

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

RELACION ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESION
CON ASMATICOS ADULTOS Y SUJETOS SANOS

T E S I S

Que Realizó para Obtener el Título de
Posgrado en la Especialidad de:
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

Dra. Espinosa Leal Fabiola Dinorah

A S E S O R E S :

Dra. Nora Hilda Segura Méndez
Médico Adscrito del Servicio de Alergia
Hospital de Especialidades
C.M.N. SXXI I.M.S.S.

Dr. Augusto Bernardo Torres Salazar
Jefe de Enseñanza e Investigación de la
UMF No. 28 Gabriel Mancera I.M.S.S.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
U.N.A.M.

RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON ASMÁTICOS ADULTOS Y SUJETOS SANOS

TESIS DE POSGRADO

QUE PRESENTA PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

DRA. FABIOLA DINORAH ESPINOSA LEAL

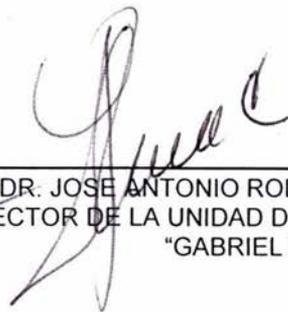
ASESOR:

DRA. NORA HILDA SEGURA MÉNDEZ

COASESOR:

DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR





DR. JOSÉ ANTONIO RODRÍGUEZ COVARRUBIAS
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
"GABRIEL MANCERA"



DR. AUGUSTO BERNARDO TORRES SALAZAR
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
"GABRIEL MANCERA"



DRA. NORA HILDA SEGURA MÉNDEZ
ESPECIALISTA EN ALERGIÁ E INMUNOLOGÍA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI IMSS



AGRADECIMIENTOS

Jesucristo

Gracias por guiarme y fortalecerme día con día,
por estar conmigo en cada momento.

A mis papás Delfino y Amelia
Por su gran amor incondicional que siempre
Me ha llevado adelante.

A mis hermanos Roberto, Katy , Frida y Martha
Su apoyo y palabras de aliento me han ayudado
En gran manera a culminar con éxito en esta
Etapa de mi vida.

A mi tía Estela
Solo tú sabes la gran ayuda que has sido para
Mí, nunca cambies, eres parte de mi éxito.

Tía Lupita y Tío Juan
Por su amor y consejos que me otorgaron cuando
Los necesitaba.

A mis amigos
Laura, Fer, Ady, Miros, Claudia, Rodrigo
Por cada momento que pasamos juntos

Dra. Nora
Son pocas las personas que se atreven a hacer cosas
Diferentes e impactar la vida de otras, usted es una
De ellas, mi más profundo agradecimiento.

ÍNDICE

• RESUMEN.....	1
• INTRODUCCIÓN.....	2
• PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
• HIPÓTESIS.....	10
• OBJETIVOS.....	11
• MATERIAL Y MÉTODO.....	12
• DISEÑO DE ESTUDIO	12
• UNIVERSO DE TRABAJO.....	12
• TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	13
• VARIABLES.....	14
• DEFINICIONES OPERATIVAS.....	15
• CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	17
• PROCEDIMIENTO.....	20
• CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	22
• TÉCNICAS UTILIZADAS PARA LA MEDICIÓN DE VARIABLES.....	23
• RESULTADOS.....	26
• ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	29
• CONCLUSIONES.....	30
• TABLAS Y GRÁFICAS.....	31
• ANEXOS.....	40
• BIBLIOGRAFÍA.....	44

RESUMEN

RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON ASMÁTICOS ADULTOS Y SUJETOS SANOS

Espinosa Leal Fabiola Dinorah, Segura Méndez Nora Hilda, Torres Salazar Augusto Bernardo. Unidad de Medicina Familiar No. 28 y Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI. IMSS. México. DF.

OBJETIVO: Conocer la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes asmáticos adultos, compararla con sujetos sanos y conocer si existe correlación entre la severidad del asma con la presencia de ansiedad y depresión.

ANTECEDENTES: En pacientes asmáticos las alteraciones psiquiátricas más frecuentes son ansiedad y depresión, se han postulado diversas teorías para explicarlo pero no se ha podido definir, algunos autores han encontrado entre 6-24% de ansiedad y del de depresión. En nuestro medio no conocemos esta información.

