



INVESTIGACIÓN CLÍNICA: CARDIOLOGÍA CLÍNICA

Estudio descriptivo de la personalidad y psicopatología en pacientes con síncope vasovagal

Blanca P Ríos-Martínez,¹ Gloria Huitrón-Cervantes,² Manlio F Márquez,³
J Antonio González-Hermosillo,⁴ Gabriela A Rangel-Rodríguez,⁵ Luis Guillermo
Pedraza-Moctezuma.⁶

¹ Psicóloga Clínica y Psicoterapeuta del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" del 1989 al 2007

² Dra. en Psic. y T.F. Psicóloga Clínica del CEF

³ Médico adscrito al Departamento de Electrofisiología del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"

⁴ Jefe del Departamento de Electrofisiología del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"

⁵ Psicóloga egresada de la Universidad de las Américas, A.C.

⁶ Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud

Recibido el 31 de marzo de 2009; aceptado el 27 de julio de 2009.

PALABRAS CLAVE

MMPI; Síncope;
Personalidad;
Psicopatología;
Depresión; Ansiedad

Resumen

El síncope vasovagal (SVV) se caracteriza por una repentina pérdida del estado normal de conciencia (desmayo) brusca y breve, ocasionada por diversos factores (biológicos, psicológicos y sociales), al no diagnosticar y tratar oportunamente, las consecuencias pueden ser letales. Estos episodios afectan la esfera total del sujeto (a nivel individual, laboral, escolar, social, familiar, etcétera). Propósito del trabajo: contribuir en el estudio de los pacientes con SVV, describiendo sus características de personalidad y psicopatológicas. *Método:* Se empleó el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para evaluar la psicopatología en una muestra de 30 sujetos diagnosticados con SVV que acudieron al Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, se realizó un análisis descriptivo de la muestra total, sobre las variables demográficas y las puntuaciones del inventario. *Resultados:* las escalas con mayor puntuación encontrada en estos sujetos fue hipocondriasis ($\bar{X} = 67.43$), depresión ($\bar{X} = 69.83$), histeria ($\bar{X} = 67.83$) entre otras. *Conclusiones:* En general, los pacientes con síncope muestran niveles importantes de ansiedad y depresión, tienen insatisfacción, malhumor, pesimismo, preocupación, quejas somáticas, dificultades para resolver problemas de manera adaptativa, entre otros. Se resalta la importancia de conocer estas características para implementar tratamientos que manejen adecuadamente este padecimiento y proporcionar una mejora en la calidad de vida, salud física y mental de los pacientes.

KEY WORDS

MMPI; Syncpe;
Personality;
Psychopathology;
Depression; Anxiety

Psychopathology and personality in patients with vasovagal syncope

Abstract

Syncope is characterized by a sudden and brief loss of the normal state of consciousness (fainting), caused by multiple factors (biological, psychological and social), which consequences can be lethal if it is not timely diagnosed and treated. These episodes affect the total sphere of

Autor para correspondencia: Mtra en Psic. Blanca Patricia Ríos Martínez. Camino Santa Teresa 1055-cons. 306 Col. Héroes de Padierna C.P. 10700 Del. Magdalena Contreras. México, D.F. Tel. 5652-4500 Correo electrónico: blanca_rios@hotmail.com

KEY WORDS

Syncope in the elderly,
Diagnosis, Holter,
Head-up tilt test,
Electrophysiologic
study

the subject (on an individual, work, school, social, and family level). Purpose of the study: Contribute to the study of vasovagal syncope (VVS) patients, describing their personality and psychopathological characteristics. *Method:* Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) was used to evaluate psychopathology in a sample of 30 subjects diagnosed with (VVS), attended in the National Institute of Cardiology "Ignacio Chávez", making a descriptive analysis of the complete sample, regarding demographic variables and inventory scores. *Results:* The scales with higher scores found within these subjects were hypochondriasis (= 67.43), depression (= 69.83), hysteria (= 67.83) among others. *Conclusions:* In general, patients with (VVS) show significant levels of anxiety and depression, dissatisfaction, bad mood, pessimism, concern, somatic complaints, difficulty to solve problems adaptively, among others. This study remarks the importance of knowing these characteristics to implement treatments that manage this disease properly and may improve patients quality of life, as well as their physical and mental health.

