

## XI. Aspectos psicológicos de la rehabilitación pulmonar en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

PAULA REPETTO L. \*, MARGARITA BERNALES S.\*\* y MATÍAS GONZÁLEZ T.\*\*\*

### Psychological aspects of pulmonary rehabilitation in patients with chronic obstructive pulmonary disease

*We present a review of the literature available on the psychological issues of the rehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The review is organized around four main themes. First, we present the more commonly psychological manifestations described among patients with COPD, in particular depression and anxiety. Second, we discuss some psychosocial factors that may influence the treatment and course of the disease, including the following: social support, illness beliefs, self-efficacy and self-management (human agency). Third, we present treatments and interventions that are considered to be effective for the management of these psychological disorders in patients with COPD and discuss the evidence. The chapter ends with a discussion about the influence of the pulmonary rehabilitation on the psychological and psychiatric symptoms that these patients present.*

**Key words:** *Depression, anxiety, psychology, COPD.*

### Resumen

*Se realiza una revisión de la literatura sobre los aspectos psicológicos de la rehabilitación pulmonar en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La revisión está organizada en cuatro temas centrales. Primero, se presentan las manifestaciones psicológicas más habituales descritas en pacientes con EPOC, en particular trastornos depresivos y ansiosos. Segundo, se discuten algunos factores psicosociales que pueden influir en el tratamiento y curso de la enfermedad, incluyendo las siguientes: apoyo social, creencias de enfermedad, autoeficacia y autogestión en salud. Tercero, se presentan los tratamientos y las intervenciones que se consideran son más efectivas para el manejo de estos trastornos psicológicos en pacientes con EPOC y se discute su evidencia. El capítulo termina con una discusión sobre la influencia de la rehabilitación pulmonar en la sintomatología psicológica y psiquiátrica de estos pacientes.*

**Palabras clave:** *Depresión, ansiedad, psicología, EPOC.*

### Introducción

Enfrentar una enfermedad crónica, como es el caso de la EPOC, es un fenómeno que ha sido ampliamente estudiado desde el modelo de estrés propuesto por Lazarus y Folkman<sup>1,2</sup>. Desde esta perspectiva, se propone que tanto el diagnóstico de la enfermedad como las demandas asociadas con la condición de salud que vive el paciente,

tales como la necesidad de realizar cambios en el estilo de vida y asumir un tratamiento, serán evaluadas por ellos como estresantes, y por ende requerirán de una serie de ajustes y del uso de diferentes recursos para una adaptación exitosa. Por esta razón, los investigadores proponen que para entender las consecuencias asociadas al enfrentamiento de una enfermedad crónica, es importante considerar la enfermedad del paciente (el “estre-

\* Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

\*\* Estudiante de Doctorado, School of Population Health, University of Auckland, Nueva Zelandia.

\*\*\* Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile.

sor”), los cambios en su vida asociados a dicha enfermedad (las demandas asociadas a esta situación) y las estrategias que posee para hacer frente a la misma. Más aún, estos autores proponen que es importante reconocer que la adaptación es un proceso dinámico que va cambiando a lo largo del tiempo y durante el transcurso de la enfermedad<sup>3</sup>. Desde esta perspectiva es importante comprender los procesos psicológicos asociados a la adaptación a esta enfermedad crónica, evaluando de manera periódica al paciente, evaluando cómo ha ido desarrollando el proceso de adaptación a su condición de salud en diferentes momentos y esperar que esta situación potencialmente pueda cambiar.

La investigación que ha indagado en la adaptación psicológica de pacientes con enfermedades crónicas, ha mostrado de forma sistemática que los resultados de esta adaptación influirán en la manera cómo el paciente sigue el tratamiento y las indicaciones médicas, lo que a la vez influirá en la efectividad del tratamiento y por lo tanto en su salud física y psicológica<sup>3</sup>. Por lo tanto, considerar los aspectos psicológicos de estos pacientes es muy importante para la implementación, desarrollo y efectividad del tratamiento, incluida la rehabilitación respiratoria (RR).

### **Preguntas**

1. ¿Cuáles son las manifestaciones psicológicas más importantes que presentan los pacientes con EPOC?
2. ¿Qué otros factores psicosociales influyen en el tratamiento de estos pacientes?
3. ¿Qué tratamientos son más efectivos para manejar la depresión y ansiedad en pacientes con EPOC?
4. ¿La rehabilitación respiratoria tiene algún impacto en la alteración psicológica de los pacientes con EPOC?

### **Pacientes**

Pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable que presentan disnea y limitación de la capacidad de realizar ejercicio a pesar del tratamiento farmacológico óptimo.

### **Intervención**

Rehabilitación respiratoria y/o intervención psicológica en pacientes con EPOC.

### **Objetivo**

El presente capítulo tiene como objetivo presentar los resultados de la investigación empírica sobre los determinantes psicosociales en pacientes con EPOC que ayuden a profesionales

de la salud, que trabajan con estos pacientes, a comprender en profundidad cómo viven estos pacientes su enfermedad y cuáles son las intervenciones que han demostrado ser más efectivas. Así también, evaluar si la RR tiene impacto en aspectos psicológicos de los pacientes con EPOC.