MATERIAL Y METODO: Estudio descriptivo, observacional, de casos y controles en pacientes asmáticos adultos de acuerdo a los criterios GINA, a los que se les aplicó la escala de HAD para valorar la presencia de ansiedad y depresión, aplicandose también a sujetos sanos como grupo control, Se utilizó la T de Student's y la prueba de correlación de Pearson's con el programa SPSS.

RESULTADOS: Participaron 120 pacientes , 60 asmáticos y 60 sujetos sanos con una edad promedio de 34.21 ± 11.47 y 31.03 ± 8.74 para cada grupo, al aplicar la escala de HAD se reportaron como casos para ansiedad 18 (30%) en asmáticos y 11(18%) en los sujetos sanos y para depresión 7 (12%) en asmáticos y 2 (3%) en sanos, la T de Student's no mostró diferencia significativa con una $p > 0.05$. El análisis de correlación de la severidad del asma con ansiedad no se encontró correlación con una $p > 0.05$, pero al hacer el análisis de la severidad de la enfermedad con depresión se encontró una correlación significativa con una $p < 0.05$

CONCLUSIONES: La frecuencia de ansiedad en asmáticos es de 30% y de 18% para depresión, pero no existe una diferencia significativa al compararla con sujetos sanos, en cuanto a la correlación con la severidad de la enfermedad esta no existe con ansiedad, pero sí es directamente proporcional con la presencia de depresión, por lo que debe de buscarse intencionadamente principalmente en pacientes con asma moderada y severa persistente para un manejo conjunto con psicología para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Este estudio fue aprobado por el Comité Local de Investigación con número 2003-721-0022

INTRODUCCIÓN

La " Iniciativa Global para el Asma " (GINA por sus siglas en inglés) es el consenso de expertos que en 1991 definen que el asma, es un proceso inflamatorio crónico pulmonar asociado a la hiperrespuesta de la vía aérea con limitación del flujo aéreo y síntomas respiratorios¹.

El asma bronquial es la mas común de las afecciones crónicas entre adultos y niños en el mundo desarrollado, se reporten a nivel mundial mas de 200,000 millones de casos, causando entre 50 a 100 mil muertes por año¹.

En los Estados Unidos afecta a 14.6 millones de personas, en Suecia, su prevalencia varia de 5 a 40%. En Noruega el porcentaje de niños menores de 15 años con asma se encontraba entre 14 y 17% y el de adultos era de 37%. En Dinamarca, la prevalencia de asma registrada en el bienio 1978-1979 se estableció en 3,8 por cada 100,000 habitantes²⁻⁵.

En México se considera que del 10 al 17% de la población infantil ha cursado con asma en algún momento de su vida. Entre los registros del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en 1990 el asma ocupaba el 18°. lugar como causa de hospitalización. En 1996 el número de casos de asma en este Instituto fue de 164,864 con una tasa de 463.93/100 000 derechohabientes, durante este mismo año en la Delegación 3 suroeste del IMSS hubo un reporte de 2,028 casos con una tasa de 119/100 000 derechohabientes⁶⁻⁹.

El asma bronquial como un problema de salud pública, con una mortalidad de 2.2 por 100 000 habitantes en la población general y en el IMSS de 13/100,000 derechohabientes, representó la décima octava causa de mortalidad hospitalaria, por lo que es importante evaluar la calidad de vida en el ámbito individual⁹⁻¹⁰.

Además de generar una enorme morbilidad y mortalidad, el asma bronquial disminuye la calidad de vida de los pacientes. Por calidad de vida se entiende la condición objetiva y subjetiva de bienestar general del paciente asmático con relación a su funcionamiento biológico, psicológico y social, producto de padecer la enfermedad y su consecuente tratamiento¹¹.

Por lo que el asma bronquial es una de las enfermedades respiratorias crónicas mas frecuentemente reportadas, y manejada adecuadamente los pacientes tienen una función normal, sin disminuir su calidad de vida¹².

Las guías de manejo del asma (GINA) indican que el primer objetivo del tratamiento es restaurar una función pulmonar óptima y abolir o minimizar los síntomas, usando el mínimo de medicamento. Esto implica la utilización de medidas objetivas de función pulmonar (usualmente el flujo espiratorio máximo [PEF]) y el registro de los síntomas reportados por el paciente¹³.

Además de los indicadores sobre morbilidad y mortalidad, el deterioro de la calidad de vida en los pacientes asmáticos esta acompañado de síntomas de ansiedad y depresión.

Está bien documentado que los síntomas respiratorios y psicológicos están relacionados. Los sujetos sanos es probable que presenten síntomas respiratorios cuando presentan estados psicológicos como ansiedad, depresión, ira o disturbios cognoscitivos¹⁴.

