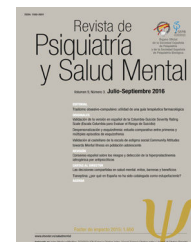




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



SCIENTIFIC LETTER

State anxiety and trait anxiety in patients with aortic pathology. Another therapeutic target?



Ansiedad estado y ansiedad rasgo en pacientes con patología aórtica. ¿Otra diana terapéutica?

Dear Editor:

Patients with cardiovascular pathology may undergo an anxiety state related to their disease. It has been demonstrated that after an acute coronary syndrome 30% of patients experience high anxiety levels, and that half of them will remain under this condition one year after.¹ According to Spielberger,² there are two kinds of anxieties: state anxiety (AS) and trait anxiety (AT). AS reflects a transitory emotional condition characterized by subjective and consciously perceived feelings of tension and apprehension, which may vary in intensity. In contrast, AT refers to a general tendency to respond with anxiety to perceived threats and is a relatively stable characteristic.

Little is known about the relation between anxiety, its different types and aortic disorders. We sought to evaluate anxiety levels in this setting and whether these are related exclusively to a trait or not. During six months we conducted a prospective inclusion of patients with thoracic aorta disease undergoing follow-up in a single outpatient Cardiology. Evaluation of the anxiety as a trait (AT) or state (AS) was performed through the STAI (State-Trait Anxiety Inventory) questionnaire. Each form has 20 items using four-point Likert-scales, with total scale scores ranging from 20 to 80 and being directly proportional to the anxiety level.³ Progressive aortic disease was defined as an increase in any of the following conditions: aortic regurgitation grade, transaortic peak gradient, ascending aortic aneurysm (AAA) diameter and dissection or intramural haematoma size.

As a result, 21 patients were evaluated. Mean age was 65.4 ± 13 years. Basal characteristics are shown in Table 1 and aortic pathologies evaluated in Table 2.

Global mean scores were 57.2 ± 5.4 for AS and 56.1 ± 6.3 for AT, with no significant difference between them ($p=0.3$). Patients diagnosed with AAA (58.6 vs 42.3 , $p=0.02$) and bicuspid aortic valve (59.5 vs 53.3 , $p=0.05$) showed significantly higher scores for AS, without differences in AT (57.7 vs 54.5 , $p=0.21$ and 59 vs 56.2 , $p=0.3$ respectively).

There was a trend towards a higher AS score in patients with progressive aortic disease compared with stable disease patients (60.2 vs 55.7 , $p=0.10$), with no significant difference in AT (57.7 vs 56.2 , $p=0.4$). All subjects

Table 1 Basal characteristics.

Male	17 (80.95%)
Hypertension	16 (76.2%)
Dyslipidaemia	6 (28.6%)
Diabetes mellitus	5 (23.8%)
Chronic kidney disease	0 (0%)
Stroke	1 (4.8%)
Peripheral artery disease	1 (4.8%)
Coronary artery disease	5 (23.8%)
Myocardial infarction	3 (14.3%)
Atrial fibrillation	5 (23.8%)
Familiar history of aortic disease	4 (19%)
Oral anticoagulation	8 (38.1%)
Antiplatelet therapy	5 (23.8%)

Table 2 Aortic pathologies.

Aortic dissection or aortic intramural haematoma	2 (9.5%)
Ascending aortic aneurysm	6 (28.6%)
Bicuspid aortic valve	4 (19%)
Ascending aortic aneurysm + bicuspid aortic valve	2 (9.5%)
Ascending aortic graft replacement	5 (23.8%)
Ascending aortic graft + aortic valve replacement	2 (9.5%)
Progressive aortic disease	6 (28.6%)

obtained AS scores above the 90th centile compared with general population data.⁴ Patients with thoracic aortic disease present quantitative data of anxiety evaluated through a standardized questionnaire, specially those with bicuspid aortic valve and AAA. Anxiety as a state, probably related to their pathology, is predominant. These findings have been demonstrated previously in other cardiovascular settings.¹ Although our study has the limitation of patients fulfilling the questionnaire the same day that they visit the outpatient clinic, we found fairly high scores which would be hardly explained exclusively to that fact. Even when not statistically significant, the greater anxiety manifested by patients with progressive aortic disease may reflect anticipative stress due to a probable future surgical intervention. From a therapeutic approach, rehabilitation programmes with an individualized approach (reminding “the person-centre care”) for patients with previous aortic surgery and therapies to avoid and control anxiety should be considered.⁵ Even, as previously suggested, the active search for biomarkers in anxiety states could be useful.⁶

Our study is still underway and whether these observations have any impact on hard clinical outcomes or not should be investigated with a great number of patients and with a long-term follow-up.