### **Resumen de la evidencia**

Para responder estas preguntas el capítulo se divide en cuatro secciones. En la primera sección se discuten las principales manifestaciones psicológicas de los pacientes con EPOC, las que están asociadas principalmente a sintomatología ansiosa y depresiva, y se entregan algunos lineamientos acerca de la manera cómo pesquisar este tipo de sintomatología en estos pacientes. En la segunda sección se presentan algunos determinantes psicosociales que pudieran afectar el éxito de los tratamientos y el curso de la enfermedad en pacientes con EPOC, entre ellos algunas variables demográficas tales como género, la importancia del apoyo social percibido y las creencias que poseen los pacientes en relación a su enfermedad. De manera adicional se discutirá el rol de la percepción de autoeficacia y autogestión asociada a la enfermedad y los factores que influyen en la adherencia al tratamiento. En la tercera sección, se discutirán posibles líneas de intervención, analizando el rol de la educación y entregando herramientas concretas provenientes de la corriente cognitivo conductual. Finalmente, en la última sección, se analizará la evidencia que existe sobre la rehabilitación respiratoria y su impacto en la morbilidad psicosocial de estos pacientes.

### **¿Cuáles son las manifestaciones psicológicas más frecuentes en pacientes con EPOC?**

La depresión y ansiedad han sido las manifestaciones psicológicas más frecuentemente estudiadas en pacientes con EPOC, dada la alta prevalencia con la cual se presentan estos trastornos en estos pacientes<sup>4-6</sup>. Tanto clínicos como investigadores destacan la importancia de evaluar la presencia de estos trastornos en los pacientes con EPOC e intervenir oportunamente, dado que se ha visto que tiene efectos importantes en el tratamiento y evolución de la enfermedad. Es particularmente importante señalar que la funcionalidad física de los pacientes con EPOC, que además presentan sintomatología depresiva y ansiosa, se ve afectada, lo cual se ha asociado a una reducción de la distancia caminada en 12 minutos<sup>7</sup>.

Los resultados de estos estudios sugieren que la prevalencia de depresión clínica en pacientes con EPOC está en un rango entre 10 y 42% y que la presencia de ansiedad estaría en un rango entre 10 y 19%<sup>4,8</sup>, que se encuentran en niveles más altos comparado con la población general. En una revisión reciente de la literatura realizada por Maurer y cols en el año 2008<sup>8</sup>, los autores encontraron que estas prevalencias serían más altas en pacientes con síntomas severos de EPOC y en quienes han tenido una exacerbación reciente, pudiendo alcanzar rangos cercanos al 60%. Otros investigadores<sup>7,9</sup> proponen que es importante también considerar aquellos pacientes con niveles de sintomatología depresiva moderada a severa –dado que ellos también presentan problemas adaptativos similares a aquellos pacientes con un diagnóstico de depresión clínica (por ejemplo, dificultades para seguir el tratamiento, aislamiento social). Ellos señalan que si en los estudios se incluye a este grupo de pacientes, al menos dos tercios de ellos presentarían esta sintomatología y requeriría intervención y apoyo<sup>7,9</sup>. Estas estadísticas muestran que la depresión es un problema común presentado por estos pacientes que debería ser evaluada de manera periódica.

Respecto de los trastornos ansiosos, los estudios muestran que en pacientes con EPOC, es importante evaluar la presencia de trastornos de pánico. De hecho, se estima que la prevalencia de trastorno de pánico en pacientes con EPOC podría ser hasta 10 veces mayor que en la población general. En la literatura se ha descrito que es común que ataques o crisis de pánico se gatillen con la presencia de disnea, dado que este síntoma se presenta tanto en EPOC como en trastorno de pánico<sup>10</sup>. Los investigadores también han encontrado que pacientes con EPOC que además tengan un trastorno de pánico, tenderán a aislarse y evitar cualquier tipo de actividad física que los lleve a sentir disnea, por miedo a tener un nuevo ataque de pánico. Esto necesariamente influirá de manera negativa tanto en el tratamiento como en la rehabilitación y, por lo tanto, constituye un trastorno importante a descartar.

Los investigadores también han encontrado una relación entre variables sociodemográficas y presencia de sintomatología depresiva o ansiosa. Según la revisión de Maurer y cols<sup>8</sup>, las estadísticas muestran que los pacientes con EPOC que tienen mayor riesgo de presentar sintomatología depresiva y ansiosa son mujeres, además de aquellos pacientes que son de nivel socioeconómico bajo. Resultados similares fueron descritos por Di Marco y cols, en el año 2006<sup>11</sup> en un estudio

realizado con 202 pacientes con EPOC. Esto no sólo se explica por el acceso que puedan tener a recursos para el cuidado de salud, si no también debido a que las consecuencias asociadas con el problema de salud (EPOC) pueden ser aún más devastadoras si, por ejemplo, debe dejar de trabajar, y recibir ingresos<sup>4</sup>. De manera que pacientes con EPOC que se atienden en atención primaria y otros servicios de salud públicos, potencialmente podrían presentar en mayor frecuencia ansiedad y depresión.