Personal de la Comisión Europea de Salud Respiratoria demostró que existe asociación entre síntomas respiratorios y status psicológicos, aunque los pacientes asmáticos no tuvieron mayor ansiedad o depresión que cualquier otro sujeto con síntomas respiratorios¹⁵.

En 1903, Osler escribió **"En la mayoría de casos de asma bronquial, existe un fuerte elemento neurótico por lo que algunos consideran esta enfermedad una neurosis"**¹⁶.

En 1966 otros autores declaran "La influencia psicológica juega una parte importante en cada asmático y a menudo puede presentarse como principal responsable, aunque no inicia el asma, al menos la mantiene" y "Diversos grados de ansiedad, sensación de frustración, discordia frecuente y una atmósfera de tensión en el hogar, puede ser la base de la tensión en el bronquio. El tratamiento no es probablemente satisfactorio a menos que esta influencia sea reconocida y al paciente

se le maneje con comprensión, tacto, firmeza y tratar que desahogue las dificultades tanto como sea posible" ¹⁷.

Los síntomas psicológicos mas frecuentemente asociados al asma bronquial son la ansiedad y la depresión con cifras reportadas desde el 6 hasta el 24%. ¹⁸⁻¹⁹.

La ansiedad debe entenderse como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza y la depresión como síntoma puede presentarse acompañado a múltiples enfermedades médicas, apareciendo la mayoría de las veces como una reacción de adaptación a un suceso externo estresante y se clasifica como enfermedad dentro del grupo de los trastornos afectivos ²⁰⁻²¹.

Históricamente el asma fue considerada la enfermedad psicosomática clásica, que tanto médicos como pacientes describen la exacerbación de los síntomas como resultado de ansiedad y estrés. Estas reacciones se consideran más un efecto que una causa ²².

En los últimos años se ha estudiado la relación entre ansiedad y depresión con el asma bronquial y se han postulado diversas teorías para explicarlo.

Porzelius y colaboradores enfatizan que los pacientes asmáticos son proclives a interpretar sensaciones somáticas de una manera catastrófica ²³⁻²⁴.

Otros autores como Miller consideran que la depresión en los pacientes asmáticos esta asociado con un incremento la actividad parasimpática central y periférica, que incrementa el tono colinérgico o genera un desbalance que exacerba los síntomas en los pacientes asmáticos ²⁵.

La ansiedad y depresión se han asociado con un pobre control del asma bronquial y la prevalencia de estos factores adversos es bien conocida y se ha descrito, haciéndose énfasis de esto en estudios realizados pero la mayoría de las veces es subestimado y no se toma en cuenta sobre todo con el manejo del paciente ²⁶⁻²⁷.

Se ha comprobado que el 42% de los pacientes asmáticos experimentan ansiedad durante la crisis de asma y también hay un incremento en un 15% en promedio en cuanto a depresión ²⁷⁻²⁹.

Estudios realizados en Australia mostraron altos índices de ansiedad y desordenes de pánico en pacientes que sufrieron un episodio fatal de asma ³⁰⁻³².

En el Reino Unido encontraron una alta prevalencia de síntomas psicológicos y dentro de estos principalmente ansiedad asociada con una gran morbilidad en pacientes con asma ³³⁻³⁴.

Algunos estudios reportan un patrón que consiste en altos niveles de negatividad y retraso en buscar ayuda cuando se presentan los ataques agudos de asma principalmente o bien como un patrón secundario a cuadros de depresión y se sugiere

que estos factores contribuyen en algunas muertes. Los pacientes asmáticos que fallecen por las crisis con frecuencia muestran escasa cooperación con su manejo médico³⁵⁻³⁸.

Un estudio diseñado para evaluar la relación entre ansiedad, depresión y morbilidad en pacientes asmáticos que incluyó 114 pacientes asmáticos a quienes se les aplicó el cuestionario de calidad de vida (AQLQ) y el cuestionario de la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HAD) mostró que los pacientes asmáticos presentan en el 30% de los casos ansiedad y 10% de los pacientes mostraron depresión, sin embargo no se realizó el análisis de acuerdo a la severidad de la enfermedad. En este estudio la escala HAD fue predictiva para depresión y los síntomas de ansiedad pueden constituir un indicador del control de la enfermedad³⁹.

La Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad (HAD) ha sido desarrollada como un instrumento para detectar estados de ansiedad y depresión en aquellos pacientes que no presentan síntomas, es accesible, sencilla y de fácil entendimiento y aplicación⁴⁰.