Introducción

Los problemas cardiológicos han comenzado a considerar no sólo los factores biológicos, sino también los psicológicos y sociales como parte de su etiología.¹

Dentro de los padecimientos cardiacos se encuentra el síncope, el cual es un síntoma frecuente en niños y adolescentes (mayor en mujeres) que se caracteriza por una repentina pérdida del estado normal de conciencia (desmayo), brusca y breve, causada por una insuficiencia de oxígeno cerebral asociado a una pérdida del tono postural^{2,3} o por una alteración en la composición química de la propia sangre⁴ y seguido de una recuperación espontánea sin que medien maniobras de reanimación. Después del episodio el paciente puede sentirse fatigado o cansado.³ También se ha encontrado que los síncopes se pueden originar por causas cardíacas, disfunción circulatoria (sistémica o cerebral), neurológicas, tóxicas, metabólicas o psicogénas (ocurre en personas con problemas de personalidad).^{4,5}

Generalmente suele ser de evolución benigna siempre y cuando haya un diagnóstico inmediato, para dar la atención o tratamiento necesario y prevenir así la recurrencia de otros episodios;⁶ de lo contrario, puede originar lesiones físicas, psíquicas e incluso puede llegar a ser letal.³

Se ha considerado la existencia de varios tipos de síncope: cardíaco (pueden ser secundarios a arritmias o de tipo obstructivo), por hipotensión ortostática (hay un descenso brusco de la presión arterial o por manifestación de enfermedades endocrinológicas, neurológicas o patología del sistema nervioso autónomo, asociado a pacientes de edad avanzada), por efecto secundario de fármacos, neurocardiogénico, entre otros.⁵ Sin embargo, la mayoría de estos (75%-80%) son de tipo neurocardiogénico (SNCG) o también llamado síncope reflejo o vasovagal.⁷ Éste es causado por una respuesta autónoma exagerada a varios estímulos desencadenantes de tipo emocional (dolor, miedo, ansiedad, emoción), físico (defecación, micción, tos, espasmo de sollozo, calor extremo, hambre y ayuno) o durante un cuadro infeccioso, ejercicios exagerados, entre otros.³

Las consecuencias de esta enfermedad afectan a nivel laboral, escolar, social, familiar, etcétera; ya que hay una incapacidad para llevar a cabo ciertas actividades y se ha visto que algunos pacientes tienen dificultades para

rehacer su vida de manera "normal".⁸ Asimismo, se ha demostrado que la calidad de estos pacientes es mucho menor en relación con sujetos que no padecen síncope.⁹ Con respecto a esto, se ha visto que la terapia cognitivo conductual logra reducciones importantes en los episodios sincopales y ha ocasionado que estos pacientes puedan tener una vida laboral y escolar satisfactoria.⁸

Se han realizado estudios sobre síncope y aspectos psicológicos, encontrando características específicas de estos pacientes a diferencia de personas que no presentan esta sintomatología. Se ha demostrado que el grupo de síncope se caracteriza por ser joven, con ligera desadaptación, mostrando mayores sentimientos negativos sobre su trabajo;¹ tienen un mayor número de dolencias somáticas, eventos traumáticos reportados en la infancia y adolescencia, consumo de sustancias, dificultades para expresar sus emociones, inseguridad para establecer relaciones sociales¹⁰ y trastornos de pánico.¹¹

Por otro lado, en estudios más recientes^{12,13} se encontró que las variables psicológicas como depresión, ansiedad (estado y rasgo), cogniciones negativas (creer que los síntomas son una amenaza de muerte y de daño físico), miedo, preocupación y deterioro psicosocial, tienen alta ocurrencia en sujetos con síncope que no respondieron al tratamiento a diferencia de los que si respondieron.

Las investigaciones anteriormente expuestas, confirman la necesidad de incluir tratamientos psicológicos en pacientes con síncope para reducir el impacto de los síntomas y sus secuelas. Ya que como algunos estudios indican, posiblemente el síncope se debe, en parte, al desequilibrio psicosocial y emocional que estos pacientes expresan.¹⁰ Es por ello, que resulta importante seguir investigando sobre la personalidad y psicopatología del paciente con síncope para tener un mejor entendimiento del problema y buscar maneras de prevenir estos eventos, y poder proporcionar a los pacientes herramientas para lograr una mejor adaptación a su enfermedad y mejor manejo a sus emociones.

Material y métodos

Participantes

La muestra se compone de 30 pacientes con diagnóstico de síncope neurocardiogénico (27 mujeres y 3 hombres) con edades entre 12 y 46 años, que acuden al Instituto

Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICh). Estos pacientes contaban con una prueba de inclinación positiva.*

Instrumentos

A los participantes se les aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI),^{14,15} una prueba con un alto grado de validez y confiabilidad estadística. Consiste de 566 enunciados afirmativos de autorreferencia con opción de respuesta de cierto y falso.