La detección temprana de sintomatología ansiosa y depresiva es importante en la medida en que se ha visto que pacientes con comorbilidad psiquiátrica (depresión y/o ansiedad) se encuentran más enfermos, su calidad de vida se ve afectada de manera negativa, muestran una menor adherencia a los tratamientos, presentan tasas de mortalidad más altas y una mayor dificultad para seguir las recomendaciones médicas<sup>7</sup>. Por ejemplo, en una revisión de Restrepo y cols<sup>12</sup>, sobre la adherencia a los tratamientos médicos en pacientes con EPOC, los autores señalan que es común que entre un 40% y un 60% de estos pacientes no sigan el tratamiento farmacológico como está prescrito. Más aún, en la literatura se sugiere que solo un 11% de estos pacientes son capaces de seguir las indicaciones de manera correcta, en particular con el inhalador y que esto se hace más difícil en pacientes con comorbilidad psiquiátrica.

La detección y el *screening* de estos pacientes es fundamental para detectar de manera temprana estos síntomas. El uso de escalas como el Cuestionario de Beck o el HAD (*Hospital Anxiety and Depression*), han mostrado ser efectivas herramientas de *screening*. Ambas escalas también han sido utilizadas en Chile, así como otras mediciones como el Goldberg y la Escala de Hamilton. Sin embargo, tal como se mencionó anteriormente, en todo *screening* se debe evaluar la sintomatología ansiosa, en la medida que también es común en estos pacientes<sup>4</sup>.

Por lo tanto, se espera que los equipos de salud sean activos en la detección de esta sintomatología y pregunten por cambios en el estado de ánimo, miedos y ansiedades asociadas con el tratamiento. En el caso de pacientes en control, es clave detectar cambios en el estado de ánimo y deterioro en la condición de salud que no pueda ser explicada por el curso natural de la enfermedad.

Los estudios muestran que los costos asociados con el cuidado de pacientes con EPOC y que además tienen depresión y/o ansiedad, se ven incrementados de forma significativa y requieren de intervenciones precoces y efectivas para el

manejo de esta sintomatología. Lamentablemente, estos mismos estudios sugieren que son muy pocos los pacientes con EPOC que reciben tratamiento adecuado y la sintomatología psicológica no es tratada<sup>8</sup>. El uso de fármacos para el manejo de estos pacientes debe realizarse con precaución, pero a la vez debe tener en cuenta que ningún tratamiento de depresión y ansiedad es efectivo sin trabajo terapéutico.

En resumen, evaluar síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con EPOC es una tarea central que debe ser parte del control habitual de estos pacientes. No debiera sorprender a los miembros del equipo médico encontrar un número significativo de pacientes con estos síntomas, por lo que los esfuerzos debieran dirigirse a manejar y tratar estos síntomas como parte habitual de las actividades de cuidado para estos pacientes.

### *¿Qué otros factores psicosociales influyen en el tratamiento de estos pacientes?*

Diversos autores han discutido la importancia de algunas variables psicosociales en relación a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. A continuación se mencionarán algunos de ellos y posteriormente se discutirá cómo evaluar en su conjunto su presencia en cada paciente en particular.

### **Apoyo social**

El rol del apoyo social, como un elemento que favorece la adaptación a una enfermedad crónica ha sido extensamente discutido en la literatura<sup>3</sup>. Los estudios muestran que la red de apoyo social de la que dispone el paciente, puede jugar un rol importante tanto en términos de apoyo emocional, es decir para el manejo de las emociones negativas asociadas con la enfermedad, así como en términos instrumentales para resolver demandas específicas relacionadas con la enfermedad y tratamiento, por ejemplo para obtener ayuda económica para comprar medicamentos o disponer de alguien que pueda acompañar a los controles médicos o ayudar a recordar tomar los medicamentos.

En el caso específico de la EPOC, los estudios muestran que aquellos pacientes que disponen de redes de apoyo social, muestran una mejor adaptación a su enfermedad y menos tasas de depresión. Marino y cols<sup>13</sup>, estudiaron a 156 adultos mayores con EPOC y depresión. Ellos encontraron que aquellos pacientes cuyo tamaño de red de apoyo era más grande y que a su vez

reportaron disponer de apoyo instrumental, presentaban mejor adaptación a la enfermedad. Por su parte, Blumenthal y cols<sup>14</sup>, destacan el rol de la red de apoyo y de los cuidadores de estos pacientes en la efectividad del tratamiento, proponiendo desarrollar intervenciones con ellos –no con los pacientes– dada la importancia del rol de cuidado que asumen.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que si bien los beneficios de una red de apoyo son claros, en muchas ocasiones pueden generarse roces con las mismas personas que son parte de la red de apoyo. La relación con cercanos cambia como consecuencia de la enfermedad. Los pacientes se vuelven más dependientes debido a la presencia de los síntomas asociados a EPOC o al temor de que estos aparezcan<sup>15</sup>. Estas nuevas dinámicas de relación se convierten en otro desafío para los pacientes, ya que muchas veces ellos desean conservar parte de su independencia, sentirse a la vez acompañados, y adicionalmente sentirse parte de grupos o redes sociales que les den apoyo y soporte<sup>15</sup>.

