



ORIGINAL/SECCIÓN CIENCIAS SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Disnea y psicopatología en el paciente anciano con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

María Magdalena Medinas Amorós^{a,*}, Carmen Más Tous^b, Victoria Ferrer Pérez^b, Belén Martín López^b, Catalina Alorda Quetglas^b e Feliu Renom Sotorra^c

^a Unidad de Psicología, Hospital Joan March, Complejo Hospitalario de Mallorca, Bunyola, Islas Baleares, España

^b Universidad de las Islas Baleares, Palma de Mallorca, Baleares, España

^c Servicio de Neumología, Hospital Joan March, Complejo Hospitalario de Mallorca, Bunyola, Islas Baleares, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de febrero de 2010

Aceptado el 9 de julio de 2010

On-line el 24 de septiembre de 2010

Palabras clave:

EPOC

Ansiedad

Depresión

Somatización

Disnea

R E S U M E N

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad progresiva cuyo síntoma principal es la percepción de disnea. En fases avanzadas, esta puede constituir un factor de riesgo de depresión, ansiedad y trastorno por somatización, sobre todo en pacientes mayores.

Objetivo: Evaluar la presencia de estas psicopatologías en función de la disnea y del grado de severidad de la enfermedad en pacientes ancianos con EPOC.

Materiales y método: Los pacientes (n=51) con una media de edad de fueron evaluados mediante el *Hospital Anxiety and Depression Scale*, la escala de disnea, el cuestionario de *Salud de Goldberg* y la espirometría.

Resultados: A medida que aumenta el nivel de disnea y avanza la enfermedad, los pacientes presentan progresivamente síntomas ansioso-depresivos y somáticos de mayor relevancia clínica ($p < 0,05$). Aparecen correlaciones significativas entre todos estos parámetros ($p < 0,05$).

Conclusiones: La detección y tratamiento precoz de psicopatologías asociadas a la disnea y evolución de la enfermedad debe tenerse en cuenta a la hora de abordar esta compleja patología.

© 2010 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Dyspnoea and psychopathology in the elderly patient with chronic obstructive pulmonary disease

A B S T R A C T

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a progressive disease with dyspnoea perception as a main symptom. In severe stages, dyspnoea can constitute a risk factor for depression, anxiety and somatization disorders.

Objective: The objective was to evaluate the presence of these psychopathologies based on dyspnoea and severity stages in patients with COPD.

Materials and methods: Patients (n=51) were evaluated by means of the Hospital Anxiety and Depression Scale, the dyspnoea scale (MRC), the General Health Questionnaire (GHQ-28) and spirometric criteria.

Results: The increase in dyspnoea level and disease severity lead to a progressive worsening of anxiety, depressive and somatic symptoms with clinical relevance ($P < 0.05$). There was a significant correlation between those parameters ($P < 0.05$).

Conclusions: The early detection and treatment of these psychopathologies associated with dyspnoea and progression of the disease must be taken into account in this complex pathology.

© 2010 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

COPD

Anxiety

Depression

Somatization

Dyspnoea

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un proceso patológico caracterizado por una limitación del flujo aéreo que no es completamente reversible¹. Dicha limitación es, por lo gene-

ral, progresiva y se asocia a una respuesta inflamatoria pulmonar anormal a partículas o a gases nocivos, principalmente relacionados con el humo del tabaco. El diagnóstico se establece a través de una espirometría y la gasometría arterial que valora la consecuencia más importante de la EPOC: la insuficiencia respiratoria². Actualmente se tiende a incluir bajo la denominación de EPOC únicamente a los enfermos con enfisema pulmonar y a los que padecen bronquitis crónica.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mmapsi1@gmail.com (M.M. Medinas Amorós).

La EPOC es causa de morbi-mortalidad en todo el mundo³. En muchos casos, presenta un curso variable y no sigue el mismo patrón en todos los individuos ya que, como cada vez resulta más evidente, suele originarse décadas antes del comienzo de los síntomas. Las principales características clínicas de estos pacientes son la tos crónica, la expectoración y sobre todo, la disnea. La obstrucción de las vías aéreas en estos pacientes no solo es progresiva, sino que además, es irreversible.

La percepción de disnea se define como aquella sensación subjetiva de falta de aire o dificultad para respirar que en sí misma engloba múltiples sensaciones, cualitativa y cuantitativamente diferentes, que explican la heterogeneidad con la que puede expresarse este síntoma¹; sin embargo la disnea puede presentarse tanto en enfermedades no respiratorias como en personas sanas. En la EPOC, generalmente, se presenta en fases avanzadas, cuando hay un daño pulmonar importante.

