

ORIGINAL BREVE

Recibido: 14 de mayo de 2019

Aceptado: 21 de abril de 2020

Publicado: 27 de mayo de 2020

AJUSTE PSICOLÓGICO EN PACIENTES PORTADORES DE UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTADO: PREVENCIÓN PRIMARIA FRENTE A PREVENCIÓN SECUNDARIA. UN ESTUDIO COMPARATIVO

Silvia Alcaraz Andreu (1), María Dolores Hidalgo Montesinos (2), Carmen Godoy Fernández (3), Encarna Fernández Ros (3), Juan José Sánchez Muñoz (4) y Arcadio García Alberola (4)

(1) Escuela Internacional de Doctorado. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. Murcia. España.

(2) Departamento de Psicología Básica y Metodología. Universidad de Murcia. España.

(3) Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Murcia. Murcia. España.

(4) Unidad de Arritmias. Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. IMIB. Murcia. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: La implantación del Desfibrilador Automático Implantado (DAI) influye en el ajuste psicológico y en el grado de malestar de los pacientes. El objetivo de este trabajo fue analizar las diferencias en el ajuste psicológico, el miedo a las descargas y el grado de malestar subjetivo derivado de la enfermedad en función del motivo de implantación (primaria frente a secundaria).

Métodos: La muestra fue de 82 pacientes portadores de un DAI, tanto por prevención primaria (58,5%) como secundaria (41,5%). Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y clínico, así como el Listado de Síntomas Breves (LSB-50). Se realizaron análisis descriptivos univariados y bivariados, pruebas t de diferencias entre medias y pruebas z de diferencias entre proporciones.

Resultados: Respecto al ajuste psicológico, el 43,9% de los pacientes refirió tener alteraciones del sueño, independientemente del tipo de prevención. Un mayor porcentaje de pacientes de prevención primaria mostraron puntuaciones altas en escalas clínicas. El 29,4% de los pacientes de prevención secundaria mostró miedo a sufrir alguna descarga. El 25% de los pacientes cuyo motivo de implantación fue primario indicó un nivel moderado o intenso en cuanto al malestar subjetivo derivado de la enfermedad, comparado con el 14,7% de los pacientes de prevención secundaria ($p=0,7$).

Conclusiones: Los pacientes con DAI presentan síntomas clínicamente relevantes en Psicoreactividad, Obsesión-compulsión, Ansiedad, Somatización, Alteraciones del sueño y el Índice de riesgo psicopatológico. Independientemente del tipo de prevención ambos grupos muestran un ajuste psicológico similar. No se encuentran diferencias entre los grupos ni en el miedo a las descargas ni en el grado de malestar subjetivo.

Palabras clave: Ajuste psicológico, Desfibrilador automático implantable, Prevención primaria, Prevención secundaria.

ABSTRACT

Psychological adjustment in patients with an implantable cardioverter defibrillator: primary prevention and secondary prevention. A comparative study.

Background: The implantation of the Implantable Cardioverter Defibrillator (ICD) influences the psychological adjustment and the degree of subjective discomfort. The objective of this work was to analyze differences in psychological adjustment, fear of shocks and the degree of subjective discomfort derived from the illness depending on the reasons for implantation (primary vs secondary).

Methods: A sample of 82 patients with an ICD, for primary (58.5%) or secondary (41.5%) prevention indications was studied. A sociodemographic and clinical questionnaire and List of Brief Symptoms (LBS-50) was used. Descriptive univariate and bivariate analysis, t-tests on mean differences for independent samples and z-tests on proportion differences were performed.

Results: Regarding psychological adjustment, 43.9% of the patients reported to have sleeping disorder, regardless the type of prevention. A greater percentage of patients of primary prevention had scored higher in clinical scales. The 29.4% of patients with secondary prevention reported to be afraid of experiencing some shock. The 25% of patients whose type of prevention was primary showed severe or moderate level of subjective discomfort derived from the illness compared with the 14.7% of the secondary prevention patients ($p=0.7$).

Conclusions: The patients with an ICD show symptoms clinically significant in Psychoactivity, Obsession-Compulsion, Anxiety, Somatization, Sleeping disorders and Psychopathology Risk Index. Both groups, regardless the type of prevention showed a similar psychological adjustment. Regarding the fear of shocks and the degree of subjective discomfort derived from the illness, no statistically significant differences between the groups were found.

Key words: Psychological adjustment, Implantable cardioverter defibrillator, Primary prevention, Secondary prevention.