En este contexto los grupos conformados por pacientes con EPOC cobran gran relevancia, ya que no solo se convierten en una instancia social en que ellos pueden compartir datos prácticos y recomendaciones en relación a su enfermedad, sino que también pueden desarrollar en dichos espacios el *sentido de pertenencia a un grupo* que es un predictor de bienestar en estos pacientes<sup>15</sup>. De acuerdo con algunos hallazgos científicos, los pacientes con EPOC manifiestan la necesidad de sentirse parte de grupos sociales en los que encuentren apoyo, en un ambiente que facilite el compartir experiencias asociadas a la enfermedad y en que se trabaje la confianza mutua. De esta forma, algunos pacientes manifiestan que preferirían recibir información respecto a su enfermedad en forma oral y en formato de grupo, en comparación a solo recibir información escrita por parte de su médico<sup>16</sup>. Este *sentido de pertenencia grupal* que se lograría en la interacción de pacientes con EPOC, reforzaría además la autoestima de los pacientes, quienes perciben que sus propias experiencias y relatos pueden convertirse en una contribución positiva para el bienestar de sus pares<sup>15</sup>.

En síntesis, los dos beneficios clave asociados al desarrollo de grupos sociales organizados en torno a la enfermedad, tales como grupos educativos o grupos de apoyo, son: el sentido de pertenencia a un grupo en que ellos son actores activos, y el incremento de la autoestima de los pacientes al percibirse a sí mismos como agentes en el bienestar de otros.



## Creencias asociadas a la enfermedad y adherencia

Uno de los problemas más importantes en el manejo de enfermedades crónicas, que requieren seguir un tratamiento complejo y además cambios en el estilo de vida, es la adherencia al tratamiento<sup>17</sup>. Seguir las indicaciones médicas de manera correcta y tal como son señaladas es una problemática que tiene implicancias importantes tanto para la efectividad del tratamiento como para el control de los síntomas. Se estima que entre un 20% y un 80% de los pacientes no siguen las indicaciones médicas de la manera indicada, lo cual tiene implicancias importantes para la salud. En el caso de la EPOC, y en general de las enfermedades respiratorias, se estima que la adherencia es menor a un 60% lo cual explicaría dado que el tratamiento requiere del uso de inhaladores además de fármacos que se ingieren de manera oral<sup>12</sup>.

Un régimen que requiere el uso de más de un fármaco y que deben ingerirse por diferentes vías, se considera más complejo y difícil de seguir. Los estudios muestran que la adherencia a tratamientos con inhaladores es más baja comparada a la adherencia a los fármacos, que constituye parte del tratamiento que se indica a estos pacientes. Cramer y cols<sup>18</sup>, encontraron una baja adherencia con el uso de inhaladores en una muestra de más de 31 mil pacientes en Canadá. Esta menor adherencia se explica, en parte, porque muchos pacientes no saben cómo usar el inhalador y solo ocasionalmente en las consultas de salud se les enseña a los pacientes cómo usar el inhalador y luego se revisa como lo está haciendo en visitas posteriores. Esta dificultad es aún mayor para pacientes que son adultos mayores, tal como ocurre en el caso de la EPOC. Restrepo y cols<sup>12</sup>, señalan en su revisión que solo un 11% de los pacientes sabe usar de manera adecuada el inhalador y que esto está influido por la educación al paciente, la comprensión de las instrucciones y las creencias respecto de la enfermedad y la utilidad del tratamiento.

La investigación en adherencia al tratamiento se ha centrado fundamentalmente en explicar la no adherencia de tipo intencional versus aquella de tipo no intencional. La adherencia de tipo no intencional, se explica fundamentalmente por olvido de los pacientes y en general requiere de intervenciones en las cuales el médico con el paciente definan planes de acción que ayuden en el proceso de adopción del régimen. En el caso de la adherencia intencional, es decir en las situaciones en las cuales el paciente decide no seguir los

medicamentos, los investigadores han encontrado que ésta se explica por las creencias que los pacientes construyen en relación a la enfermedad y al tratamiento<sup>19</sup>.

