

Comorbilidad emocional, calidad de vida y afrontamiento a la descarga eléctrica en pacientes con desfibrilador automático implantable

Emotional comorbidity, quality of life and coping with shock in patients with implantable cardioverter defibrillator

Carlos Gonzalo Figueroa-López^{1*}, Ana Karen Talavera-Peña¹,
José Cigarroa-López² y Bertha Ramos-del Río¹

¹Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, México.

²Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

RESUMEN

Objetivo. Determinar la comorbilidad emocional (ansiedad, depresión), las estrategias de afrontamiento a la descarga eléctrica del DAI más utilizadas por estos pacientes, y su impacto en la calidad de vida relacionada con la salud del paciente con arritmia portador de un DAI. **Método.** Se utilizaron los cuestionarios HADS, CHIP y CVRS. Se realizó un estudio descriptivo transversal. **Resultados.** Participaron 20 pacientes portadores de DAI que recibían atención en la UMAE del Hospital de CMN Siglo XXI IMSS, con una media de edad de 57 años, siendo 75% hombres y 25% mujeres. 45% presentó ansiedad y 55% de depresión. **Conclusión.** Las características psicológicas reportadas en esta investigación sugieren la creación de programas de evaluación e intervención específicos para estos pacientes a cargo de psicólogos especialistas en el área de la cardiología conductual.

Palabras clave: afrontamiento; ansiedad; depresión; calidad de vida relacionada con la salud; arritmia cardíaca.

ABSTRACT

Objective. Determining the emotional comorbidity (anxiety, depression), the coping strategies to ICD shock most commonly used by these patients, and its impact on the patient's quality of life and health with an ICD. **Methods.** Psychological evaluation was performed by the HADS, the CHIP and the HRQLQ. A cross-sectional descriptive study was carried out. **Results.** 20 ICD patients receiving care at the Hospital of Cardiology UMAE XXI CNMC IMSS were evaluated, with a mean age of 57 years old, 75% male and 25% female. 45% reported anxiety and 55% depression. **Conclusion.** The psychological characteristics reported in this study suggest the creation of specific for evaluation and intervention programs for these patients treated by specialized psychologists in the field of behavioral cardiology.

Key words: coping; anxiety; depression; health related quality of life; cardiac arrhythmia.

ANTECEDENTES

Recientemente la Organización Mundial de la Salud¹ reportó que las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en todo el mundo. Se calcula que en 2030 morirán cerca de 23,6 millones de personas por ECV y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte. En México, la Secretaría de Salud indicó que este grupo de enfermedades constituye un problema de salud pública ya que las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte y anualmente ocurren cerca de 70 000 defunciones por este motivo. De estos fallecimientos un 6% se producen a causa de una arritmia. Se calcula que aproximadamente un 15% de los mexicanos mayores de 50 años padecen algún tipo de arritmia².

Los latidos del corazón ocurren como consecuencia de unos impulsos eléctricos que hacen que las aurículas y los ventrículos se contraigan de forma adecuada, sincrónica y rítmica. Una arritmia cardíaca es una alteración del ritmo cardíaco. Los dispositivos implantables son aparatos electrónicos capaces de analizar el ritmo del corazón y tratar las arritmias mediante estímulos eléctricos. La función de un desfibrilador automático implantable (DAI) es controlar el número y duración de las taquicardias de origen ventricular y evitar que ocurra un desenlace fatal (la muerte súbita) en caso de taquicardias de alto riesgo. El DAI se implanta bajo la piel en el área superior del pecho proporcionando descargas eléctricas para que el corazón regrese a su ritmo normal cuando fisiológicamente sea necesario. A través de estas funciones, el DAI se convierte en una terapia “salvavidas” para las personas en riesgo de muerte cardíaca súbita.

