

EPOC Y SALUD MENTAL: UNA GUÍA PRÁCTICA Y HOLÍSTICA PARA ATENCIÓN PRIMARIA

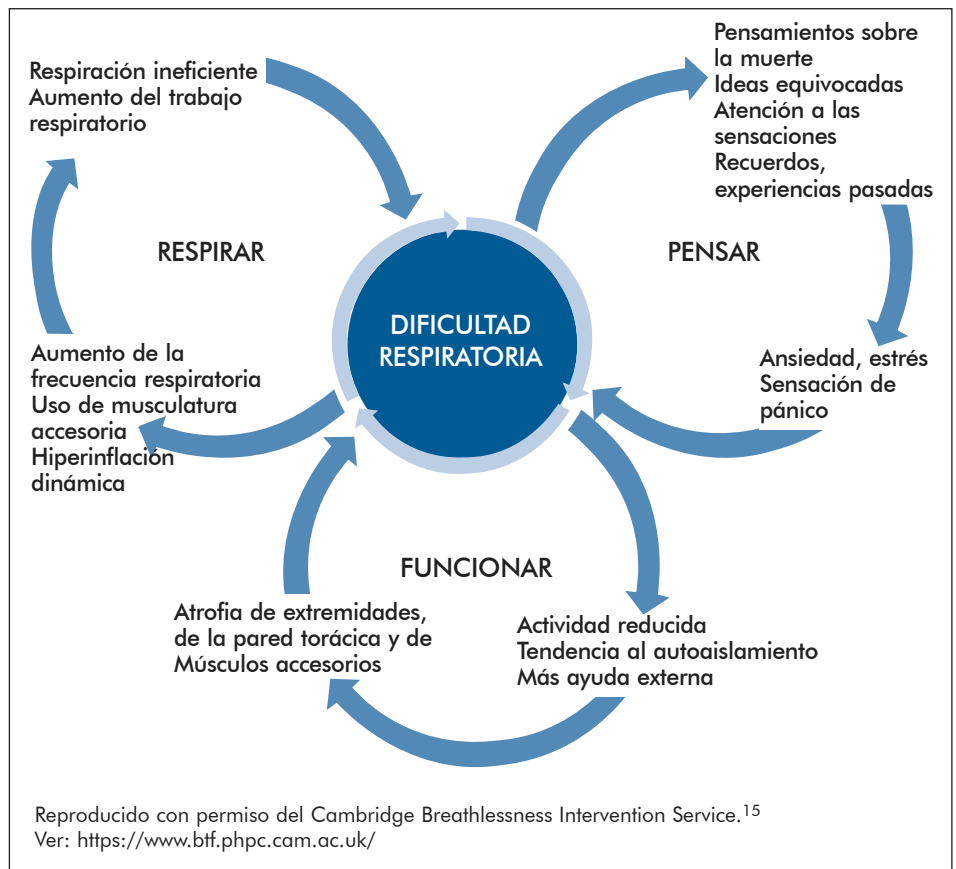
Este documento pretende despertar conciencias sobre el desafío en la identificación y manejo de los problemas de salud mental en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y mostrar a los profesionales de Atención Primaria algunas herramientas de valoración, así como intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental como ansiedad y depresión son frecuentes entre las personas con EPOC y condicionan de forma sustancial su calidad de vida. En países con gran prevalencia de tabaquismo, la dependencia tabáquica es un factor adicional que puede influenciar significativamente la calidad de vida de los pacientes con EPOC. Sin embargo, los profesionales sanitarios frecuentemente carecen de la seguridad necesaria para tratar estos problemas debido a las complejas relaciones entre ellos y otros síntomas como por ejemplo la dificultad respiratoria, lo que convierte su valoración y tratamiento en un desafío. Se estima que alrededor del 30% de pacientes con EPOC tienen depresión concomitante (que se eleva al 80% con el empeoramiento de la gravedad de la EPOC), y entre el 10% y 50% padecen de ansiedad asociada.¹⁻³ La prevalencia aumenta con la edad y con el empeoramiento de los síntomas de la EPOC, y pueden coexistir.³⁻⁶ En total, fuma alrededor del 20% de la población,⁷ aunque esto varía en función del país, y aproximadamente un 20% de ellos va a desarrollar EPOC.⁸ A pesar del alto riesgo, las tasas de tabaquismo siguen siendo elevadas tras un diagnóstico de EPOC.^{9,10} Las guías clínicas monográficas que focalizan una sola patología resultan inadecuadas y faltan protocolos para los profesionales sanitarios.