De esta forma, la literatura sugiere que los pacientes construyen creencias respecto de su enfermedad y su tratamiento, y que las conductas de cuidado serán consistentes con éstas. En particular, se ha mostrado que los pacientes que evalúan su enfermedad como controlable y que perciben que las conductas que ellos ejecutan pueden influir de manera positiva en su situación de salud, van a seguir las indicaciones médicas<sup>20</sup>. Kaptein y cols<sup>21</sup>, en una revisión sobre creencias de enfermedad y resultados de tratamiento en pacientes con EPOC encontraron que aquellos pacientes que atribuyen muchos síntomas a la EPOC, perciben que no pueden controlar la enfermedad y manifiestan niveles alto de ansiedad y depresión, presentan una menor adherencia al tratamiento y peores resultados de salud.

Por otro lado, también se ha visto que los pacientes que evalúan el tratamiento farmacológico como necesario y que evalúan los efectos secundarios del fármaco como menos molestos, es más probable que sigan las indicaciones médicas<sup>22</sup>. Los estudios realizados con pacientes con enfermedades respiratorias han tenido resultados consistentes con esta propuesta<sup>20</sup> y enfatizan el rol que debe jugar el profesional de la salud en la identificación de estas creencias y en la modificación de aquellas que no son correctas en relación a la enfermedad. Sin embargo, para nuestro conocimiento no ha habido estudios que hayan explorado esta variable en pacientes con EPOC.

## Percepción de autoeficacia y autogestión

La percepción de autoeficacia ha sido definida como la apreciación que posee una persona respecto a sus propias capacidades en relación a diferentes ámbitos. En el caso de los pacientes con enfermedades crónicas, la percepción de autoeficacia en relación a tareas de la vida cotidiana muchas veces cambia, debido a que los síntomas asociados a la enfermedad imponen limitaciones físicas que impiden llevar a cabo tareas que antes eran realizadas sin mayor dificultad.

En el caso de la EPOC, la disnea es el principal síntoma que afecta la percepción de autoeficacia. Esta sensación de ahogo, asociada a la ansiedad emocional que genera, comienza a limitar las tareas del paciente, debido a una limitación fisiológica real asociada a la enfermedad, pero también debido a la percepción de la propia incapacidad frente a algunas tareas. La auto-

eficacia entonces se ve alterada, lo que pudiera afectar la autoestima del paciente, que comienza a verse limitado, y que adicionalmente comienza a depender de la ayuda de los demás.

La autogestión, es una estrategia estudiada por algunos autores<sup>19,21</sup>, quienes la definen como la entrega de elementos efectivos a los pacientes para que estos puedan manejar su enfermedad y ser agentes activos en el manejo de sus síntomas. De esta forma, la autogestión se convierte en el elemento clave para mejorar la autoeficacia de los pacientes con enfermedades crónicas.

La entrega de elementos de autogestión a los usuarios, requiere un enfoque que va más allá de la entrega de educación e información respecto a su enfermedad. El objetivo central en este tipo de estrategia es que el paciente se convierta en un agente activo en el manejo de su enfermedad, incluso formando parte activa del equipo de salud<sup>21</sup>. El paciente entonces, recibe instrucción respecto a cómo reconocer sus síntomas, es entrenado en el manejo de ellos, recibe información respecto a cómo realizar un auto-monitoreo constante, y se le entregan instrucciones específicas respecto al uso de medicamentos en ciertas circunstancias y cuándo es necesario acudir a una consulta médica. El paciente entonces se convierte en el principal protagonista en el manejo de su enfermedad, no es un ente pasivo que recibe instrucciones, y de esta forma también es el principal responsable del éxito del tratamiento.

En síntesis, las creencias asociadas a la autoeficacia, y la entrega de elementos de autogestión, son elementos que debieran ser considerados por el personal de salud, quienes debieran diseñar estrategias afines, las que pudieran tener implicancias tanto en la mejoría de la sintomatología física y la adherencia, y también respecto al bienestar mental y emocional de los pacientes.

Hasta el momento se han revisado las principales problemáticas psicológicas asociadas a la EPOC, depresión y ansiedad, y se han discutido algunas variables psicosociales que pudiesen afectar la adaptación a esta enfermedad. De esta forma el rol de los trabajadores de la salud consiste en hacer una evaluación en detalle de cada paciente de acuerdo a la forma en que algunos fenómenos psicológicos pudieran estar afectándole. El primer paso sería realizar un diagnóstico claro del nivel de depresión o ansiedad que pudieran estar presentando, con el objetivo de determinar el nivel de gravedad de los síntomas y la posible derivación psiquiátrica en caso necesario. Adicionalmente, es conveniente evaluar las creencias asociadas a la enfermedad, la pertinencia de incorporar a los pacientes a una modalidad de

educación y/o apoyo grupal, así como el nivel de autoeficacia y autogestión desarrolladas. La evaluación entonces es global, y cada paciente requiere un análisis único y a la vez un abordaje particular.

A continuación se discutirán algunas estrategias que han resultado ser efectivas para pacientes con EPOC, sin la intención de entregar la clave de cómo enfrentar las posibles condiciones psicológicas que presenten los pacientes, ya que como se mencionó, cada paciente es único y por ende sus necesidades también, sin embargo estos lineamientos pudiesen orientar la práctica clínica de los trabajadores de la salud y dar algunas luces acerca del abordaje adecuado en relación a experiencias e intervenciones exitosas probadas científicamente.

