

INFORME FINAL

SE
Sociedad
Editorial
UNICAPOLECA

**CONDICIÓN CLÍNICA,
CAPACIDAD FUNCIONAL,
CALIDAD DE VIDA.**



ISSN 2539-0732

**EN PACIENTES CON EPOC, CON Y SIN
ANSIEDAD/DEPRESIÓN CLÍNICA CON
EL CUESTIONARIO HADS.**

Maria Cecilia Salcedo
Jorge Enrique Quimbaya

**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 Gómez¹ y María Cecilia Salcedo Ariza²

Programa de Psicología, Facultad de Salud, Fundación Universitaria Católica Lumen

Gentium

Informe Final de Investigación

Cali, agosto de 2021

Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium

¹ Docente investigador del programa de Psicología, Unicatólica. Psicólogo, Magíster en Psicología. E-mail: jequimbaya@unicatolica.edu.co

² Directora del programa de Psicología, Unicatólica. Psicóloga, Magíster en Psicología de la salud. E-mail: dir.psicologia@unicatolica.edu.co

Tabla de Contenido

<i>Resumen</i>	6
<i>Abstract</i>	7
<i>Justificación</i>	9
<i>Objetivos</i>	11
<i>Marco Teórico</i>	11
<i>Referencias</i>	15
<i>La relación de la Ansiedad con la Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC)</i>	17
<i>Resumen</i>	17
<i>Método</i>	19
<i>Instrumentos</i>	21
<i>Procedimiento</i>	22
<i>Resultados</i>	22
<i>Discusión</i>	27
<i>Conclusiones</i>	28
<i>Referencias</i>	28
 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON EPOC CON O SIN SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN	 31
<i>Método</i>	36
<i>Procedimiento</i>	39
<i>Resultados</i>	39

Discusión 45

Conclusión..... 46

Referencias 47

Lista de tablas

Tabla 1 20

Tabla 2 23

Tabla 3 24

Tabla 4 24

Tabla 5 25

Tabla 6 37

Tabla 7 40

Tabla 8 41

Tabla 9 41

Tabla 10 42

Lista de figuras

Figura 1 43

Figura 2 44

Figura 3 44

Abreviaturas

COPD = enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, por sus siglas en inglés).

EPOC = enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

FVC = capacidad vital forzada (forced vital capacity, por sus siglas en inglés).

FEV1 = volumen espiratorio forzado en un segundo (por sus siglas en inglés: Forced Expiratory Volume).

HFNC = terapia de oxígeno con flujo alto por puntas nasales (high flow nasal cannula, por sus siglas en inglés).

IDMp = inhalador de dosis medida presurizado.

Índice BODE = índice creado para el acrónimo Body mass index, Obstruction, Dyspnea and Exercise, por sus siglas en inglés.

mMRC = escala de disnea (modified Medical Research Council, por sus siglas en inglés).

RP = rehabilitación pulmonar.

RS = revisión sistemática de la literatura.

SGRQ = cuestionario respiratorio Saint George

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo mostrar la relación de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC y la presencia de síntomas de ansiedad identificados mediante el cuestionario hospitalario de ansiedad y depresión. También se indaga sobre las condiciones de salud y la calidad de vida de estos pacientes. El método empleado fue: un estudio descriptivo y correlacional en 112 pacientes con EPOC

identificados con o sin síntomas de ansiedad y que ingresaban a un programa de rehabilitación pulmonar (RP). Se concluye que los pacientes con EPOC muestran una correlación positiva (p -valor $< .05$) entre la calidad de vida (SGRQ-Impacto y SGRQ total) y lo síntomas de ansiedad, además se encontró que en estos pacientes no se presenta una correlación entre el MRC disnea, variables relacionadas con el número de hospitalizaciones en el último año, ingreso a urgencias y la escala de ansiedad.

los pacientes con EPOC muestran una correlación positiva (p -valor $< .05$) entre la calidad de vida y lo síntomas de depresión, además se encontró que en los pacientes con EPOC y síntomas de depresión existe una correlación positiva entre el MRC disnea y la escala de depresión (p -valor $< .05$) y para finalizar se halló un mayor número de visitas a urgencias en pacientes con EPOC y síntomas de depresión que aquellos que no presentaban síntomas de depresión.

PALABRAS CLAVE

EPOC, Depresión, Ansiedad, Calidad de vida.

Abstract

The present study aims to show the relationship between patients with chronic obstructive pulmonary disease COPD and the presence of anxiety symptoms identified by means of the hospital anxiety and depression questionnaire. It also inquired about the health conditions and quality of life of these patients. The method used was: a descriptive and correlational study in 112 COPD patients identified with or without anxiety symptoms and

who were admitted to a pulmonary rehabilitation (PR) program. It is concluded that COPD patients show a positive correlation (p -value $< .05$) between quality of life (SGRQ-Impact and total SGRQ) and anxiety symptoms, in addition it was found that in these patients there is no correlation between the MRC dyspnea, variables related to the number of hospitalizations in the last year, admission to the emergency room and the anxiety scale.

COPD patients show a positive correlation (p -value $< .05$) between quality of life and symptoms of depression, and it was also found that in patients with COPD and symptoms of depression there is a positive correlation between the MRC dyspnea and the depression scale (p -value $< .05$) and finally, a greater number of visits to the emergency room were found in patients with COPD and symptoms of depression than in those who did not present symptoms of depression.

KEY WORDS

DEPRESSION, ANXIETY, QUALITY OF LIFE, COPD

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica representa gran parte de la mortalidad según la Organización Mundial de Salud (OMS). Presentando alteraciones mentales, ansiedad y depresión como comorbilidades más frecuentes, ocasionando mayor discapacidad en la enfermedad, disminuyendo la tolerancia al ejercicio, alterando condiciones clínicas y disminuyendo su calidad de vida, a su vez, aumentando los costos del mantenimiento de esta enfermedad. En cuanto al tratamiento de la ansiedad y depresión en EPOC existe poca evidencia, por lo tanto 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.

Justificación

La EPOC se caracteriza por una reducción persistente del flujo aéreo; presentando síntomas como: tos crónica, expectoración, disnea y exacerbaciones (Alcázar,2018). Según la OMS se presenta como uno de los problemas principales de la salud pública debido a su morbimortalidad 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, 2020).

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 ha descrito clínicamente dos formas de intervenir; el primero es el farmacológico y el segundo el no farmacológico; siendo este último la intervención más recomendada la rehabilitación pulmonar (RP) 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? conociendo 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 desencadenen manifestaciones en la esfera mental diferentes según el tipo de paciente. No obstante, en Latinoamérica son escasos los estudios que relacionan la EPOC con la ansiedad y depresión.

Formulación de la Pregunta Problema

¿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?

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 socio demográficamente 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.

Marco Teórico

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es definida por la OMS (2020) como una enfermedad sub-diagnosticada 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 EPOC identificando como principal antecedente el consumo de tabaco. Esta enfermedad normalmente trae consigo comorbilidades asociadas que en muchas de las ocasiones son infra-diagnosticadas (Castro et al. 2019), es decir, que se le atribuyen determinados síntomas con posibles relación a problemas psicológicos pero no se indaga lo suficiente sobre su posible relación o influencia.