Correspondencia:

Silvia Alcaraz Andreu
Facultad de Psicología
Universidad de Murcia
Campus Universitario de Espinardo
30100 Murcia, España
Silvia.alcaraz@um.es

Cita sugerida: Alcaraz Andreu S, Hidalgo Montesinos MD, Godoy Fernández C, Fernández Ros E, Sánchez Muñoz JJ, García Alberola A. Ajuste psicológico en pacientes portadores de un desfibrilador automático implantado: prevención primaria frente a prevención secundaria. Un estudio comparativo. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 27 de mayo e202005038

INTRODUCCIÓN

La muerte súbita cardíaca es responsable del 50% de la mortalidad en enfermedades cardiovasculares en los países desarrollados. La fibrilación ventricular es la arritmia causante de la muerte súbita en la mayoría de los pacientes, y el Desfibrilador Automático Implantado (DAI) constituye el tratamiento elegido en los pacientes con arritmias ventriculares malignas, elevado riesgo de desarrollarlas o muerte súbita cardíaca^(1,2).

Ensayos clínicos aleatorizados han demostrado que la implantación del DAI disminuye la mortalidad en pacientes con fallo cardíaco y función ventricular reducida, así como en aquellos que han sufrido una muerte súbita^(3,4,5). El implante del DAI se aconseja en dos grupos de pacientes: para aquellos que han sufrido una muerte súbita o arritmias ventriculares malignas con función ventricular reducida (prevención secundaria) y para pacientes con riesgo de presentarlas (prevención primaria)^(1,6).

Las descargas del DAI se asocian con miedo e incertidumbre al resultar inesperadas y dolorosas, lo que puede afectar negativamente a la calidad de vida del paciente⁽⁷⁾. Un 50% de los pacientes presentan elevados niveles de ansiedad y depresión relacionados con el miedo a una descarga y/o a un fallo del dispositivo⁽⁸⁾. Sin embargo, se debe destacar la presencia de problemas psicológicos entre el 25-33% de los pacientes sin que estos hayan sufrido ninguna complicación médica ni experiencias de descargas inapropiadas⁽⁹⁾. En este sentido, numerosos estudios han descrito alteraciones psicopatológicas en los pacientes portadores de un DAI^(10,11,12). Magyar-Russell et al⁽¹³⁾ realizaron una revisión sistemática cuyos resultados mostraban una prevalencia de ansiedad entre el 27% y el 63% en pacientes portadores de un DAI, mientras que la prevalencia de la depresión oscilaba entre el 10% y el 36%. Gostoli

et al⁽¹⁴⁾ confirman la alta prevalencia de estos trastornos psiquiátricos en pacientes portadores de un DAI. Así mismo, Saskia Lang et al⁽¹⁵⁾ determinan que el 19% de los pacientes portadores de un DAI sufren ansiedad clínicamente relevante.

Las indicaciones en prevención primaria (PP) y prevención secundaria (PS) de un DAI podrían establecer diferencias en la aparición de las alteraciones psicopatológicas de los pacientes tras su implante. Diferentes estudios han investigado la relación entre el motivo de implantación (PP frente a PS) y la ansiedad que presentan los pacientes^(16,17). Los resultados de estos estudios muestran que no hay diferencias significativas entre el tipo de prevención y los niveles de ansiedad. Concluyen que estos niveles de ansiedad pueden deberse a la presencia de una o más descargas del dispositivo, y que podría no suponer un diagnóstico clínico de ansiedad.

Otra investigación de Rahmawati et al⁽¹⁸⁾ concluye que, aunque la aceptación del dispositivo generalmente es alta, los pacientes que lo llevan implantado por PP podrían no comprender la necesidad del mismo a diferencia de lo que les sucede a los pacientes cuyo motivo de implantación es secundario. En PP presentan mayores niveles de ansiedad, excesiva preocupación por el DAI y baja calidad de vida en comparación con los pacientes cuyo motivo de implantación era por PS⁽¹⁸⁾.

Constatando lo anterior, hay investigaciones que han estudiado la relación entre el motivo de implantación y variables psicopatológicas como la ansiedad, la depresión o la calidad de vida^(7,11,13,15,16,17). Sin embargo, actualmente no hay investigaciones que hayan estudiado la relación con otras variables psicopatológicas como la hostilidad, la somatización o las alteraciones del sueño, ni que hayan establecido posibles diferencias entre el tipo de prevención y el grado de malestar subjetivo derivado de la

enfermedad. Por ello, los objetivos de este estudio fueron analizar las diferencias en el ajuste psicológico, el miedo a las descargas y el grado de malestar subjetivo derivado de la enfermedad en los pacientes con un DAI en función del motivo de implantación (primario frente a secundario).