EPOC Y SALUD MENTAL

A pesar de la fuerte evidencia de la elevada prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con EPOC, estas comorbilidades están infradiagnosticadas e infratratadas. La depresión y/o ansiedad relacionadas con la EPOC se asocian con una peor calidad de vida, con la persistencia del tabaquismo, peor cumplimiento terapéutico, más ingresos hospitalarios, reingresos y exacerbaciones, tasas de automanejo más bajas, baja supervivencia y mayor coste que en los pacientes sin



comorbilidades psicológicas.¹¹ De hecho, la dificultad respiratoria, depresión, ansiedad y la tolerancia al ejercicio se correlacionan mejor con el estado de salud que los ampliamente usados valores espirométricos.¹² Las personas con EPOC a menudo refieren sentimientos de aislamiento y la enfermedad mental puede empeorar este aislamiento debido al estigma social y autoimpuesto que puede abocar en un proceso de deterioro que condicione su calidad de vida y empeore su cumplimiento del tratamiento de la EPOC.^{13,14}

DIFICULTAD RESPIRATORIA Y ESTRÉS PSICOLÓGICO

La dificultad respiratoria es un síntoma

crucial y muy complejo entre las personas con EPOC. Lo que importa no es sólo la percepción subjetiva de ahogo sino la reacción y la respuesta de la persona a esa sensación.¹⁵ El ciclo de "pensamiento negativo" del modelo BTF (Breathing-Thinking-Functioning) Respirar-Pensar-Funcionar, ofrece el modo de comprender cómo los pensamientos afectan y son modificados a su vez por la respiración y por la actividad física; también propone el modo de romper ese ciclo.

Se debe prestar atención a la sensación de ahogo, recuerdos de experiencias pasadas, ideas equivocadas y pensamientos sobre la muerte, que pueden contribuir a la ansiedad, sensación de pánico, frustración, rabia y humor deprimido, los cuales, a su vez, refuerzan

◀ esos pensamientos e imágenes irreales e inútiles. Así pues, las intervenciones sobre esos pensamientos negativos, sobre la dificultad respiratoria y el manejo de los síntomas de ansiedad y humor deprimido podrían potencialmente mejorar la calidad de vida y el cumplimiento del tratamiento de la EPOC.

TABAQUISMO Y SALUD MENTAL FRÁGIL

Aún cuando las tasas de tabaquismo no son elevadas entre los pacientes con EPOC en todos los países, allí donde lo sean hay que considerar que existe una fuerte asociación entre tabaquismo y problemas de salud mental. Los fumadores con problemas de salud mental tienden a ser más adictos al tabaco, fuman más y tienden más a las recaídas, también necesitan más apoyo para dejar de fumar más frecuentemente.¹⁶⁻¹⁹ Tanto el tabaquismo como la depresión y la ansiedad están asociados a un riesgo de muerte más alto en personas con EPOC. El riesgo de muerte, la depresión y la ansiedad aumentan con la duración del tabaquismo (años) y con el número de paquetes/año.²⁰ Cuando la cesación del tabaquismo es efectiva, resulta la intervención más importante para entretener la progresión de la EPOC, aumentar la supervivencia y reducir la morbilidad.^{5,21,22} En contra de la creencia popular, dejar de fumar reduce la ansiedad y la depresión. De hecho, la magnitud del efecto es tanto o mayor al de los antidepressivos para la ansiedad y depresión.^{23,24} Diferenciar entre los síntomas de ansiedad o de privación tabáquica es un reto, por ello hay que valorar los niveles de ansiedad en todas las visitas.

