



Condición clínica, capacidad funcional y calidad de vida en pacientes con EPOC con y sin ansiedad/depresión clínica con el cuestionario HADS

Jorge ENRIQUE QUIMBAYA Gómez, MARIA CECILIA SALCEDO ARIZA

GRUPO DE INVESTIGACIÓN SCIENTIA ET VITA

Facultad de Ciencias de la Salud

Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium - UNICATÓLICA

Investigación en Curso

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) representa gran parte de la mortalidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS), presentando alteraciones mentales, entre ellas la ansiedad y la depresión como comorbilidades más frecuentes, lo que ocasiona mayor discapacidad en la enfermedad y disminuye la tolerancia al ejercicio, las condiciones clínicas y la calidad de vida. Un agravante más es que los costos del mantenimiento de esta enfermedad se aumentan en cuanto a que existe poca evidencia en el tratamiento de la ansiedad y depresión en la EPOC, por lo que es necesario establecer cuáles son las diferencias en variables sociodemográficas, clínicas, capacidad funcional y condiciones relacionadas a la salud para lograr establecer protocolos de intervención eficaz en la población con enfermedad pulmonar obstructiva crónica con y sin ansiedad y depresión.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

La EPOC se caracteriza por una reducción persistente del flujo aéreo; presentando síntomas como: tos crónica, expectoración, disnea y exacerbaciones (Navarre-

te, 2018). Según la OMS se presenta como uno de los problemas principales de la salud pública, debido a su morbilidad creciente; se estima que el número de casos de EPOC fue de 384 millones en 2010 con una prevalencia global del 11.7%. A nivel mundial hay alrededor de 3 millones de muertes al año; se espera que la prevalencia aumente en los próximos 40 años y para el 2060 se presenten cerca de 5,4 millones de muertes por EPOC (Monserrat et al., 2019; GOLD, 2019).

Una de las comorbilidades más frecuentes en dicha enfermedad son las alteraciones psiquiátricas, específicamente la ansiedad y depresión, a estas se les atribuyen que son una de las mayores causantes de las exacerbaciones dando paso a una disminución en sus condiciones clínicas, tolerancia al ejercicio y condiciones relacionadas a la calidad de vida que estos pacientes llevan, generando un mayor costo al momento de tratar la enfermedad (Lajas et al, 2019).

En cuanto al tratamiento de la enfermedad, se han descrito clínicamente dos formas de intervenir; la primera es la farmacológica y la segunda la no farmacológica; siendo esta última la intervención más recomendada con la Rehabilitación Pulmonar (RP), la cual es considerada como un componente integral para el paciente con EPOC, brindando un modelo de atención que enfatiza en una adecuada prescripción del ejercicio, estado psicológico y educación al paciente y familiares (Spruit et al, 2015).

La evidencia para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la población con EPOC es limitada y la eficacia de los tratamientos farmacológicos tiene muy poco respaldo (Lajas et al., 2015), por lo tanto, es importante evaluar ¿cuáles son las diferencias en la condición clínica, capacidad funcional y calidad de vida en pacientes con EPOC con y sin ansiedad/depresión clínica con el cuestionario HADS? El conocer dichas diferencias permitirá establecer directrices o pautas para un tratamiento más oportuno y eficaz que permitan mejorar las condiciones clínicas y calidad de vida con un apoyo multidisciplinario.

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), históricamente se ha considerado una enfermedad de predominio masculino y de estratos socioeconómicos bajos, al ser frecuentemente asociada al hábito de fumar. Se ha descrito anteriormente que la prevalencia de EPOC es mayor en hombres que en mujeres en cualquier rango de edad; incluso, en China su prevalencia es el doble para hombres comparado

con mujeres. Si bien estos hallazgos permiten mejorar las intervenciones en los sistemas de salud, se ha evidenciado que el personal médico puede diagnosticar mejor una EPOC en hombres que en mujeres, sin embargo, es conocido que trastornos como la ansiedad y la depresión están más presentes en mujeres comparados con hombres. Varios autores sugieren que la EPOC tiene diferente impacto fisiológico y psicológico, además pueden ser fenotípicamente diferentes en su respuesta al humo del tabaco, por lo que sus necesidades de intervención podrían variar según la condición clínica, funcional y el sexo. Así, es muy posible que los resultados de los tratamientos sean diferentes en pacientes con EPOC y desencadenen distintas manifestaciones en la esfera mental, según el tipo de paciente. No obstante, en Latinoamérica son escasos los estudios que relacionan la EPOC con la ansiedad y depresión.