SUJETOS Y METODOS

Se realizó un estudio con pacientes portadores de un DAI de la Unidad de Arritmias del Servicio de Cardiología del Hospital Virgen de la Arrixaca, un hospital de tercer nivel de la Región de Murcia. Como criterios de inclusión se establecieron: pacientes portadores de un DAI con un periodo mínimo de implantación de tres meses y mayores de 18 años. Así mismo, fueron excluidos aquellos pacientes mayores de 80 años de edad y con dificultades a nivel cognitivo para cumplimentar los cuestionarios.

La muestra final de este estudio fue de un total de 82 participantes. De ese total, un 75,6% eran hombres ($n=62$) y el 24,4% restante eran mujeres ($n=20$), con edades comprendidas entre los 19 y 78 años, siendo la media de edad de 54,6 años y la desviación típica de 14,2. El tiempo medio de implantación del DAI en estos pacientes fue de 4,8 años. En función el motivo de prevención, el tiempo medio de implantación para el grupo de prevención primaria y secundaria fue de 4,4 y 5,2 años, respectivamente.

Se diseñó un cuestionario con preguntas sociodemográficas a fin de recoger información sobre la edad, sexo, estado civil, número de hijos, profesión y nivel de estudios alcanzado, así como referentes al ámbito laboral (situación actual, jornada laboral y horario de trabajo). Además, se incluyeron preguntas que hacían referencia a los antecedentes personales de los participantes (presencia o no de patología cardíaca, hipertensión, consumo de alcohol o drogas, etc.), sobre la historia clínica del paciente

(motivo de implantación, etiología, años de implantación del DAI, antecedentes de patología cardíaca, antecedentes psiquiátricos/psicológicos, problemas de sueño, miedo a las descargas, etc.), y cuestiones relacionadas con el grado de estrés subjetivo en general que refería el paciente y el grado de malestar o sufrimiento subjetivo derivado de la enfermedad y en distintos ámbitos (laboral, personal y familiar).

La información acerca del ajuste psicológico de los pacientes en función del tipo de prevención se recogió a través del Listado de Síntomas Breves (LSB-50)⁽¹⁹⁾. Este instrumento evalúa e identifica la presencia de síntomas psicopatológicos y psicósomáticos. El LSB-50 proporciona puntuaciones en dos escalas de validez, tres índices generales, nueve escalas y subescalas y un índice de riesgo psicopatológico. En la **tabla 1** se describen las diferentes escalas y subescalas del instrumento.

Para cada una de estas escalas, subescalas e índices se obtienen puntuaciones directas, percentiles y un perfil de sintomatología psicopatológica a partir de la representación gráfica de las puntuaciones percentiles.

Los coeficientes de fiabilidad en las escalas del LSB-50 están comprendidos entre 0,7 y 0,9. En cuanto al índice de riesgo psicopatológico, el coeficiente alfa fue de 0,88, y el coeficiente de fiabilidad para el total de la prueba (índice global) fue de 0,96.

El proyecto se presentó, conjuntamente con el equipo de la Unidad de Arritmias, al Comité de Ética del Hospital Virgen de la Arrixaca para su aprobación.

Posteriormente, a los pacientes se les ofreció participar en el estudio a través de su cardiólogo cuando acudían a una revisión rutinaria en la Unidad de Arritmias de dicho hospital. En caso de aceptar, fueron de nuevo citados en la

Tabla 1
Escalas, subescalas e índices del LSB – 50.