El MMPI consta de 13 escalas (10 clínicas y 3 de validez) que dan información sobre los rasgos de personalidad y psicopatología del paciente.¹⁵ Las escalas clínicas que se valoran son: 1) hipocondriasis (Hs, preocupación del cuerpo y temores concomitantes a la enfermedad), 2) depresión (D), 3) histeria (Hi, quejas corporales generales, sistemáticas o específicas), 4) desviación psicopática (Pd, presencia de conducta antisocial, rebelión hacia figuras de autoridad),¹⁶ 5) identidad sexual (Mf), 6) paranoia (Pa), 7) neurosis obsesiva-compulsiva o psicasteria (Pt), 8) esquizofrenia (Es), 9) manía (Ma) y 10) extroversión/introversión (Is). Las escalas de validez¹⁵ son L (mentira, mide el grado de intento por falsificar los puntajes), F (evalúa la validez total del protocolo), K (es un factor de corrección para poder discriminar las escalas clínicas medidas). Estas escalas, permiten controlar las respuestas, previendo la existencia de distorsiones en las mismas.¹⁶

El inventario nos da un puntaje (en esta investigación se tomará en cuenta sólo la estandarizada, puntuación T) sobre cada escala clínica medida y mientras mayor sea éste, mayor es el desorden de personalidad; se considera psicopatología cuando el puntaje es mayor a T 70. La normalidad se toma al tener una puntuación T de 50 ± 20 puntos. Cabe destacar que la interpretación de estas escalas también depende de la combinación de las mismas.¹⁷

Es importante aclarar que se utilizó el MMPI (primera versión) ya que ésta información ha sido recopilada desde varios años; inicialmente se iban a incluir en la investigación a todos estos pacientes, sin embargo, se decidió tomar una muestra más actual que va de los años 2006 al 2007.

Análisis descriptivo

Se realizó un análisis descriptivo de las variables demográficas y de las puntuaciones del MMPI de la muestra total. Dado que la mayoría de la muestra son mujeres, no se pudo realizar una comparación por sexos. Para la interpretación de resultados, se utilizó el "MMPI: Guía Práctica".¹⁵

Resultados

La muestra se compone de 30 pacientes, en su mayoría mujeres ($n = 27$) con edades entre 12 y 49 años, teniendo el 63.3% de los pacientes entre 12 y 19 años. El nivel de estudios más alto fue: Secundaria, seguido de preparatoria, primaria y licenciatura (56.7%, 20%, 13.3%, 3.3% respectivamente). En cuanto al estado civil, se encontró que el

Tabla 1. Análisis descriptivo de pacientes con síncope (datos demográfico)

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	3	10.0%
	Femenino	27	90.0%
	Total	30	100.0%
Escolaridad	Primaria	4	13.3%
	Secundaria	17	56.7%
	Preparatoria	6	20.0%
	Licenciatura	1	3.3%
Faltantes	Total	28	93.3%
		2	6.7%
Total		30	100.0%
Edo. Civil	Casado	4	13.3%
	Soltero	24	80.0%
	Unión libre	1	3.3%
	Total	29	96.7%
Faltantes		1	3.3%
	Total	30	100.0%
Edad	12-19 años	19	63.3%
	20-29 años	8	26.7%
	30-39 años	2	6.7%
	40-49 años	1	3.3%
	Total	30	100.0%

80% de los pacientes son solteros, 13.3% casados y el 3.3% en unión libre (Tabla 1).

De acuerdo a los resultados globales del MMPI (Tabla 2 y Figura 1), se pudo encontrar que en general los pacientes con síncope son personas temperamentales, inquietas, insatisfechas y malhumoradas. Así como también, están levemente deprimidas, ansiosas, preocupadas y pesimistas por situaciones temporales que viven (situaciones cotidianas de la vida). Reflejan desconfianza y resentimiento por los males reales o imaginarios que sienten se les hacen.

Se caracterizan por ser hipersensibles, rígidos y por pensar que están limitados y presionados ante los aspectos sociales y vocacionales de su vida; tal vez esto explique la existencia de relaciones interpersonales superficiales, mostrado en sus resultados. Tienen una necesidad de impresionar de manera favorable y de ofrecer respuestas socialmente aceptadas, sin embargo también tienden a expresar hostilidad de forma indirecta.

