortodoxa	2do Eventos vitales	3er Carencias existenciales	4to Sistema social
1)TG/80a	Cardiopatía isquémica crónica Tratamiento médico Anti-Hsp60= 1750	375 puntos	2- autonomía 3- afecto	Ama de casa Cuenta con seguro médico privado
2)VC/60a	arritmia extrasistólica ventricular Tratamiento médico Anti-Hsp60=800	396 puntos	3- afecto	No cuenta con seguro médico ayuda familiar para medicinas
3)CR/56a	Cardiopatía isquémica crónica Tratamiento médico Anti-Hsp60=800	461 puntos	2- autonomía 3- afecto	Costurera no cuenta con seguro médico
4)MC/68a	Insuficiencia cardiaca Tratamiento médico Anti-Hsp60=760	485 puntos	1- autodesarrollo 2- autonomía	Maestra escolar seguro médico colectivo insuficiente
5)FI/57 ^a	Equivalente anginoso tratamiento médico preventivo Anti-Hsp=1750	581 puntos	1-autodesarrollo 2-autonomía	Abogada seguro médico insuficiente
6)MJ/81a	Cardiopatía isquémica dilatada Tratamiento médico Anti-Hsp60=400	424 puntos	3-afecto	Ama de casa no cuenta con seguro médico
7)CR/69 ^a	Status post-stent Tratamiento médico, prevención secundaria de re-estenosis Anti-Hsp60=78	180 puntos	2-autonomía 3-afecto	Enfermera cuenta con seguro privado
8)ZP/54a	arritmia ventricular Tratamiento médico Anti-Hsp60=1750	204 puntos	3-afecto	contador público seguro médico insuficiente

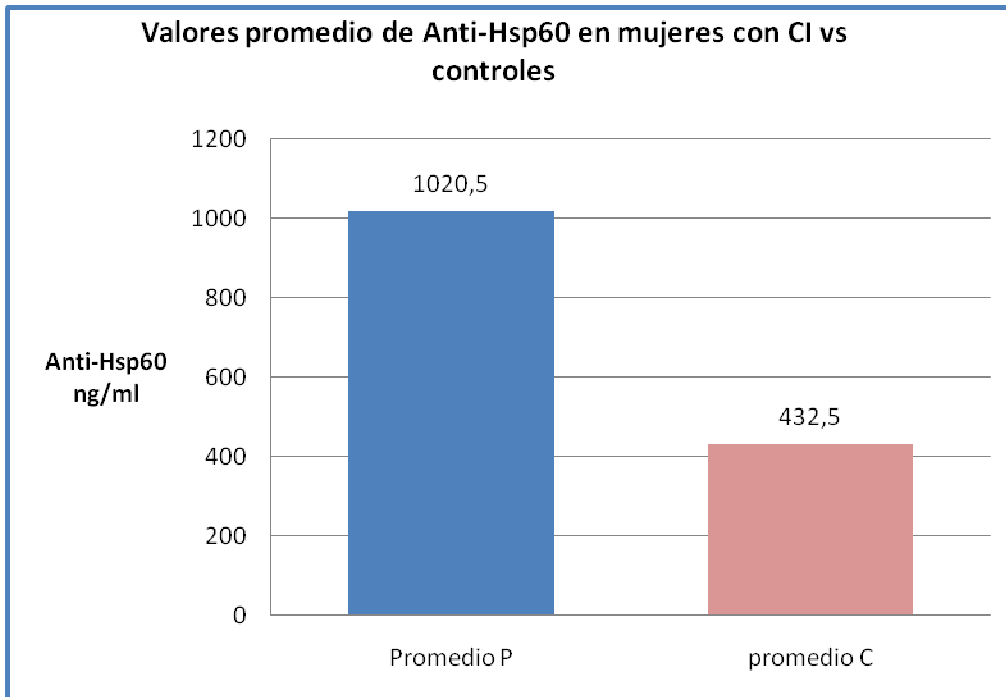
9)GG/80a	status post-IM Tratamiento médico Anti-Hsp60=78	274 puntos	0	Ama de casa no cuenta con seguro médico
10)IP/58a	Equivalente anginoso Tratamiento médico Anti-Hsp60=346	228 puntos	3-afecto	Comerciante no cuenta con seguro médico
11)EL/62a	Insuficiencia cardiaca Tratamiento médico Anti-Hsp60=181	321 puntos	0	Ama de casa sin seguro médico
12)SM/59a	Cardiopatía isquémica crónica Tratamiento médico Anti-Hsp60=700	274 puntos	1-auto-desarrollo 3-afecto	Profesora de inglés sin seguro médico
13)LQ/65a	Angina estable Tratamiento médico Anti-Hsp60=1300	200 puntos	2-autonomía	Secretaria seguro médico insuficiente
14)MH/43a	status post-IM bloqueo AV 1ergr Tratamiento médico Anti-Hsp60=361	99puntos	1-autodesarrollo 3-afecto	Comerciante sin seguro médico
15)B/81a	Status pos-stent Tratamiento médico prevención de re- estenosis Anti-Hsp60=2500	461 puntos	3-afecto	Costurera seguro médico insuficiente
16)GR/64a	Cardiopatía isquémica Insuficiencia cardiaca Tratamiento médico Anti-Hsp60=2000	321 puntos	3-afecto	Ama d casa sin seguro médico
17)NQ/63a	angina estable Tratamiento médico Anti-Hsp60=2400	228 puntos	2-autonomía 3-afecto	Artesana sin seguro médico

Gráfico I



En el caso de las mujeres con cardiopatía isquémica (N=17) los valores absolutos de anticuerpos circulantes contra la proteína de estrés Anti-Hsp60 resultaron más elevados en 13 de las 17 pacientes comparadas con los de los respectivos controles.

Gráfico II



Se aplicó la prueba de t de student para verificar si el valor promedio de Anti-Hsp60 es realmente mayor en las pacientes que en los controles. Los resultados fueron:

Pacientes:

X= 1020,53

S= 799,74

t calculada: 16,57

t. crítica: t. 0,0975= 2,0423

t. 0,995= 2,7500

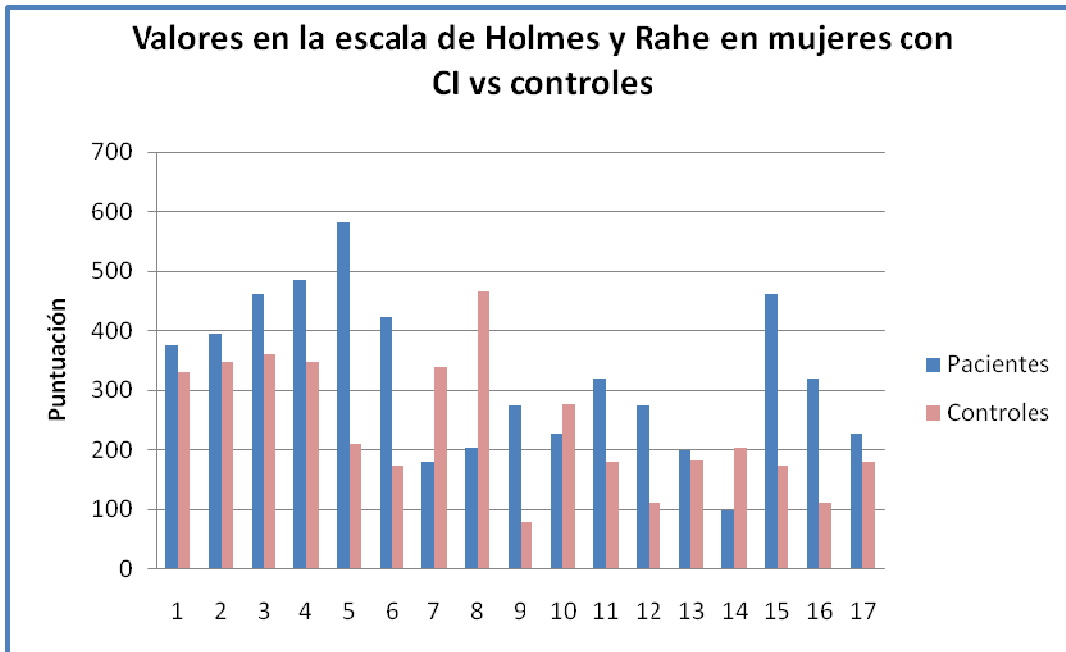
Controles:

X= 432,59

S= 214,02

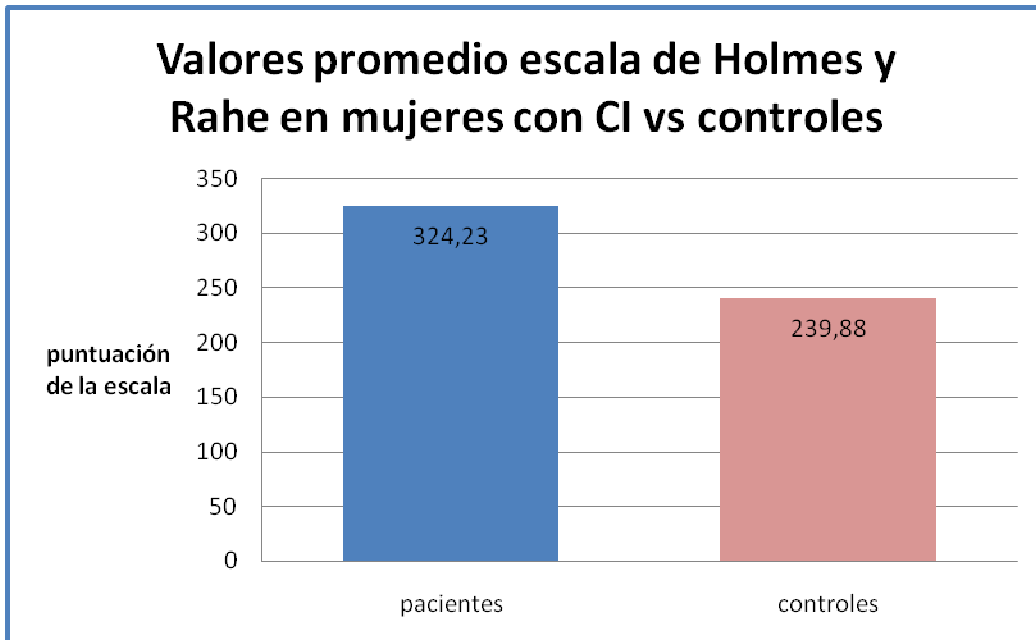
Se puede concluir que el promedio de Anti-Hsp60 en las pacientes hembras es significativamente mayor comparadas con los controles, tanto para el nivel de confianza del 95% como el de 99% ($P < 0.05$. y $P < 0.01$)