La disnea puede ser percibida de forma diferente por pacientes con igual grado de obstrucción bronquial, además de no correlacionar enteramente con medidas de función pulmonar como la espirometría. Esta discordancia con algunos parámetros funcionales se explica porque en su génesis y evolución coexisten factores fisiológicos, ambientales, sociales y psicológicos implicados⁴. Este último aspecto es más evidente en fases de mayor gravedad de la EPOC, donde son más prevalentes los trastornos de ansiedad, la depresión y la somatización, lo que lleva a los pacientes a mostrar importantes oscilaciones en su valoración de la disnea⁵. Respecto a sus mecanismos fisiopatológicos, existe poca información acerca de los receptores exactos que median en la disnea. Se sabe que desde las vías aferentes se envían señales que son procesadas en el córtex, pero no existe un área cerebral exacta cuya excitación sea capaz de evocar la sensación de disnea, lo que apunta a que está implicado más de un mecanismo en su producción.

En la interpretación que hace el paciente del grado de disnea que padece y en la respuesta que emite ante ella adquieren importancia otras variables mediadoras tan importantes como la ansiedad, la percepción de autoeficacia, la presencia de depresión, el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas y las creencias del sujeto, entre otros factores más de tipo sensorial, afectivo y cognitivo⁶. De hecho, la relación entre la ansiedad (incluso crisis de pánico) y la disnea está bien establecida en la literatura, pudiéndose asumir que el 90% de las variaciones que acontecen en la disnea crónica son debidas a cambios psicológicos⁷⁻⁹.

Asimismo, a causa de la disnea, los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas presentan un alta prevalencia de síntomas de ansiedad o de depresión más o menos acentuados¹⁰ dependiendo a su vez de la situación en la que se encuentren (estables, exacerbados u hospitalizados) al ser evaluados^{11,12}. El hecho de padecer una limitación funcional debido a la disnea a mínimos esfuerzos, la sensación de menor control sobre las circunstancias vitales que rodean el progreso de la enfermedad constituye uno de los principales factores de riesgo para la depresión, la ansiedad y el trastorno por somatización¹³. La literatura científica establece que la presencia de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad influyen directamente en la capacidad de adaptación del paciente a su enfermedad crónica^{14,15,10,16}.

De esta forma, ante la aparición de estos trastornos, surge inevitablemente un progresivo aislamiento que, no solo contribuye a aumentar los estados ansioso-depresivos, sino que genera una disminución del apoyo social, llegando a imposibilitar las relaciones sociales o el contacto con los propios familiares. De hecho, se ha descrito que los pacientes mayores con EPOC padecen depresión y ansiedad cuatro veces más que las personas sanas, sobretudo en fases avanzadas de la enfermedad donde la depresión se solapa en ocasiones con las reacciones naturales ante la inminencia del fin de la vida¹⁷. A este respecto, Kunik et al¹⁰, establecen que un 80% de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas padecen

síntomas de ansiedad y depresión, incrementándose hasta un 65% en la submuestra de EPOC. Por su parte, Williams et al¹⁸ informa que menos de la mitad de los pacientes respiratorios tiene diagnosticados sus trastornos de ansiedad y/o depresión por lo que no reciben ningún tipo de tratamiento hasta que estos trastornos son graves y afectan al paciente en su movilidad física, en sus relaciones sociales, etc, aumentando así la morbilidad asociada a la enfermedad. En otro estudio de revisión realizado por Mikkelsen et al¹⁹, se constató de nuevo la elevada prevalencia de trastornos de ansiedad y depresivos entre los pacientes con EPOC, incluyendo entre ellos la presencia de ansiedad generalizada, las crisis de pánico y el trastorno depresivo mayor.

En otro orden de cosas, Kim et al²⁰ establecen en su investigación claramente una relación entre el estatus funcional del paciente (movilidad física), la aparición de síntomas de ansiedad y depresión y la utilización de los servicios sanitarios. Recientemente DiMarco et al²¹ publicaron un estudio en el que se analizaron diferencias de género en la prevalencia de trastornos ansioso-depresivos. Sus resultados muestran mayores niveles de ansiedad y depresión en las mujeres y confirman que la prevalencia de estos trastornos en los pacientes EPOC era de 28,2% mientras que en el grupo control solo afectaba al 6,1% de los sujetos. En esta línea, un estudio publicado por Oga²² afirma que, en un periodo de 5 años, el grado de deterioro de la sintomatología ansioso-depresiva que presentan los pacientes es independiente del grado de severidad de la enfermedad, en cambio, sí observan una clara relación con otros parámetros de declive como la calidad de vida relacionada con la salud.