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 (Castro 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 hombre 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 et al. (2019) 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 de edad, 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 fueron mujeres, con una edad media 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) trabajaron con una muestra de 42 personas de las cuales hay 18 mujeres y 24 hombres, con edad promedio de 63 años (\pm 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, 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 a el control emocional negativo que cuenta con síntomas de “hiperventilación fisiológica” e “incertidumbre”. La tercera es realizada es entre vitalidad correlaciona con salud mental, donde se encuentra que el cansancio y agotamiento puede inferir en la realización de actividades de los pacientes del estudio, como cuarta correlación está la función social correlaciona con rol físico donde el resultado encontrado es los problemas físicos de los pacientes pueden afectar su vida social. En este estudio se encontró que la aparición de una enfermedad crónica con 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 decima 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 sub escala de ansiedad; y $4,77 \pm 3,59$ la sub escala 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.

Ante este panorama fue conveniente separa el estudio entre las características que presentaban los pacientes con EPOC que presentaban síntomas de ansiedad y aquellos que

presentaban síntomas de depresión. A continuación los hallazgos que se encontraron presentados en formato de artículo.

Referencias

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2020). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, published in Fontana, WI, USA. [http: www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org).

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision.

Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>

González-Gutiérrez, M. V., Velázquez, J. G., García, C. M., Maldonado, F. C., Jiménez, F. J. G. y 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.

Lajas, A. C., Maestu, L. P. y De Miguel Díez, J. (2019). Relevancia de la comorbilidad en la EPOC. *REVISTA DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA*, 22(3).

Li, Y., Qian, H., Yu, K. y Huang, Y. (2020). Nonadherence in Home-Based Pulmonary Rehabilitation Program for COPD Patients. *Canadian Respiratory Journal*.

Montes, M., López, M. y 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. y 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.

- Olloquequi G., Jordi, Jaime J., Sergio, Parra R., Viviana, Muñoz V., Cintia, Muñoz G., Alejandra, Lastra F., Fabiola, Vergara E., Cristián, Lara L., Carolina, Caviedes O., César, Czischke L., Karen, García N., Pilar, Cornejo C., Elizabeth, & Silva O., Rafael. (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. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482017000400284>
- Spruit, M.A., Pitta, F., McAuley, E., ZuWallack, RL. y Nici, L. (2015). Pulmonary rehabilitation and physical activity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*.192,924–933
- 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

La relación de la Ansiedad con la Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC)

Jorge Enrique Quimbaya

María Cecilia Salcedo

Jhonatan Betancourt

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo mostrar la relación de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC y la presencia de síntomas de ansiedad identificados mediante el cuestionario hospitalario de ansiedad y depresión. También se indaga sobre las condiciones de salud y la calidad de vida de estos pacientes. El método empleado fue: un estudio descriptivo y correlacional en 112 pacientes con EPOC identificados con o sin síntomas de ansiedad y que ingresaban a un programa de rehabilitación pulmonar (RP). Se concluye que los pacientes con EPOC muestran una correlación positiva (p -valor $< .05$) entre la calidad de vida (SGRQ-Impacto y SGRQ total) y los síntomas de ansiedad, además se encontró que en estos pacientes no se presenta una correlación entre el MRC disnea, variables relacionadas con el número de hospitalizaciones en el último año, ingreso a urgencias y la escala de ansiedad.

Palabras Clave: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Depresión, Calidad de Vida.

Abstract

The present study aims to show the relationship between patients with chronic obstructive pulmonary disease COPD and the presence of anxiety symptoms identified by means of the hospital anxiety and depression questionnaire. It also inquired about the health conditions and quality of life of these patients. The method used was a descriptive and correlational study in 112 COPD patients identified with or without anxiety symptoms and who were admitted to a pulmonary rehabilitation (PR) program. It is concluded that COPD patients show a positive correlation (p -value $< .05$) between quality of life (SGRQ-Impact and total SGRQ) and anxiety symptoms, in addition it was found that in these patients there is no correlation between MRC dyspnea, variables related to the number of hospitalizations in the last year, admission to the emergency room and the anxiety scale.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Anxiety, Quality of life.

Abordar el diagnóstico de la ansiedad en pacientes que sufren de la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) tiene relevancia actualmente, puesto que, los estudios relacionados en este campo muestran que las implicaciones en la vida cotidiana de estos pacientes se ven alteradas a nivel físico, emocional y social (Amado Diago et al., 2018; Repetto et al., 2011; Vinaccia Alpi et al., 2018). Si bien se han presentado investigaciones que exploran la comorbilidad entre ansiedad-EPOC en Colombia y en Suramérica es importante seguir documentando los resultados encontrados, haciendo énfasis en la forma en que se hace el diagnóstico. Por ejemplo, al revisar estudios anteriores (Amado Diago et al., 2018; Betancourt-

Peña et al., 2017; Galindo Vázquez et al., 2015; M.Gonzalez, J.Guerrero, J.Sánchez, F.Casas, 2014) se evidencian diferentes criterios para identificar los síntomas de ansiedad, según la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS).

Los investigadores han demostrado que al utilizar los puntos de corte internacionales no se identifica los casos de ansiedad y depresión en la población colombiana, por esta razón la investigación toma como referencia la adaptación y validación hecha por Rico et al. (2005) quienes implementaron un nuevo sistema de clasificación basado en la puntuación HADS. Además, también se reporta que la población suramericana puede tener otras implicaciones asociadas con el padecimiento del EPOC a diferencia de los pacientes europeos y norteamericanos (Amado Diago et al., 2018; Dueñas-Espín et al., 2016; Zaeh et al., 2016).

Ante este panorama se encuentra que hasta el 50 % de los pacientes con EPOC presentan trastornos psicológicos, incluyendo ansiedad generalizada en el 15 % de los casos (de Miguel Díez et al., 2010). En este estudio se pretende hacer una caracterización de las condiciones clínicas y de calidad de vida en pacientes con EPOC que presentan síntomas de ansiedad y revisar si se encuentran diferencias con los que no manifiestan síntomas de ansiedad.

Método

Estudio descriptivo y correlacional en pacientes con EPOC que sean identificados con o sin síntomas de ansiedad que ingresan a un programa de rehabilitación pulmonar.

Muestra

La muestra corresponde a 112 pacientes con EPOC que acuden a un programa de rehabilitación pulmonar de una clínica de tercer nivel de la ciudad de Cali. Por tal motivo este

estudio realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo compuesta por 44 mujeres y 68 hombres con una edad promedio de 69.2 años (Ver tabla 1).

Los criterios de inclusión fueron: Diagnóstico médico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica con y sin categorización de ansiedad y depresión clínica. Participación en un programa de rehabilitación pulmonar. Capacidad para realizar pruebas de capacidad aeróbica y responder cuestionarios de calidad de vida, ansiedad, depresión y funcionalidad. Los criterios de exclusión fueron: Alteración del estado mental que limite contestar cuestionarios o atender órdenes. Pacientes con enfermedades crónicas no controladas.

Tabla 1

Características de los pacientes con EPOC.

Variable	Categoría	n= 112 (100%)
Sexo	Femenino	44 (39.3 %)
	Masculino	68 (60.7%)
Edad		69.2 (\pm 8.31)
Estado Civil	Soltero	22 (19.6%)
	Casado	57 (50.9%)
	Divorciado	8 (7.1%)
	Unión libre	11 (9.8%)
	Viudo	14 (12.5%)

Hospitalizados	Si	62 (55.4%)
	No	50 (44.6%)

Instrumentos

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Según la validación hecha por Rico et al. (2005) en Colombia los puntos de corte para identificar síntomas de depresión son 8 puntos y en cuanto a los síntomas de ansiedad los niveles de corte son de 9 puntos, en este estudio se reportó un coeficiente alfa de Cronbach de 0.85, lo cual es interpretado como un instrumento confiable.