Gráfico III



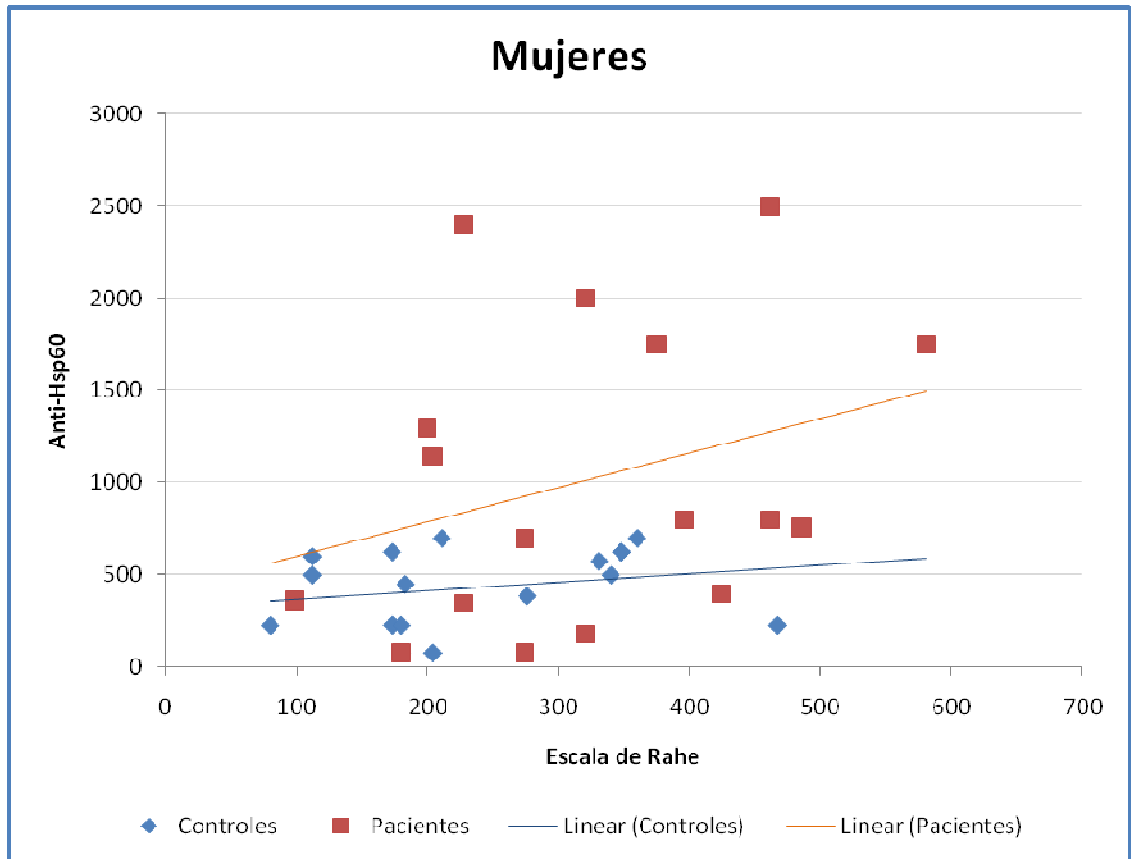
- Cuando se compararon individualmente los valores absolutos de los niveles de Eventos vitales en mujeres con cardiopatía isquémica con los niveles de los controles sanos, resultando los primeros mas elevados que los del grupo control, como podemos observar en el gráfico III

Gráfico IV



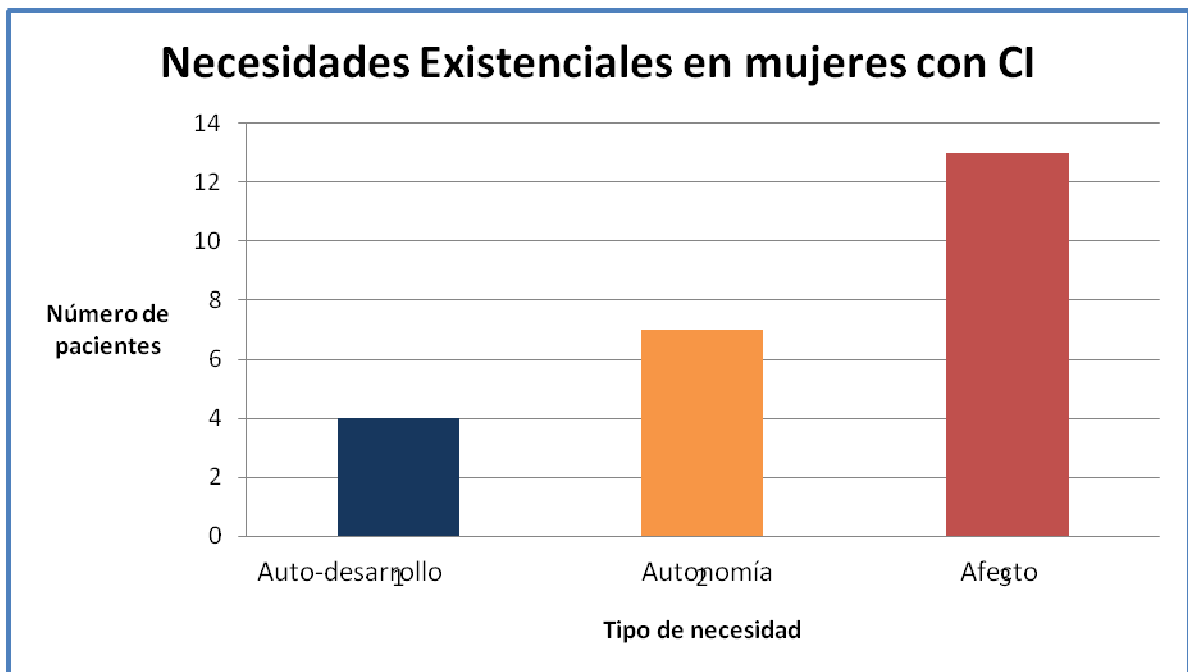
- Se aplicó la prueba de “t” de student para verificar si el valor promedio de la escala de Holmes y Rahe en las mujeres con cardiopatía isquémica es realmente mayor que en los controles. Los resultados fueron:
- Pacientes: Controles:
- X= 324,23 X= 239,88
- S= 130,35 S= 108,62
- t crítica:
- t. 0,975= 2,0423
- t. 0,995= 2,7500
- La diferencia obtenida entre los promedios de ambos grupos, es significativamente mayor para el grupo de las pacientes. Esto se mantiene tanto para el nivel de confianza del 95% como en el del 99%.
- P< 0,05 y P< 0,01 como se observa en el gráfico IV

Gráfico V



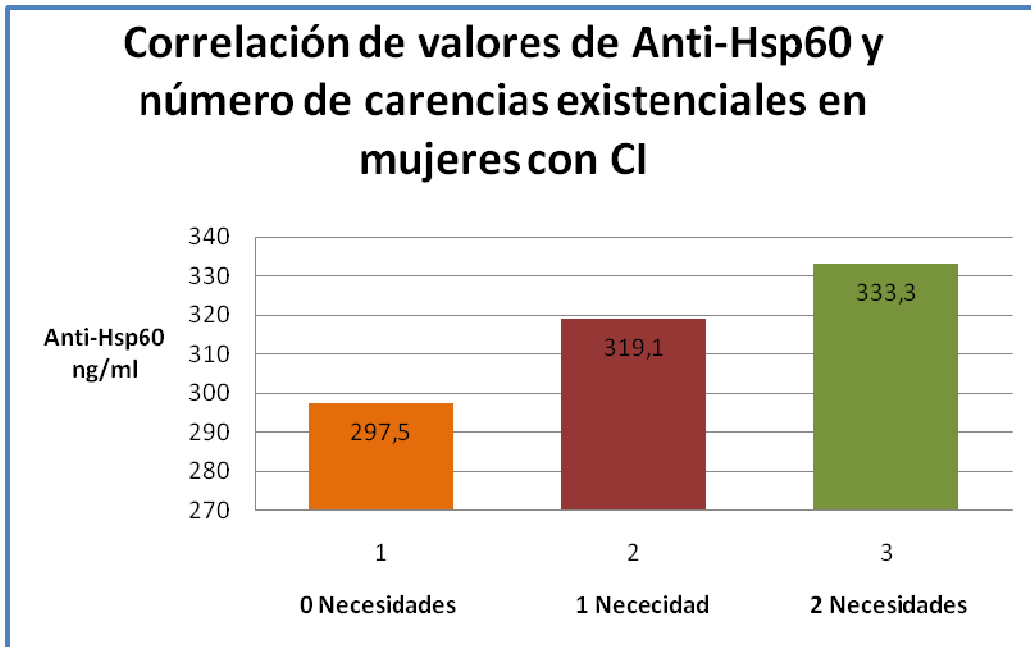
En la curva de dispersión de mujeres con cardiopatía isquémica se puede apreciar que de acuerdo a los niveles de estrés psicosocial y niveles de anti-Hsp60 éstos se encontraban en áreas cercanas con valores superiores a los del grupo control. Se aplicó la prueba de Correlación de Pearson para saber si los valores de Anti-Hsp60 y los valores de estrés psicosocial estaban correlacionados en las pacientes mujeres. El coeficiente de correlación ($R_{xy}=0,30$) no indica una correlación baja positiva, lo que implica que existe una ligera tendencia a que las mujeres que presentan mayor nivel de Anti-Hsp60 tienen o presentan un mayor nivel en la escala de acontecimientos vitales y viceversa.