ACTUACIONES PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN PACIENTES CON EPOC

Tener habilidades en consulta centrada en el paciente ayudará mucho. Hay que reconocer que la ansiedad y la depresión son comorbilidades con gran influencia sobre la EPOC. Hay que anticiparse a que cada individuo pueda tener depresión, ansiedad o ambas. Para valorar si existen problemas de salud mental conviene usar la escucha activa, sin interrupciones, mostrando empatía y observando cuidadosamente. El lenguaje corporal y no verbal puede aportar mucha información, por ejemplo, pausas largas o ausencia de contacto visual durante la conversación. Si se está valorando el diagnóstico, conviene hacerlo desde un enfoque centrado en el paciente y ponderar si esa "etiqueta" de deprimido y/o ansioso va a serle de ayuda, por ejemplo, para que comprenda su situación y su tratamiento holístico.

Tabla 1: Valoración de la salud mental en pacientes con EPOC

Existen múltiples herramientas de valoración de salud mental a nivel de investigación, pero en la práctica clínica, los profesionales de atención primaria suelen usar estas herramientas fáciles de administrar:

- El PHQ-4 recomendado por la OMS para valoración breve de depresión y ansiedad. Este test puede realizarse online. Las preguntas 1 y 2 son la subescala de ansiedad GAD2; Q3 y Q4 son la subescala PHQ2 de depresión. Un resultado por encima de 3 en cualquiera de ellas indica que hay que revalorar a ese paciente con, por ejemplo, las escalas PHQ9 o GAD7.

En las últimas dos semanas con que frecuencia le han molestado estos problemas: 0 = nada; 1 = algunos días; 2 = más de la mitad de los días; 3 = casi a diario					
1. Sentirse nervioso, ansioso o al límite.	0	1	2	3	Puntuación superior o igual a 3, se considera + para ansiedad
2. No poder dejar de preocuparse	0	1	2	3	
3. Falta de interés o de placer en hacer cosas	0	1	2	3	Puntuación superior o igual a 3, se considera + para depresión
4. Sentirse triste, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3	
Categorías de estrés psicológico según la puntuación total:					
<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno: 0-2 • Leve: 3-5 • Moderado: 6-8 • Grave: 9-12 					
Fuente: https://qxmd.com/calculate/calculator_476/patient-health-questionnaire-4-phq-4 .					

- Patient Health questionnaire 9 (PHQ9) para evaluar la depresión. Contiene 9 preguntas con una puntuación de corte de 5, disponible en varios idiomas.
- Generalised Anxiety Disorder Scale (GAD7) para valorar ansiedad. Son 7 puntos en una escala autoadministrada, con un punto de corte de 10, disponible en varios idiomas.

Estas herramientas pueden ser de gran utilidad para la búsqueda activa de depresión y ansiedad y para aclarar sospechas diagnósticas.

Tabla 2: OARS

O	Preguntas abiertas	Para conocer sentimientos y creencias, por ej. "¿Podría contarme cómo se siente? ¿Cómo nota usted ese ahogo?"
A	Afirmaciones	Siendo positivos y reforzando; contruir la relación y mostrándose empático "Es bueno que quiera hablar de esa tristeza, estoy para ayudarle"
R	Reflexión	"Parece que está pensando mucho en lo que le pasa y que sabe qué hacer"
S	Resumir	Vamos a resumir ésto que hemos hablado"

Fuente: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/394208/Session-5.pdf

HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN

Hay que estar atentos a los síntomas físicos como falta de concentración, problemas de sueño, cansancio o cefalea, pues pueden estar asociados a depresión y ansiedad, y usar cuestionarios validados si el paciente presenta síntomas. (Ver tabla 1).

TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN PACIENTES CON EPOC

El cuidado de los pacientes con EPOC y problemas de salud mental necesita de un abordaje amplio reconociendo que tanto cuerpo, mente y las interacciones entre personas y con el ambiente está todo relacionado. Es fundamental el abordaje centrado en el paciente que focalice sus

deseos, objetivos y preferencias. Las habilidades OARS permiten establecer y mantener la relación mediante respuestas y comportamientos usando lenguaje verbal y no verbal. (Tabla 2).

Las personas con EPOC a menudo presentan niveles bajos de autoestima²⁵ y por ello es esencial el abordaje holístico de esas autopercepciones negativas y resolver los problemas mentales. Aquí podemos considerar la evidencia de medidas no farmacológicas e intervenciones farmacológicas accesibles desde atención primaria.