La HADS es un cuestionario autoadministrado de 14 ítems que integra dos 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. Las puntuaciones se refieren a la última semana y la intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en un rango de 0 a 3.

St. George 's Respiratory Questionnaire (SGRQ): es un cuestionario específico para pacientes con enfermedades respiratorias. Consta de 50 ítems divididos en tres escalas: síntomas, actividad e impacto. Los ítems de la escala de síntomas se refieren a la frecuencia y gravedad de los síntomas respiratorios. Los ítems de la escala de actividad valoran la limitación de las actividades debidas a la disnea. En la escala de impacto se valoran las alteraciones

psicológicas y de funcionamiento social producidas por la enfermedad. Los ítems están formulados de dos formas diferentes: en forma de pregunta con 5 opciones de respuesta, de las que sólo se puede elegir una; y en forma de frase con dos opciones: sí/no. La puntuación se calcula para cada una de las escalas del cuestionario y también una puntuación global. El recorrido de todas ellas es desde 0 a 100, y puntuaciones más altas indican una peor calidad de vida. En este estudio se consideran tanto la puntuación total (SGRQ-T), como la puntuación de cada una de las dimensiones: síntomas:(SGRQ-S) actividad (SGRQ-A), impacto (SGRQ-I).

Procedimiento

Inicialmente se consolidó la base de datos de los pacientes en el software Jamovi (versión 1.6). Se emplearon los descriptivos para identificar los datos perdidos, posterior a ello, se utilizaron para presentar las características de la muestra. Para determinar la prevalencia de síntomas de ansiedad según el sexo se utilizó una tabla de contingencia.

Para realizar las pruebas de Chi-cuadrado se convirtieron las puntuaciones de la prueba HADS y el grado de MRC en valores cualitativos. En la prueba HADS se marcó como caso con síntomas de ansiedad las puntuaciones superiores a 9. El grado MRC se transformó de la siguiente manera: 0 y 1= leve, 2 y 3= moderado, 4 y 5= severo.

Para la identificación de los coeficientes de correlación de Pearson se trabajó con las puntuaciones cuantitativas arrojadas por los instrumentos HADS y SGRQ. En cuanto a las pruebas T de Student's se revisó que las variables cumplieran con los supuestos de normalidad de Shapiro Wilk y el test de igualdad de varianzas de Levene's.

Resultados

Para iniciar se considera conveniente conocer los indicadores de las condiciones de salud que se presentan en la tabla 2, cabe resaltar que los participantes estuvieron 10 días hospitalizados en promedio, el número máximo de hospitalizaciones fue siete. El cociente VEF1/ CVF estuvo en promedio 60.6, con una desviación estándar de 10.6.

Tabla 2

Características de las Condiciones de Salud de los Pacientes con EPOC

Variables	N	M	DS	Mín.	Máx.
CVF	112	67.2	20.1	15.7	142
VEF1	112	42.5	14.6	8.50	82.0
VEF1/CVF	112	60.6	10.6	10.0	70.3
Hospitalizaciones	112	0.866	1.17	0.00	7.00
DÍAS (H)	112	9.64	14.0	0.00	65.0
BODE	112	5.36	1.92	0.00	9.00
IMC	112	25.0	5.11	14.7	42.5

Sobre las diferencias en cuanto a las características sociodemográficas no se encontraron resultados significativos relacionados con el estrato socioeconómico, estado civil, edad. En cuanto las comorbilidades no se encontraron diferencias significativas.

Se encontró que hay un mayor número de casos de sexo femenino que presentan síntomas de ansiedad según el HADS (ver tabla 3). Esta diferencia en cuanto al sexo ($\chi^2= 7.07$,

gl=1 p-valor=0.008) es importante identificarla para diseñar los programas de intervención, así como la variable lugar de residencia ($\chi^2= 11.05$, gl=2 p-valor=0.003) (ver tabla 4).

Tabla 3

Pacientes con EPOC según el sexo identificados con síntomas de ansiedad.

Sexo	Síntomas ansiedad		Total
	No caso	Caso	
Másculino	52	16	68
% total	46.4 %	14.3 %	60.7 %
Femenino	23	21	44
% total	20.5 %	18.8 %	39.3 %
Total	75	37	112
% total	67.0 %	33.0 %	100.0 %

Tabla 4

Pacientes con EPOC identificados con síntomas de ansiedad y lugar de residencia.

RESIDENCIA		Síntomas de ansiedad		Total
		No caso	Caso	
1	Observed	71	27	98
	% of total	63.4 %	24.1 %	87.5 %
2	Observed	4	8	12

RESIDENCIA		Síntomas de ansiedad		Total
		No caso	Caso	
	% of total	3.6 %	7.1 %	10.7 %
3	Observed	0	2	2
	% of total	0.0 %	1.8 %	1.8 %
Total	Observed	75	37	112
	% of total	67.0 %	33.0 %	100.0 %

En búsqueda de correlaciones entre la variable que mide la ansiedad en la HADS con las demás variables de calidad de vida y condiciones de salud, se encontró una correlación positiva entre las variables del SGRQ: la escala de impacto estuvo correlacionada positivamente con la variable ansiedad del HADS (p-valor= 0.005) y también con la variable SGRQ TOTAL (p-valor= 0.026), este tipo de correlaciones significativas indican que los paciente con EPOC y síntomas de ansiedad modifican su estilo de vida del paciente, evidenciando alteraciones psicológicas y de funcionamiento social producidas por la enfermedad. (ver tabla 5)

Tabla 5

Correlación entre escala de ansiedad (HADS), el SGRQ y el MRC.

		HADA	
HADA	r	Pearson's	—
		p-value	—
SGRQSINTOMAS	r	Pearson's	0.136
		p-value	0.105
SGRQACTIVIDADES	r	Pearson's	0.037
		p-value	0.366
SGRQIMPACTO	r	Pearson's	0.278 **
		p-value	0.005
SGRQTOTAL	r	Pearson's	0.211 *
		p-value	0.026
MRCAGRUPADO	r	Pearson's	0.079
		p-value	0.204

Note. H_a is positive correlation

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, one-tailed

Al realizar el análisis de varianza para identificar las diferencias entre los pacientes con EPOC con o sin síntoma de ansiedad se encontró que las variables violaron el supuesto de normalidad de Shapiro Wilk y el test de homogeneidad de varianza Levene's. Cabe resaltar

que no se encontraron diferencias significativas con las variables: días de hospitalización, número de hospitalizaciones en el último año, número de visitas a urgencias en el último año y al tiempo de exposición al humo de leña.

Discusión

De acuerdo con los resultados hallados se encuentran que las características que estos pacientes con EPOC identificados con síntomas de Ansiedad no muestran afectaciones similares a la del estudio de González-Gutiérrez et al. (2016) puesto que no se encuentra como variables relacionadas tener: una menor edad, un mayor nivel de estudios, un mayor índice BODE, mayor grado de disnea, presentar un fenotipo agudizador y carecer de apoyo domiciliario.