Gráfico VI



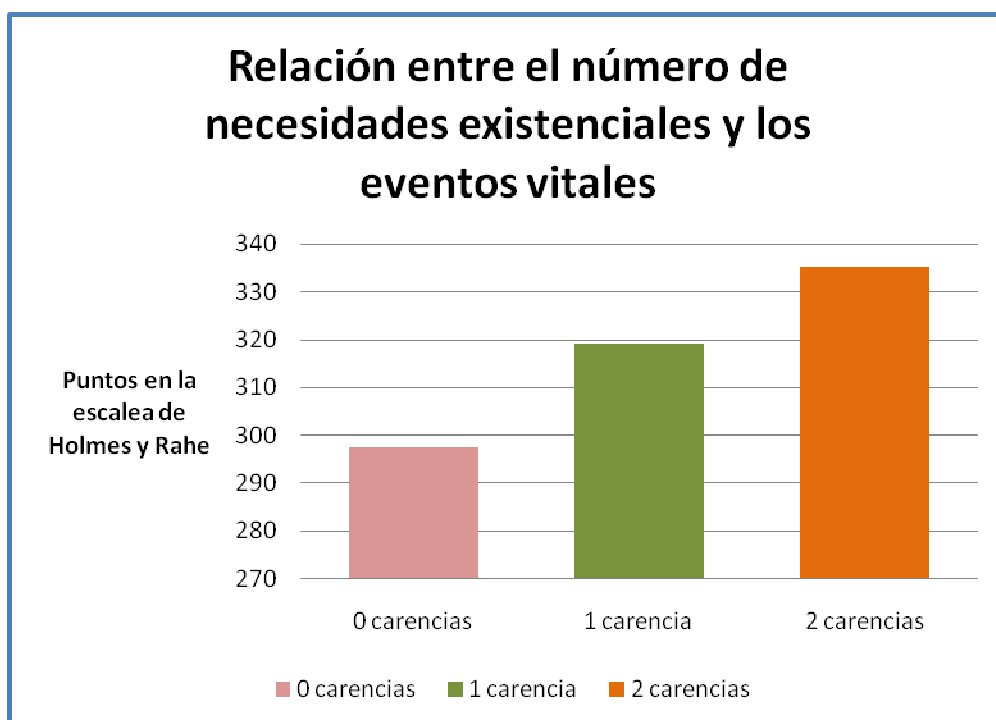
Como podemos observar en el gráfico, la necesidad existencial mas referida por las mujeres fue la necesidad de afecto, presentándose ésta en el 76,4% de ellas, seguida por las necesidades de autonomía con un 41,1% y de autodesarrollo en el 23,5%.

Gráfico VII



- Podemos observar que los valores de Anti-Hsp60 son superiores en las pacientes con mayor número de necesidades existenciales y viceversa.

Gráfico VIII



Podemos observar que los puntos en la escala de Rahe en nuestras pacientes fueron mayores al presentar más necesidades existenciales y viceversa.

Se aplicó una estadística de correlación no paramétrica, conocida como correlación de rango de Spearman el cual fue de $R_s = 0,86$ lo que indica una correlación muy alta positiva, es decir que existe la tendencia de que a mayor nivel en la escala de eventos vitales, se da la presencia de mayores necesidades existenciales y viceversa.

Nota Biográfica

Valoración del Estrés Psicosocial (Escala de Holmes y Rahe), Análisis Existencial o de factores y necesidades existenciales.

(Incluyo solo una paciente considerada ejemplo emblemático, los demás análisis aparecerán en los anexos)

- Paciente: G. P.
- Sexo: Femenino.
- Edad: 78 años.
- Procedencia: Valencia.
- Ingreso familiar mensual: >6.000.000 Bs. (>2000\$).
- Ocupación: Oficios del Hogar.
- Miembros del grupo familiar 3.

Eventos Vitales:

Eventos vitales que en el último año son reportados y registrados en la escala auto-asistida de Holmes y Rahe. Con valores superiores a los 300 puntos se considera que existen eventos vitales que repercuten en el desarrollo de enfermedades mentales y orgánicas. **Resultado: 397 puntos.**

Análisis Existencial: (reducción existencial) La paciente como se deduce de la primera y segunda entrevista esta afectada en las dos siguientes carencias existenciales:

- La primera es la Necesidad de Afecto de su esposo que sufre una demencia aterosclerótica. Después de más de 50 años de matrimonio su ausencia afectiva la afecta especialmente en el momento que se siente enferma, aunque él está presente físicamente sin embargo está afectivamente ausente, y su hermano, como ella misma expresa, no está para ayudarla pues que se fue a vivir a España. Las hijas y nietos no sustituyen al amor de su esposo; por eso lo culpa como causante de su enfermedad.
- Autonomía: Se ve limitada físicamente en la realización de sus actividades habituales. Por una parte, dice que se siente imposibilitada e incapaz de irse a Italia, donde ella se siente bien alejándose de los problemas de casa, de su

esposo enfermo y de los problemas políticos del país, de la inseguridad, de las amenazas de Chávez contra la gente que trabaja, de sus injusticias. Su enfermedad le limita el viajar y quedarse allá y si bien, la paciente debido a su escaso nivel educacional no es capaz de entender de métodos terapéuticos de revascularización y entender el pronóstico de su enfermedad cardiaca, expresa que sus síntomas le impiden realizar sus planes de ir a ver a su familia y reunirse con su hermano y parientes.

Enfoque Médico Integral propuesto por Welber

Primer Cuadrante: Superior-Derecho/Cuantitativo/el "Eso"

La Sra.GT presenta cardiopatía isquémica crónica, no piensa en procedimientos invasivos para evitar las complicaciones ya que no cree que le pase algo mas, solo se adhiere al tratamiento para la tensión arterial y descuidando su dieta por no considerarlo importante.

Segundo Cuadrante: Superior-Izquierdo/Cualitativo/el "YO"

Presentó en la Escala de Eventos Vitales una puntuación de 397, es decir que en los años previos al diagnóstico clínico, presentó sucesos que la afectaron y los cuales hubo de adaptarse produciendo cambios en su vida interior. (El evento vital más importante es la demencia de su esposo considerándolo la causa de su enfermedad coronaria)

Debe ser ayudada en el sentido de aceptación de tales sucesos vitales a fin de que pueda superarlos y de esta manera afrontar mejor su enfermedad y asumir sus medidas de prevención secundaria.

Tercer Cuadrante: Inferior-Izquierdo/Cualitativo/el "Nosotros"/subjeto

Es el "mundo de la vida" de la paciente, sus afectos, sus relaciones familiares; se encuentra alterado ya que según refiere en las entrevistas realizadas "su esposo está como ausente" ya ese amor y apoyo no existe. Las hijas no le prestan atención, igual pasa con los nietos, es decir se siente sola. Por otro lado dice que físicamente la enfermedad la afecta porque se cansa y no puede realizar sus labores habituales. Hay que intervenir con apoyo psico-terapéutico a fin de mejorar las relaciones familiares (soporte familiar) y los grupos de apoyo.

Cuarto Cuadrante: Inferior-Derecho/Cuantitativo/esas “Cosas”/Objetivo/el mundo en sus dimensiones físicas y socioeconómicas.

A pesar de vivir en un país en vías de desarrollo es decir, con un sistema de salud pública ineficiente, ella puede contar con recursos suficientes para recibir atención médica privada de calidad. En este aspecto está protegida pero piensa que no lo necesita, por lo que hay que insistir en ella para que acepte la ayuda del sistema médico. (Rechaza la ayuda del psiquiatra y de ser asistida en sus labores diarias)

DISCUSIÓN

En el presente trabajo hemos enfocado la valoración de la mujer con cardiopatía isquémica de una manera integral, estableciendo una relación entre la cardiopatía isquémica, los niveles de Anti-Hsp60 en suero, los eventos vitales y las carencias existenciales, comparándolas con un grupo control.

La Cardiopatía isquémica y los Anticuerpos contra la proteína de estrés Anti-Hsp60:

Múltiples estudios han sugerido que la respuesta autoinmune contribuye al desarrollo de la aterosclerosis, Wick y col. Señalaron que en la pared vascular, al ser sometida a estresores, se induce la producción de Hsp60, pudiendo ésta servir como estímulo antigénico en el desarrollo de la aterosclerosis. Además este grupo generó datos que soportan la hipótesis de que la aterogénesis es manejada por una reacción cruzada immune a la proteína Hsp60.

En un estudio realizado por Zhu y col. en 2001 (45) se concluye, que la autoinmunidad juega un rol en la aterogénesis y que la Hsp es uno de los autoantígenos determinantes, demostrando una significativa relación entre la Anti-Hsp60 humana y la presencia y severidad de la enfermedad coronaria..

Estos hallazgos coinciden con los de Qingbo Xu y col (46) que confirman la asociación entre los niveles elevados de anti-hsp60 y la aterosclerosis, sugiriendo que la Hsp60 puede jugar un papel importante en la activación de las células vasculares y del sistema inmune, durante el desarrollo de la aterosclerosis, indicando esto una relación de la Anti-Hsp60 activando los procesos pro-inflamatorios y la patología vascular temprana.

En nuestras pacientes femeninas, los valores absolutos de anti-Hsp60 resultaron ser mayores que los obtenidos en el grupo control, tal como observamos en el gráfico I. Se utilizó la prueba de t de student para verificar si el valor promedio de la anti-Hsp60 fue realmente mayor en las pacientes (1020,5ng/ml) que en los controles (432ng/ml) pudiéndose concluir que realmente fue mayor, en el 95% de confianza $P < 0.05$ y en el 99%. $P < 0.01$ Gráfico II

La relativa significancia de los factores de riesgo tradicionales, las infecciones crónicas y los procesos autoinmunes en el desarrollo de infarto agudo de miocardio no ha sido completamente dilucidada aún.