La presencia del trastorno por somatización en los pacientes que padecen enfermedades respiratorias que cursan con disnea como síntoma principal puede llegar a exacerbar dicho síntoma hasta provocar la aparición de una crisis severa que requiera hospitalización y un posterior tratamiento psicológico adecuado a las características del paciente crónico²³. De hecho, el estudio realizado por Pembroke et al²⁴ obtuvo puntuaciones elevadas en la subescala de somatización en pacientes con EPOC, además de que, en el cuestionario en general, demostraron el valor de dicha subescala para predecir la probabilidad de padecer una patología respiratoria. A su vez, el estudio elaborado por Woo et al²⁵ observó puntuaciones elevadas en las escalas de somatización, ansiedad y depresión del cuestionario GHQ-28 en un grupo de pacientes con EPOC severo que, tras la aplicación de un programa completo de atención sanitaria que incluía educación sobre la enfermedad, entrenamiento físico, manejo de la disnea, relajación y técnicas de ahorro energético, disminuían significativamente. El punto en común de estas investigaciones es que en sus análisis hallan correlaciones estadísticamente significativas entre puntuaciones de la subescala de ansiedad, la subescala de somatización del GHQ-28 y puntuaciones elevadas de disnea.

Otras líneas de investigación novedosas que tienen como protagonistas a los pacientes con EPOC analizan la relación entre la aparición de síntomas psiquiátricos como los de somatización con el uso de tratamientos farmacológicos como los esteroides inhalados²⁶ o el estudio de la eficacia de los programas de fisioterapia respiratoria sobre la calidad de vida de las personas²⁷.

Una vez expuesto el estado actual del tema, nos planteamos como objetivo del presente estudio evaluar la presencia de ansiedad, depresión y trastorno por somatización en función de la sensación de disnea y del grado de severidad de la enfermedad en una muestra de pacientes con EPOC.

Materiales y método

La muestra

Este estudio se desarrolló con una muestra total de 51 pacientes (38 hombres y 13 mujeres). La media de edad de la muestra

Tabla 1
Características sociodemográficas de la muestra (n=51)

Variable	Categoría	N	%
Sexo	Hombre	38	74,5
	Mujer	13	25,5
Estado civil	Soltero/a	6	11,8
	Casado/a-pareja	24	47,1
	Separado/a Divorciado/a	4	8,8
	Viudo/a	14	27,5
Ocupación	No especificado	3	5,9
	Ama de casa	11	21,6
	Jubilado/a	24	47,1
	Pensionista	13	25,5
Nivel de estudios	Primarios	13	25,5
	Medios	23	45,1
	Diplomados	15	29,4
Convivencia	Esposo/a e hijos	37	72,6
	Otros familiares	2	3,9
	Solo/a	9	17,6
	Residencia ancianos/as	3	5,9

de pacientes fue de 73,43 años (SD: 9,12 años) con un rango que osciló entre los 60 y los 87 años. Las características sociodemográficas de la muestra se describen en la tabla 1. Todos los pacientes presentaban diagnóstico de EPOC en diferentes grados de severidad según la clasificación de Celli y McNee de 2004²⁸ revisada. Todos ellos fueron seleccionados de entre aquellos circunscritos al área de atención sanitaria del Hospital Joan March de Bunyola, Mallorca, Baleares.

Instrumentos

- Los pacientes fueron evaluados mediante los siguientes materiales e instrumentos:
- Historia clínica: en ella figuran los datos relativos la edad, sexo, estado civil, ocupación, convivencia, nivel educativo y número de ingresos hospitalarios previos. Como medida de la severidad de la enfermedad respiratoria, se registró el valor FEV1% ref. (volumen espiratorio en el primer minuto porcentaje respecto a valor de referencia) proporcionado la espirometría establecido por la *American Thoracic Society* (ATS) y la *European Respiratory Society* (ERS)²⁸.
- El grado de disnea: la escala de disnea del Medical Research Council (MRC): esta escala fue elaborada por Fletcher en 1959²⁹ y revisada por el British Medical Research Council y la American Thoracic Society, se la conoce con la abreviatura MRC. La adaptación española ha sido realizada por la Sociedad Española de Neumología y Medicina Torácica (SEPAR) en 1999. Esta escala mide principalmente la magnitud de la tarea que produce disnea al paciente con un recorrido que va de 0 (ausencia de disnea), 1 (disnea leve), 2 (moderada), 3 (severa) a 4 (disnea muy severa). La versión española de esta escala unidimensional está descrita para expresar la actividad diaria, la muestra muy buena correlación con las pruebas de esfuerzo (prueba de marcha de 6 min o walking test), alcanzando una correlación de 0,73, claramente superior al resto de los parámetros fisiológicos pulmonares³⁰.
- La escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS): Zigmond y Snaith³¹ diseñaron esta escala con la finalidad de proporcionar un instrumento específico para detectar estados de depresión y ansiedad en pacientes de servicios hospitalarios no psiquiátricos. El HADS es un cuestionario autoaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems cada una, la primera de ansiedad (ítems impares) y la otra de depresión (ítems pares). La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0-3), donde 0 indica ausencia del síntoma y 3 alta frecuencia del síntoma). La puntuación corresponde al sumatorio de los ítems respectivos. En la versión original de la escala se proponían los mismos puntos de corte para las dos subescalas:

normal (0-7), dudoso (8-10) y problema clínico (>11), puntos que han sido utilizados en la presente investigación. La versión utilizada en este estudio ha sido la validada por Quintana et al³².

- Cuestionario de salud general (GHQ-28): basándose en el Cornell Medical Index, David Goldberg desarrolló en 1972, el cuestionario GHQ (General Health Questionnaire), concebido como método de identificación de pacientes con posibles trastornos psíquicos en el ámbito clínico no psiquiátrico. En 1979, Goldberg y Hillier³³ diseñaron un nuevo modelo «escalado» de 28 ítems (GHQ-28) compuesto de cuatro subescalas. El GHQ, en su versión de 28 ítems (GHQ-28), es un cuestionario autoadministrado que consta de cuatro subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave). Para determinar la puntuación del GHQ se utiliza una puntuación tipo Likert (puntuación de 0-3), donde 0 indica ausencia y 3 alta frecuencia de síntomas). En la presente investigación hemos utilizado este método de corrección ya que produce una distribución menos asimétrica que otras formas alternativas. El punto de corte utilizado como referencia en este trabajo ha sido 5/6, recomendado por Lobo et al³⁴ en la versión española adaptada y validada por estos mismo autores.

Procedimiento

La selección de la muestra y posterior recogida de información fue llevada a cabo en la Unidad de Neumología del Hospital Sociosanitario Joan March de Mallorca. Los pacientes de la muestra fueron seleccionados consecutivamente de entre aquellos que acudían a las consultas externas del citado hospital y que cumplían los siguientes criterios de inclusión: a) pacientes entre 65 y 90 años incluidos en el Programa de Atención Continuada al Paciente Respiratorio Crónico (RESC) que acudían, tras cita previa, a las consultas externas ambulatorias de la Unidad de Neumología del Hospital Joan March; b) diagnóstico de EPOC diagnosticada según los criterios de clasificación de la ATS/ERS²⁸, y c) pacientes para acceder a los cuales se obtuvo el permiso médico y que firmaron del consentimiento informado.

Los criterios de exclusión del estudio afectaron a aquellos pacientes que, aunque estuvieran incluidos en el programa de atención continuada RESC, cumplían una o más de las características siguientes: a) pacientes con deterioro cognitivo en cualquier grado, analfabetismo funcional o deficiencia mental que les dificultase la realización de las pruebas psicométricas o la comprensión de instrucciones simples; b) pacientes que, debido a la gravedad de su estado clínico, no pudiesen completar todas las pruebas requeridas; c) pacientes con graves problemas auditivos y/o visuales que les impidiesen realizar las pruebas, y d) negarse a firmar el consentimiento informado para la realización del estudio.

Antes de iniciar el estudio se solicitó la autorización del servicio de neumología y de los propios pacientes a través de un consentimiento informado siguiendo las consideraciones éticas correspondientes de confidencialidad y anonimato. En una primera entrevista se registraron los datos sociodemográficos, clínicos y el consentimiento informado. En la segunda entrevista se realizaron los cuestionarios y escalas descritos anteriormente. Toda la evaluación fue llevada a cabo por la psicóloga del centro en las consultas externas del hospital.