### ***¿Qué tratamientos son más efectivos para manejar la depresión y ansiedad y apoyar el automanejo de la enfermedad en pacientes con EPOC?***

Distintos autores han propuesto una diversidad de estrategias de intervención psicológica para el manejo de la sintomatología depresiva y ansiosa de pacientes con EPOC y también para apoyar su tratamiento. Kaptein y cols<sup>19</sup>, en una revisión de la literatura encontraron que desde diversos enfoques terapéuticos se han propuesto intervenciones para apoyar a pacientes con EPOC. Si bien la evidencia respecto de la efectividad del tratamiento no es contundente, y debería considerarse de tipo B, los resultados de estos estudios sugieren que las intervenciones más efectivas son aquellas que incluyen componentes cognitivos conductuales en las intervenciones, psico-educación y algunas estrategias de relajación.

Estas intervenciones en general apuntan a entregar información a los pacientes respecto de su situación de salud, de manera que puedan entender qué les pasa y de qué manera el tratamiento puede ayudarlos. Por otro lado, estas tienen como objetivo modificar creencias irracionales que tienen los pacientes, ya sea en relación a su enfermedad y su relación con síntomas psicológicos, que contribuyen a la mantención de síntomas de depresión y ansiedad. Por ejemplo, Hynninen y cols<sup>23</sup>, llevaron a cabo un ensayo clínico para evaluar la efectividad de un terapia conductual cognitiva para la depresión y ansiedad en pacientes con EPOC. En el estudio participaron 51 pacientes que fueron asignados aleatoriamente a dos condiciones: un grupo control que recibió el tratamiento habitual y otro que recibió el tratamiento conductual cognitivo. Los resultados del estudio confirmaron una mejoría en estos

síntomas después de la terapia y una mantención de estos resultados a los 8 meses de seguimiento.

Recientemente algunos investigadores han implementado intervenciones con pacientes que tienen enfermedades crónicas que incluyen tanto componentes conductuales cognitivos como el control de la atención (*mindfulness*), que corresponde a una técnica de meditación/relajación. Si bien la evidencia no es contundente respecto a la efectividad de estos tratamientos, dada la preferencia por el uso de diseños cuasi-experimentales, las revisiones que se han realizado en los últimos años tienen resultados alentadores y los investigadores proponen que nuevos ensayos clínicos pueden ayudar a evaluar su efectividad.

De todas maneras, es importante enfatizar que ninguna de estas intervenciones es efectiva en forma aislada, y que de hecho, la psico-educación por sí sola, o el uso de *mindfulness*, sin un componente conductual cognitivo tiene una efectividad muy baja en el manejo de la sintomatología de estos pacientes. Por lo tanto, las terapias que integran distintos elementos son las más efectivas y las que deberían preferirse al trabajar con estos pacientes.

### ***¿La rehabilitación respiratoria tiene algún impacto en las alteraciones psicológicas de los pacientes con EPOC?***

Varios estudios han evaluado intervenciones psicosociales específicas en los pacientes con EPOC, sin embargo, solo unos pocos estudios aleatorizados controlados han analizado el impacto de la RR en los problemas psicosociales.

Dekhuijzen y cols<sup>24</sup>, evaluaron los efectos de diferentes programas sobre la ansiedad y la depresión, comparando la RR aislada, el entrenamiento muscular inspiratorio, y una combinación de ambos tratamientos. Sus resultados mostraron que la RR, además de entrenamiento muscular inspiratorio se asoció con una significativa reducción de la ansiedad y la depresión después de un período de diez semanas de entrenamiento, y los beneficios fueron aún evidentes después de un año. La mejoría de los parámetros psicológicos no se correlaciona con la mejoría de la capacidad de ejercicio.

El estudio publicado por Güell y cols<sup>25</sup>, fue realizado en 40 pacientes con EPOC severo y el objetivo fue evaluar el impacto de la RR en la morbilidad psicosocial. Los pacientes fueron asignados al azar a un grupo control o al grupo con rehabilitación respiratoria durante un periodo de 16 semanas. En ambos grupos no se realizó educación ni intervención psicológica. Los autores encontraron que la RR puede disminuir la

morbilidad psicosocial sin realizar alguna intervención psicológica específica.

Por el contrario, Ries y cols<sup>26</sup>, realizaron un estudio en 119 pacientes con EPOC, quienes fueron asignados de forma aleatoria a un grupo con RR y otro grupo con educación durante ocho semanas. Los autores encontraron que un programa de RR no tuvo impacto en los síntomas de depresión. Gayle y cols<sup>27</sup>, realizaron un ensayo clínico controlado-aleatorio y encontraron que un programa RR tuvo un impacto menor pero significativo sobre la ansiedad, pero no en la depresión.