Existe extensa evidencia que ha demostrado que niveles elevados de Anti-Hsp60 están asociados con el desarrollo y severidad de la aterosclerosis, sugiriendo que existen suficientes indicios de que la autoinmunidad contribuye a la aterogénesis y que la heat shock protein puede ser uno de los determinantes autoantigénicos.(22)

También ha sido descrita la asociación de los anticuerpos para el helicobacter Pylory , el citomegalovirus y la clamidia pneumoniae con la reacción inmune a la proteína de heat shock 60 Hsp60 y la aterosclerosis carotidea y femoral.(24)

En un estudio realizado por Heltai, K et al. 2003 (25) encontraron una fuerte asociación entre niveles elevados de Anti-hsp60 y el infarto agudo de miocardio, siendo también significativa la asociación entre el infarto agudo de miocardio y los niveles elevados de anticuerpos contra la chlamydia pneumoniae considerándolos como factores de riesgo independientes

La asociación entre los niveles de la proteína de Heat Shock 60 Hsp60 con la arterioesclerosis carotidea fue investigada por Xiao y col.2005, indicando la posibilidad de un compromiso de la Hsp60 en la activación de los procesos pro-inflamatorios asociados con la patología vascular temprana y confirmando sus datos una asociación entre los niveles elevados de Hsp60 y la aterosclerosis carotidea temprana. (26)

Existe evidencia de que altos niveles de Anti-Hsp60 están relacionados con el desarrollo y severidad de la aterosclerosis y hay estudios que han demostrado que la rehabilitación cardiaca en pacientes con enfermedad coronaria causa disminución significativa de la Anti-Hsp60. (8)

Los eventos Vitales y los Anticuerpos circulantes Anti-Hsp60

Se utilizó la Escala de Eventos Vitales de Holmes y Rahe (19), a pesar de las críticas dada la variabilidad intra-categoría, ya que su uso es práctico y económico, y la alternativa de usar entrevistas semi-estructuradas resultan costosas, consumen mucho tiempo y requieren de personal entrenado.

En nuestras pacientes (Gráfico III) con cardiopatía isquémica, los Eventos Vitales Adversos, medidos por la escala de Holmes y Rahe resultaron más elevados al ser comparados de manera individual con el grupo control.

Se aplicó la prueba de t de student a los valores promedio de la escala de Holmes y Rahe de las pacientes (324,24 puntos) y los controles (239,88 puntos), pudiendo concluir que Si es significativamente más elevado en las pacientes que en los controles ($P < 0,05$ y $P < 0,01$), como podemos observar en el Grafico IV.

Al aplicar la correlación de Pearson para conocer si los valores de anti-Hsp60 estaban relacionados con los valores de la escala de Holmes y Rahe, encontramos una correlación baja positiva ($R_{xy} = 0,30$) es decir que a mayor nivel de anti-Hsp60, mayor nivel en la Escala de Holmes y Rahe y viceversa .Gráfico V

Para la consideración de los eventos vitales como factor de riesgo para la cardiopatía isquémica nos apoyamos en la "Evaluación Multiaxial" del DSM-IV(64) el cual incluye 4 ejes, los cuales facilitan una evaluación completa y sistemática de los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales; los cuales podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centra simplemente en el objeto de la consulta, que en nuestro caso es la cardiopatía isquémica.

Así podemos incluir los eventos vitales en el eje IV (Problemas psicosociales y ambientales), pudiendo ellos afectar la evolución de la enfermedad. En general se deben tomar en cuenta aquellos eventos vitales que hayan estado presentes durante el año anterior a la evaluación, aún cuando se puedan incluir aquellos acaecidos anteriormente, sí estos han contribuido claramente en el trastorno actual

En un estudio realizado por Lewthwaite y col.(27) en 229 empleados civiles británicos (126 hombres y 103 mujeres), encontraron una fuerte correlación entre los niveles de Hsp60 plasmáticos y el estrés psicológico en mujeres, independiente de otros factores , lo cual coincide con nuestro estudio. Además evidenciaron una asociación entre los niveles elevados de Hsp60 con el bajo nivel socioeconómico, el aislamiento social y el aumento del estrés psicológico en la mujer

Numerosos estudios sugieren que las mujeres no se manejan tan bien física y psicológicamente, como lo hacen los hombres, después del infarto de miocardio, reportándose más síntomas psicosomáticos, depresión, ansiedad y trastornos del sueño. Las mujeres participan menos en los programas de rehabilitación ya que son menos motivadas tanto por el médico como por familiares, lo que puede incrementar el riesgo de recurrencia de eventos coronarios fatales y el aumento de la morbilidad coronaria en las pacientes

En vista de esto, se debe prestar mas atención al control post hospitalario y al ajuste psicosocial de la mujer, a fin de reducir las tasas de morbi-mortalidad. (5)

Consistentes evidencias sugieren que los factores psicosociales tales como la hostilidad, depresión y poco soporte social, son factores de riesgo para la enfermedad cardiaca en la mujer, por lo que deben realizarse estudios a fin de demostrar si aminorando estos factores de riesgo se disminuye el riesgo cardiovascular.

La potencial sinergia entre los factores de riesgo psicosociales sobre los eventos cardiacos en desconocida por lo que deben hacerse investigaciones en este campo.(28)

Se ha determinado que la depresión está asociada con eventos clínicos y muerte prematura en pacientes con enfermedad cardiovascular y que las mujeres tienden a sufrir mas depresión que los hombres después del infarto de miocardio, teniendo también más riesgo de mortalidad (29)

Las Carencias Existenciales, la Anti-Hsp60 y la Cardiopatía Isquémica.

En un pregunta al personaje principal “Emma” de la novela del mismo nombre de la escritora Jane Austen (65) considerada la mejor novela inglesa del siglo XIX, y que ha representado un sutil estudio Psicológico y social de la mujer, extraje el siguiente párrafo: Será una pobre solterona? Qué va a ser usted? A qué se va a dedicar cuando sea vieja? (preguntas de una amiga muy querida de Emma). Si me conozco a mi misma, Harriet (la amiga), mi mente es activa y laboriosa, con muchos recursos independientes, y no comprendo porqué iba a necesitar mas ocupación a los cuarenta o cincuenta años que a los veintiuno.

Las ocupaciones habituales de los ojos y de las manos de la mujer me seguirán tan abiertas entonces como ahora, o sin variación importante. Si dibujo menos, leeré más; si abandono la música me dedicaré a tejer alfombras. *Y en cuanto objetos de interés, objetos de afecto, que es en realidad el gran punto de inferioridad, y cuya falta es realmente un gran mal que hay que evitar,* al no casarse, estaré de sobra bien, con todos los hijos de una hermana a quien quiero tanto, para preocuparme de eso. Habrá bastante de ellos, para proporcionar toda clase de sensaciones que necesite la vida en decadencia. Habrá bastante para toda esperanza y todo temor; y aunque mi afecto por nadie no pueda igualar al de unos padres, le va mejor a mis ideas de la comodidad que ese afecto que es más cálido y más ciego. ¡Mis sobrinos y sobrinas! Muchas veces tendré conmigo una sobrina.

En este párrafo de una novela que ha representado de manera universal el intrincado mundo de la psicología femenina por más de un siglo, podemos intuir que el afecto en cualquiera de sus formas es la primera necesidad existencial de la mujer.

Hemos introducido las Carencias Existenciales como posible factor de riesgo no tradicional para la cardiopatía isquémica y nos basamos en el uso del método fenomenológico hermenéutico, como ya hemos referido anteriormente.

La reducción fenomenológica es una investigación empírica con la que intentamos llegar a conocer las experiencias y cambios en el “mundo de la vida” de nuestras pacientes relacionándolos con el sufrir enfermedad coronaria.

Basándonos en la teoría de la motivación de la conducta humana de Maslow caracterizamos las carencias existenciales en: necesidad de auto-desarrollo, necesidad de autonomía y necesidad de afecto llamándolas Necesidad 1, Necesidad 2 y Necesidad 3 respectivamente.

Para obtener nuestros resultados utilizamos el método de Van Manen (32) , el cual nos permitió interpretar la narrativa de las pacientes, la descripción de su experiencia de vivir con la enfermedad (cardiopatía isquémica)(6). Obtuvimos los siguientes resultados y que representamos en el gráfico VI

- ***Necesidad de Autodesarrollo o significado de la vida (No. 1)***, es decir lo que está por desarrollar, por alcanzar, el deseo de llegar a ser más de lo que se es. Esta necesidad se presentó en 4 de nuestras pacientes (23,5%), evidenciándose al mencionar que “con esta enfermedad tengo que cambiar mis aspiraciones en el trabajo”, “no debo esforzarme para estar en más altas posiciones, “creo que debo quedarme con lo que soy hasta ahora”.
- ***Necesidad de Autonomía (No. 2)***, se presentó en 7 del total de las pacientes (41,1%) siendo referida como “no puedo realizar mis labores habituales ya que creo que puedo empeorar”, “ahora me canso con mis labores diarias”, “no puedo cuidar a mis nietos” Es la sensación de “estar prisionera” y permanentemente vigilada por la familia debido a su cardiopatía.
- ***La Necesidad de amor, de afecto. (No.3)*** Fue expresada por 13 de nuestras pacientes (76,4%) manifestándose como “ahora mi familia y amigos no me invitan como antes a sus fiestas” “me han aislado y creo que es por miedo a que me de algo estando con ellos” “mi esposo no me toma en cuenta”
- Al analizar lo encontrado en nuestro estudio corroboramos el hecho de que la necesidad de afecto fue la más sentida en nuestras pacientes.
- Dado que el cuerpo es fundamental en la constitución del mundo de la vida de la persona, es razonable que el mundo de la vida cambie cuando ocurren cambios en el cuerpo, tal como sucede en la enfermedad y en nuestro caso con la cardiopatía isquémica. En un estudio realizado por Kvigne y col. en mujeres con accidente cerebro vascular en el cual ella se encontraban a sí mismas en una situación vulnerable debido a su incapacidad física, lo cual llevó a un cambio en su mundo de la vida y si su cuerpo no llena las demandas de la sociedad aparecen sentimientos de miedo y angustia. (66)
- En este estudio concluyen que el género es fundamental en la constitución del mundo de la vida del sujeto y que estar en el mundo como mujer lleva a experiencias diferentes que el estar en el mundo como hombre.