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

Una revisión Cochrane concluyó que un abordaje estructurado de la terapia cognitiva conductual puede ser efectiva para reducir los síntomas de depresión y ansiedad.^{1,26} Dicho tratamiento es factible ▶

Tabla 3: Intervenciones para valorar la dificultad respiratoria

Intervención	Objetivo	Evidencia
Terapia cognitivo conductual	Centrado en la resolución de problemas modificando pensamientos o comportamientos inútiles o lesivos. Reduce la ansiedad en la EPOC a corto plazo; aumenta la asistencia a programas de rehabilitación pulmonar.	Yohannes AM, et al. <i>J Am Med Dir Assoc</i> 2017;18: 1096.e1-1096.e17. Heslop-Marshall K, et al. <i>ERJ Open Res</i> 2018;4: 0094-2018. Pumar Ml, et al. <i>J Thorac Dis</i> 2019;11(Suppl 17): S2238-S2253.
Mindfulness/meditación	20 minutos de respiración consciente reduce el ahogo en la enfermedad pulmonar y la ansiedad/depresión en enfermedad avanzada, mejora la concentración y puede aumentar la autonomía.	Seetee S, et al. <i>J Med Assoc Thai</i> 2016;99:828-8. Malpass A, et al. <i>BMJ Open Respir Res</i> 2018; 5:e000309. Tan SB, et al. <i>J Pain Symptom Manage</i> 2019;57:802-8. Look ML, et al. <i>BMJ Supportive & Palliative Care</i> 2021; 11:433-9.
Técnicas de relajación	Algunas intervenciones en relajación pueden mejorar la ansiedad, disnea y cansancio en EPOC. Las más aceptadas son el uso de imágenes guiadas ("piense en un lugar bonito"), relajación muscular progresiva y contar.	Hyland ME, et al. <i>Int J Chron Obstruct Pulmon Dis</i> 2016; 11:2315-9. Yilmaz CK, Kapucu S. <i>Holist Nurs Pract</i> 2017;31:369-77. Volpato E, et al. <i>Evid Based Complement Alternat Med</i> 2015;2015:628365.
Acupuntura/presoterapia	Mejora la disnea en enfermedad avanzada y puede reducir la ansiedad.	von Trott P, et al. <i>J Pain Symptom Manage</i> 2020;59: 327-338.e3.
Musicoterapia, canto.	La evidencia muestra que cantar mejora la función pulmonar, existe evidencia que también puede mejorar la ansiedad y la calidad de vida (QoL); valor anecdótico de la evidencia.	Gimenes Bonilha A, et al. <i>Int J Chron Obstruct Pulmon Dis</i> 2009;4:1-8. Lord VM, et al. <i>BMC Pulm Med</i> 2010;10:41. McNamara RJ, et al. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2017; 12:CD012296.
Psicología positiva de dar sentido de control y confianza	Sin evidencia. Sin embargo, los servicios holísticos de respiración reducen la ansiedad/depresión, usan psicología positiva y mejoran el autocontrol.	Brighton LJ, et al. <i>Thorax</i> 2019;74:270-81. Lovell N, et al. <i>J Pain Symptom Manage</i> 2019;57: 140-155.e2.
Presencia social	Existe evidencia experimental de mejora de la percepción de la disnea en voluntarios sanos mediante la presencia social; los pacientes refieren mayor confianza en presencia de otros.	Herzog M, et al. <i>Biol Psychol</i> 2019;140:48-54.

y es coste-efectivo en la comunidad administrado por profesionales entrenados.²⁷ Incorporar la terapia cognitivo conductual para tratar la dificultad respiratoria en la EPOC y fomentar el automanejo podrían potencialmente inclinar al paciente a comprometerse con su tratamiento y con cambios de comportamiento, actividad física que serían de gran ayuda para mejorar su ansiedad y depresión.²⁸⁻³¹

La table 3 muestra en detalle las distintas intervenciones útiles para valorar dificultad respiratoria. Somos conscientes que no todas estas medidas se encuentran accesibles, traducidas, validadas disponibles o culturalmente aceptadas en todos los países; pero como la lista es variada, se pueden incluir aquellas que puedan estar disponibles en cada medio. Por ejemplo, el Servicio de Intervención sobre la dificultad respiratoria de Cambridge ofrece una variedad de intervenciones para valorar la dificultad respiratoria en relación con el círculo vicioso del "pensamiento".¹⁵