Escalas de Validez: Permiten detectar posibles sesgos de respuestas que puedan afectar a los resultados en la prueba	Minimización (MN)	Indica si el evaluado puede estar minimizando la frecuencia o la intensidad de los síntomas que padece.
	Magnificación (Mag)	Indica si el evaluado puede estar magnificando su sintomatología, puntuando con alta intensidad los síntomas que padece.
Índices Generales: Permite tener una visión global del nivel de sufrimiento psicopatológico del evaluado	Índice Global de severidad (GLOBAL)	Indica el grado global de psicopatología del evaluado. Es una medida global de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicósomático.
	Número síntomas presentes (NUM)	Indica el número de síntomas que presenta el evaluado (independientemente de su intensidad).
	Índice intensidad síntomas presentes (INT)	Es un índice de la intensidad o severidad de los síntomas que el sujeto afirma tener. Nos indica específicamente la intensidad de los síntomas que afirma tener el evaluado.
Escalas y subescalas clínicas: Informa del perfil psicopatológico del evaluado	Psicoreactividad (Pr)	Evalúa la sensibilidad en la percepción de uno mismo en relación con los demás y en relación a la propia imagen, así como formas de actuar y de pensar con exceso de autoobservación.
	Hipersensibilidad (Hp)	Explora la sensibilidad tanto interpersonal como intrapersonal, es decir, la excesiva focalización, bien en detalles de la relación interpersonal como en la valoración de uno mismo.
	Obsesión-compulsión (Ob)	Evalúa la presencia de obsesiones y dudas continuas que inundan la mente así como la existencia de rituales o compulsiones.
	Ansiedad (An)	Explora las manifestaciones tanto del trastorno de ansiedad generalizada como de cuadros de pánico y ansiedad fóbica. Incluye síntomas referidos a un temor o miedo irracional.
	Hostilidad (Hs)	Evalúa la presencia de reacciones de pérdida de control emocional con manifestaciones súbitas o cotidianas de agresividad, ira, rabio o resentimiento.
	Somatización (Sm)	Explora la presencia de síntomas de malestar somático o corporal debidos a procesos de somatización psicológica, aunque pueden ser manifestaciones de una patología médica.
	Depresión (De)	Evalúa la presencia de síntomas como la tristeza, la desesperanza, la anhedonia, la energía, la impotencia o ideación autodestructiva, y la culpa.
	Alteraciones del sueño (Su)	Explora la presencia específica de alteraciones del sueño relevantes desde el punto de vista de la salud y el bienestar.
	Alteraciones del sueño - ampliada (Su-a)	Explora la presencia específica de alteraciones del sueño junto con manifestaciones de las escalas de Ansiedad y Depresión que clínicamente están asociadas a problemas del sueño.
Índice de riesgo psicopatológico	Índice de riesgo psicopatológico (IRPsi)	Evalúa la presencia de síntomas asociados a la población clínica psicopatológica y resulta predictivo para la inclusión del evaluado en una población psicopatológica.

Fuente: De Rivera L y Abuín M (2012). *Listado de Síntomas Breves (LSB-50)* (p. 22). Madrid: Editorial TEA Ediciones, S.A.

consulta de cardiología, entre febrero de 2015 y mayo de 2017, para una entrevista semiestructurada individual con una de las psicólogas del equipo de investigación del estudio. En esta cita, los participantes fueron informados de los objetivos de la investigación, así como de la confidencialidad y el anonimato del tratamiento de los datos obtenidos. Posteriormente, se les facilitó un consentimiento informado para su firma y se les administraron los cuestionarios e instrumentos psicológicos descritos. Se eliminaron los datos identificativos personales para garantizar la confidencialidad de la información. El tiempo medio de evaluación por paciente fue aproximadamente de una hora y media de duración. Los pacientes fueron evaluados de manera individual administrando mediante entrevista todas las pruebas e instrumentos psicológicos de la batería de test.

Una vez administradas, se corrigieron los instrumentos. La prueba LSB-50 tenía corrección automática a través de su plataforma con acceso a internet. A través de esta vía se corrigieron todas las plantillas de respuesta y se obtuvieron los perfiles y el gráfico correspondiente a cada paciente en función de sus puntuaciones para su posterior interpretación.

Se realizaron análisis descriptivos univariados y bivariados de frecuencias y porcentajes, medias, y desviación típica. Para analizar las diferencias en sintomatología psicopatológica y psicosomática entre pacientes en función del motivo de implantación del DAI (PP frente a PS) se realizaron pruebas t de diferencias entre medias para muestras independientes. También se realizaron pruebas z de diferencias entre proporciones.

Se consideró un resultado estadísticamente significativo cuando el valor de probabilidad era menor o igual al 0,05. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS versión 22.0.

RESULTADOS

Del total de los pacientes de la muestra (N=82), el 58,5% eran pacientes cuyo motivo de implantación del DAI fue por PP (35 varones y 13 mujeres; media de edad=52,9; DT=14,2) y el 41,5% restante fue por PS (27 varones y 7 mujeres; media de edad=56,4; DT=14). En cuanto a la variable de estado civil, destacar que para ambos motivos de implantación el estado civil más común era el de casado en primer matrimonio, con un 66,7% y 76,5%, respectivamente. La mayoría de pacientes con DAI no eran trabajadores en activo. Este porcentaje fue algo menor en el grupo de PP (58,3%) con respecto al grupo de PS (67,6%).

La mitad de los pacientes de PP referían tener sobrepeso e hipertensión, siendo este porcentaje menor en el grupo de PS. Además, hubo un mayor porcentaje de pacientes de PP que referían consumo de alcohol, tabaco y drogas. Tras la implantación, un mayor número de pacientes de PP declaraban haber experimentado síntomas de ansiedad y problemas de sueño frente a los pacientes cuyo motivo de implantación era por PS. La distribución de frecuencias y porcentajes referidas a antecedentes personales, síntomas tras la implantación y grado de malestar subjetivo derivado de la enfermedad, en función del tipo de prevención, se muestran en la [tabla 2](#).