References

1. Grace SL, Abbey SE, Irvine J, Shnek ZM, Stewart DE. Prospective examination of anxiety persistence and its relationship to cardiac symptoms and recurrent cardiac events. *Psychother Psychosom.* 2004;73:344–52.
2. Spielberger CD. Theory and research on anxiety. In: *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press; 1966.
3. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI manual for the state-trait anxiety inventory. California: Consulting Psychologists Press; 1970.
4. Vera-Villarreal P, Celis-Atenas K, Córdova-Rubio N, Buela-Casal G, Spielberger CD. Preliminary analysis and normative data of the state-trait anxiety inventory (STAI) in adolescent and adults of Santiago, Chile. *Terapia Psicol.* 2007;25:155–62.
5. Ramos Pozón S. Person centered-care and recovery: could it be used for obtaining a humanized health care? *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2017;10:179–80.
6. Meana JJ, Mollinedo-Gajate I. Biomarkers in psychiatry: between myth and clinical reality. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2017;10:183–4.

Alberto Alperi, María Martín*, Rubén Álvarez-Cabo, Iria Silva, José Rozado, César Morís

Cardiology Department, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), Spain

* Corresponding author.

E-mail address: mmartinf7@hotmail.com (M. Martín).

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.02.001>

1888-9891/ © 2019 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Dificultades en el parto y sintomatología depresiva en la esquizofrenia



Difficulties in delivery and depressive symptomatology in schizophrenia

La esquizofrenia es un trastorno complejo caracterizado por una amplia gama de síntomas, entre los que se encuentran los síntomas positivos (por ejemplo, delirios, alucinaciones) y negativos (apatía, abulia), que se asocian con un aumento de la morbilidad médica y una mortalidad temprana¹. La bibliografía actual describe sus orígenes como un trastorno genético y ambiental, en el que las complicaciones obstétricas son un factor de riesgo importante². Tradicionalmente, las complicaciones obstétricas se han clasificado y cuantificado como una entidad homogénea (es decir, una variable dicotómica con respecto a su presencia o ausencia). Sin embargo, en un estudio previo se evidenció su heterogeneidad³: distintos patrones de complicaciones obstétricas se asociaron con diferentes pesos al nacer, cuyo factor ha demostrado tener diferentes repercusiones cognitivas⁴ y metabólicas⁵. Entre estas repercusiones se encuentra que la presencia de dificultades en el parto se ha asociado con un mayor riesgo de presentar psicosis en la descendencia⁶. También se ha sugerido que los genes involucrados en la función neurovascular o regulados por la hipoxia que interactúan con la presencia de complicaciones obstétricas graves pueden aumentar el riesgo de esquizofrenia⁷.

El objetivo de este estudio radica en evaluar si diferentes patrones de complicaciones obstétricas están relacionados con un patrón clínico específico en pacientes estables diagnosticados de esquizofrenia.

Un total de 98 personas con un diagnóstico de esquizofrenia y predominancia de síntomas negativos formaron parte de un estudio transversal multicéntrico. Las complicaciones obstétricas se evaluaron con la escala Lewis-Murray; como

sugirieron Cannon et al.² y tras un estudio previo³, la muestra se estratificó en 3 subgrupos: por un lado, 2 grupos de pacientes que presentaron complicaciones durante el embarazo (un grupo con complicaciones durante el período gestacional y el otro caracterizado por presentar anomalías en el desarrollo y crecimiento fetal); por el otro, pacientes que habían nacido en un contexto de dificultades durante el parto (ya sea por ruptura prematura de membranas o antes del parto, por parto de más de 36 horas, por prolapsos del cordón umbilical, cesárea complicada, o por presentación fetal anormal, uso de fórceps, o incubación durante más de 4 semanas).

La evaluación clínica se realizó con la escala de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (PANSS, por sus siglas en inglés), con la escala breve de síntomas negativos (BNSS) y con la escala de depresión de Calgary para la esquizofrenia (CDSS, por sus siglas en inglés). Para comparar proporciones, se usaron la prueba *t* de Student para muestras no emparejadas, la *U* de Mann-Whitney o la χ^2 . Se utilizó la versión 23.0 del SPSS.

Todos los comités de ética de la investigación aprobaron el estudio.

En el presente estudio, los pacientes se agruparon en aquellos con dificultades en el parto ($N=26$) y aquellos sin dificultades ($N=72$). No se encontraron diferencias significativas en las variables demográficas ni clínicas generales (véase [tabla 1](#)). Sin embargo, se encontraron diferencias significativas en 3 ítems específicos de la subescala de psicopatología general de la PANSS, con diferencias significativas en «ansiedad»: pacientes con dificultades en el parto (3,1; DE 1,2) y sin dificultades (2,4; DE 1,0) ($p=0,003$); «sentimientos de culpa»: media en pacientes con dificultades (2,5; DE 1,4) y sin dificultades (1,7; DE 1,1) ($p=0,003$); y «contenido del pensamiento inusual»: media en el grupo con dificultades en el parto (2,3; DE 1,2) y sin dificultades (1,7; DE 1,1) ($p=0,03$). También se evidenciaron diferencias significativas en 2 elementos específicos de la CDSS; en las «ideas culpables de referencia»: media en pacientes con dificultades en el parto (0,5; DE 0,7) y sin dificultades (0,2; DE 0,4) ($p=0,001$); y en la «culpa patológica»: media