Diseño y análisis estadístico

El diseño de nuestra investigación corresponde a un estudio transversal donde se realiza un análisis descriptivo, comparativo de grupos independientes y posteriormente correlacional. Los datos recogidos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS vs.17. Para el estudio de las variables sociodemográficas, clínicas y

Tabla 2
Características psicológicas de la muestra

Instrumento	Variable	Mínimo	Máximo	Media	D. Típ.
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).	Depresión	0,00	18,00	7,92	4,844
	Ansiedad	0,00	19,00	7,88	4,615
Salud General de Goldberg (GHQ-28)	A-Síntomas Somáticos	1,00	15,00	8,01	4,110
	B-Ansiedad/insomnio	0,00	18,00	6,23	5,046
	C- disfunción social	6,00	19,00	10,09	3,281
	D- depresión	0,00	17,00	3,72	4,040

Tabla 3
Interpretación clínica de las variables psicológicas estudiadas

Instrumento	Variable	Interpretación	Frecuencia	Porcentaje
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).	Depresión	Normal	30	58,8
		Dudoso	7	13,7
		Problema clínico	14	27,5
	Ansiedad	Normal	30	58,8
		Dudoso	15	29,4
		Problema clínico	6	11,8
Salud General de Goldberg (GHQ-28)	Síntomas Somáticos	Ausentes	15	29,4
		Presentes	36	70,6
	Ansiedad Insomnio	Ausentes	24	47,1
		Presentes	27	52,9
	Disfunción Social	Presente	51	100
	Depresión	Ausente	37	72,5
	Presente	14	27,5	

psicológicas se realizó un estudio descriptivo mediante el análisis exploratorio de datos. Una vez analizadas las distribuciones de las variables a comparar, se llevó a cabo el contraste de hipótesis (comparaciones múltiples) de las variables utilizando la vía no paramétrica en todas ellas (Kruskal-Wallis) y la posterior aplicación de contrastes. El nivel de significación se estableció en $p < 0,05$.

Resultados

Estudio descriptivo de las variables

A continuación se describen (tabla 2) las puntuaciones obtenidas para todas las variables psicológicas de la muestra total de 51 pacientes. Las puntuaciones muestran que la muestra de pacientes con EPOC presentó puntuaciones por debajo de la media teórica en las dos subescalas de la escala HAD, de lo que se deduce que, en general, los pacientes no experimentaban ansiedad o depresión. Aún así, 14 pacientes presentaron problemas clínicos en la subescala de Depresión y 6 que presentaron síntomas de ansiedad clínicamente relevantes (tabla 3).

Respecto al estado de salud general, las mayores puntuaciones respecto al punto de corte establecido para todas las subescalas se han obtenido en las subescalas de síntomas somáticos y disfunción social, observándose de nuevo bajas puntuaciones medias (tabla 2). Como puede observarse en la tabla 3, casi 2/3 partes de los pacientes de nuestra muestra presentaban Síntomas somáticos, algo más de la mitad ansiedad/insomnio, 1 de cada 3 presentaban depresión y el total de ellos disfunción social.

Análisis comparativo y de correlación de las variables

En el análisis comparativo se han hallado diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en las variables depresión y ansiedad (HADS) en función de los niveles de disnea percibidos. Concretamente, los contrastes muestran que los pacientes con niveles invalidantes de disnea (nivel 4) presentan significativamente más ansiedad que aquellos con disnea leve ($Z = -2,053$; $p = 0,038$) y que aquellos con disnea moderada ($Z = -2,396$; $p = 0,016$), mientras que, por otro lado, los pacientes con disnea muy grave presentan más depresión que aquellos con disnea leve ($Z = -2,216$; $p = 0,019$), mode-

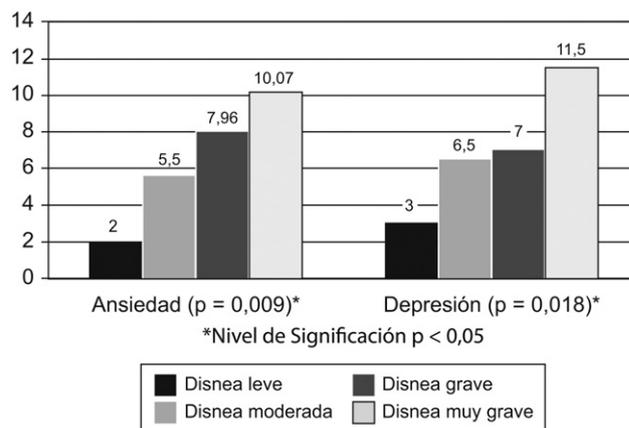


Figura 1. Ansiedad y depresión en función del nivel de disnea percibida.

rada ($Z = -2,398$; $p = 0,016$) e incluso grave ($Z = -2,719$; $p = 0,006$) (fig. 1).