De los pacientes cuyo motivo de implantación del DAI fue secundario, el 35% había experimentado alguna descarga frente al 8,5% del grupo de PP.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el miedo que los pacientes presentaban por recibir una descarga en función de si el tipo de prevención fue primaria o secundaria ($z=0,6$; $p=0,5$).

Respecto al grado de malestar subjetivo derivado de la enfermedad, no se encontraron

Tabla 2
Antecedentes personales, síntomas tras implantación y grado de malestar subjetivo derivado de la enfermedad en función del tipo de prevención.

Variables		Prevención Primaria (N=48)	Prevención Secundaria (N=34)	Total Muestra (N=82)	p
Antecedentes Personales	Hipertensión	41,7% (n=20)	35,3% (n=12)	39% (n=32)	0,56
	Sobrepeso	50% (n=24)	38,2% (n=13)	45,1% (n=37)	0,29
	Consumo alcohol	66,7% (n=32)	55,9%(n=19)	62,2% (n=51)	0,32
	Consumo drogas ^(a)	20,8% (n=10)	5,9% (n=2)	14,6% (n=12)	-
	Fumador	77,1% (n=37)	63,6% (n=21) ^(b)	71,6% (n=58)	0,13
	Antecedentes Patología Cardíaca	60,4% (n=29)	61,8% (n=21)	61% (n=50)	0,90
Tipos de cardiopatía	Miocardiopatía Isquémica	27,1% (n=13)	42,4% (n=14)	33,3% (n=27)	0,18
	Miocardiopatía No isquémica	29,2% (n=14)	21,2% (n=7)	25,9% (n=27)	0,38
	Miocardiopatía Hipertrófica	22,9% (n=11)	21,2% (n=7)	22,2% (n=18)	0,80
	Otras Miocardiopatías ^(a)	4,2% (n=2)	9,1% (n=3)	6,2% (n=5)	-
	Canalopatía ^(a)	14,6% (n=7)	3% (n=1)	9,9% (n=8)	-
	Fibrilación Ventricular Idiopática ^(a)	2,1% (n=1)	3% (n=1)	2,5% (n=2)	-
Síntomas tras implantación	Ansiedad	33,3% (n=16)	26,5% (n=9)	30,5% (n=25)	0,50
	Depresión	27,1% (n=13)	35,3% (n=12)	30,5% (n=25)	0,42
	Problemas Sueño	35,4% (n=17)	23,5% (n=8)	30,5% (n=25)	0,25
	Descargas	12,9% (n=6)	63,2% (n=21)	32% (n=27)	<0,01
	Miedo a descargas	22,9% (n=11)	29,4% (n=10)	25,6% (n=21)	0,51
Grado de malestar subjetivo derivado de la enfermedad^(c)	Leve	27,1% (n=13)	29,4% (n=10)	28% (n=23)	0,73
	Moderado	10,4% (n=5)	5,9% (n=2)	8,5% (n=7)	
	Intenso	14,6% (n=7)	8,8% (n=3)	12,2 (n=10)	

Los resultados de las pruebas estadísticas deben tomarse a modo de orientación dado que la muestra utilizada no es una muestra aleatoria. (a) Las frecuencias son <5 y no se puede aplicar la prueba estadística; (b) N=33; (c) Prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson.

diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de prevención primaria o secundaria ($z=1,1$; $p=0,2$). El 25% de los pacientes cuyo motivo de implantación había sido primario mostró un nivel moderado o intenso en cuanto al nivel de malestar subjetivo con la enfermedad, comparado con el 14,7% del total de pacientes cuyo motivo de implantación fue por PS.

Tipo de prevención (primaria frente a secundaria) y ajuste psicológico. En la tabla 3 se presentan los porcentajes de pacientes con puntuaciones percentiles igual o superior a 84 en todas