Sin embargo, el DAI puede afectar de diversas formas al bienestar psicológico y la calidad de vida de los pacientes. En primer lugar, la prolongación de la vida tras el implante de DAI en pacientes con una cardiopatía estructural, en muchos casos severa, conllevaría un empeoramiento de la situación funcional y psicológica del paciente y de su calidad de vida. En segundo lugar, el DAI provoca que los pacientes modifiquen su estilo de vida y se limiten algunas actividades, como no poder realizar deportes de contacto o dejar de conducir automóviles, lo que puede afectar negativamente su calidad de vida. En tercer lugar, las descargas del DAI son inesperadas y dolorosas y se asocian con miedo e incertidumbre e incluso ser consideradas por algunos pacientes como una “amenaza para su supervivencia”. Las descargas frecuentes y repetidas tienen un impacto negativo para la calidad de vida de los pacientes portadores de DAI, por ejemplo, presentan diversos síntomas y trastornos psicológicos,

como estrés, ansiedad, depresión, disfunciones sexuales, sensación de incertidumbre o pérdida de control y problemas en la adaptación psicosocial, entre otros³.

El principal predictor de empeoramiento de la calidad de vida y ajuste psicológico al DAI, tras el implante, es el número de descargas del dispositivo ya que estas descargas además de dolorosas son inesperadas. Otros predictores son la juventud, los antecedentes personales de trastornos de ansiedad o depresión y el escaso apoyo social o familiar. En la mayor parte de los estudios se han realizado evaluaciones de la calidad de vida a corto plazo y se desconoce si ésta puede cambiar a largo plazo, se desconoce si con el paso del tiempo el paciente presenta un ajuste psicológico al dispositivo⁴.

Sears, Shea y Conti⁵ encontraron que sus pacientes portadores de DAI reportaron las siguientes preocupaciones ante la experiencia de la descarga: inquietud por el mal funcionamiento del dispositivo, preocupaciones de morir, ansiedad, tensión muscular, sudoración, aumento de la frecuencia respiratoria, depresión, cambios de apetito, de peso, trastornos del sueño, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.

En el desajuste psicológico que se presenta como consecuencia de la descarga eléctrica del DAI, los estilos de afrontamiento se identifican como una variable importante mediadora de la adaptación del paciente a su enfermedad cardíaca. En este sentido, Buetow, Goodyear-Smith y Coster⁶ realizaron un estudio para determinar el modo de afrontamiento ante los síntomas de su enfermedad en 62 pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. Encontraron que predominaban cuatro estrategias: evitación, negación, rechazo y aceptación. Bernal, Lemos, Medina y Ospina⁷ encontraron diferencias en las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con presión arterial alta y baja, siendo la solución de problemas la estrategia de mayor uso reportada por los hipertensos y la búsqueda de apoyo profesional y reevaluación positiva, las más reportadas por los hipotensos.

En el caso de los pacientes con taquicardia ventricular, no existe evidencia acerca de las formas en que los pacientes portadores de DAI afrontan las descargas y si sus formas de afrontamiento influyen en su calidad de vida.

Objetivo

El objetivo de este estudio fue determinar la ansiedad, la depresión, la calidad de vida relacionada con la salud y las estrategias de afrontamiento más utilizadas ante

la descarga eléctrica en pacientes con arritmia cardíaca portadores de un dispositivo automático implantable (DAI).

MÉTODO

Participantes

Participaron 20 pacientes hombres y mujeres, portadores de DAI que recibían atención médica en la UMAE del Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Criterios de Inclusión

- Haber experimentado al menos una descarga eléctrica en los últimos 6 meses.
- Mayores de 18 años de edad.
- Firmar carta de consentimiento informado.

Criterios de no Inclusión

- Tener algún padecimiento psiquiátrico.
- No saber leer y escribir.

Criterios de Exclusión

- Evaluación psicológica incompleta.

Variables

DEPRESIÓN

Definición: es la incapacidad de experimentar placer (anhedonia) acompañada de una desmoralización por un sufrimiento prolongado, reacción a la pérdida (dolor), pérdida de la autoestima y actitud pesimista⁸.

ANSIEDAD

Definición: es un estado de ánimo negativo, una preocupación respecto a peligros o amenazas futuras, una preocupación por sí mismo y una sensación de que se es incapaz de predecir futuras amenazas, o de controlarlas en el caso de que realmente se produzcan⁹.

AFRONTAMIENTO

Definición: aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo¹⁰.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Definición: la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar¹¹.

Materiales e Instrumentos

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Diseñado por Snaith y Zigmond⁸, formada por 14 ítems, 7 para cada trastorno. La consistencia interna mediante la prueba Alfa de Cronbach fue de $\alpha=0.82$ para la escala de ansiedad y de $\alpha=0.76$ para la escala de depresión¹².

Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud validado en población mexicana. Consiste en 16 ítems con 6 opciones de respuesta que van de 0 a 5 donde 0 indica calidad de vida relacionada con la salud no afectada y 5 que indica el máximo impacto en la calidad de vida. Los coeficientes de fiabilidad de Cronbach oscilaron entre 0,7 y 0,96 según las dimensiones¹¹. Tiene 5 dimensiones:

Limitaciones físicas.

Síntomas.

Autoeficacia.

Calidad de vida.

Interferencia social.

El Inventario de Respuestas de Afrontamiento-Adultos validado en población mexicana consta de dos partes:

1ª. La primera parte se compone de la descripción del problema y de 10 ítems en una escala Likert de 4 puntos (desde "seguro que no" a "seguro que sí").

2ª. La segunda parte consta de 48 ítems en una escala Likert de 4 puntos (desde "no, nunca" a "sí, casi siempre") que se divide en ocho escalas:

1. Análisis lógico
2. Reevaluación positiva
3. Búsqueda de guía y soporte
4. Solución de problemas
5. Evitación cognitiva
6. Aceptación o resignación
7. Búsqueda de recompensas alternativas
8. Descarga emocional

La adaptación española tiene un coeficiente de fiabilidad de Cronbach de 0.85¹³.

Diseño

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal.

Procedimiento

El contacto se realizó cuando los pacientes acudían a revisión de su DAI, y si los médicos determinaban que se cumplían con los criterios antes mencionados, los

invitaban a participar en el proyecto. Después de explicar la naturaleza del estudio y las características de la participación de los pacientes, se procedió a la firma de la carta de consentimiento informado. La aplicación de la ficha de identificación y de los cuestionarios psicológicos se realizó en una sola sesión con una duración aproximada de 50 minutos.

Consideraciones Éticas

El protocolo fue avalado por el Comité de Ética del la UMAE del Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

RESULTADOS

Participaron 20 pacientes con DAI (75% hombres y 25% mujeres), edad media 57.05 años, 70% casados, 30% con nivel escolar de Licenciatura. En cuanto al número de descargas, la media fue de 5.89 en un periodo de 6 meses y el 40% reportó que las descargas fueron muy dolorosas (ver Tabla 1).

La figura 1 indica que el 45% de la muestra presentó algún nivel de ansiedad, (30% ansiedad leve y 15% severa) es decir, reportaron reacciones emocionales desadaptativas, reales o imaginarias, implicadas en los procesos de adaptación ante la cirugía cardíaca.

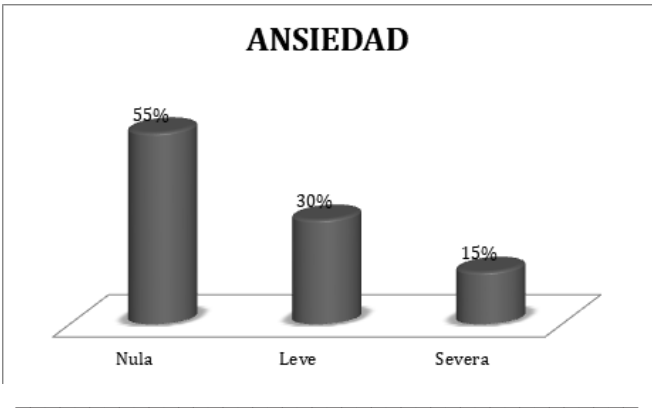


Figura 1. Distribución de los niveles de ansiedad de la muestra de pacientes con DAI.

En la figura 2 se puede ver que el 55% de la muestra presentó algún nivel de depresión (40% leve y 15% severa), es decir, reportaron trastornos del estado anímico con sentimientos de tristeza, baja autoestima, actitud pesimista, pérdida, ira o frustración que interferían con la vida diaria del individuo durante un periodo de tiempo reportándolo al estar hospitalizado.

Tabla 1. Características de los participantes.