Respecto al cuestionario de salud general (GHQ-28), hemos hallado diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) únicamente en la subescala de somatización (síntomas somáticos) en función del nivel de disnea, observándose una ligera tendencia hacia la significación en otras dos subescalas (fig. 2). Concretamente, los contrastes identifican de nuevo que los pacientes con disnea muy severa presentan mayores puntuaciones en la subescala de somatización frente a aquellos con disnea moderada ($Z = -2,652$; $p = 0,006$) y los pacientes con disnea severa ($Z = -2,392$; $p = 0,016$).

Por su parte, el estudio de correlación realizado (Rho de Spearman) confirma la estadísticamente significativa correlación existente entre todas las variables estudiadas y la percepción de disnea (tabla 4), especialmente la subescala de somatización ($p = 0,001$).

Conclusiones

Los pacientes ancianos con EPOC evaluados presentaron, tal y como muestra el análisis descriptivo realizado, escasos síntomas de ansiedad y depresión. A este respecto, pudimos comprobar que,

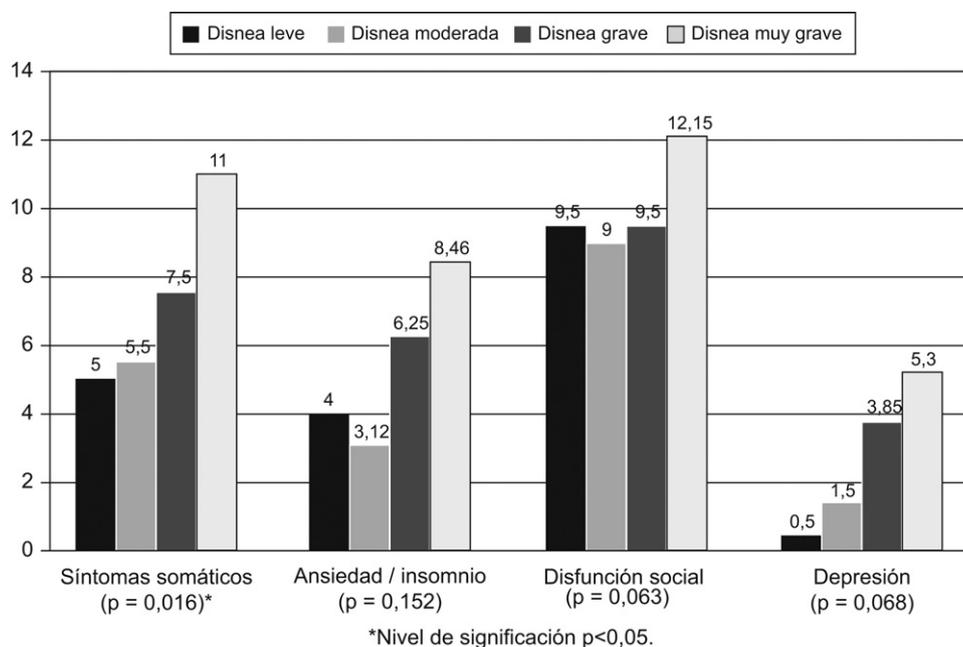


Figura 2. Puntuaciones del cuestionario de salud general (GHQ-28) en función del nivel de disnea percibida.

en 12 de los 14 pacientes ancianos con EPOC que presentaron síntomas de depresión, esta ya había sido diagnosticada meses o años antes, por lo que se hallaban bajo tratamiento, generalmente farmacológico, en el momento de realizar el estudio, al igual que aquellos que presentaron síntomas de ansiedad con relevancia clínica. Estos resultados se sitúan en la misma línea que los obtenidos por Dowson et al³⁵, en el que describieron signos de ansiedad en el 50% de los pacientes de los pacientes con enfermedad respiratorio y de depresión en el 27% de ellos. Las puntuaciones más elevadas también se localizaron en pacientes con historia clínica previa de ansiedad y/o depresión y en aquellos con mayor grado de severidad de la EPOC y mayor edad.

Respecto a su estrecha relación con la percepción de disnea, debemos señalar que, como ya señalaban Mikkelsen et al¹⁹, los pacientes ancianos con avanzado estado de la EPOC y niveles de disnea más elevados presentan dificultades de movilidad física lo que les lleva a un empobrecimiento en el número y frecuencia de las relaciones sociales y un empeoramiento de la calidad de vida en general. Así, nuestro estudio señala que, a medida que aumenta el nivel de disnea y avanza la enfermedad, los pacientes presentarán progresivamente más sintomatología ansioso-depresiva y con mayor relevancia clínica que aquellos con menores niveles de disnea.