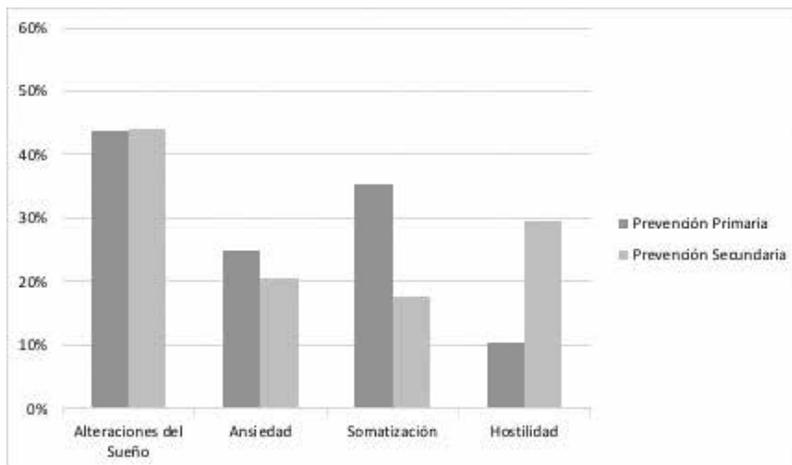
las escalas clínicas del LSB-50 para el total de la muestra y en función del motivo de implantación del DAI (PP frente a PS). En general, las escalas en las que se presentó un porcentaje superior al 20% de pacientes con DAI con puntuaciones iguales o superiores al percentil 84 fueron Minimización, Psicoreactividad, Obsesión y compulsión, Ansiedad, Somatización y Alteraciones del sueño, así como en el Índice de Riesgo Psicopatológico. En concreto, se encontró que un 43,9% de los pacientes con DAI presentó Alteraciones del sueño, independientemente del tipo de prevención. Por otro lado, se

Tabla 3
Puntuaciones percentiles > 84 en las escalas de LSB-50 en función del tipo de prevención.

Variables	Prevención Primaria (N=48)	Prevención Secundaria (N=34)	Total muestra (N= 82)	Z	p
Minimización	25% (n=12)	29,4% (n=10)	26,8% (n=22)	-0,44	0,65
Magnificación	0% (n=0)	0% (n=0)	100% (n=82)	(a)	-
Psicoreactividad	27,1% (n=13)	17,6% (n=6)	23,2% (n=19)	0,99	0,31
Hipersensibilidad	16,7% (n=8)	8,8% (n=3)	13,4% (n=11)	(a)	-
Obsesión-compulsión	25% (n=12)	17,6% (n=6)	22% (n=18)	0,79	0,42
Ansiedad	25% ((n=12)	20,6% (n=7)	23,2% (n=19)	0,46	0,64
Hostilidad	10,4% (n=5)	29,4% (n=10)	18,3% (n=15)	-2,19	0,02
Somatización	35,4% (n=17)	17,6% (n=6)	28% (n=23)	1,76	0,07
Depresión	18,8% (n=9)	11,8% (n=4)	15,9% (n=13)	(a)	-
Alteraciones del sueño	43,8% (n=21)	44,1% (n=15)	43,9% (n=36)	-0,03	0,97
Alteraciones del sueño-ampliada	29,2% (n=14)	29,4% (n=10)	29,3% (n=24)	-0,02	0,98
Índice de riesgo psicopatológico	33,3% (n=16)	20,6% (n=7)	28% (n=23)	1,26	0,21

Los resultados de las pruebas estadísticas deben tomarse a modo de orientación dado que la muestra utilizada no es una muestra aleatoria. (a) Las frecuencias son <5 y no se puede aplicar la prueba estadística.

Figura 1
Porcentaje de participantes con puntuaciones elevadas (Percentil > 84)
en las escalas de Alteraciones del sueño, Ansiedad, Somatización y Hostilidad (LSB-50)
en función del motivo de implantación (primaria vs. secundaria) del DAI.



halló que un mayor porcentaje de pacientes del grupo de PP mostraron puntuaciones más altas (superiores al percentil 84) en Psicoreactividad, Obsesión y compulsión, Ansiedad, Somatización y el Índice de Riesgo Psicopatológico. Sin embargo, estas diferencias solo fueron estadísticamente significativas en Somatización (tabla 3). Por otro lado, se encontró que, aunque solo un 18,3% del total de los pacientes presentaron puntuaciones altas en Hostilidad (Percentil \geq 84), un mayor porcentaje de estos pacientes fueron de PS, en concreto un 29,4% del grupo de prevención secundaria frente al 10,4% del grupo de PP, y estas diferencias fueron estadísticamente significativas (figura 1).

DISCUSIÓN

Del total de la muestra analizada el 44% de los pacientes refieren Alteraciones del sueño independientemente del tipo de prevención. La presencia de sintomatología de las Alteraciones del sueño es similar en ambos grupos, lo que

puede deberse no tanto al motivo de prevención sino ir asociado a la media de edad de la muestra (54,6 años). Los trastornos del sueño son frecuentes en las personas mayores, aunque no están suficientemente reconocidos⁽²⁰⁾. Según los datos publicados por López-Torres et al⁽²¹⁾, los trastornos del sueño, especialmente el insomnio relacionado con otro trastorno mental o secundario a una enfermedad médica, son un problema de salud frecuente que afecta aproximadamente a una de cada cuatro personas mayores y repercute de manera desfavorable en la valoración de su estado de salud.