Se correlacionaron las Carencias Existenciales con los niveles de Anti-Hsp60 encontrando que cuando nuestras pacientes manifestaron la presencia de dos necesidades existenciales, el nivel promedio de Anti-Hsp 60 fue de 333,3ng/ml mientras que las que manifestaron una necesidad existencial el valor promedio de Anti-Hsp60 fue de 319,1ng/ml y sin necesidades existenciales el valor promedio fue de 297,5ng/ml, es decir que existe una cierta tendencia de que a mayor nivel de Anti-Hsp60 se da la presencia de mayores necesidades existenciales y viceversa .Gráfico VII.

Se correlacionaron los puntos obtenidos en la escala de eventos vitales con el número de necesidades existenciales y pudimos observar que existe una correlación alta positiva entre las dos variables es decir que a mayor puntuación en la escala de Rahe, mayor es el número de necesidades existenciales y viceversa, como vemos en el gráfico VIII.

El Modelo de Cuidado Médico Integral en la mujer con cardiopatía isquémica.

Siguiendo el Modelo de Medicina Integral de Wilber , hemos realizado la valoración de los cuatro cuadrantes en nuestras pacientes, tal como observamos en forma resumida en la tabla .

El Primer Cuadrante o Cuadrante Superior Derecho: corresponde a la medicina ortodoxa, es el "ESO", objetivo, la enfermedad física, tratamientos.

El Segundo Cuadrante o Superior Izquierdo: Es el "YO", es subjetivo, es la actitud interna, los eventos vitales.

El Tercer Cuadrante o Inferior Izquierdo: es el "NOSOTROS", es inter-subjetivo, corresponde a las carencias o necesidades existenciales, el significado de la enfermedad, los grupo de apoyo.

El Cuarto Cuadrante o Inferior Derecho: es "ESAS cosas", es el sistema social, el seguro médico, las políticas de salud.

Tomaremos como ejemplo a unas de nuestras pacientes para el análisis integral

Paciente G.T. 80 años

1er cuadrante Medicina ortodoxa	2do cuadrante Escala de eventos	3er cuadrante Carencias existenciales	4to cuadrante Sistema social
Cardiopatía isquémica crónica Tratamiento médico Anti-Hsp60=1750	375puntos	2-autonomía 3-afecto	Ama de casa Cuenta con seguro médico privado

G.T. es una mujer de 80 años de edad, en el 1er cuadrante, relacionado a su problema físico, vemos que le fue diagnosticada una cardiopatía isquémica crónica, recibe tratamiento médico adecuado. Los niveles de Anti-Hsp60 fueron de 1750ng/ml, lo cual nos sugiere que existe actividad biológica que podría llevar al progreso de la enfermedad

En el 2do cuadrante G.T. se encuentra afectada en su YO, emocionalmente, teniendo en la escala de eventos vitales 375 puntos, lo que nos sugiere que estos eventos la han afectado en el periodo precedente a la aparición de la cardiopatía. Se ha intervenido en este sentido con psicoterapia a fin de que se estabilice y acepte su realidad actual.

En el 3er cuadrante nuestra paciente al realizarle el análisis fenomenológico, pudimos evidenciar que presentaba; en primer lugar la necesidad de autonomía, es decir, estaba imposibilitada de realizar un viaje a su tierra natal, que debía permanecer aquí para encargarse de los nietos, como segunda necesidad nos manifestó que ya no tenía el Afecto de su esposo, que estaban las hijas pero no era lo mismo.

En el 4to cuadrante referente al sistema social, la Sra. G.T. no presenta problemas ya que cuenta con un seguro médico privado, el cual la ha protegido hasta los actuales momentos, aún cuando refiere temor a que esto no continúe debido a los problemas de orden político del país.

Podemos concluir que nuestra paciente se encuentra actualmente en buenas condiciones desde el punto de vista cardiovascular, recibe tratamiento médico adecuado y controles médicos periódicos, se insiste en la rehabilitación cardiovascular pero dice que no la necesita, sin embargo mantiene su régimen dietético y sus actividades diarias en la casa. Espera seguir contando con su seguro médico y se ha refugiado emocionalmente en el afecto de sus hijas y nietos.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Las enfermedades cardiovasculares, particularmente la Cardiopatía isquémica, continúan siendo la principal causa de muerte, tanto en hombres como en mujeres. El conocimiento de la importancia de la enfermedad cardíaca como causa de muerte y discapacidad en la mujer ha aumentado a partir de la década pasada, sin embargo, muchas mujeres otorgan más interés al riesgo de cáncer que al de la enfermedad cardiovascular ya que consideran que ésta es un componente natural del proceso de envejecimiento.

Las mujeres tienden a tener una expectativa de vida mayor que los hombres y existen muchos factores que las hacen diferentes, uno de ellos es el factor estrogénico, así como los factores psicosociales, económicos y ambientales que las ubican en el mundo como mujer.

En el presente trabajo se investigaron los llamados *Factores de riesgo no tradicionales* para la cardiopatía isquémica, tales como los *Eventos vitales y las Necesidades o Carencias Existenciales*, haciendo una correlación con los niveles de anticuerpos circulantes contra la proteína de estrés *Anti-Hsp60*, en un grupo de mujeres con cardiopatía isquémica que asisten a consulta en la fundación INCOR donde ejerzo como médico internista-cardiólogo.

Propongo un Enfoque Médico Integral para la evaluación y tratamiento de nuestras pacientes, tomando en cuenta los factores biológicos, psicológicos, existenciales, culturales y socioeconómicos que las afectan y que están implicados en la patogénesis de la enfermedad.

Fue realizada una investigación de campo con dos estrategias:

Una estrategia cuantitativa, bien controlada que correspondió a la aplicación de la escala de Holmes y Rahe para la evaluación de los niveles de eventos vitales, ocurridos en un intervalo de un año previo al diagnóstico de la cardiopatía (13), validado por el profesor González de Rivera y un método de inmunoensayo (ELISA) para la determinación de los anticuerpos circulantes contra la proteína de estrés Anti-Hsp60.

Y además, una estrategia cualitativa, de tipo hermenéutico enfocada a la extracción en la narrativa de las pacientes, de sus carencias o necesidades existenciales. Nos hemos basado en el Método Hermenéutico Fenomenológico diseñado por Van Manen.

La muestra fue tomada de manera arbitraria, no probabilística* (no al azar) y a lo que se ha denominado muestreo intencional y consistió en 17 mujeres con el

diagnóstico de cardiopatía isquémica con edades comprendidas entre los 45 y 85 años. El grupo control consistió en el mismo número de mujeres consideradas sanas, del mismo grupo etario y apareadas con el grupo problema.

En base a los resultados precedentes y de la pertinente discusión, alcanzamos las siguientes

Conclusiones:

Primera.- Al aplicar la prueba de t de student para verificar si el valor promedio de Anti-Hsp60 es realmente mayor en las pacientes que en los controles, se pudo concluir que el promedio de Anti-Hsp60 en las pacientes hembras es significativamente mayor comparadas con los controles, tanto para el nivel de confianza del 95% como el de 99% ($P < 0.05$. y $P < 0.01$). Es decir, existe una relación entre la cardiopatía isquémica y los niveles de Ant-hsp60, lo que está de acuerdo con la teoría inflamatoria de la aterosclerosis.

Segunda.- Se aplicó la prueba de “t” de student para verificar si el valor promedio de la escala de Holmes y Rahe en las mujeres con cardiopatía isquémica es realmente mayor que en los controles. La diferencia obtenida entre los promedios de ambos grupos, es significativamente mayor para el grupo de las pacientes. Esto se mantiene tanto para el nivel de confianza del 95% como en el del 99%. $P < 0,05$ y $P < 0,01$. De tal manera que consideramos que los acontecimientos vitales acaecidos en el año anterior al diagnóstico de la cardiopatía isquémica, podrían tener influencia en la aparición y evolución de la enfermedad.

Tercera.- Al aplicar la prueba de Correlación de Pearson para saber si los valores de Anti-Hsp60 y los valores de estrés psicosocial estaban correlacionados en las pacientes mujeres; obtuvimos un Coeficiente de correlación ($R_{xy} = 0,30$), lo que nos indica una correlación baja positiva, que implica que existe una ligera tendencia a que las mujeres que presentan mayor nivel de Anti-Hsp60 tienen o presentan un mayor nivel en la escala de acontecimientos vitales y viceversa.

Cuarta.- Al correlacionar los valores de anti-Hsp60 con el número de necesidades o carencias existenciales, pudimos observar que las pacientes con una o dos carencias existenciales tuvieron un mayor nivel de anti-Hsp60 que aquellas que no las manifestaron y viceversa, de lo que concluimos que pudiera existir una relación entre estas dos variables.

Quinta.- Desde el punto de vista fenomenológico, la necesidad existencial más referida por las mujeres fue la necesidad de afecto, presentándose ésta en el 76,4% de ellas, seguida por las necesidades de autonomía con un 41,1% y de autodesarrollo en el 23,5%. De tal manera consideramos que el abordaje fenomenológico debe ser incluido en el manejo de las pacientes, ya que estas

necesidades formaron parte importante referida por nuestras pacientes, para la presencia de la cardiopatía en especial la referida al afecto.