La detección precoz de estos procesos psicopatológicos de inicio insidioso nos permitiría dirigir los esfuerzos terapéuticos hacia la prevención del agravamiento de los síntomas que, aunque como mostramos en nuestro estudio, están ligados a la presencia de disnea, no siempre va emparejada con el grado de obstrucción bronquial ni con el avance de la enfermedad, sino con otros

muchos factores perceptivos y psicosociales, e incluso ligados a la edad.

Sin embargo, existe un factor a considerar a la vista de estos hallazgos; como se sugieren DiMarco et al²¹ y Dowson et al³⁶, el hecho de no hallar elevadas puntuaciones de ansiedad y estrés en nuestra muestra podría estar relacionado con las diferencias de género en la prevalencia de trastornos ansioso-depresivos. Entre los pacientes mayores con EPOC, las mujeres muestran en el estudio de Dowson et al³⁶ grados de disnea más elevados que los hombres, constituyendo el grupo más afectado por los trastornos ansiosos y depresivos. Debido a ello, la escasa presencia de mujeres en nuestra muestra podría haber sesgado los resultados obtenidos al evaluar estas variables y, posiblemente, se hubieran obtenido valores diferentes si existiese mayor equilibrio entre el tamaño de las dos submuestras, aspectos que tendremos en cuenta en futuras investigaciones sobre el tema.

El estudio descriptivo del estado de salud general subjetivo de los pacientes mayores con EPOC ha mostrado la presencia de síntomas somáticos, de ansiedad e insomnio y disfunción social, pero no de depresión. De hecho, la literatura examinada exponía que existe una asociación entre el nivel de disnea y la aparición de somatización en los pacientes con EPOC de todas las edades, pero sobre todo en ancianos^{24,25}.

Por otro lado, nuestro estudio enfatiza en la misma línea de Elías et al³⁷, el papel que juegan las variables mediadoras en la interpretación que hace el paciente del grado de disnea que padece y en las respuestas que emite ante ella; la percepción de autoeficacia y el uso preferente de ciertas estrategias de afrontamiento más adaptativas constituyen algunas de estas variables mediadoras¹¹,

Tabla 4
Estudio de Correlaciones entre las variables psicológicas y el nivel de disnea

	HAD Depresión	HAD Ansiedad	GHQ Síntomas somáticos	GHQ Ansiedad insomnio	GHQ Disfunción social	GHQ Depresión
DISNEA (MRC)						
Coefficiente	0,430*	0,420*	0,452*	0,321*	0,343*	0,367*
Sig. (bilateral)	0,002	0,002	0,001	0,022	0,014	0,008
N	51	51	51	51	51	51

* Nivel de significación p<0,05.