Muestran buenos niveles de actividad, energía, seguridad y capacidad de competencia, así como de entusiasmo. Expresan un interés significativo por su salud y pueden presentar quejas somáticas, generalmente en períodos de tensión; ocurrido por tener poca comprensión de sus problemas emocionales y de adaptación. Al parecer, han aprendido a vivir con sus molestias físicas (las cuales suelen ser egosintónicas¹), utilizándolas a tal grado que es muy difícil que estos sujetos se sometan a tratamiento.

* La prueba de inclinación (PI) es una herramienta útil para realizar una valoración diagnóstica de síncope

¹ Denota aspectos de la personalidad que son vistos como aceptables y consistentes con su personalidad global

Tabla 2. Análisis descriptivo del MMPI en síncope

	<i>N</i>	\bar{X} *	D.E.**
L	30	56.57	7.44
F	30	67.77	15.56
K	30	48.37	7.84
Hipocondriasis (Hs)	30	67.43	9.36
Depresión (D)	30	69.83	11.50
Histeria (Hi)	30	67.83	9.87
Desviación Psicopática (Pd)	30	64.40	14.34
Maculinidad-Feminidad (Mf)	30	60.47	10.93
Paranoia (Pa)	30	65.13	14.40
Psicastenia (Pt)	30	58.10	10.85
Esquizofrenia (Es)	30	67.60	15.50
Manía (Ma)	30	60.53	11.07
Introversión social (Is)	30	57.37	8.43

* Media (\bar{X}); ** Desviación Estándar (D.E.).

Abreviaturas empleadas: L: Mentira; F: Validez; K: Corrección

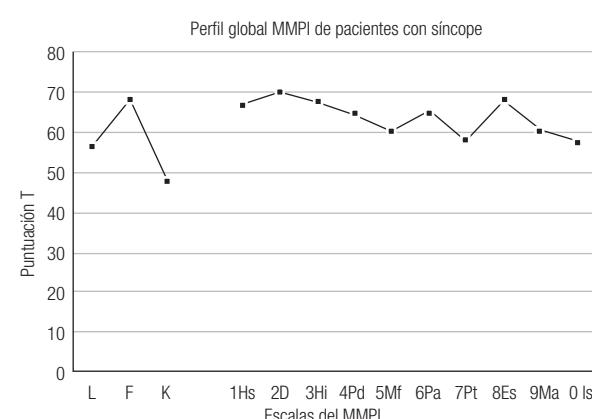
Discusión

A lo largo de este estudio se ha enfatizado la necesidad de conocer los diferentes ámbitos de la etiología del síncope. Esta investigación se enfoca mucho más en la psicopatología de estos pacientes encontrando interesantes datos.

Los resultados concuerdan con otras investigaciones^{1,2,3,12,13} sobre las características del grupo: la mayoría son jóvenes, con niveles importantes de insatisfacción, malhumor, pesimismo, preocupación, rigidez y con dificultades para afrontar estas sensaciones de manera adaptativa, ya que estos sujetos tienden a expresar una hostilidad de manera indirecta indicando la incapacidad que tienen para el manejo de sus sensaciones.¹⁰ A todo esto, se añade su interés por estar saludables y presentar quejas somáticas (como posible manera de canalizar sus tensiones).

Asimismo, se encontró que estos pacientes presentan sintomatología ansiosa y depresiva, tienden a pensar que están limitados (posiblemente por su condición física) para tener un desempeño favorable en diferentes ámbitos de su vida, coincidiendo estos resultados con los descritos por Flint y colaboradores¹² y Grace y colaboradores.¹³

Ahora bien, se podrían lanzar una serie de hipótesis sobre la génesis del síncope, pero la realidad es que suele ser complicado saber a la perfección que pasa antes y/o después de estos episodios sobre los ámbitos psicológicos y sociales. Es decir, posiblemente estos pacientes tengan una predisposición al síncope ocasionado por el estilo de vida, la psicopatología, su entorno y su estado fisiológico; pero, dado que es un estudio descriptivo, es un hecho que no se puede aseverar que los resultados aquí observados expliquen de manera causal, el primer episodio sincopal o los posteriores. Lo que sí se puede afirmar, es que todas estas variables influyen de alguna manera en estos episodios y en la aceptación del padecimiento.

Figura 1. Perfil global del MMPI en pacientes con síncope

Abreviaturas empleadas: L: Mentira; F: Validez; K: Corrección; Hs: Hipocondriasis; D: Depresión; Hi: Histeria; Pd: Desviación Psicopática; Mf: Identidad Sexual (masculino-femenino); Pa: Paranoia; Pt: Psicastenia (obsesivo-compulsivo); Es: Esquizofrenia; Ma: Manía; Is: Extroversión/Introversión.