Sexta.- También se valoraron las pacientes según el modelo de Medicina integral de Ken Wilber. La gran dispersión de los resultados que es intrínseca a dicho modelo, impide conclusiones cuantitativas o semi-cuantitativas globales. Opinamos, sin embargo, que es de una gran importancia en la consideración individual de cada paciente en concreto.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Manson, JE. Postmenopausal hormone therapy and atherosclerotic disease. *Am Heart J* 1994; 128(6): 1337-1343.
- 2) Organización Panamericana de la Salud Washington DC 2001-2005
- 3) Stramba M. y Priori S. Estrategias Actuales para Reducir el Impacto de las Enfermedades Cardiovasculares en la Mujer. *Rev Esp Cardiol* 2006; 59:1190-1193.
- 4) Eaker, E.D., Chair, ScD., Chesebro, J.H. et al Cardiovascular Disease in Women *Circulation* 1993; 88 (4):1999-2009.
- 5) Stramba-Badiale, M. Gender specific prescription of cardiovascular disease? *Eur Heart J.* 2005; 26: 1571-2
- 6) Brezinka, V. and Kittel, F. Psychosocial factors of Coronary Heart Disease in Women. A Review. *Soc Sci Med.* 1995; 42(10):1351-1365.
- 7) Robertson-Malt, S. Listening to them and reading me: a hermeneutic approach to understanding the experience of illness. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29(2):290-297.
- 8) Pelegrina, H. Curso del Doctorado Patología Existencial. Universidad Autónoma de Madrid/Universidad de Carabobo.
- 9) Shin, Y., Bae, J., Lee, J., et al.: Effect of Cardiac Rehabilitation and Statin Treatment on Anti-Hsp Antibody Titers in Patients with Coronary Artery Disease After Percutaneous Coronary Intervention. *Int Heart J* 2006; 47:671-682.
- 10) Wilber, K. Una Teoría de Todo. 2007. 3ra ed. Editorial Kairós, S.A.
- 11) Osler W. Angina Pectoris. *The Lancet*, March 12, 1910. 697-702.
- 12) Maslow A. H. theory of human motivation. *Psychological Review*, Vol. 50 (1943), 370-376. Reprinted in *The Self in Growth, Teaching, and Learning*. Edited by D.E. Hamachec 1965.
- 13) Holmes, T.H. and Rahe, R.H.: The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res.* 11, 213-218; 1967.
- 14) González de Rivera JL y Morera, A. La valoración de los Sucesos Vitales. Adaptación Española de la Escala de Holmes y Rahe. *Psiquis.* 1983, 4:7-11.
- 15) Lown B, De Silva RA. et al.: Psychophysiological Factors in Sudden Cardiac Death. *Am J Psychiatry* 1980; 137:1325-1335.

- 16) Peña, J.R., Quintini, A. Significación pronóstica de la taquicardia sinusal en pacientes con infarto agudo del miocardio. *Medicina de Hospital*. 1990
- 17) Friedman M. Type A Behavior Pattern: Some of its Pathophysiological Factors Components. *Bull NY Acad Med* 1977; 53:593-604.
- 18) Haynes S., Feinleib M., Kannel, W. The Relationship of Psychosocial Factors to Coronary Heart Disease in the Framingham Study. *Am J Epidemiology* 111:37-58, 1980.
- 19) Stress and Cardiovascular Disease: A report from The Natural Foundation of Australia. Stress Working Party. *The Medical Journal of Australia*. 1988; 148 (510-513).
- 20) McEwen, B. Stress, Adaptation and Disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 840 (May 1) 33-34.
- 21) Hellhammer, J., Schotz, W., Stone, A., Pirke, K.M. and Hellhammer, D. Allostatic Load, Perceived stress and Health. *Ann.NY.Acad.Sci.* 1032:8-13(2004).
- 22) Bueno, J. Conferencia
- 23) Peña A., J.R.; Quintini G., A. Nuevo enfoque de la Patogénesis de la Ateroesclerosis. Desarrollo de un modelo in vitro para el estudio del efecto del estrés del calor sobre la producción de prostaglandinas por células vasculares. Publicaciones Universidad de Carabobo. Venezuela 1999.
- 24) Xu,Q., Willeit,J. et al. Association of serum antibodies to the heat shock protein 65 with carotid atherosclerosis. *Lancet* 1983; 341: 255-59.
- 25) Mandal, K., Foteinos, G., Jahangiri, M. and Xu, Q. Role of Antiheat Shock protein 60 autoantibodies in atherosclerosis. *Lupus* 2005; 14, 742-746.
- 26) Pai, J K, Pischon, T., et al. Inflammatory Markers and the Risk of Coronary Heart Disease in Men and Women. *N Engl J Med* 2004; 351:2599-610.
- 27) Knoflach, M. Bernhard, D. and Wick, G. Anti-Hsp60 Immunity Is Already Associated with Atherosclerosis Early in Life. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1051:323-331(2005).
- 28) Mosca, L. Epidemiology and Prevention of Heart disease. *Cardiovascular Health and Disease in Women*. Cap 3; 23-28. Edited by Pamela Douglas 2nd ed. WB Saunders Company 2002.
- 29) Minoves, N., Balfagón, G., Ferrer, M. Role of female sex hormones in neuronal nitric oxide release and metabolism in rat mesenteric arteries. *Clinical Science* (2002) 103, 239-247.
- 30) Clarkson, T.B.; Kaplan, J.R.; Wagner, J.D. et al. Lesson from Animal Models Cardiovascular Health Disease in Women. Cap 13: 231-256 edited by Pamela Douglas. 2da edition WB Saunders Company 2002.
- 31) Charney, P. When and How to Assess the Asymptomatic Women. *Cardiovascular Health and Disease in Women*. Cap 2: 8-20 edited by Pamela Douglas 2da ed. WB Saunders Company 2002.

- 32) Strong, J.P.; Malcom, G.T.; McMahan, C.A. et al Prevalence and extent of atherosclerosis in adolescents and young adults. Implications for prevention from Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth Study. *JAMA* 1999; 281: 727-735.
- 33) La Vecchia, C.; Decardi, A.; Francheshi, S. et al. Menstrual and Reproductive factors and Risk of Miocardial Infartion in Women under fifty-five years of age. *Am J Obstet. Gynecol.* 1987; 157: 1108-1112.
- 34) Punnomen, R., Jokela, H., Aine, R., et al Impaired ovarian function and risk factors of atherosclerosis in premenopausal women. *Maturitas* 1997; 27: 231-
- 35) Hanke, H. Hanke, S., Ickrath, O. et al Estradiol concentration in premenopausal women with coronary heart disease. *Coron. Artery Dis* 1997; 8: 501-515
- 36) Weksler, B. Hemostasis and Thrombosis. Cardiovascular Health disease in Women. Cap 9; 157-175 edited by Pamela Douglas 2da ed. WB Saunders Company 2002.
- 37) Wenger, N.K. Tratamiento hormonal sustitutivo y enfermedades cardiovasculares. *Rev Esp Cardiol* 2006; 59: 1058-1069.
- 38) Heras, H. Cardiopatía isquémica en la mujer. Presentación clínica, pruebas diagnósticas y tratamiento de los síndromes coronarios. *Rev Esp Cardiol* 2006, 59: 371-381.
- 39) Collins, L.J.; Douglas, P.S. Acute coronary syndromes. Cardiovascular Health and Disease in Women. 316-341 edited by Pamela Douglas 2nd ed. WB Saunders Company 2002.
- 40) Sclavo, M. Cardiovascular risk and prevention in women: similarities and differences. *Ital Heart J Suppl.* 2001 Feb; 2(2): 125-41
- 41) Ritosa, FM., A new pattern induced by a temperature shock and DNP in *Drosophila*. *Experientia* 1962, 18: 571-3.
- 42) Tissieres A., Mitchell HK and Tracy UM. Protein synthesis in salivary glands of *D. Melanogaster*. Relation to chromosome puffs. *J.Mol.Biol.* 1974;84:239-398.
- 43) Craig, EA. The heat shock response, *CRC Crit Rev Biochem* 1985; 18: 239-80.
- 44) Shamaeé-Tousi, A.; Halcox, JP.; Henderson, B. Stressing the obvious? Cell stress and cell stress proteins in cardiovascular disease. *Cardiovascular Research* 74 (2007) 19-28.
- 45) Zhu, J., Quyyumi, A.A., et al. Antibodies to Human Heat-Shock Protein 60 Are Asociaated With the Presence and Severity of Coronary Artery Disease. Evidence for an Autoimmune Component of Atherogenesis. *Circulation.* 2001; 103: 1071-1075.
- 46) Xu, Q. Schett, G., Perschinka, H., Wick, G. et al Serum Soluble Heat Shock Protein 60 is Elevated in Subjets With Atherosclerosis in a General Population. *Circulation* 2000; 102:14-20.

- 47) Wick, G., Knoflach, M., Xu, Q. Autoimmune and inflammatory mechanisms in atherosclerosis. *Annu Rev Immunol.* 2004; 22: 361-403.
- 48) Hansson, G.K. Inflammation, atherosclerosis and coronary artery disease. *N Engl J Med* 2005; 352: 1685-1695.
- 49) Libby P., Ridken, P.M., Maseri, A. Inflammation and atherosclerosis. *Circulation* 2002; 105: 1135-1143.
- 50) Pockey, A.G., Wu, R et al *Circulation* heat shock protein 60 is associated with early cardiovascular disease. *Hypertension* 2000; 36: 303-307.
- 51) Xiao, Q., Mandal, K., Shett, G. et al Association of Serum-Soluble Heat Shock Protein 60 With Carotid Atherosclerosis. Clinical Significance Determined in a follow-up Study. *Stroke* 2005; 36: 2571-2576.
- 52) Grupta, S., Knowlton, A.A. Cytosolic heat shock protein 60, hipoxia and apoptosis. *Circulation* 2002; 106: 2727-2733.
- 53) Shin, Y.; Bae, J.; Lee, J. et al. Effect of cardiac rehabilitation and statin treatment on Anti-Hsp Antibody titers in patients with coronary artery disease after percutaneous coronary intervention. *Int Heart J.* 2006; 47: 671-682.
- 54) Holmes, S., Krantz, D. Rogers, H., Gottdiener, J and Contrada, R. Mental Stress and Coronary Artery Disease: A Multidisciplinary Guide. *Progress in Cardiovascular Disease*, Vol 49, No 2 September/October), 2006: 106-122.
- 55) Rozanski, A., Blumenthal, J., Rozanski, A., Kaplan, J Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation.* 1999; 99:2192-2217).
- 56) Theorell, T. On cardiovascular health in women: results from epidemiological and psychological studies in Sweden. In Frankenhauser M, Lundberg U, Chesney M, eds. *Women, work and health: stress and opportunities.* New York: Penum Press. 1991.)
- 57) Krantz, G. Östergren, P. Common symptoms in middle aged women: their relation to employment status, psychosocial work conditions and social support in a Swedish setting. *J Epidemiol Health* 2000; 54:192-199.)
- 58) Strodl E., Kenardy J., Aroney C.: Perceived stress as a predictor of the self-reported new diagnosis of symptomatic CHD in older women. *Int J Behav Med* 10:205-220, 2003.
- 59) Hoffman, M., Chickova, R. and Malek, A. Emotional Stroke. *Cog Behav Neurol* 2004; 17:238-241.
- 60) Vattimo, G. *Introducción a Heidegger.* Editorial Gedisa. 1988
- 61) (Jaspers, K. *Las manifestaciones subjetivas de la vida psíquica enferma (Fenomenología).* Psicopatología General. Capitulo primero. Editorial Beta. 1980
- 62) Frankl V. *Man's Search for Meaning.* Beacon Press, Boston 1959.