OBJETIVOS

Objetivo general

Establecer las diferencias en la condición clínica, capacidad funcional y calidad de vida en pacientes con EPOC con y sin ansiedad/depresión clínica con el cuestionario HADS.

Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemográficamente la población de estudio.
- Establecer las diferencias en la condición clínica en pacientes con EPOC con y sin ansiedad/depresión clínica con el cuestionario HADS.
- Establecer las diferencias en la capacidad funcional en pacientes con EPOC con y sin ansiedad/depresión clínica con el cuestionario HADS.
- Establecer las diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con EPOC con y sin ansiedad/depresión clínica con el cuestionario HADS.
- Explorar la correlación entre la condición clínica, capacidad funcional y calidad de vida en pacientes con EPOC con y sin ansiedad/depresión clínica con el cuestionario HADS.

REFERENTE TEÓRICO

La EPOC es una enfermedad común, prevenible y tratable que se caracteriza por síntomas respiratorios persistentes con una limitación del flujo de aire,

debido a anomalías en las vías respiratorias; puede o no presentar síntomas como lo son: la tos crónica, expectoración, disnea y exacerbaciones. Esta enfermedad es una de las mayores causantes de morbilidad y mortalidad con importante impacto socioeconómico, además constituye uno de los problemas de salud pública de primer orden. En la actualidad es la tercera causa de muerte a nivel mundial y se ha descrito que la EPOC es la única enfermedad crónica cuya morbi-mortalidad mantiene un incremento sostenido (GOLD, 2019; Montes et al., 2015).

Para evitar la progresión de la enfermedad es importante la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico conocido como Rehabilitación Pulmonar (RP) el cual utiliza diversas estrategias como dejar de fumar, dieta balanceada o programas de actividad física con una correcta prescripción del ejercicio que han demostrado mejorar la disnea, la capacidad de esfuerzo y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La RP es definida por La American Thoracic Society (ATS) y la European Respiratory Society (ERS) como una “intervención integral basada en una evaluación exhaustiva del paciente seguido de terapias adaptadas que incluyen los componentes ya mencionados promoviendo así la adherencia a largo plazo a los comportamientos que mejoran la salud”; Sin embargo, la adherencia a estos programas es baja (Garvey et al., 2016; Li et al., 2020).

Las comorbilidades psiquiátricas (ansiedad) en la EPOC juegan un papel importante, ya que se describe que esta es la causante de reincidir a los centros hospitalarios aumentando los costos anuales de la enfermedad y empeorando la calidad de vida de los pacientes con dicha relación entre la ansiedad y la EPOC, este factor específicamente no cuenta con un diagnóstico previo (Lajas et al. 2015). En los programas de rehabilitación pulmonar se identifica la ansiedad a través de una valoración dada con el cuestionario Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). HADS es un cuestionario autoadministrado de 14 ítems que integra 2 subescalas de 7 ítems: una de ansiedad y otra de depresión. Los ítems sobre ansiedad están seleccionados a partir de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando cuestiones que puedan ser confundidas con síntomas propios de una enfermedad física. La subescala de depresión se centra en el área de la anhedonia (pérdida de placer), evitando cuestiones sobre la pérdida de energía. Se refiere a la última semana, y la intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en un rango 0-3. Los casos que puntuaron 8 o más en alguna de las subescalas, o con una puntuación total o igual o superior a 12 (ICD, 2015).