Por ello, se recomienda seguir realizando estudios sobre síncope y difundir los resultados, para lograr que este padecimiento deje de ser de difícil diagnóstico y los daños que ocasione disminuyan. En la práctica clínica se ha visto que muchos de los pacientes se dan cuenta de su síncope en la etapa adulta, y al hacer entrevista, detectaban en su juventud algún tipo de psicopatología y/o de síntomas sincopales.

El pensar como alguien que en cualquier momento puede tener un “desmayo”, conlleva a una serie de pensamientos relacionados con la muerte y daño físico^{12,13} que llevan al paciente a tener un aumento de la ansiedad y depresión por no poder sentirse eficaz y con control sobre el padecimiento. Es por ello, que se recomienda que en posteriores investigaciones se enfaticice en las cogniciones, emociones, fantasías, estilos de afrontamiento que tienen los pacientes sobre estos episodios y proponer un plan de tratamiento multidisciplinario para que eventualmente disminuya la psicopatología encontrada en esta investigación y obtengan mejores maneras de afrontar los episodios, su entorno y los cambios que ello implica.

Conclusiones

El síncope es una condición frecuente en niños y adolescentes ocasionada por diversos factores, por lo que un diagnóstico (en tiempo) es indispensable. En el ámbito psicológico se encontró que los pacientes sincopales presentan cierta psicopatología, defendiendo así, la necesidad de establecer tratamientos psicoterapéuticos eficaces para lograr una mejora en su calidad de vida (física y mental).

Bibliografía

- Sledge WH, Boydston JA. Vasovagal syncope in aircrew. Psychosocial aspects. J Nerv Ment Dis 1979;167:114-24.

2. Oswald S. Sudden loss of consciousness: clinical presentation and pathophysiological mechanisms. *Ther Umsch* 1997; 54:114-9.
3. Antoniuk SA. Síncope en la infancia y adolescencia. *Medicina (Buenos Aires)* 2007;67:639-46.
4. Sánchez JM. Síncope y mareos en la edad pediátrica: orientación diagnóstico-terapéutica. *Pediatr Integral* 2004;VIII:577-93.
5. Sagistrá J. Abordaje diagnóstico y terapéutico del síncope en urgencias. *Emergencias* 2007;19:273-82.
6. Rodríguez A, Gómez C, Castro M, Eiris P, Martínón-Torres F. Síncope en el adolescente: orientación diagnostica y terapéutica. *An Pediatr (España)* 2005; 63:330-9.
7. Massin MM, Bourguignont A, Coremans C, Comté L, Lepage P, Gerárd P. Syncope in pediatric patients presenting to an emergency. *J Pediatr* 2004;145: 223-8.
8. Newton JL, Kenny RA, Baker CR. Cognitive behavioural therapy as a potential treatment for vasovagal/neurocardiogenic syncope -a pilot study. *Europace* 2003;5:299-301.
9. Giada F, Silvestri I, Rossillo A, Nicotera PG, Manzillo GF, Raviele A. Psychiatric profile, quality of life and risk of syncopal recurrence in patients with tilt induced vasovagal syncope. *Europace* 2005;7:465-71.
10. Bonadies M, Di Trani M, Solano L, Tumbiolo F, Piacentini F, Ammirati F. Psychological characteristics of patients with vasovagal syncope: an observational study on sixty subjects. *G Ital Cardiol J (Rome)* 2006;7:273-80.
11. Kouakam C, Lacroix D, Klug D, Baux P, Maquié C, Kacet S. Prevalence and prognostic significance of psychiatric disorders in patients evaluated for recurrent unexplained syncope. *Am J Cardiol* 2002;89:530-5.
12. Flint B, Baker C, Freeston M, Newton JL. Level of psychosocial impairment predicts early response to treatment in vasovagal syncope. *Europace* 2009;11: 231-6.
13. Gracie J, Newton JL, Norton M, Baker C, Freeston M. The role of psychological factors in response to treatment in neurocardiogenic (vasovagal) syncope. *Europace* 2006;8:636-43.
14. Hathaway SR, Seisdos N, Cordero A, Charnely J. Cuestionario de personalidad MMPI: Manual. España: TEA Ediciones, 1983.
15. Graham JR: MMPI. Guía Práctica. México: Manual Moderno, 1987.
16. Folino J, Mendicoa G. La psicopatía, el MMPI y la Hare PCL R. Alcmeon, Rev Argen Clin Neuropsiq 2006; 13: 43-54.
17. Núñez, R. Aplicación del inventario multifásico de la personalidad (MMPI) a la psicopatología. 2a Ed. México: Manual Moderno, 1979.