El enfoque holístico de la persona con EPOC y sus comorbilidades como ansiedad y depresión debería hacerse desde un equipo multidisciplinar siempre que sea posible, que pueda ofrecer una o varias de las intervenciones mencionadas previamente, así como rehabilitación pulmonar (RP). La RP mejora los síntomas de depresión y ansiedad.³² A pesar de que los profesionales sanitarios derivan poco y las personas con EPOC o no acuden o no completan los tratamientos de RP, estamos a la espera del estudio TANDEM, que incorpora la terapia cognitivo-conductual para mejorar la utilización de la RP.² El ejercicio realizado en un entorno natural tiene múltiples beneficios terapéuticos para la salud física y mental.³³ Las actividades realizadas en un entorno natural ayudan a las personas que padecen enfermedades mentales y contribuyen a reducir sus niveles de ansiedad, estrés o depresión.³⁴ No existen estudios específicos en pacientes con EPOC.

Intervenciones farmacológicas

El tratamiento efectivo de la dificultad respiratoria mediante broncodilatadores⁵ contribuirá a mejorar el estrés psicológico. Trate la dependencia tabáquica con los fármacos disponibles y también dé consejo. No existen recomendaciones en cuanto al tratamiento antidepressivo para personas con EPOC.¹¹ A pesar de ello, recomendamos los fármacos apropiados para el tratamiento de la depresión como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS; de preferencia) o, si no están disponibles o no están indicados por cualquier otra razón clínica, los antidepressivos tricíclicos (ADT) podrían ser un tratamiento de segunda línea. Conviene evitar los ATD en EPOC avanzada debido al alto riesgo de depresión del centro respiratorio e insuficiencia respiratoria. La ansiedad se puede tratar usando los ISRS, pero la evidencia es débil.³⁵ A pesar del amplio uso de benzodiazepinas (BDZ) para la EPOC, la evidencia sugiere que no ayudan en la disnea y no deberían usarse para esta

◀ indicación.³⁶ Se pueden plantear en casos de estrés agudo y ansiedad para tratamientos cortos (menos de 4 semanas) y a la menor dosis posible.³⁷ El metabolismo de los antidepresivos y los ansiolíticos está aumentado en fumadores, por lo que tienden a requerir dosis más altas que los no fumadores. Si se consigue la deshabituación tabáquica tal vez se necesite reducir las dosis para compensar este hecho.³⁸

CUANDO DERIVAR

Si está disponible hay que derivar a un servicio de salud mental de psicología cuando la persona con EPOC exprese su preferencia por un enfoque no farmacológico o cuando los tratamientos desde atención primaria no consigan controlar la ansiedad o la depresión. Las personas con EPOC y psicosis o ideación suicida deben ser derivados de forma urgente a los servicios de salud mental especializados.

CONCLUSIONES

Mejorar la salud mental mejora los resultados de la EPOC. Los profesionales sanitarios a cargo de personas con EPOC necesitan flexibilidad comunicativa y habilidades para identificar la depresión y la ansiedad, específicamente en los fumadores activos y en aquellos que están intentando dejarlo, que son quienes tienen mayor riesgo de resultados escasos. Ofrezca ayuda para dejar de fumar (vea el Desktop Helper del IPCRG sobre ayuda al paciente a dejar de fumar) y considere la terapia cognitivo-conductual. Aproveche los servicios locales para mejorar el bienestar mental. Se necesita más evidencia sobre el valor de los tratamientos farmacológicos.

Referencias

1. Pollok J, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;3:CD012347.
2. Sohanpal R, et al. *Trials* 2020;21:18(2020).
3. Yohannes AM, Alexopoulos GS. Depression and anxiety in patients with COPD. *Eur Respir Rev* 2014;23:345-9.
4. Barnett K, et al. *Lancet* 2012;380:37-43.
5. GOLD 2022 Report. Available at: <https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/>. Accessed March 2022.
6. Wagena EJ, et al. *Eur Respir J* 2005;26:242-8.
7. Ritchie H, Roser M. Smoking. 2021. Available at: <https://ourworldindata.org/smoking>. Accessed March 2022.
8. Terzikhan N, et al. *Eur J Epidemiol* 2016;31:785-92.
9. Stegberg M, et al. *Eur Clin Respir J* 2018;5:1421389.
10. Vogelmeier C, et al. *New England J Med* 2011;364:1093-103.