Desde la perspectiva de la psicoterapia, en un estudio realizado por de Godoy y cols<sup>28</sup>, se encontró que las intervenciones con psicoterapia en pacientes que estaban en un programa de rehabilitación respiratoria permiten reducir la ansiedad de los pacientes y los niveles de depresión.

Finalmente, Coventry y cols<sup>29</sup>, recientemente realizaron una revisión sistemática de la literatura y un meta-análisis. El objetivo fue estimar el efecto clínico de la rehabilitación pulmonar (con o sin educación y apoyo psicosocial) sobre la ansiedad y la depresión en pacientes con EPOC. Ellos incluyeron un total de seis ensayos controlados aleatorios que compararon la rehabilitación pulmonar con la atención estándar (con o sin educación y apoyo psicosocial). Tres estudios (n = 269) mostraron que la rehabilitación pulmonar global fue más eficaz que la atención estándar en la reducción estadísticamente significativa de los síntomas de ansiedad a corto plazo y de depresión<sup>25,30,31</sup>. La educación por sí sola y el entrenamiento muscular por sí solo no se asociaron a reducción significativa de la ansiedad o la depresión. Los autores concluyen que los programas de rehabilitación que incluyen hasta tres sesiones por semana por seis o más semanas de ejercicio progresivo y supervisado, junto con la educación y el apoyo psicosocial, pueden de manera significativa reducir la ansiedad y la depresión más que la atención estándar en pacientes con EPOC. No obstante, los estudios incluidos tienen diversa calidad en la recopilación de la información y también diseños diferentes.

El mantenimiento de los beneficios psicológicos a largo plazo después de la rehabilitación pulmonar parecen más difíciles de alcanzar. Los beneficios físicos y psicosociales de la rehabilitación pulmonar tienden a disminuir a los 6-12 meses tras la finalización de los programas de rehabilitación respiratoria. Por otra parte, los beneficios psicosociales pueden ser menos duraderos y disminuir más rápidamente que los beneficios físicos<sup>30</sup>.

En resumen, si bien la calidad de la evidencia

es variada, indica un efecto a favor de la rehabilitación pulmonar para el manejo de la ansiedad y la depresión en comparación con la atención convencional en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

### Grado de recomendación

Nosotros recomendamos un programa de rehabilitación respiratoria extendida, la cual incluye el entrenamiento muscular, educación sobre la enfermedad y/o soporte psicológico, que puede mejorar la ansiedad y la depresión en el paciente con EPOC (calidad de la evidencia B, fuerza de la recomendación moderada).

### Conclusiones

Es frecuente que los pacientes con EPOC se acompañen de cuadros de ansiedad y depresión concomitantemente a su patología de base. Por ello, el evaluar síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con EPOC es una tarea central que debe ser parte del control habitual de estos pacientes. Aquellos pacientes con depresión severa deben ser derivados al especialista. Las creencias asociadas a la autoeficacia, y la entrega de elementos de autogestión, son elementos que deberían ser considerados por el personal de salud.

En la última década, la evidencia ha confirmado que la rehabilitación pulmonar, la cual incluye entrenamiento físico incremental y supervisado, y por lo menos educación sobre la enfermedad o las intervenciones psicosociales, es eficaz para reducir los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con EPOC moderada a grave.

Las investigaciones futuras son necesarias y deberían centrarse en la exploración de estrategias de mantenimiento eficaz y aceptable a largo plazo de los beneficios psicológicos obtenidos con la rehabilitación respiratoria. Además, podrían lograr una mejor comprensión del papel de las intervenciones psicológicas en la rehabilitación respiratoria de estos pacientes, en particular en aquellos con ansiedad severa y depresión.