Por otro lado, se muestra que el 28% de los participantes en este estudio presentan puntuaciones muy altas en la escala de Somatización (superiores al percentil 84). En esta escala clínica se encuentran diferencias parcialmente significativas entre ambos grupos (primaria frente a secundaria), siendo un porcentaje mayor en el grupo de PP. Estos pacientes presentan mayores síntomas de malestar somático o corporal como

palpitaciones, mareos o desmayos, dolores de cabeza, entumecimiento y dolor muscular, dolores en el pecho y dificultad para respirar.

A la vista de los resultados aportados encontramos que los pacientes con DAI implantado por PP presentan en mayor porcentaje valores muy altos en Psicoreactividad, Obsesión-compulsión, Ansiedad y Somatización, así como en el Índice de Riesgo Psicopatológico. Mientras que un mayor porcentaje de pacientes con DAI implantado por PS obtienen puntuaciones muy altas en la escala de Hostilidad. Estos pacientes ofrecen más reacciones de pérdida de control emocional, con manifestaciones de agresividad e ira, rabia o resentimiento. Sin embargo, en este estudio no se señalan porcentajes elevados de pacientes con valores de depresión clínicamente relevantes, independientemente del motivo de implantación y tampoco se encuentran diferencias en depresión entre ambos grupos tal y como afirmaron en estudios anteriores Bilge et al⁽¹⁶⁾ y Rahmawati et al⁽¹⁸⁾. En definitiva, y según los resultados encontrados en el presente estudio, el ajuste psicológico de los pacientes portadores de un DAI por PP es similar al ajuste psicológico de los pacientes que llevan un DAI por PS.

En relación al miedo a recibir descargas, existe un mayor porcentaje en el grupo de PS, casi un 30% de los sujetos. Pero es cierto que son más los pacientes por prevención secundaria que han sufrido alguna descarga (63,2% en este estudio), lo que puede explicar que desarrollen más miedo a sufrirlas en el futuro o que presenten mayor ansiedad anticipatoria que los pacientes de PP (12,9% para esta muestra).

Respecto al grado de malestar subjetivo derivado de la enfermedad, los pacientes cuyo motivo de implantación es primario reflejan mayor grado de malestar. En consistencia con este estudio, Rahmawati et al⁽¹⁸⁾ mostró que los pacientes cuyo motivo de implantación

fue primario presentaban mayor preocupación asociada al desfibrilador y mayores niveles de ansiedad. Consideramos que esto puede explicarse porque los pacientes cuyo motivo de implantación es primario no han padecido ningún síntoma de enfermedad relacionado con el infarto o con la arritmia ventricular que justifique la implantación del dispositivo y podrían no comprender la necesidad del mismo.

Los resultados del presente estudio sugieren la necesidad de evaluar determinadas variables psicopatológicas con mayor profundidad. Así, por ejemplo, se pone de manifiesto la necesidad de conocer y evaluar las alteraciones del sueño con instrumentos más concretos y específicos, los cuales nos ayuden a establecer el peso específico que dichas alteraciones pueden tener en el ajuste psicológico de este tipo de pacientes. Por otro lado, se pone de manifiesto que la Hostilidad parece ser característica de los pacientes con DAI. En este sentido, sería interesante ampliar este estudio con la evaluación de variables relacionadas tanto con la propia Hostilidad como con la Ira, así como con rasgos de personalidad propios de estos perfiles, tales como las personalidades tipo A o tipo D. En el caso de la personalidad tipo A serían perfiles de alta competitividad-dominancia, una implicación excesiva en el trabajo, impaciencia y hostilidad. La personalidad tipo D se define como la tendencia a experimentar simultáneamente emociones negativas (Afectividad Negativa) y a inhibir su expresión durante la interacción social (Inhibición Social). Estos rasgos de personalidad podrían influir en las alteraciones psicopatológicas de los pacientes independientemente del motivo de implantación.

Debido a la existencia de alteraciones psicológicas y de sintomatología clínicamente relevante en pacientes portadores de un DAI, sería necesaria en la atención integral a estos pacientes una evaluación psicológica previa a la implantación, la cual nos permita establecer

programas de intervención, y educación para la salud, así como programas de seguimiento y apoyo psicológico tras la misma. Es importante que la evaluación y el apoyo psicológico esté presente con el fin de que se faciliten las intervenciones adaptadas a estos pacientes.