En cambio, se encuentra similitud con lo reportado por Gonzales (2015) quién encontró que los pacientes EPOC que presentan ansiedad muestran cambios menores en el estilo de vida, en este sentido habría que identificar porque esta alteración psicológica tiene bajas repercusiones en la vida cotidiana de estos pacientes, habría que indagar sobre la preocupación excesiva por su estado de salud y los cambios en el proyecto de vida.

Se evidencia que el cambio de criterios de calificación del HADS permite la identificación de casos con síntomas de ansiedad tal y como lo manifestó Rico (2005) en el proceso de adaptación del instrumento.

Gonzalez et al. (2014) no reportaron diferencias significativas con la variable sexo. En este estudio la variable sexo si tuvo diferencias en los pacientes con EPOC que presentan síntomas de Ansiedad, asunto que resulta interesante ya que en esta investigación las mujeres

tuvieron mayor porcentaje y mostró una diferencia significativa respecto al número de hombres que marcaron caso en la prueba HADS.

Conclusiones

Hallazgo significativo en la diferencia del género con relación a la identificación de Ansiedad. En su mayoría mujeres. Esto es una de las características que persiste en las investigaciones relacionadas con el EPOC. Habría que investigar cuales son los otros indicadores presentes en el perfil de las mujeres como estilos de vida.

Este estudio permitió comprender la necesidad de intervenir los síntomas de ansiedad en pacientes mujeres con EPOC, que tengan en cuenta como los cambios en los estilos de vida tienen un impacto en la salud mental, de esta manera se espera que futuras intervenciones psicológicas faciliten el afrontamiento de los síntomas físicos y de ansiedad en los pacientes.

Por último, es importante mencionar que los resultados de este estudio no pueden ser generalizados dado que son datos de una muestra pequeña, de un programa particular y los indicadores pueden variar según el contexto en el que se encuentre el paciente. Sin embargo, los mismos, contribuyen en la comprensión de la presencia de los síntomas de ansiedad en los pacientes con EPOC, lo cual facilita su temprana identificación e intervención.

Referencias

Amado Diago, C. A., Puente Maestu, L., Abascal Bolado, B., Agüero Calvo, J., Hernando Hernando, M., Puente Bats, I., Agüero Balbín, R., Balbo, N. A., Acosta, M. A.,

- Kevorkof, G. V., Baltan, M. X., Díaz Parra, A. E., Montenegro, S. M., Moreno, D. Y., Sinisterra, D. P., Muñoz, L. P., Benavides Córdoba, V., Wilches-Luna, E. C., Bentsen, S. B., ... Alexopoulos, G. S. (2018). Comportamiento de la calidad de vida (SGRQ) en pacientes con EPOC según las puntuaciones BODE. *Archivos de Bronconeumología*, 6(1), 315–321. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2014.02.017>
- Betancourt-Peña, J., Muñoz-Erazo, B. E., & Mora-Guerra, R. V. (2017). Calidad De Vida En Pacientes Con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Al Ingreso De Un Programa De Rehabilitación Pulmonar. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, 14(1). <https://doi.org/10.30788/revcolreh.v14.n1.2015.18>
- de Miguel Díez, J., Gómez García, T., & Puente Maestu, L. P. (2010). Comorbilidades de la EPOC. *Archivos de Bronconeumología*, 46(11), 20–25. [https://doi.org/10.1016/S0300-2896\(10\)70058-2](https://doi.org/10.1016/S0300-2896(10)70058-2)
- Dueñas-Espín, I., Demeyer, H., Gimeno-Santos, E., Polkey, M. I., Hopkinson, N. S., Rabinovich, R. A., Dobbels, F., Karlsson, N., Troosters, T., & Garcia-Aymerich, J. (2016). Depression symptoms reduce physical activity in COPD patients: A prospective multicenter study. *International Journal of COPD*, 11(1), 1287–1295. <https://doi.org/10.2147/COPD.S101459>
- Galindo Vázquez, O., Benjet, C., Juárez García, F., Rojas Castillo, E., Riveros Rosas, A., Aguilar Ponce, J. L., AlvarezAvitia, M. ángel, & Alvarado Aguilar, S. (2015). Psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a Mexican population of cancer patients. *Salud Mental*, 38(4), 253–258. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.035>
- M.Gonzalez, J.Guerrero, J.Sánchez, F.Casas, F. G. (2014). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con EPOC, calculada mediante diagnóstico psiquiátrico. *Rev Esp*

Patol Torac, 26(4), 234–243.

https://www.neumosur.net/files/publicaciones/Revistas/2014/2_original-2014_v26_n4.pdf

Repetto, P., Bernales, M., & González, M. (n.d.). *XI. Aspectos psicológicos de la rehabilitación pulmonar en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. *CONSENSO CHILENO DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN EL PACIENTE CON EPOC*.

Vinaccia Alpi, S., Quiceno Sierra, J., Zapata, C., Gonzáles, A., Villegas, J., Aliaga, A., Balbo, N. A., Acosta, M. A., Kevorkof, G. V., Benavides Córdoba, V., Wilches-Luna, E. C., Galán, A., Pérez, M. Á., Blanco, A., Maciá Soler, L., Latour Pérez, J., Moncho Vasallo, J., Mariscal Crespo, M. I., Orts Cortés, M. I., ... Rivadeneira, M. F. (2018). Calidad de vida en adultos mayores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Archivos de Bronconeumología*, 33(2), 1–11. <https://doi.org/10.22267/rus.161803.53>

Zaeh, S., Miele, C. H., Putcha, N., Gilman, R. H., Miranda, J. J., Bernabe-Ortiz, A., Wise, R. A., & Checkley, W. (2016). Chronic respiratory disease and high altitude are associated with depressive symptoms in four diverse settings. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 20(9), 1263–1269. <https://doi.org/10.5588/ijtld.15.0794>

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS
CON EPOC CON O SIN SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN**

María Cecilia Salcedo Ariza

Jorge Enrique Quimbaya Gómez

Jonathan Betancourt Peña

Resumen

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) al ser considerada por la OMS como una de las patologías con las mayores tasas de mortalidad a nivel mundial, ha generado que múltiples disciplinas, entre ellas la psicología de la salud, tomen interés por generar estrategias tanto de diagnóstico, como de intervención para los pacientes con EPOC. En

miras de aportar información a los programas de diagnóstico el objetivo de este estudio fue: revisar si en los pacientes diagnosticados con EPOC hay diferencias entre los casos con o sin síntomas de depresión en cuanto a sus condiciones de salud y la calidad de vida. El método empleado fue: un estudio descriptivo y correlacional en 112 pacientes con EPOC identificados con o sin síntomas de depresión y que ingresaban a un programa de rehabilitación pulmonar (RP). Se concluye que los pacientes con EPOC muestran una correlación positiva (p -valor $< .05$) entre la calidad de vida y los síntomas de depresión, además se encontró que en los pacientes con EPOC y síntomas de depresión existe una correlación positiva entre el MRC disnea y la escala de depresión (p -valor $< .05$) y para finalizar se halló un mayor número de visitas a urgencias en pacientes con EPOC y síntomas de depresión que aquellos que no presentaban síntomas de depresión.

Palabras Clave: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Depresión, Calidad de Vida.