MARCO REFERENCIAL

La Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC) es definida por la OMS (2020) como una enfermedad subdiagnosticada y potencialmente mortal que altera la respiración normal y no es totalmente reversible. Además, está caracterizada por un bloqueo persistente del flujo aéreo que ocasiona una dificultad progresiva para respirar, lo cual genera importantes limitaciones a las personas que la padecen, afectando su calidad de vida, asunto que desde la psicología se hace importante revisar (Muñoz et al. 2016).

La EPOC es considerada la cuarta causa de muerte en el mundo según la OMS, causando 38 muertes diarias, 6.619 muertes anuales por EPOC; en Colombia 70.299 personas enferman anualmente de esta enfermedad identificando como principal antecedente el consumo de tabaco. Este padecimiento normalmente trae consigo comorbilidades asociadas, que en muchas de las ocasiones son infra-diagnosticadas (Castro et al. 2016), es decir, que se le atribuyen determinados síntomas con posible relación a problemas psicológicos, pero no se indaga lo suficiente sobre ello.

Por lo anterior se considera conveniente aportar información sobre algunas de las enfermedades que pueden estar asociadas a los síntomas ocasionados por la EPOC, en este caso se centrará el análisis en la ansiedad y la depresión (Benites et al., 2019). A continuación, se presentará la información sobre los estudios realizados en busca de la relación de la ansiedad y la depresión con la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

Entre las características de la población se encuentran investigaciones como: Vinaccia et al. (2006), donde las características sociodemográficas presentaban una n=60 pacientes de ambos géneros entre los 35 y 88 años de edad, presentando una edad media de 67.7 años; las características a tener en cuenta fueron el género, de los cuales 39 eran hombres y 21 mujeres; el estado civil (soltero, casado, divorciado o viudo) y la escolaridad del paciente (primaria, secundaria, técnico, universitario u otro). En la investigación de Correa, González, Betolaza, Spiess, Perera, Algorta y Goñi (2019) se tienen en cuenta las mismas características sociodemográficas, excepto el estado civil. La investigación consta de una n= 42

pacientes con una edad promedio de 63 años, contando con 24 hombres y 18 mujeres. La mayoría tenían un bajo nivel de escolaridad, correspondiendo gran parte a los grupos de primaria incompleta (15 pacientes, 35.7%) y primaria completa (15 pacientes, 35.7%). El resto se dividieron entre secundaria incompleta (6 pacientes, 14.3%), secundaria completa (1 paciente, 2.4%) y estudios de nivel terciario (1 paciente, 2.4%).

En esta misma línea, Olloquequi et al. (2017) obtuvieron una $n=127$ pacientes, de los cuales 71 fueron varones y 56, mujeres, con una edad media de 71.40 años. En cuanto a los niveles de escolaridad, la mayoría informó haber asistido a un centro educativo en una etapa de su vida, el 27% tuvo un nivel de escolaridad igual o menor a 4 años, el 31% declaró tener un nivel entre los 5 y 8 años mientras que el 24% declaró tener un nivel de escolaridad entre los 9 a 12 años. Mientras que solo el 7% declara tener un nivel de escolaridad igual o mayor a 13 años y, por último, el 1% manifestó no haber asistido nunca al colegio. En el estudio de Betolaza et al. (2018), se analizó una muestra de 42 personas, de las cuales hay 18 mujeres y 24 hombres, con edad promedio de 63 años (± 11 años), la mayoría tienen bajo nivel de escolaridad, el cual corresponde a 15 personas con primaria incompleta, 6 pacientes con secundaria incompleta y solo una persona en secundaria completa y otro en el estudio de nivel terciario, correspondiendo gran parte a los grupos de primaria incompleta (15 pacientes).