Entre las limitaciones del presente trabajo es preciso mencionar el diseño de corte transversal empleado en este estudio y el tamaño de la muestra. En el primer caso, los datos fueron recogidos en un único momento temporal que nos impide determinar si las variables psicopatológicas identificadas se presentaban en los pacientes antes de la implantación del DAI. En este sentido, sería recomendable llevar a cabo estudios longitudinales de evaluación psicopatológica pre y post implantación. En el segundo caso, el número de participantes en este estudio no fue lo suficientemente grande para poder realizar generalizaciones significativas en algunas de las variables medidas, en este sentido sería necesario realizar nuevos estudios en muestras de mayor tamaño.

AGRADECIMIENTOS

A los profesionales de la Unidad de Arritmias del Hospital Virgen de la Arrixaca que colaboraron en este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zipes DP, Wellens HJ. Sudden cardiac death. *Circulation*. 1998; 98(21):2334-51. Review.
2. Eisenberg MS. Resuscitate: how your community can improve survival from sudden cardiac arrest. 2nd ed. Seattle: University of Washington Press. 2013.
3. Moss AJ, Zareba W, Hall WJ et al. Prophylactic implantation of a defibrillator in patients with myocardial infarction and reduced ejection fraction. *N Engl J Med*. 2002; 346:877-83.
4. Bardy GH, Lee KL, Mark DB. Amiodarone or an implantable cardioverter defibrillator for congestive heart failure. *N. Engl. J Med*. 2005; 352: 225-37.
5. Konstantino Y, Shafat T, Novack V, Novack L, Amit G. Incidence of implantable cardioverter defibrillator therapy and mortality in primary and secondary prevention of sudden cardiac death. *Israel Medical Association Journal*. 2015;17:760-63.
6. Hohnloser SH, Israel CW. Current evidence base for use of the implantable cardioverter-defibrillator. *Circulation*. 2013;128:172-83.
7. Paneque I, Carrión, MR, Fernández, JM, Pinilla P. Vivir con un desfibrilador automático implantable. Un estudio cualitativo de las experiencias de los pacientes. *Index Enfermería*. 2014; 23: 31-5.
8. Atwater BD, Daubrt JP. Implantable cardioverter defibrillators: risks accompany the life-saving benefits. *Heart*. 2012;98(10): 764-72.
9. Pedersen S, Broek K, Theuns D et al. Risk of chronic anxiety in implantable defibrillator patients: a multi-center study. *International Journal of Cardiology*. 2011; 147: 420-23.
10. Sears SF, Conto BJ. Quality of life and psychological functioning of ICD Patients. *Heart*. 2002;87:488-93.
11. Pedersen SS, Van Domburg RT, Theuns DA et al. Concerns about the implantable cardioverter defibrillator: a determinant of anxiety and depressive symptoms independent of experienced shocks. *American Heart Journal*. 2005;149(4): 664-69.
12. Amaiz R, Asher E, Rozen G et al. Reduction in depressive symptoms in primary prevention ICD scheduled patients - One year prospective study. *General Hospital Psychiatry*. 2017;48: 37-41
13. Magyar-Russell G, Thombs BD, Cai JX et al. The prevalence of anxiety and depression in adults with

- implantable cardioverter defibrillators: a systematic review. *J. Psychosom. Res.* 2011;71: 223–31.
14. Gostoli, S, Bonomo, M, Roncuzzi R et al. Psychological correlates, allostatic overload and clinical course in patients with implantable cardioverter defibrillator (ICD). *International Journal of Cardiology.* 2016;220: 360-64.
15. Saskia M, Rüdiger M, Wilke S et al. Anxiety disorders in patients with implantable cardioverter defibrillators: frequency, course predictors, and patients' request for treatment. *Pace.* 2014;37: 35-47.
16. Bilge AH, Ozben B, Demircan S et al. Depression and Anxiety Status of patients with Implantable Cardioverter Defibrillator and precipitating factors. *Pace.* 2006;29:619-26.
17. Van den Broek K, Nyklicek I, Van der Voort MD et al. Shoks, personality and anxiety in patients with an implantable defibrillator. *Pace.* 2008;31:850-57.
18. Rahmawati A, Chishaki A, Ohkusa T et al. Influence of primary and secondary prevention indications on anxiety about the implantable cardioverter-defibrillator. *Journal of Arrhythmia.* 2016;32:102-7.
19. De Rivera L, Abuín M. *Listado de Síntomas Breves (LSB-50)*. Madrid: Editorial TEA Ediciones, S.A; 2012. 79 p.
20. López-Torres J, Boix C, David Y et al. Functional status in the elderly with insomnia. *Qual Life Res.*2007;16:279-86.
21. López-Torres J, Navarro B, Párraga I, Andrés F, Rabanales J, Simarro MJ. El estado de salud de las personas mayores que sufren insomnio. *Gaceta Sanitaria.*2013;27:47-52.