Abstract

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), being considered by the WHO as one of the pathologies with the highest mortality rates worldwide, has generated that multiple disciplines, including health psychology, take interest in generating strategies for both diagnosis and intervention for patients with COPD. In order to contribute information to diagnostic programs, the objective of this study was: to review whether in patients diagnosed with COPD there are differences between cases with or without symptoms of depression in terms of their health conditions and quality of life. The method employed was: a descriptive and correlational study in 112 patients with COPD identified with or without symptoms of depression and who were entering a pulmonary rehabilitation (PR) program. It is concluded that patients with COPD show a positive correlation (p -value $< .05$) between quality of life and symptoms of depression, in addition it was found that in patients with COPD and symptoms of

depression there is a positive correlation between the MRC dyspnea and the depression scale (p-value < .05) and finally it was found a greater number of visits to the emergency room in patients with COPD and symptoms of depression than those who did not have symptoms of depression.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Depression, Quality of life.

El estudio de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) ha sido objeto de estudio más allá de las explicaciones e intervenciones acerca de las afectaciones en el organismo, puesto que es una enfermedad que se encuentra relacionada con problemas emocionales como la ansiedad y la depresión (Betancourt et al., 2017). Además, los pacientes con EPOC presentan dificultades para realizar actividades físicas que habitualmente realizaban, esto genera cambios en su estilo de vida, lo cual puede acarrear problemas sociales (Zamzam et al., 2012). Este tipo de hallazgos motivan a este estudio a profundizar en las características de la calidad de vida y los casos de depresión en pacientes con EPOC.

De acuerdo con el informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2017), a nivel mundial, se estima que el 4,4% de la población sufre de depresión. La evaluación de la depresión como tamizaje a partir de una condición clínica como lo es la enfermedad EPOC, sugiere entender la depresión como un cuadro clínico, que según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se caracteriza principalmente por un humor depresivo, la pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia) y disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad (OMS, 1992); estos síntomas disminuyen la calidad de vida y quienes la padecen expresan dificultades en el entorno familiar, laboral y social (Ministerio de Salud, 2017).

Teniendo en cuenta lo anterior, la depresión en las personas hospitalizadas, según

Costas, et al. (2013), es una condición que contribuye a la presencia de dificultades como el aumento en el número de días de hospitalización y un bajo compromiso con el tratamiento que puede alterar el curso de la enfermedad; estas situaciones incrementan el riesgo de mortalidad y aumentan los costos de la enfermedad. Igualmente, resulta importante indagar sobre las condiciones de salud y la calidad de vida en pacientes con EPOC que presenten síntomas de depresión, dado que Ghaemi, et al. (2019) mencionan la depresión como una de las comorbilidades más frecuentes en la EPOC, las estimaciones de prevalencia han oscilado entre el 18,8% y el 51,5%. Así mismo, el diagnóstico de depresión en estos pacientes representa un riesgo alto, pues en estas personas aumenta hasta el 62% la probabilidad de usar oxígeno posterior a una exacerbación (Maurer et al.,2008).

Ahora bien, en el campo de la Psicología de la Salud es importante identificar la forma en que se ha definido la depresión para comprender si los análisis y resultados encontrados en otras investigaciones se pueden poner en diálogo con el presente estudio. La OMS define la depresión como un trastorno mental que se caracteriza por tener una baja en el estado de ánimo, sentir tristeza constante, pérdida de interés, sentimientos de culpa, trastornos de sueño, entre otros. Sin embargo, se encontró que en los estudios que investigan sobre depresión y EPOC las definiciones sobre el trastorno mental no van más allá de un modelo biomédico: ante esto, Betancourt et al. (2018) la consideran como un problema emocional pero no hacen énfasis en su definición, igualmente, hay una perspectiva que consideran la depresión como una susceptibilidad genética que favorece enfermedades como el tabaquismo y la adicción a la nicotina, factores de riesgo asociados con la EPOC (Eley et al., 2004, citado por González, 2016). Otra perspectiva asume que los pacientes con EPOC pueden presentar un trastorno depresivo recurrente o síntomas depresivos elevados, lo cual en ocasiones los lleva a aumentar el consumo de tabaco y esto genera complicaciones en la salud del paciente (Salte et al., 2015).

Por otra parte, cabe resaltar que algunas investigaciones (Bentsen et al., 2008; Ghaemi et al., 2019, Rivadeneria, 2015; Nonato et al., 2015), no definen explícitamente la depresión, solo se centran en mostrar características de condiciones de vida y presentan los resultados arrojados por los instrumentos, sin discutir las bases teóricas que explican el fenómeno de la depresión.

Teniendo en cuenta que este estudio busca caracterizar las condiciones de salud, el estado de depresión y otros indicadores relacionados con la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con EPOC, a continuación, se presentarán las medidas empleadas por diferentes estudios que guardan relación con la presente investigación:

En cuanto a las condiciones de salud, algunas investigaciones (Bentsen et al., 2008; González, 2016; Salte et al., 2015; Betancourt et al., 2018; González et al., 2016), han utilizado variables espirométricas como el cociente VEF1/FCV, el cual resulta de la medición entre el Volumen Espiratorio forzado el primer segundo (FVE1) y la Capacidad Vital Forzada (FVC).

Para medir el estado de salud, investigaciones (González, 2016; Betancourt et al., 2018; González et al., 2016; Nonato et al., 2015; Ghaemi et al., 2019) coinciden en utilizar la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), este es el instrumento de autoevaluación frecuentemente usado para detectar malestar emocional (ansiedad y depresión) en poblaciones con enfermedad física (Terol et al., 2015).

Con respecto a la calidad de vida, algunas investigaciones como Bentsen et al. (2008), Gonzalez (2016), Nonato et al. (2015), Rivadeneria (2015), Betancourt et al. (2018), utilizaron el St. George 's Respiratory Questionnaire (SGRQ) el cuestionario consta de 50 ítems que se dividen en tres escalas: síntomas, actividad e impacto.

Los estudios relacionados con la depresión en casos de EPOC, presentan ciertas

particularidades con respecto a sus resultados, por ejemplo, Quintero y Rosas (2020) en su estudio encontraron una prevalencia del 35.4%; el estudio de González et al., (2016) en una muestra española obtuvo una prevalencia de depresión de 13.4%, este mismo estudio no encontró asociación para VEF1pos, VEF1/FVC, DLCO y metros caminados. Sin embargo, en el estudio de Xu y Li (2018) encontraron que una baja función pulmonar medida por FEV1 está asociado a depresión en los pacientes con EPOC, al igual que en la población italiana (Di Marco et al., 2006). Por su parte, Li et al. (2018), plantean que, en los pacientes con EPOC en China la tasa de prevalencia de depresión es 35,7% y tienen 1,9 veces más probabilidades de sufrir depresión en comparación con pacientes sin EPOC.

Ante los hallazgos de otras investigaciones, el presente estudio tiene como objetivo revisar si en los pacientes diagnosticados con EPOC hay diferencias entre los casos con o sin síntomas de depresión en cuanto a sus condiciones de salud y la calidad de vida.

Método

Estudio descriptivo y correlacional en pacientes con EPOC que sean identificados con o sin síntomas de depresión que ingresan a un programa de rehabilitación pulmonar.

Muestra

La muestra corresponde a 112 pacientes con EPOC que acuden a un programa de rehabilitación pulmonar de una clínica de tercer nivel de la ciudad de Cali. Por tal motivo este estudio realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo compuesta por 44 mujeres y 68 hombres con una edad promedio de 69.2 años (Ver tabla 6).