### Bibliografía

- 1.- FOLKMAN S, LAZARUS R, GRUEN R, DELONGIS A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1986; 50: 571-9.
- 2.- LAZARUS R. Coping with the stress of illness. *WHO Reg Publ Eur Ser* 1992; 44: 11-31.
- 3.- STANTON A, REVENSON T, TENNEN H. Health psychology: Adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology* 2007; 58: 565-92.
- 4.- KUNIK M, ROUNDY K, VEAZEY C, SOUCHEK J, RICHARDSON P, WRAY N, et al. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest* 2005; 127: 1205-11.
- 5.- VAN EDE L, YZERMANS C, BROUWER H. Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Thorax* 1999; 54: 688-92.
- 6.- VAN MANEN J, BINDELS P, DEKKER F, IJZERMANS C, VAN DER ZEE J, SCHADÉ E. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax* 2002; 57: 412-6.
- 7.- KIM H F, KUNIK M E, MOLINARI V A, HILLMAN S L, LALANI S, ORENGO C A, et al. Functional impairment in COPD patients: the impact of anxiety and depression. *Psychosomatics* 2000; 41: 465-71.
- 8.- MAURER J, REBBAPRAGADA V, BORSON S, R G, KUNIK M, YOHANNES A, et al. Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest* 2008; 134: 43S-56S.
- 9.- DE VOOGD J, SANDERMAN R, POSTEMA K, VAN SONDERE N E, WEMPE J. Relationship between anxiety and dyspnea on exertion in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Anxiety Stress Coping* 2010; 9: 1-11.
- 10.- MIKKELSEN R, MIDDELBOE T, PISINGER C, STAGE K. Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nord J Psychiatry* 2004; 58: 65-70.
- 11.- DI MARCO F, VERGA M, REGGENTE M, MARIA C, SANTUS P, BLASI F, et al. Anxiety and depression in COPD patients: the roles of gender and disease severity. *Respir Med* 2006; 100: 1767-74.
- 12.- RESTREPO M, MORTENSEN E, PUGH J, ANZUETO A. COPD is associated with increased mortality in patients with community-acquired pneumonia. *Eur Respir J* 2006; 28: 346-51.
- 13.- MARINO P, SIREY J, RAUE P, ALEXOPOULOS G. Impact of social support and self-efficacy on functioning in depressed older adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2008; 3: 713-8.
- 14.- BLUMENTHAL A J, KEEFE A F, BABYAKA M, FENWICKA C, JOHNSON A J, STOTTA K, et al. Caregiver-assisted coping skills training for patients with COPD: background, design, and methodological issues for the INSPIRE-II study. *Clinical Trials* 2009;6:172-84.
- 15.- HALDING A, WAHL A, HEGGDAL K. 'Belonging'. 'Patients' experiences of social relationships during pulmonary rehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 2010; 32: 1272-80.
- 16.- WILSON J, O'NEILL B, REILLY J, MACMAHON J, BRADLEY J. Education in pulmonary rehabilitation:



- the patient's perspective. *Arch Phys Med Rehabil* 2007; 88: 1704-9.
- 17.- BOURBEAU J, BARTLETT S. Patient adherence in COPD. *Thorax* 2008; 63: 831-8.
- 18.- CRAMER J, BRADLEY-KENNEDY C, SCALERA A. Treatment persistence and compliance with medications for chronic obstructive pulmonary disease. *Can Respir J* 2007; 14: 25-9.
- 19.- KAPTEIN A, SCHARLOO M, FISCHER M, SNOEI L, HUGHES B, WEINMAN J, et al. 50 years of psychological research on patients with COPD-road to ruin or highway to heaven? *Respiratory Medicine* 2009; 103: 3-11.
- 20.- LEVENTHAL H, LEVENTHAL E, BRELAND J. Cognitive science speaks to the "Common-Sense" of chronic illness management. *Ann Behav Med* 2011; 41: 152-63.
- 21.- KAPTEIN A, SCHARLOO M, FISCHER M, SNOEI L, CAMERON L, SONT J, et al. Illness perceptions and COPD: an emerging field for COPD patient management. *Journal of Asthma* 2008; 45: 625-9.
- 22.- HORNE R, PRICE D, CLELAND J, COSTA R, COVEY D, GRUFFYDD-JONES K, et al. Can asthma control be improved by understanding the patient's perspective? *BMC Pulm Med* 2007; 22: 8.
- 23.- HYNINEN M, BJERKE N, PALLESEN S, BAKKE P, NORDHUS I. A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in COPD. *Respiratory Medicine* 2010; 104: 986-94.
- 24.- DEKHUIJZEN P, BEEK M, FOLGERING H, VAN HERWAARDEN C. Psychological changes during pulmonary rehabilitation and target-flow inspiratory muscle training in COPD patients with a ventilatory limitation during exercise. *Int J Rehabil Res* 1990; 13: 109-17.
- 25.- GÜELL 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.
- 26.- RIES A, KAPLAN R, LIMBERG T, PREWITT L. Effects of pulmonary rehabilitation on physiologic and psychosocial outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med* 1995; 122: 823-32.
- 27.- GAYLE R, SPITLER D, KAPER W, JAEGER R, RICE S. Psychological changes in exercising COPD patients. *Int J Rehabil Res* 1988; 11: 335-42.
- 28.- DE GODOY D, DE GODOY R. A randomized controlled trial of the effect of psychotherapy on anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Phys Med Rehabil* 2003; 84: 1154-7.
- 29.- COVENTRY P, HIND D. Comprehensive pulmonary rehabilitation for anxiety and depression in adults with chronic obstructive pulmonary disease: Systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res* 2007; 63: 551-65.
- 30.- GRIFFITHS T, BURR M, CAMPBELL I, LEWIS-JENKINS V, MULLINS J, SHIELS K. Results at 1 year of outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 362-8.
- 31.- EMERY C, SCHEIN R, HAUCK E, MACINTYRE N. Psychological and cognitive outcomes of a randomized trial of exercise among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Health Psychol* 1998; 17: 232-40.

---

Correspondencia a:  
Paula Repetto L., Ph. D.  
Profesora Asociada, Escuela de Psicología,  
Pontificia Universidad Católica de Chile.  
Vicuña Mackenna 4860, Macul.  
E-mail: prepetto@uc.cl