Consiste en un cuestionario con preguntas dirigidas a la búsqueda de síntomas de ansiedad y depresión y ha sido utilizada en pacientes asmáticos consta en 14 preguntas sencillas de opción múltiple, en donde 7 ítems valoran ansiedad y los otros 7 valoran depresión, y de acuerdo a los resultados clasifica a los pacientes en sanos, sospechosos y casos, considerándose éstos últimos a aquellos que tengan una puntuación de 11 o más para cada uno de estos padecimientos⁴⁰.

La presencia de ansiedad y depresión puede generar un mal apego al tratamiento, con escasa respuesta al mismo o bien la presencia de cuadros de crisis asmáticas frecuentes lo que deteriora la calidad del vida del paciente ^{39,41,42}.

Los factores psicológicos, más comunes como la ansiedad y depresión que se presentan en los pacientes con diagnóstico de asma severa principalmente y que no son controlados tienden a presentar un mayor número de crisis, lo que ocasiona que tengan que emplear con mayor frecuencia los servicios de salud generando un incremento en los costos primarios por la atención médica ⁴³.

Los pacientes asmáticos requieren para su atención de un equipo de salud multidisciplinario en donde exista apoyo de psicólogo o psiquiatra para una mejor respuesta y control de los pacientes, sobre todo en el apego terapéutico y control de los síntomas ⁴⁴.

Contamos en nuestro país con escasos estudios relacionados con la presencia de ansiedad y depresión en los pacientes asmáticos adultos, y su posible relación con la severidad de la enfermedad, por lo que decidimos realizar un estudio para conocer lo anterior y comparar los resultados en sujetos sanos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México no existen reportes sobre las cifras de ansiedad y depresión que tienen los pacientes asmáticos, el conocer esto tiene importancia relevante en el manejo de los pacientes.

No contamos con estudios sobre la presencia de ansiedad y depresión en pacientes asmáticos a pesar de ser una relación frecuente y menos aún si esta asociación tiene relación con la severidad de la enfermedad, y dado que estos factores determinan en gran medida el apego al tratamiento por parte del paciente y su respuesta terapéutica consideramos importante la realización de este estudio, decidimos además comparar los resultados empleando la misma escala de HAD comparando sujetos sanos y pacientes asmáticos adultos .

¿Cuál es la frecuencia de Ansiedad y Depresión en pacientes asmáticos adultos que acuden a la consulta externa de Alergología e Inmunología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI al compararlos con sujetos sanos?

¿Existe correlación entre la severidad del Asma y la presencia de Ansiedad y Depresión en los pacientes asmáticos adultos que acuden a la consulta externa de Alergología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI ?

HIPÓTESIS

Alterna:

- Existe mayor ansiedad y depresión en pacientes asmáticos que en sujetos sanos
- Hay relación entre la severidad del asma con el grado de ansiedad y depresión que presentan los pacientes asmáticos.

Nula:

- No existe mayor ansiedad y depresión en pacientes asmáticos al compararlos con sujetos sanos.
- No hay relación entre la severidad del asma con el grado de ansiedad y depresión que presentan los pacientes asmáticos.

OBJETIVOS

- Conocer la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes asmáticos adultos comparándolo con un grupo de sujetos sanos.

- Conocer la asociación que existe entre ansiedad y depresión de los pacientes asmáticos adultos de acuerdo con la severidad de su enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO DE ESTUDIO:

Estudio prospectivo, transversal, descriptivo, comparativo observacional y clínico

Casos y controles

UNIVERSO DE TRABAJO:

Grupo caso: Pacientes asmáticos de acuerdo a las guías GINA adultos derechohabientes adscritos al Servicio de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI del IMSS, previa firma de carta de consentimiento informado.

Grupo control: DONADORES SANOS que acudieron al Banco Central de Sangre del CMN Siglo XXI del IMSS y que aceptaron participar en el estudio.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Para este estudio el tamaño de la muestra se realizó por conveniencia . Se captaron un total de 120 personas dividido en 2 grupos, el primero de 60 pacientes asmáticos y el segundo de 60 donadores sanos y en ambos grupos eran de uno u otro sexo a través de casos consecutivos en un período de 4 meses comprendido de Febrero a Mayo del 2003.

VARIABLES

Variable independiente:

Severidad del asma de acuerdo a los criterios internacionales de diagnóstico y tratamiento de asma GINA 2002.