Los criterios de inclusión fueron: Diagnóstico médico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica con y sin categorización de ansiedad y depresión clínica. Participación en

un programa de rehabilitación pulmonar. Capacidad para realizar pruebas de capacidad aeróbica y responder cuestionarios de calidad de vida, ansiedad, depresión y funcionalidad. Los criterios de exclusión fueron: Alteración del estado mental que limite contestar cuestionarios o atender órdenes. Pacientes con enfermedades crónicas no controladas.

Tabla 6

Características de la muestra de pacientes con EPOC

Variable	Categoría	n= 112 (100%)
Sexo	Femenino	44 (39.3 %)
	Masculino	68 (60.7%)
Edad		69.2 (\pm 8.31)
Estado Civil	Soltero	22 (19.6%)
	Casado	57 (50.9%)
	Divorciado	8 (7.1%)
	Unión libre	11 (9.8%)
	Viudo	14 (12.5%)
Hospitalizados	Si	62 (55.4%)
	No	50 (44.6%)

Instrumentos

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Es un cuestionario autoadministrado de 14 ítems que integra dos 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. Las puntuaciones se refieren a la última semana y la intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en un rango de 0 a 3. Según la validación hecha por Rico, Restrepo y Molina (2005) en Colombia los puntos de corte para identificar síntomas de depresión son 8 puntos y en cuanto a los síntomas de ansiedad los niveles de corte son de 9 puntos, en este estudio se reportó un coeficiente alfa de Cronbach de 0.85, lo cual es interpretado como un instrumento confiable.

St. George 's Respiratory Questionnaire (SGRQ): es un cuestionario específico para pacientes con enfermedades respiratorias. Consta de 50 ítems divididos en tres escalas: síntomas, actividad e impacto. Los ítems de la escala de síntomas se refieren a la frecuencia y gravedad de los síntomas respiratorios. Los ítems de la escala de actividad valoran la limitación de las actividades debidas a la disnea. En la escala de impacto se valoran las alteraciones psicológicas y de funcionamiento social producidas por la enfermedad. Los ítems están formulados de dos formas diferentes: en forma de pregunta con 5 opciones de respuesta, de las que sólo se puede elegir una; y en forma de frase con dos opciones: sí/no. La puntuación se calcula para cada una de las escalas del cuestionario y también una puntuación global. El recorrido de todas ellas es desde 0 a 100, y puntuaciones más altas indican una peor calidad de vida. En este estudio se consideran tanto la puntuación total (SGRQ-T), como la puntuación de cada una de las dimensiones: síntomas:(SGRQ-S) actividad (SGRQ-A), impacto (SGRQ-I).

Procedimiento

Inicialmente se consolidó la base de datos de los pacientes en el software Jamovi (versión 1.6). Se emplearon los descriptivos para identificar los datos perdidos, posterior a ello, se utilizaron para presentar las características de la muestra. Para determinar la prevalencia de síntomas de depresión según el sexo se utilizó una tabla de contingencia.

Para realizar las pruebas de Chi-cuadrado se convirtieron las puntuaciones de la prueba HADS y el grado de MRC en valores cualitativos. En la prueba HADS se marcó como caso con síntomas de depresión las puntuaciones superiores a 8. El grado MRC se transformó de la siguiente manera: 0 y 1= leve, 2 y 3= moderado, 4 y 5= severo.

Para la identificación de los coeficientes de correlación de Pearson se trabajó con las puntuaciones cuantitativas arrojadas por los instrumentos HADS y SGRQ. En cuanto a las pruebas T de Student se revisó que las variables cumplieran con los supuestos de normalidad de Shapiro Wilk y el test de igualdad de varianzas de Levene's.

Resultados

La muestra que hizo parte de este estudio tiene características similares a la de otras investigaciones (Quintero y Rosas, 2020; Rivadeneira (2015). Los indicadores de las condiciones de salud que se presentan en la tabla 7, muestran que los participantes estuvieron 10 días hospitalizados en promedio, el número máximo de hospitalizaciones fue siete. El cociente VEF1/ CVF estuvo en promedio 60.6, con una desviación estándar de 10.6.

Tabla 7*Características de las Condiciones de Salud de los Pacientes con EPOC*

Variables	N	M	DS	Mín.	Máx.
CVF	112	67.2	20.1	15.7	142
VEF1	112	42.5	14.6	8.50	82.0
VEF1/CVF	112	60.6	10.6	10.0	70.3
Hospitalizaciones	112	0.866	1.17	0.00	7.00
DÍAS (H)	112	9.64	14.0	0.00	65.0
BODE	112	5.36	1.92	0.00	9.00
IMC	112	25.0	5.11	14.7	42.5

En cuanto a la prevalencia de los síntomas de depresión según el sexo de los pacientes con EPOC se encontró que de los 112 (100%) pacientes solo el 29.5% presentan síntomas de depresión de acuerdo con los resultados arrojados por la escala de ansiedad y depresión hospitalaria. De los 33 (100%) pacientes identificados con síntomas de depresión el 51.5% son mujeres y el 48.5% son hombres, sin embargo, no se puede concluir que esta diferencia y prevalencia sea significativa. (ver tabla 8)

Tabla 8*Identificación de Síntomas de Depresión Discriminado por Sexo*

Sexo		Síntomas Depresión		
		No caso	Caso	Total
Masculino	Observed	52	16	68
	% within row	6.5%	23.5 %	100.0 %
Femenino	Observed	27	17	44
	% within row	61.4 %	38.6 %	100.0 %
Total	Observed	79	33	112
	% within row	70.5 %	29.5 %	100.0 %

Inicialmente se realizaron pruebas de Chi-cuadrado para determinar si había una diferencia significativa entre los sujetos que fueron identificados con y sin síntomas de depresión respecto a sus condiciones socio-demográficas y de salud. En la tabla 9 se puede observar que no se encontraron diferencias significativas ($p < 0.05$).

Tabla 9

Diferencias de pacientes EPOC con y sin Depresión

	χ^2	G1	p
Género	2.93	1	0.087
Fuma actualmente	0.500	1	0.480
Estado Civil	9.07	4	0.059
Estrato	5.86	5	0.320
Oxígeno domiciliario	0.628	1	0.428
Hospitalizado	0.522	1	0.470
Urgencias	0.702	1	0.402
MRC (A)	5.96	2	0.051
Residencia	12.3	8	0.140
Clasificación IMC	0.320	3	0.956
Exposición Humo de leña	1.35	1	0.245

Para realizar las pruebas T de muestras independientes, dividiendo los grupos entre casos con síntomas y sin síntomas de depresión, se tuvieron en cuenta los supuestos de normalidad Shapiro Wilk e igualdad de varianzas Levene's. Solo la variable SGRQ Impactos cumplió con todos los criterios: Shapiro Wilk 0.982, p-valor=0.279, Levene's F=1.796, G1=1, n=84, p-valor= 0.184, con una prueba de T-Student's -1,698 (p<0.05). (ver tabla 10)

Tabla 10

Síntomas de depresión y escalas del SGRQ.

Variables		Estadístico	Gl	p
SGRQSÍNTOMAS	Student's t	-1.007	84.0	0.158
SGRQ ACTIVIDADES	Student's t	-0.126 ^a	84.0	0.450
SGRQ IMPACTO	Student's t	-1.698	84.0	0.047
SGRQ TOTAL	Student's t	-1.164	84.0	0.124

Nota. H_a No caso < Caso

^a Levene's test is significant (p < .05).