En estudios como el de Vinaccia et al. (2006) se han implementado instrumentos como: cuestionario de salud sf36, siendo este el medio por el cual se evalúa la calidad de vida de los pacientes, en términos de funcionamiento físico y psicológico teniendo en cuenta ocho dimensiones: la funcionalidad física, el rol físico, los dolores corporales, la salud general, la vitalidad, el rol ejercido desde la emocionalidad, la salud mental (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta) y la evolución declarada de la salud (valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás). Para evaluar ansiedad y depresión utilizaron la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), y por último, para evaluar el apoyo social de pacientes con EPOC usaron la escala de Apoyo Social -as-. En este estudio se encontraron cuatro correlaciones: una correlación positiva del rol emocional con la salud mental, la segunda correlación entre salud mental y ansiedad donde se evidencia una correlación negativa, frente al control emocional nega-

tivo que cuenta con síntomas de “hiperventilación fisiológica” e “incertidumbre”. La tercera realizada es entre vitalidad correlacionada con salud mental, donde se encuentra que el cansancio y agotamiento puede inferir en la realización de actividades de los pacientes del estudio y como cuarta correlación está la función social relacionada con el rol físico, donde el resultado encontrado es que los problemas físicos de los pacientes pueden afectar su vida social. En este estudio se encontró que la aparición de una enfermedad crónica como el EPOC puede interferir en la realización de actividades diarias e interviene en el control de las conductas y emociones de los pacientes.

En un estudio prospectivo descriptivo transversal, aplicando los criterios diagnósticos de la décima revisión del International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) se identifica la presencia de ansiedad y depresión en una población española. A pesar de que actualmente se desconoce mucho de la relación entre la EPOC y la ansiedad y depresión, este estudio pudo demostrar la relevancia que tienen estas dos en los pacientes diagnosticados con EPOC. La puntuación total en el HADS fue de $10,98 \pm 7,19$, con una media de $6,26 \pm 4,08$ en la subescala de ansiedad; y $4,77 \pm 3,59$ la subescala de depresión. Se detectaron síntomas significativos de ansiedad o depresión en 79 pacientes (39%) según el cuestionario HADS (González et al. 2016).

En el estudio se encontró que la ansiedad y la depresión, con mayor proporción la ansiedad, estaban muy presentes en los casos de pacientes con EPOC, confirmados mediante diagnóstico psiquiátrico.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo y analítico en pacientes con EPOC con y sin ansiedad y depresión que ingresan a un programa de rehabilitación pulmonar.

Población y muestra

La población se encuentra representada por pacientes con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) con y sin categorización de ansiedad y depresión clínica, según cuestionario HADS, que son remitidos a rehabili-

tación pulmonar. Se espera evaluar pacientes durante el período del tiempo total que se tomaron datos. Los pacientes serán captados en el centro de rehabilitación, donde se explicará detalladamente la investigación y resolverán las dudas para posteriormente firmar el consentimiento informado.

Muestra

La muestra corresponderá al promedio de pacientes con EPOC que acuden al programa de rehabilitación pulmonar de una clínica de tercer nivel de la ciudad de Cali, por lo que se estima sean cerca de 80 pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con y sin categorización de ansiedad y depresión clínica según cuestionario HADS. Por tal motivo, este estudio no tendrá un muestreo, pero sí vincularía a conveniencia la población de estudio.

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico médico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con y sin categorización de ansiedad y depresión clínica según cuestionario HADS obteniendo un puntaje mayor o igual a 11 puntos para cada dominio.
- Participar por primera vez en un programa de rehabilitación pulmonar.
- Facultad para realizar pruebas de capacidad aeróbica y responder cuestionarios de calidad de vida, ansiedad, depresión y funcionalidad.

Criterios de exclusión

- Alteración del estado mental que limite contestar cuestionarios o atender órdenes.
- Pacientes con enfermedades crónicas no controladas.

Estrategia de financiación

FINANCIACIÓN SOLICITADA A OTRAS ENTIDADES (SI APLICA)		
Valor Solicitado otras instituciones	\$ 5.000.000	Unicatólica utilizados para digitación de la base de datos, Traducción y Publicación.
	\$ 12.988.800	Nómina docentes Unicatólica
Valor Total del proyecto	\$ 20.000.000	Contrapartida Escuela Nacional del Deporte

Productos esperados

- 1 artículo sometido en revista indexada relacionado con ansiedad.
- 1 artículo sometido en revista indexada relacionado con depresión.
- 1 artículo sometido a Revista Lumen relacionado con ansiedad y depresión.