Edad	M=57.05 años	
	SD= 14.56 años	
	27-82 años	
Ocupación	Empleado	2 10%
	Profesionista	4 20%
	Comerciante	2 10%
	Ama de casa	2 10%
	Otro	10 50%
Estado Civil	Soltero/a	3 15%
	Casado/a Unión libre	14 70%
	Viudo/a	3 15%
Escolaridad	Sabe leer y escribir	3 15%
	Primaria	5 25%
	Secundaria	3 15%
	Bachillerato o Carrera técnica	3 15%
	Licenciatura o Posgrado	6 30%
¿Cuántas descargas ha tenido en los últimos 6 meses?	M=5.89 descargas	
	SD= 14 descargas	
	1-60 descargas	
¿Qué tan dolorosa fueron las descargas causadas por su DAI?	Nada	7 35%
	Poco	1 5%
	Regular	4 20%
	Mucho	8 40%

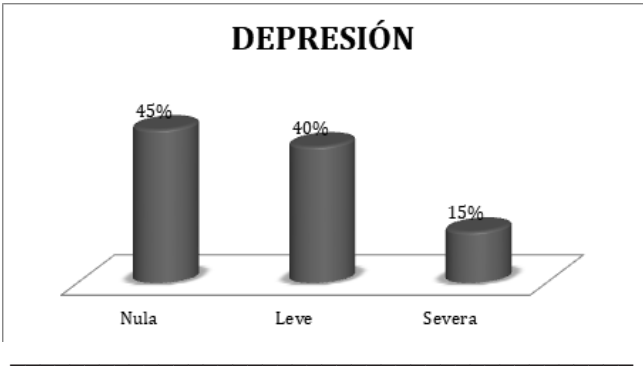


Figura 2. Distribución de los niveles de depresión de la muestra de pacientes portadores de DAI.

En la Figura 3 se observa el análisis por dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud. La puntuación media global fue de 78 (cabe mencionar que mientras la puntuación esté más cercana a 100, indica una mejor calidad de vida) lo que refleja en alguna manera el impacto negativo de ser un portador de DAI. El mayor impacto (69 puntos) se ve reflejado en su percepción de limitaciones físicas. En otras dimensiones como autoeficacia e interferencia social su nivel de calidad de vida fue de 78 y 75 respectivamente, lo que indica que se sienten inseguros de saber que hacer o a quien llamar si su enfermedad empeora y que perciben que no tienen información suficiente sobre su enfermedad y su DAI. Solo en la dimensión de Síntomas se encontró que estos pacientes tienen una calidad de vida menos afectada con una puntuación media de 83.

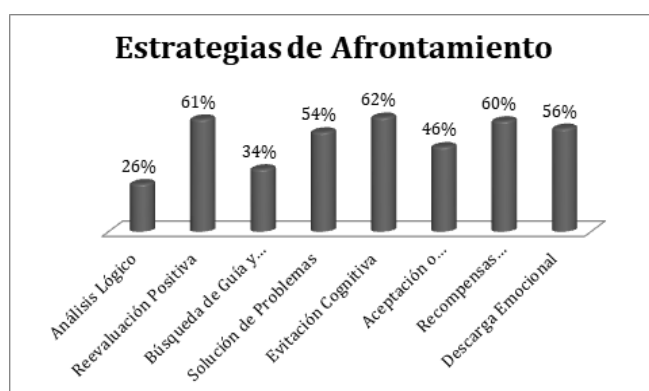


Figura 3. Puntuación por dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con DAI.

En la Figura 4 se puede ver que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por pacientes con DAI son la evitación cognitiva (62%), la reevaluación positiva (61%) y la búsqueda de recompensas alternativas (60%); mientras que el análisis lógico (26%), la búsqueda de guía y soporte (34%) y la aceptación o resignación (46%) fueron las estrategias menos frecuentes.

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue determinar los niveles de ansiedad y depresión, identificar las estrategias de afrontamiento a la descarga eléctrica más utilizadas por pacientes con DAI y describir la calidad de vida relacionada con la salud.