En búsqueda de correlaciones entre la variable que mide la depresión en la escala de ansiedad y depresión hospitalaria con las demás variables de calidad de vida y condiciones de salud, se encontró una correlación positiva entre el MRC disnea y la escala de depresión, aunque es una relación baja pero estadísticamente significativa (p-valor =0.020). Este resultado muestra como a mayor presencia de disnea durante actividades de la vida cotidiana que no deberían representar mayor esfuerzo físico, tales como ponerse la ropa, esto puede generar cambios en los estilos de vida de los pacientes con EPOC y presentar mayores síntomas de depresión. Así mismo se encontró que de las variables del SGRQ, fue la escala de impacto que estuvo correlacionada positivamente con la variable del HAD (p-valor= 0.006) la cual indica modificaciones en el estilo de vida del paciente. (ver figura 1 y 2)

Figura 1

Correlaciones entre la variable Depresión del HADS y SGRQ-Impacto,

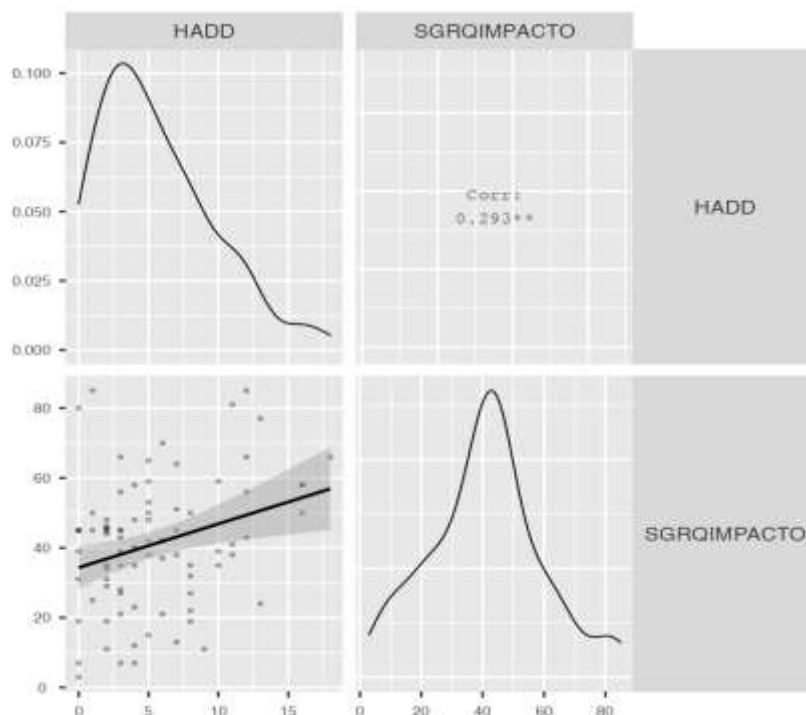
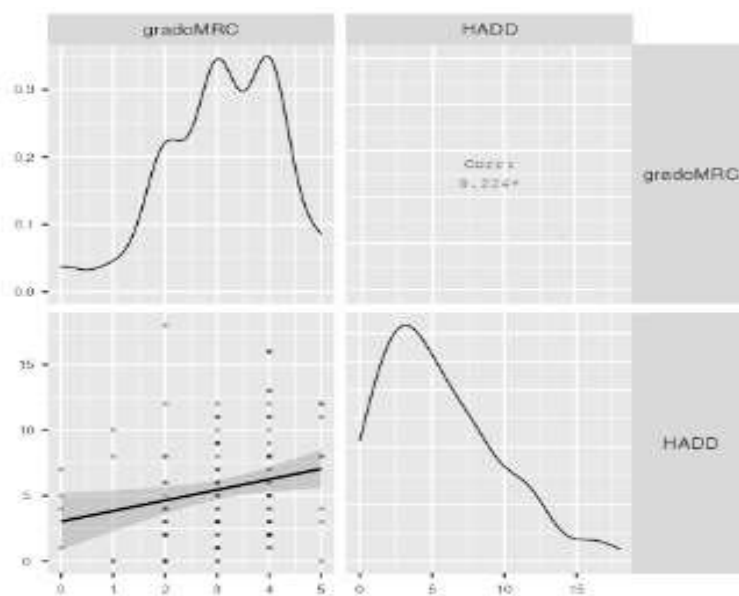


Figura 2

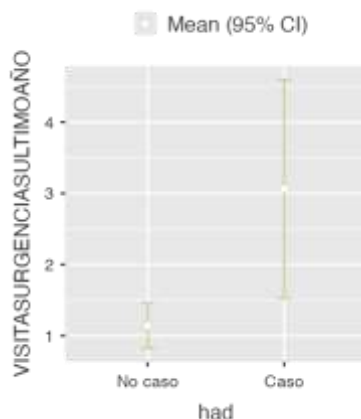
Correlaciones entre la variable Depresión del HADS y grado de Mrc.



Por otra parte, se encuentra que los pacientes con síntomas de depresión presentan una diferencia significativa ($p < 0.05$) respecto al número de visitas a urgencias en el último año, en contraste con los pacientes con EPOC sin síntomas de depresión. (ver figura 3)

Figura 3

Anova de la Variable Depresión del HADS y Visitas a urgencias en el último año.



Para finalizar no se encontraron diferencias significativas entre los casos con y sin síntomas de depresión al relacionarlos con las variables número de hospitalizaciones al año y días hospitalizados.

Discusión

El objetivo de revisar si en los pacientes diagnosticados con EPOC hay diferencias entre los casos con o sin síntomas de depresión en cuanto a sus condiciones de salud y la calidad de vida, permite la comparación con otros estudios similares. En este sentido, en cuanto a la correlación entre la calidad de vida y los síntomas de depresión en pacientes con EPOC, este estudio encontró que en los pacientes con EPOC y síntomas de depresión existe una correlación positiva entre el MRC disnea y la escala de depresión, lo cual sugiere que los pacientes con EPOC presentan síntomas de depresión ante la presencia de síntomas físicos como la disnea en su vida cotidiana; estudios a nivel internacional encuentran presencia de depresión relacionado con síntomas físicos en poblaciones de países como Italia, Corea, Shanghái, India (Quintero y Rosas, 2020), entre los que se encuentra una prevalencia de depresión entre el 9,8% y el 30,6%; en China, se encuentra presencia de síntomas de depresión asociados a síntomas físicos en el 35,7% (Li et al., 2018); a nivel de Latinoamérica se encuentra que pacientes con EPOC

presentan síntomas de depresión entre el 10% a 57% (Castro et al., 2019).

En cuanto a la prevalencia de los síntomas de depresión según el sexo de los pacientes con EPOC, en este estudio, se encontró que solo el 29.5% presentan síntomas de depresión, de los cuales el 51.5% son mujeres y el 48.5% son hombres, sin embargo, no se puede concluir que esta diferencia y prevalencia sea significativa. Contrario a este resultado, estudios como el de Castro, Runze y Parodi (2019), a nivel de Latinoamérica, el 62,5% de los pacientes con EPOC eran mujeres y presentan síntomas de depresión, lo cual sugiere que las mujeres con EPOC tienen mayor probabilidad de presentar depresión respecto a los hombres, específicamente en ciudades como Bogotá se ha encontrado una prevalencia del 35% de depresión, especialmente en mujeres (Quintero y Rosas, 2020).