Resultados alcanzados

- Consolidación del estado del arte en proceso de publicación.
- Estructuración de la base de datos del proyecto.
- Análisis descriptivo de los datos.
- Avance parcial en las pruebas de hipótesis de los grupos de ansiedad y depresión.

Impactos del proyecto

Este proyecto busca generar información relevante para la comprensión de las características de los pacientes con EPOC, puesto que en Latinoamérica son escasos los estudios que relacionan esta enfermedad con la ansiedad y la depresión.

REFERENCIAS

- Betolaza, S. D., Correa, S., González, M., Spiess, C., Perera, P., Algorta, S., Gramajo, A., Ortega, C. & Goñi, M. (2018). Estudio descriptivo de una población de pacientes EPOC asistidos en el Hospital Pasteur: severidad e impacto en la vida diaria. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 3(2), 13-21.
- Castro-Benites, V. A., Runzer-Colmenares, F. M. & Parodi, J. F. (2019). Depresión en pacientes adultos mayores de comunidades de altura, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 82(1), 4-10.
- Correa, S., González, M., Betolaza, S. D., Spiess, C., Perera, P., Algorta, S. & Goñi, M. (2019). Estudio descriptivo de pacientes con EPOC, asistidos en medicina interna del Hospital Pasteur de Montevideo: características demográficas y comorbilidades. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 4(1), 5-15.
- Garvey, C., Bayles, M. P., Hamm, L. F., et al. (2016). Pulmonary Rehabilitation Exercise Prescription in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Review of Selected Guidelines: an Official Statement from the American Association of cardiovascular and pulmonary rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 36(2), 75-83.
- González-Gutiérrez, M. V., Velázquez, J. G., Morales, C., Casas, F., Gómez, F., González, Francisco & Vargas, F. G. (2016). Modelo predictivo de ansiedad y depresión en pacientes españoles con enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable. *Archivos de Bronconeumología*, 52(3), 151-157.
- GOLD. Global Initiative for chronic obstructive lung disease global strategy for the diagnosis. Management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (2020 REPORT). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>
- Lajas, A. C., Maestu, L. P. & de Miguel Díez, J. (2019). Relevancia de la comorbilidad en la EPOC. *Revista de patología respiratoria*, 22(3).
- Li, Y., Qian, H., Yu, K., & Huang, Y. (2020). Nonadherence in Home-Based Pulmonary Rehabilitation Program for COPD Patients. *Canadian Respiratory Journal*, 2020.
- Montes, M., López, M. & Acuña, A. (2015). Guía Latinoamericana de EPOC-2014 basada en evidencia. Montserrat-Capdevila, J., Godoy, P., Marsal, J. R., Ortega, M., Barbé, F., Castañ, M. T. & Alsedà, M. (2019). Prevalencia y características de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en no fumadores. *Atención Primaria*, 51(10), 602-609.
- Muñoz-Cobos, F., Acero-Guasch, N., Cuenca-Del-Moral, R., Barnestein-Fonseca, P., Leiva-Fernández, F., y García-Ruiz, A. (2016). Cómo vivir con EPOC: Percepción de los pacientes. *Anales de Psicología*, 32 (1), 18-31.
- Navarrete, B. A. (2018). Biológicos en la EPOC. *Revista de asma*.
- Olloquequi, J., Jaime, S., Parra, V., Muñoz, C., Muñoz, A., Lastra, F., Vegara, C., Caviedes, C., Lara, C. Czsckke, K., Cornejo, E., Silva, R. & García, P. (2017). Caracterización general de los pacientes

- con EPOC de la Región del Maule: resultados preliminares del estudio MaulEPOC. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33(4), 284-292.
- Spruit, M. A., Pitta, F., McAuley, E., ZuWallack, R. L. & Nici, L. (2015). Pulmonary rehabilitation and physical activity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal Respiratory Critical Care Medical*, 192, 924-33.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Zapata, C., Obesso, S. y Quintero, D. C. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). *Psicología desde el Caribe unknown* (18), 89-108.