11. Pollok J, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;12:CD012346.
12. Tsiligianni I, et al. *Prim Care Respir J* 2011;20:257-68.
13. Stuart H. *World Psych* 2008;7:185-8.
14. Kassis IT, et al. *Br J Med Med Res* 2014;4:785-96.
15. Spathis A, et al. *npj Prim Care Respir Med* 2017;27:27.
16. Berlin I, Covey LS. *Addiction* 2006;101:1814-21.
17. Coulthard M, et al. Office for National Statistics (ONS) 2002.
18. Royal College of Physicians, Royal College of Psychiatrists. Smoking and mental health. 2013.
19. Ho SY, et al. *Gen Hosp Psychiatry* 2015;37:399-407.
20. Lou P, et al. *Respir Care* 2014;59:54-61.
21. Williams S, et al. IPCRG Position paper No. 1 - Primary care and chronic lung disease. Available at: <https://www.ipcr.org/primaryrespiratorycare>. Accessed March 2022.
22. Tonnesen P. *Eur Respir Rev* 2013;22:37-43.
23. Rigotti NA. *Lancet Respir Med* 2013;1:241-50.
24. Taylor G, et al. *BMJ* 2014;348:g1151.
25. Harrison SL, et al. *Chron Respir Dis* 2017;14:22-32.
26. Usmani ZA, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;3:CD010673.
27. NICE guideline CG124. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>. Accessed March 2022.
28. Aylett E, et al. *BMC Health Serv Res* 2018;18:559.
29. Hu MX, et al. *BMC Public Health* 2020;20:1255.
30. Newham JJ, et al. *Int J Chron Obstruct Pulm Dis* 2017;12: 1705-20.
31. NICE guideline. NG115. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng115/chapter/Recommendations>. Accessed March 2022.
32. Gordon CS, et al. *Chest* 2019;156:80-91.
33. Natural England. Links between natural environments and mental health: evidence briefing (EIN018). 2016. Available at: <http://publications.naturalengland.org.uk/publication/5748047200387072>. Accessed March 2022.
34. Krzanowski J, et al. Green Walking in mental health recovery: A Guide. 2020. Available at: <https://sustainablehealthcare.org.uk/green-walking>. Accessed March 2022.
35. Usmani ZA, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;11:CD008483.
36. Simon S, et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;1:CD007354.
37. NICE. BNF. Hypnotics and anxiolytics. Available at: <https://bnf.nice.org.uk/treatment-summary/hypnotics-and-anxiolytics.html>. Accessed March 2022.
38. NCSCT. Smoking cessation and smokefree policies: Good practice for mental health services. Available at: <https://www.ncsct.co.uk/usr/pdf/Smoking%20cessation%20and%20smokefree%20policies%20-%20Good%20practice%20for%20mental%20health%20services.pdf>. Accessed March 2022.
39. IPCRG. Desktop Helper No. 4 - Helping patients quit tobacco - 3rd edition. Available at: <https://www.ipcr.org/desktophelpers/desktop-helper-no-4-helping-patients-quit-tobacco-3rd-edition>. Accessed March 2022.

NOTAS

Recursos adicionales y referencias completas accesibles en la versión online de este Desktop Helper www.ipcr.org/dth12



Autores: Ioanna Tsiligianni, Siân Williams; Con contribución de: Anna Spathis
Revisores: Steve Holmes, Nazim Uzzaman, Oscar Flores-Flores; Editor: Tracey Lonergan

Este Desktop Helper ha sido sufragado por una beca educativa de Boehringer Ingelheim, que ha patrocinado el apoyo al desarrollo, composición, impresión y gastos asociados, pero no ha participado en el contenido del documento.

Este Desktop Helper es consultivo; está dirigido al uso general y no debería considerarse aplicable a ningún caso específico. Para más información consulte: www.ipcr.org/pp6

Creative Commons Licence Attribution-NonCommercial-ShareAlike

El IPCRG es una entidad registrada [SC No 035056] y una sociedad limitada por garantía (Company No 256268). Dirección postal: 19 Armour Mews, Larbert, FK5 4FF, Scotland, United Kingdom