En el presente estudio se identificaron correlaciones entre el nivel de disnea y modificaciones en el estilo de vida del paciente, igual que en el estudio de Rivadeneira (2015) en el que se encuentra una correlación de 0,86 entre los síntomas y el estilo de vida, lo cual propone que al evaluar la calidad de vida de los pacientes con EPOC, los síntomas físicos como la disnea generan un impacto en la percepción de sufrimiento, y por ende en su bienestar físico, emocional o social.

Conclusión

Se puede concluir que se observó una prevalencia de los síntomas de depresión en pacientes con EPOC no se encontró diferencias según el sexo. En cuanto al número de hospitalizaciones y número de días hospitalizado tampoco se encontraron diferencias significativas.

En esta investigación se corroboró que existe una correlación positiva entre el MRC disnea y la escala de depresión, lo cual sugiere que la afectación en la vida cotidiana de los

pacientes es alta con respecto a su salud mental. Acompañado de los cambios en los estilos de vida también se encontró que los pacientes con síntomas de depresión suelen asistir con mayor frecuencia a urgencias.

Este estudio permitió comprender la necesidad de intervenir los síntomas de depresión en pacientes con EPOC, que tengan en cuenta como los cambios en los estilos de vida tienen un impacto en la salud mental, de esta manera se espera que futuras intervenciones psicológicas faciliten el afrontamiento de los síntomas físicos y de depresión en los pacientes.

Por último, es importante mencionar que los resultados de este estudio no pueden ser generalizados dado que son datos de una muestra pequeña, de un programa particular y los indicadores pueden variar según el contexto en el que se encuentre el paciente. Sin embargo, los mismos, contribuyen en la comprensión de la presencia de los síntomas de depresión en los pacientes con EPOC, lo cual facilita su temprana identificación e intervención.

Referencias

Bentsen, S. B., Henriksen, A. H., Wentzel-Larsen, T., Hanestad, B. R., & Wahl, A. K. (2008).

What determines subjective health status in patients with chronic obstructive pulmonary disease: Importance of symptoms in subjective health status of COPD patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 1–8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-115>

Di Marco, F., Verga, M., Reggente, M., Maria Casanova, F., Santus, P., Blasi, F., Allegra, L., & Centanni, S. (2006). Anxiety and depression in COPD patients: The

roles of gender and disease severity. *Respiratory medicine*, 100(10), 1767–1774.

<https://doi.org/10.1016/j.rmed.2006.01.026>

Betancourt-Peña, J., Muñoz-Erazo, B., & Mora-Guerra, R. (2015). Calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica al ingreso de un programa de rehabilitación pulmonar. *Revista Colombiana De Rehabilitación*, 14(1), 46-53. <https://doi.org/10.30788/RevColReh.v14.n1.2015.18>

Betancourt Peña, J., Mosquera García, A., Orozco Henao, L., Parra Lievano, J., Velasco

Rivera, E., Ávila Valencia, J., & Hurtado Gutiérrez, H. (2018). Caracterización de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que inician un programa de rehabilitación pulmonar. *Movimiento Científico*, 11(2), 47-54.

<https://doi.org/10.33881/2011-7191.mct.11201>

Betancourt-Peña J, Ávila-Valencia JC, Muñoz-Erazo BE, Hurtado-Gutiérrez H, Benavides-

Córdoba V. (2020). Efectos de la rehabilitación pulmonar sobre calidad de vida y tolerancia al esfuerzo. *Univ. Salud*. 2020;22(2):157-165.

<https://doi.org/10.22267/rus.202202.187>

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-Psiquiatria*, 82(1), 4.

<https://doi.org/10.20453/rnp.v82i1.3480>

Comeche Casanova, L., Echave-Sustaeta, J. M., García Luján, R., Albarrán Lozano, I.,

Alonso González, P., & Llorente Alonso, M. J. (2013). Prevalence of anaemia associated with chronic obstructive pulmonary disease. Study of associated variables. *Archivos de bronconeumología*, 49(9), 383–387.

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2013.04.007>

Costas, M., Prado, V. & Crespo, J.M. (2013). Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario de Ferrol. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace Revista Iberoamericana de Psicosomática*, 107, 16-22.

Ghaemi K.J., Brähler, E., Wiltink, J. et al. (2019). Association between medicated obstructive pulmonary disease, depression and subjective health: results from the population-based Gutenberg Health Study. *Scientific Reports*, 9.
<https://doi.org/10.1038/s41598-019-56440-9>

González, M.Clez, 2 Verónica Prado Robles, 2 José Manuel Crespo Iglesias

González, M.V. (2016). Ansiedad y depresión en la EPOC: Prevalencia en una muestra española e impacto sobre la calidad de vida de los pacientes. *Granada: Universidad de Granada*, [<http://hdl.handle.net/10481/43375>]

González-Gutiérrez, M. V., Guerrero Velázquez, J., Morales García, C., Casas Maldonado, F., Gómez Jiménez, F. J., & González Vargas, F. (2016). Modelo predictivo de ansiedad y depresión en pacientes españoles con enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable. *Archivos de Bronconeumología*, 52(3), 151–157.
<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2015.09.003>

Li, H., Ge, S., Greene, B. & Dunbar-Jacob, J. (2018). Depression in the context of chronic diseases in the United States and China. *International Journal of Nursing Sciences*. 6(1), 117-122. doi: 10.1016/j.ijnss.2018.11.007.

Maurer J, Rebbapragada V, Borson S, Goldstein R, ME K, AM Y, et al. Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. [Internet]. Vol. 134, Chest. 2008. p. 43S-43S-56S. Disponible en:
<https://doi.org/10.1378/chest.08-0342>

Ministerio de Salud. (2017). *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)*.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/Enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica.aspx>

Nonato, N. L., Díaz, O., Nascimento, O. A., Dreyse, J., Jardim, J. R. y Lisboa, C. (2015).

Behavior of Quality of Life (SGRQ) in COPD Patients According to BODE Scores.

Archivos de bronconeumología, 51(7), 315–321.

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2014.02.017>

O.M.S.: CIE-10 (1992). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Depresión. (n.d.). Revisado Enero, 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>

Quintero Gonzalez, L. A. y Rosas, S. (2020). *Prevalencia y factores asociados a depresión en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de un programa de atención integral de Bogotá. 2017-2018* (Doctoral dissertation, Universidad del Rosario).

Rivadeneira G, M. F. (2015). VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO RESPIRATORIO ST. GEORGE PARA EVALUAR CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ECUATORIANOS CON EPOC. *Revista Cuidarte*, 6(1), 882-891.

<https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.109>

The jamovi project (2021). *jamovi* (Version 1.6) [Computer Software]. Retrieved from

<https://www.jamovi.org>

Salte, K., Titlestad, I., & Halling, A. (2015). Depression is associated with poor prognosis in patients with chronic obstructive pulmonary disease - a systematic review. *Danish medical journal*, 62(10), A5137.

Terol-Cantero, M. C., Cabrera-Perona, V., y Martín-Aragón, M. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología*, 31(2), 494-503.

<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701>

Xu, K. y Li, X. (2018). Risk factors for depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Medical Science Monitor*, 24, 1417–1423. Doi: 10.12659/MSM.904969