Respecto a la prevalencia encontrada en ansiedad (45%) y depresión (55%), los datos coinciden con lo

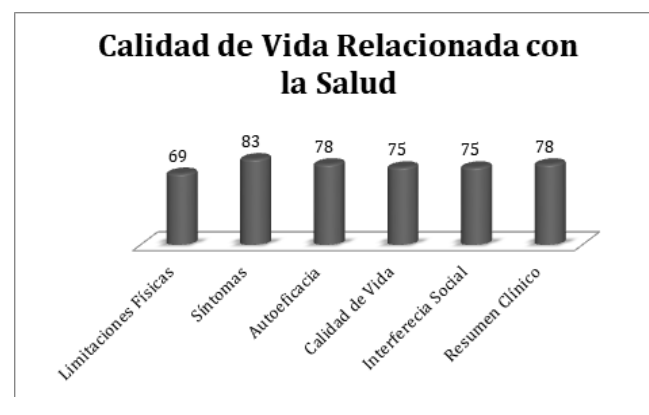


Figura 4. Distribución de las estrategias de afrontamiento en pacientes con DAI.

reportado por Peinado-Peinado¹⁴ quien indica que estos factores psicosociales están presentes en pacientes con DAI y con un estudio realizado por García¹⁵ con pacientes con arritmia portadores de marcapaso en el Hospital General de México quien reportó porcentajes similares a los de esta investigación. De igual forma, se ha reportado que la ansiedad y depresión también pueden ser un precipitante en el inicio de nuevas arritmias ventriculares, a la vez que se relaciona con una pobre adherencia terapéutica¹⁶.

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud el mayor impacto negativo se vio reflejado en su percepción de mayores limitaciones físicas, dimensión en la que se obtuvo una puntuación media menor. En otras dimensiones como autoeficacia e interferencia social el nivel de calidad de vida fue regular, lo que indica que no se sienten seguros de saber que hacer o a quien llamar si su enfermedad empeora y que perciben que no tienen información suficiente sobre su enfermedad y su DAI. Solo en la dimensión de Síntomas se encontró que estos pacientes tienen una mejor calidad de vida, esto puede deberse a que el DAI disminuye o desaparece los síntomas de la arritmia. Llama la atención que este resultado es diferente al reportado en la literatura por Roca y et al.¹⁷ y Etxeaberría, et al.¹⁸ quienes encontraron una mala calidad de vida en sus respectivas muestras de estudio, atribuyendo incluso la presencia de depresión como un factor predictor de la mala calidad de vida en este tipo de pacientes. Igualmente, Leosdottir, et al. (2006)¹⁹ concluyeron que los pacientes con IDC tenían una vida comparable con los pacientes con marcapasos respecto a presentar ansiedad y depresión, por lo que se recomienda más información antes de la implantación del dispositivo y psicoterapia.

Los estilos de afrontamiento se identifican como una importante variable mediadora en la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes como lo es una descarga eléctrica. Las estrategias más utilizadas por estos pacientes fueron la evitación cognitiva y la reevaluación positiva, lo cual indica que su tipo de afrontamiento está dirigido a la emoción y no al problema, es decir, el paciente toma un papel pasivo y de indefensión ante la descarga. Es importante que los pacientes tengan un conocimiento y control sobre su enfermedad a través del desarrollo de estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución del problema en donde el paciente tenga un papel activo sobre su enfermedad. Si bien no existen estudios que evalúen las estrategias de afrontamiento a la descarga eléctrica en pacientes con DAI, existen investigaciones con otro tipo de cardiopatía que reportan como principales estrategias a la búsqueda de apoyo profesional y la reevaluación positiva⁷.

En resumen, en este estudio se encontró la presencia de diversos factores de riesgo cardiovascular psicológicos los cuales, como se ha reportado en otros estudios^{7,20}, elevan el riesgo de sufrir una arritmia lo cual para los pacientes con DAI es igual al riesgo de experimentar una descarga.

En México no se dispone de programas de evaluación psicológica especializada para pacientes con arritmia portadores de DAI. El programa de evaluación e intervención que se han desarrollado a partir de los resultados obtenidos en esta investigación ofrecen una alternativa para medir la presencia de factores psicológicos en pacientes con DAI con instrumentos especializados, enfocados en su enfermedad cardíaca y en su tratamiento.