- 63) StressXpres Anti-Human Hsp60 (total) ELISAKIT for the detection and quantitation of antibodies to human hsp60 in serum. Catalog number EKS-650 Stressgen Biotechnologies.
- 64) DSM-IV-TR Breviario. Criterios Diagnósticos. Masson. S.A. 2004
- 65) Austen, J. EMMA. 3ra ed .en Fábula 1977. Editorial Lumen. Barcelona
- 66) Kvigne, K., Gjengedal, E. and Kirkevold, M. Gaining acces to the life-world of women suffering from stroke: methodological issues in empirical phenomenological studies. Journal of Advanced Nursing 40(1), 61-68. 2002.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TOMA DE MUESTRAS SANGUINEAS PARA EL PROYECTO:

ENFOQUE PSICO-INMUNOLOGICO DE LA PATOGENESIS DE LA ARTERIOSCLEROSIS

Propósito de la investigación en la que se empleará la muestra de sangre:

En la presente investigación se tratará de determinar la frecuencia con que factores de riesgo no tradicionales como serían los fenómenos psicológicos del individuo tales como las **Crisis Existenciales** y el **Estrés Psico-social** se presentan como factor predisponente de la enfermedad coronaria arteriosclerótica. Se tratará de establecer la frecuencia e intensidad con que dicha enfermedad arteriosclerótica se haya relacionada con otro factor ya estudiado anteriormente en el estrés químico y térmico en células, animales de experimentación y en enfermedades en humanos como el cáncer y recientemente en la arterioesclerosis coronaria como es la proteína de estrés llamada **“Heat Shock Protein”(HSP)** y particularmente un miembro de esta familia de proteínas, la **HSP60** producida en situaciones de **“estrés”** en los diferentes órganos y tejidos.

Riesgos: Para obtener el material a analizar es necesario obtener una muestra de sangre (4-6ml) que será extraída por personal debidamente autorizado (Médico o Bioanalista) del Hospital, Centro clínico, o de Atención de Salud a que asista el paciente o donante sano. No existe ningún riesgo para el paciente o donante sano, adicional al que tiene cualquier extracción rutinaria de sangre. La muestra será procesada de inmediato y no se utilizará con propósitos diferentes a los señalados.

Confidencialidad: Los datos personales de los pacientes o donantes sanos serán almacenados separadamente de la muestra procesada y los datos clínicos y bioquímicos. De esta manera se asegura que los resultados que deriven de este estudio solo se compararán con datos clínicos y bioquímicos de pacientes o donantes sanos. En ningún caso se vincularán con la identidad y se mantendrán en absoluto anonimato.

CONSENTIMIENTO

Yo.....C.I:.....declaro conocer las normas de esta investigación así como los procedimientos del estudio y doy mi consentimiento para que mi muestra de sangre sea utilizada con los propósitos señalados.

Firma del (la) Paciente

Firma del testigo

Firma del Investigador

Nombre: _____

Dra. Aracelis Quintini

C.I: _____

Experiment : Hsp60, Stress, and Atherosclerosis

Objective: To study the role Hsp60 plays in atherosclerosis as a potential marker of stress.

Protocol:

ELISA of Human anti-hsp60 Antibody

1. Prepare a 0.1 M bicarbonate buffer with 4.24g Na₂CO₃ (0.04M) and 5.04g NaHCO₃ (0.06M) diluted in 1 liter of water adjusted to pH 9.6. Store buffer at 4°C.
2. Add 50µl/well of 0.25µg hsp60 in 0.1M bicarbonate buffer. This can be prepared by combining 10µl of 1mg/ml hsp60 in 990 ul of coating buffer if preparing 20 wells.
3. Incubate at 37°C for 1hr. and store plate at 4°C.
4. When ready to use, remove plate from 4°C. Invert and blot plate to remove the hsp60 on paper towels.
5. Wash plate 3x with 200µl of PBS-Tween (100ml 10x PBS, 20ml 10% Tween, 880ml distilled water).
6. Block plate with 100µl of 5% Milk (made with 5g of Blotting Grade Blocker Non-fat Dry Milk in 100ml of PBS-Tween). Incubate plate for 1 hr. at 37°C.
7. Remove 5% Milk and wash plate 3x with 200µl of PBS-Tween.
8. Add 50µl of each sample to the plate. Incubate for 1hr. at 37 °C.

Preparing Standard: Human IgG:

Comes as 45 mg/ml; dilute (1:4.5) in PBS-Tween to obtain 4.5ml of Human IgG at a concentration of 10mg/ml from which to perform serial dilutions.

Control: No IgG

Sample 1: From 10mg/ml dilute 1:10 for a concentration of 1mg/ml. (400µl total)

Sample 2: From Sample 1 dilute 1:2 for a concentration of 0.5 mg/ml. (100µl)

Sample 3: From Sample 1 dilute 1:10 for a concentration of 0.1 mg/ml (400µl)

Sample 4: From Sample 3 dilute 1:2 for a concentration of 0.05 mg/ml (100µl)

Sample 5: From Sample 3 dilute 1:10 for a concentration of 0.01 mg/ml (400µl)

Sample 6: From Sample 5 dilute 1:2 for a concentration of 0.005 mg/ml (100µl)

For **sera samples:**

Dilute sample 1:500 in two dilutions: take 10µl of sera and dilute 1/10 (100µl) in PBS-Tween followed by another dilution of 1/50 (500µl) in PBS-Tween.

9. After 1hr. wash plate 3x with 200µl PBS-Tween.

10. Dilute 2µl of alkaline phosphatase-conjugated goat affinity purified antibody to human IgG whole molecule in 2ml of secondary buffer (0.1 M Tris-Cl, 0.1 M NaCl, 0.05 M MgCl₂, pH 9.5). Add 50µl of secondary antibody per well and incubate for 30 min. at 37°C.

Preparing 1L of secondary buffer:

** Solution tends to precipitate. Make sure salts combine completely and in water to prevent this from occurring and add MgCl₂ last.

- a. Add 100 ml of 1M Tris-Cl and 100ml of 1M NaCl in 600ml of water.
- b. Add 100 ml of 0.5M MgCl₂ to the solution slowly to prevent it from precipitating.
- c. pH solution to 9.5 (Add base slowly to prevent precipitation).
- d. Add water to bring volume to 1L.

11. Wash plate 4x with 200µl PBS-Tween.

12. Dilute 1ml of alkaline phosphatase substrate kit diethanolamine buffer (5X) with 4 ml of d. water, and add 1 alkaline phosphatase substrate tablet (p-nitrophenylphosphate). Vortex to dissolve the tablet. Add 50µl/well of the substrate to the plate.

13. Incubate 30-60 min. at Room temperature. The reaction can be terminated if desired with 50µl/well of 3M NaOH.

14. Read plate at 405 nm.

Nota biográfica

, Valoración del Estrés Psicosocial (Escala de Holmes y Rahe), Análisis Existencial o de factores y necesidades existenciales.

Paciente: G. P.

Sexo: Femenino.

Edad: 78 años.

Procedencia: Valencia.

Ingreso familiar mensual: >6.000.000 Bs. (>2000\$).

Ocupación: Oficios del Hogar.

Miembros del grupo familiar 3.

Historia Social: Primera hija de 4, de una familia de agricultores del norte de Italia región del Veneto, transcurre su infancia ayudando a su padre cultivar la tierra en un ambiente de restricciones. Estudia hasta la escuela primaria y a los 25 años contrae matrimonio su actual esposo originario de la misma región.

Una vez terminada la segunda guerra mundial y debido a la situación de pobreza en que queda la familia decide inmigrar a Venezuela siguiendo a su esposo que comienza a trabajar en la construcción de viviendas en Caracas, donde nacen sus dos primeras hijas, para luego trasladarse a los 10 años a la ciudad de Valencia donde trabajando su esposo en transporte de mercancías en camión funda pequeña empresa de transporte.

Sra.G.P. además de cuidar de sus hijas, atiende la casa y colabora con el lavado de la ropa de los uniformes de los obreros, transcurriendo así años de duro trabajo, alternando oficios del hogar, lavado de ropa para obreros y cuidado de pequeño huerto y criadero de gallinas, tanto para consumo de la familia como para la venta de sus productos. A los 10 años de haber llegado a Valencia su esposo funda pequeña empresa de producción de gases medicinales y comienza a mejorar la situación económica familiar naciendo la tercera hija y adquiriendo una modesta vivienda propia, siendo a partir de entonces a partir de la década de los años sesenta cuando crece el ingreso familiar y nace la cuarta hija cuando la paciente tiene 42 años de edad. El progreso de la familia y su bienestar económico se consolida en los años 70 cuando construyen una vivienda moderna, al tiempo que las hijas estudian y se gradúan en

instituciones privadas, contraen matrimonio y llega la edad del retiro para el esposo para disfrutar de una renta suficientemente holgada para disfrutar una vida cómoda a partir del año 1998, luego su esposo comienza a sufrir a partir de los 80 años de arteriosclerosis cerebral y cardíaca lo que lo obliga a permanecer postrado en la casa, al tiempo que la paciente comienza a sufrir de cardiopatía isquémica crónica evidenciada en los últimos 3 años y que se controla con tratamiento médico. La paciente a actualmente a sus 78 años dirige las tareas de la casa ayudada por una empleada doméstica a su cargo, una enfermera que cuida del esposo y un conductor para su vehículo particular.

Historia Médica. La paciente se presenta en buenas condiciones generales; como antecedentes familiares importantes refiere que ambos progenitores fallecieron en Italia a avanzada edad, tiene un hermana fallecida de cáncer a los 70 años en Italia, un hermano fallecido de infarto al miocardio a los 75 años y un hermano de 75 años que padece cardiopatía isquémica y aterosclerosis cerebral.