aspecto que dejamos abierto a futuras investigaciones en este campo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- American Thoracic Society/European Respiratory Society. Statement on pulmonary rehabilitation. *Am J Resp Crit Care Med.* 2006;173:1390–413.
- Caminero JA, Fernández L. *Manual de Neumología y Cirugía Torácica.* Madrid: SEPAR; 1998.
- Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF. Epidemiological study of chronic obstructive pulmonary disease in Spain (IBERPOC), prevalence of chronic respiratory symptoms and airflow limitation. *Arch Br.* 1999;35:159–66.
- Meek PM. Influence of attention and judgment on perception of breathlessness in healthy individuals and patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Nurs Res.* 2000;49:11–9.
- Pawels R, Buist SA, Calverley P, Jenkins C, Hurd S. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD). Workshop summary. *Am J Res Crit Care Med.* 2001;163:1256–76.
- Cioffi D. Beyond attentional strategies, a cognitive-perceptual model of somatic interpretation. *Psychol Bul.* 1991;109:25–41.
- Bailey RE. Home oxygen therapy for treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am Fam Phys.* 2004;70:864–5.
- Rose C, Wallace L, Dickson R, Ayres J, Lehman R, Searle P, et al. The most effective psychologically-based treatments to reduce anxiety and panic in patients with COPD, a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2002;47:311–8.
- Periyakoil VS, Skultety K, Sheikh J. Panic, anxiety, and chronic dyspnea. *J Palliat Med.* 2005;8:453–9.
- Kunik ME, Roundy K, Veazey C, Soucek J, Richardson P, Wray NP, et al. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest.* 2005;127:1205–11.
- Almagro P, Rodríguez-Carballeira M, Tun Chang K, Román V, Estrada C, Barreiro B, et al. Hospitalizaciones por EPOC en el paciente anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44:73–8.
- Medinas-Amorós M, Mas Tous C, Renom F. Estrés en ancianos hospitalizados con enfermedad respiratoria crónica: Valoración en el hospital sociosanitario. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44:130–6.
- Zung WW, Magruder-Habib K, Velez R, Alling W. The comorbidity of anxiety and depression in general medical patients: a longitudinal study. *J Clin Psych.* 1991;51:77–80.
- Dahlen I, Janson C. Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. *Chest.* 2002;122:1633–7.
- De Godoy DV, De Godoy RF. A randomized controlled trial of the effect of psychotherapy on anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Phys Med Rehab.* 2003;84:1154–7.
- Pelechano V. Acerca de "enfrentamiento" y "enfermedad crónica": una reflexión ¿fundada? con alguna sugerencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.* 2005;10:1–6.
- García-Soriano G, Barreto P. Trastornos del estado de ánimo al final de la vida: ¿desmoralización o depresión? *Rev Psicopat Psicol Clín.* 2008;13:123–33.
- Williams AW, Ware JE, Donald CA. A model of mental health, life events and social supports applicable to general populations. *J Health Soc Behav.* 1981;22:324–36.
- Mikkelsen RL, Middelboe T, Pisinger C, Stage KB. Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A Review. *Nord J Psychiatry.* 2004;58:65–70.
- Kim HF, Kunik ME, Molinari VA, Hillman SL, Lalani S, Orengo CA, et al. Functional impairment in COPD patients, the impact of anxiety and depression. *Psychosom.* 2000;41:465–71.
- Di Marco F, Verga M, Reggente M, Casanova F, Santus P, Blasi S, et al. Anxiety and depression in COPD patients, The roles of gender and disease severity. *Resp Med.* 2006;100:1767–74.
- Oga T, Nishimura K, Tsukino M, Sato S, Hajiro T, Mishima M. Longitudinal deteriorations in patient reported outcomes in patients with COPD. *Resp Med.* 2006;16:25–32.
- García-Campayo J, Pascual A, Alda M, Oliván B. Tratamiento psicológico en el trastorno de somatización: eficacia y propuestas de intervención. *Rev Psicopatol Psicol Clín.* 2005;10:23–7.
- Pembroke TP, Rasul F, Hart CL, Davey G, Stansfeld SA. Psychological distress and chronic obstructive pulmonary disease in the Renfrew and Paisley (MIDSPAN) study. *J Epidemiol Com Health.* 2006;60:789–92.
- Woo J, Chan W, Yeung F, Chan WM, Hui E, Lum, et al. A community model of group therapy for the older patients with chronic obstructive pulmonary disease, a pilot study. *J Eval Clin Pract.* 2006;12:523–31.
- Gift AG, Wood RM, Cahill CA. Depression, somatization and steroid use in chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Nur St.* 1998;26:281–6.
- Guell R, Resqueti V, Sangenis M, Morante F, Martorell B, Casan P, et al. Impact of pulmonary rehabilitation on psychosocial morbidity in patients with severe COPD. *Chest.* 2006;129:899–904.
- Celli BR, MacNee W. y miembros del Comité. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD, a summary of the ATS/ERS position paper. *Eur Resp J.* 2004;23:932–46.
- Fletcher CM. Standardised questionnaire on respiratory symptoms, a statement prepared and approved by the MRC Committee on the Aetiology of Chronic Bronchitis (MRC breathlessness score). *Br Med J.* 1960;2:1665–9.
- Casanova C, Cote C, De Torres JP, Aguirre-Jaime A, Marín JM, Pinto-Plata V, et al. The inspiratory lung capacity ratio predicts mortality in patients with COPD. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005;171:591–7.
- Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67:361–70.
- Quintana JM, Padierna A, Esteban C, Arostegui I, Bilbao A, Ruiz I. Evaluación de las características psicométricas de la versión española de la Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;107:216–21.
- Goldberg DP, Hiller VF. A scaled version of the general health questionnaire. *Psychol Med.* 1979;48:139–45.
- Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med.* 1986;16:136–40.
- Dowson CA, Town GI, Frampton C, Mulder RT. Psychopathology and illness beliefs influence COPD self-management. *J Psychosom Res.* 2004;56:333–40.
- Dowson LJ, Guest PJ, Hill SL, Holder RL, Stockley RA. High-resolution computed tomography scanning in alpha1-antitrypsin deficiency, relationship to lung function and health status. *Eur Resp J.* 2001;17:1097–104.
- Elias M, Ortega F, Sánchez R, Otero R, Gil R, Montemayor T. Papel de la disnea en la calidad de vida del paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. *Arch Br.* 1999;35:261–6.