Finalmente, a partir de nuestra experiencia el presente trabajo propone las siguientes reflexiones:

El DAI representa un avance médico significativo para prevenir la mortalidad por arresto cardíaco. El psicólogo que trabaje con este tipo de pacientes debe seguir ciertos lineamientos:

1. Asegurarse de adquirir un conocimiento adecuado sobre las arritmias y el DAI para ser competitivo en esta área. Se sugiere tener una educación continua sobre la enfermedad cardiovascular y su tratamiento.
2. Conocer la comorbilidad emocional y las implicaciones psicosociales que se presentan en el implante de un DAI así como en las descargas. No se puede combinar el tratamiento psicológico que se da a estos pacientes con otros que tengan otra enfermedad cardíaca ya

que las descargas son exclusivas de los pacientes con DAI. Además, son otras las características del impacto en la calidad de vida y en su contexto psicosocial.

AGRADECIMIENTOS

Esta actividad se realizó gracias al apoyo del proyecto "Promoción de la calidad de vida en pacientes con desfibrilador automático implantable", con clave de registro PAPIIT IN304412.

No hay conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. OMS. Electronic Reference. [Internet]. Recuperado el 15 de noviembre de 2011. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
2. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Mujeres y hombres en México. México: INEGI; 2008.
3. Sandín B. Estrés: Un análisis basado en el papel de los Factores Sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2003; 3(1): 141–157.
4. Peinado-Peinado R, Merino-Llorens JL, Roa-Rad JH, et al. Calidad de vida y estado psicológico de los pacientes portadores de desfibrilador automático implantable. *Revista Española de Cardiología*. 2008; 8: 40-50.
5. Sears SF, Shea JB, Conti JB. Cómo responder a un choque de Desfibrilador Automático Implantable. *Circulation*. 2005; 111: 380-382.
6. Buetow S, Goodyear-Smith F, Coster G. Estrategias de los pacientes para afrontar el autocuidado de la insuficiencia cardíaca crónica. *Family Practice*. 2001; 18: 117-122.
7. Bernal TC, Lemos, HM, Medina DL, et al. Estrategias de afrontamiento y presión arterial. *Revista CES Psicología*. 2008; 2(2): 49-59.
8. Snaith P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcome*. 2003; 1-4.
9. Butcher J, Mineka S, Hooley J. *Abnormal Psychology*. Estados Unidos: Pearson; 2003
10. Lazarus R. *Patterns of adjustment*. New York: Mc. Graw Hill; 1976.
11. Rincón S, Figueroa L, Ramos del Río y Alcocer L. Validación del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 2011; 1(1), 5-12.
12. Hernández, T. Efecto de una Intervención Cognitivo Conductual sobre factores psicosociales en pacientes con Insuficiencia Cardíaca [Tesis]. México: UNAM; 2009.

13. Kirchner T, Forns M. Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRIA). Manual. Adaptación española del CRI-A de Moos, 1993. Madrid: TEA Ediciones; 2010.
14. Peinado PR, Martínez MA, González TE, et al. Manejo de los pacientes portadores de un desfibrilador automático implantable en los servicios de urgencias hospitalarias. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2005; 17: 180-196.
15. García M. Intervención Cognitivo Conductual para modificar ansiedad, depresión y calidad de vida en pacientes con arritmia cardíaca [Tesis]. México: UNAM; 2011.
16. Habibovi M, et al. Anxiety And Risk Of Ventricular Arrhythmias Or Mortality In Patients With An Implantable Cardioverter Defibrillator. Psychosomatic Medicine. 2003; 75: 36-41.
17. Roca A, Badia X, Dalfo A, Gascon G, Abellan J, Lahoz R, et al. Relaciones entre variables clínicas y terapéuticas y Calidad de Vida relacionada con la Salud en pacientes con hipertensión arterial. Medicina Clínica. 2003; 12-17.
18. Etxeberría-Lekuona D, Sánchez-Álvarez, J, Gutiérrez A, et al. Estudio de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia cardíaca en un Servicio de Medicina Interna. Anales de Medicina Interna. 2007; 24(2): 57-60.
19. Leosdotiir, et al. Cardiovascular event risk in relation to dietary fat intake in middle-aged individuals. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. 2006; 14: 701-706.
20. Figuroa C, Domínguez B, Ramos B, Alcocer L. Emergencia de la cardiología conductual en la práctica clínica. Psicología y Salud. 2009; 19(1): 151-155.