En sus antecedentes personales su historia gineco-obstétrica es irrelevante habiendo dado a luz 4 hijas por parto normal, la última a sus 42 años, su menopausia ocurre a sus 54 años, no refiere hábitos alcohólicos ni tabaquismo. Como antecedentes personales padece una hipertensión leve que se ha controlado bien en los últimos 5 años, sus valores de colesterol han aumentado en los últimos 3 años pero aún en el límite superior de los normal, su peso corporal se mantiene fijo no presentando obesidad, una artrosis de la columna vertebral le hace ingerir anti-inflamatorios no esteroideos con regularidad.

Refiere que desde hace dos años aparece el cansancio fácil y la dificultad para respirar cuando realiza las tareas habituales del hogar tales como cocinar, lavar los platos y cuidar un rosal que era su actividad diaria preferida, además refiere que el cuidado diario de su esposo postrado por aterosclerosis cerebral se le dificulta a tal grado que es la principal preocupación y considera que es el desencadenante de su enfermedad actual que le es diagnosticada hace 1 año cuando a propósito de un dolor precordial se evidencian signos de un hemi-bloqueo de la Rama Izquierda del Haz de His, una zona eléctricamente inactivable anteroseptal al electrocardiograma y en un ecocardiograma se detecta una zona hipocinesia del septum interventricular que no existía en los estudios previos hace 6 meses.

Eventos Vitales:

Eventos vitales que en el último año son reportados y registrados en la escala auto-asistida de Holmes y Rahe (anexos).

- 1) Muerte de un familiar (Muere hermana hace un año) = 65 puntos.
- 2) Enfermedad de un miembro de la familia = 44+44 “
- 3) Cambio en mas o en menos el número de disputas familiares = 38 “
- 4) Un miembro familiar deja de vivir en casa = 30 “
- 5) Peleas o desacuerdos con vecinos no residentes en la casa = 28 “
- 6) Exámenes = 27 “
- 7) Cambio en las costumbres personales(salir,vestir,estilo de vida) = 24 “
- 8) Cambio de opiniones políticas = 22 “
- 9) Modificación de la vida social costumbres y hábitos = 20 “
- 10) Cambio en la frecuencia de reuniones familiares = 17 “
- 11) Vacaciones fuera e casa = 15 “
- 12) Fiesta de Navidad o Reyes o su equivalente = 13 “

Total 397 puntos.

Análisis Existencial:

Primera entrevista o transcripción de entrevista grabada (ipsis verbis) y sucesivas entrevistas, resumen del análisis existencial. Método de Van Manen (Anexos).

Ante mi pregunta de que cree la paciente es la causa de su enfermedad ella expresa: “Danilo” mi esposo; todo comenzó con la enfermedad de él, eso me hizo alterar todo mi esquema de vida, esa actitud de él me enfermó, allí comencé a sufrir de los nervios de la tensión, se me altera el pulso, se me pone un peso en el pecho cada vez que lo veo en esa silla sentado sin hacer nada, no va mas al trabajo, no sale, no quiere ni siquiera pararse a caminar, hay que llevarlo al baño porque si no se orina, y todo eso yo se que lo hace a propósito.

El puede caminar, pero lo hace para mortificarme, tengo que hablarle fuerte y gritarlo porque si no lo hago es peor, me desespera, mi vida cambió desde que él esta todo el día en la casa, no puedo salir, no puedo hacer mis cosas de antes, y eso me pone mal y me da esa sensación en el pecho y siento que me sube la tensión.

Otra cosa que me enfermó es que el no quiere hacer nada para que se aclare lo de su participación en la empresa ya que su hermano es su socio, todo lo que nos corresponde como su familia y es nuestro no lo sabemos, él no quiere decirlo, no arregló nada antes de enfermarse y su hermano se va a coger todo lo de la empresa que es nuestro y si Danilo desaparece, nosotros sus hijas y yo vamos a quedar en la calle. Además hay mucha inseguridad en el país lo cual me angustia y es culpa del gobierno.

Ahora desde que me diagnosticaron esta enfermedad yo no puedo hacer lo que hacia antes, me canso, me siento débil, a pesar que tengo quien me ayude en la casa, yo tengo que hacer muchas cosas porque la empleada no sirve no sabe cocinar, no sabe limpiar pero ya no tengo la fuerza, ahora si me pongo a hacer algo enseguida da la angustia, me atacan los nervios, y usted entiende después de haber estado siempre trabajando en casa ver que estoy inútil me pone muy mal. Pero el culpable es Danilo, él es la causa...

Yo quiero ir a Italia y quedarme, allá tengo mi casa y vivo tranquila, sin ese “maldito”, yo ya no lo quiero ver, ya no me manifiesta ningún amor, mis hijas sobre todo la que vive conmigo me ayuda pero es intolerable, me trata mal, me grita, critica todo lo que yo hago, no me considera y hace que me enferme mas del corazón. De las otras hijas no digo nada ellas vienen pero no ayudan, tienen sus propias familias, y no vienen porque Danilo no quiere verlas se duerme cuando vienen, y no tolera sus nietos.

A la pregunta de cómo quisiera ella que cambiaran las cosas ella responde: primero que no venga mas ese Psiquiatra que ve a Danilo dos veces por semana, me cae mal no lo puedo ver, me enfermo cada vez que viene, quiero que no venga mas y a veces quiero que Danilo desaparezca para que se acabe todo.

Quisiera que Danilo colabore y cambie vaya a trabajar, camine, salga y pueda estar sola en la casa...ya que no me quiere....

Segunda entrevista: hecha dos meses después del diagnóstico de su enfermedad y habiendo ella hecho consciente, que padece una enfermedad cardiaca que debe ser controlada por su médico y seguir un tratamiento estricto.

A la pregunta de ¿cómo se siente? Me siento limitada con mi enfermedad mi enfermedad, ahora creo que no podré ir a Italia y quedarme allá así enferma me da miedo, mi vida cambió desde entonces.

Mi familia (hijas y nietos) solo se preocupan por Danilo mi esposo, como yo siempre he sido fuerte creen que estoy bien, mi hermano se fue a España a vivir que era mi única familia que me quedaba aquí en Venezuela, eso me ha afectado mucho.

Estoy recibiendo tratamiento médico, hago mi dieta y me cuido, no creo necesitar ninguna operación. Hasta ahora el seguro ha funcionado, pero a veces tengo miedo de que lo pierda debido a los problemas del gobierno, Ud. Sabe.....

Conclusión: (reducción existencial) La paciente como se deduce de la primera y segunda entrevista esta afectada en dos necesidades existenciales:

- 1) Autonomía: dice que se siente débil e incapaz de irse a Italia por su enfermedad y si bien la paciente debido a su escaso nivel educacional no es capaz de entender de métodos terapéuticos de revascularización y entender el pronóstico de su enfermedad cardiaca, expresa que sus síntomas le impiden realizar sus planes de ir a ver a su familia y reunirse con su hermano.
- 2) La Necesidad de Afecto de su esposo que sufre una demencia aterosclerótica y ella a pasado después de mas de 50 años de matrimonio a sufrir su ausencia afectiva, espacialmente en el momento que se siente enferma; aunque está presente físicamente, él está ausente afectivamente, y además, su hermano como ella misma expresa, no esta para ayudarla, se fue a vivir a España, las hijas y nietos no sustituyen al amor de su esposo por eso lo culpa como causante de su enfermedad y expresa odio hacia él.

Escala de estrés psicosocial (Holmes y Rahe)

1.- Muerte del conyugue.....	100
2.- Separación o divorcio.....	70
3.- Proceso judicial o problemas legales graves pudiendo terminar en encarcelamiento.....	68
4.- Muerte de un familiar cercano.....	65
5.- Enfermedad o accidente que requiere guardar cama.....	55
6.- Contraer matrimonio.....	50
7.- Quedarse sin trabajo.....	47
8.- Retiro laboral.....	45
9.- Reconciliación con el cónyuge.....	45
10.-Enfermedad de un miembro de la familia o mejoría marcada de una enfermedad crónica de un familiar.....	44
11.-Rotura de un noviazgo o relación similar.....	42
12.-Embarazo.....	40
13.-Incorporación de un nuevo miembro a la familia.....	39
14.-Muerte de un amigo.....	38
15.-Cambio brusco de las finanzas familiares (en más o en menos).....	38
16.-Reajuste en la empresa o conflictividad laboral en la empresa.....	38
17.-Cambio en el tipo de actividad laboral.....	38
18.-empréstimo o hipoteca de más de un millón de pesetas.....	38
19.-La esposa queda embarazada.....	35
20.-Cambio radical (en más o en menos) en el número de disputas familiares.....	35

21.-Enamorarse o iniciar una nueva amistad íntima y profunda.....	34
22.-El marido o la esposa pierde el empleo.....	33
23.-Mudanza.....	32
24.-Cambio de lugar de trabajo.....	31
25.-Accidente o situación de violencia física.....	30
26.-Un miembro de la familia deja de vivir en la casa familiar.....	30
27.-La esposa comienza a dejar de trabajar fuera de casa.....	29
28.-Peleas o desacuerdos con vecinos o familiares no residentes en la casa familiar (o desaparición de un estado de conflictividad habi- tual).....	28
29.-Éxito personal de gran envergadura.....	28
30.-Exámenes.....	27
31.-Promoción en el trabajo.....	27
32.-Peleas o desacuerdos con colegas y compañeros de trabajo (o de- saparición de un conflicto habitual).....	26
33.-Reformas en la casa (importantes).....	25
34.-Deterioro notable de la vivienda o del vecindario.....	25
35.-Cambios en las costumbres personales (de salir, vestir, de esti- lo de vida, etc.).....	24
36.-Cambio importante en las horas o condiciones de trabajo.....	23
37.-Cambio en las opiniones religiosas.....	22
38.-Cambio en las opiniones políticas.....	22
39.-Modificaciones en la vida social (en más o en menos) aparte de Los cambios en las costumbres o hábitos personales.....	20
40.-Cambio en la manera de duración del sueño.....	18
41.-Cambio en la frecuencia de las reuniones familiares.....	17
42.-Cambio en las costumbres alimenticias o apetito.....	16

43.-Vacaciones fuera de casa.....	15
44.-Fiestas de Navidad y Reyes o su equivalente.....	13
45.-Problemas legales menores (incluyendo sanciones de tráfico).....	11