Variable dependiente:

Ansiedad y depresión valorada de acuerdo a la escala de HAD (The Hospital Anxiety and Depresión Cuestionary) validada en México.

DEFINICIONES OPERATIVAS

ANSIEDAD

Estado afectivo de carácter displacentero que suele acompañarse de ciertos síntomas somáticos (palpitaciones, disnea, palidez, sudoración, etc.) y que se produciría como respuesta a situaciones traumáticas de origen interno o externo, experimentadas por el individuo. De acuerdo a la escala de HAD se definirá como sanos aquellos pacientes que obtengan una puntuación de 0-7, sospechosos aquellos que obtengan una calificación de 8-10 y como casos aquellos con una puntuación de 11 o más (45).

Escala: cuantitativa

DEPRESIÓN

Condición emocional caracterizada básicamente por alteraciones del humor, tristeza, disminución de autoestima, inhibición, fatigabilidad, insomnio, etc. Se clasificará de acuerdo a la escala de H.A.D. como sanos aquellos con puntuación de 0-7, sospechosos los que obtengan de 8-10 y casos los que tengan una calificación de 11 o más.(45).

Escala: cuantitativa

SEVERIDAD DEL ASMA.

Definida de acuerdo a los criterios Internacionales de Diagnóstico y Tratamiento de Asma (GINA, 2002.) que se basa en la valoración combinada de los síntomas y la espirometría clasificándola en asma leve intermitente, asma leve persistente, asma moderada persistente y asma severa persistente (anexo 3).

Escala: cuantitativa

ESCALA DE HAD

Es la escala Hospitalaria que valora depresión y ansiedad en aquellos pacientes que no presentan síntomas clínicos de estas patologías consiste en 14 preguntas divididas en 7 ítems para ansiedad y otros 7 ítems para depresión clasificando a los pacientes de acuerdo al puntaje obtenido⁴⁰ (Anexo 2).

Escala: cuantitativa

CRITERIOS DE SELECCIÓN

En los Pacientes asmáticos

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Pacientes de ambos sexos
- Mayores de 16 años.
- Que saben leer y escribir.
- Pacientes con diagnóstico de asma de acuerdo a los criterios internacionales de GINA 2002. Anexo
- Que aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes adscritos al Servicio de Alergia e Inmunología HECMN Siglo XXI.
- Que cuenten con el cuestionario HAD contestado de forma completa.
- Que cuenten con espirometría.

- **CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:**

- Que no aceptaron participar en el estudio.
- Portador de enfermedades como: bronquitis crónica, enfisema pulmonar, tuberculosis pulmonar, hepatitis C, VIH, enfermedades mentales, embarazadas, problemas bucales, hemiparesias faciales e intolerancia a la boquilla.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

- Pacientes con retraso psicomotor.
- Analfabetas.
- Pacientes con trastornos psicológicos en tratamiento médico.
- Pacientes que contestaron el cuestionario HAD de forma incompleta.
- Pacientes que no contaban con valoración clínica y espirometría.

En donadores sanos

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Mayores de 16 años
- De ambos sexos
- Que saben leer y escribir
- Que aceptaron participar en el estudio
- Que contaron con historia clínica completa y exámenes de laboratorio descartando la presencia de patología.
- Que tuvieron valoración médica con diagnóstico de persona sana.
- Que contaban con el cuestionario de HAD contestado de forma completa.

- **CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:**

- Que no aceptaron participar en el estudio.
- Aquellas personas a las que al realizarles historia clínica, exploración física y exámenes de laboratorio se les encontró que tuvieran alguna enfermedad.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

- Analfabetas.
- Personas que contestaron el cuestionario HAD de forma incompleta .

PROCEDIMIENTO

Para valorar ansiedad y depresión con la asociación de la severidad del asma se invitó a participar a todos aquellos pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión que acudieron al del Servicio de Alergia e Inmunología del Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI en el periodo comprendido del 1º. De Febrero al 30 de Mayo del 2003.

La tesista fue la encargada de verificar que cada paciente cumpliera con los criterios de inclusión y firmara la carta de consentimiento informado (anexo 1) , aún si el paciente fuera subsecuente y se le hubiera realizado previamente el estudio en citas anteriores , asimismo fue la responsable de proporcionar la escala de HAD (The Hospital Anxiety and Depresión Cuestionary) validada en México (anexo 2) para que la contestara, dando una sencilla explicación de cómo hacerlo, posteriormente se les realizó interrogatorio y exploración física y al término de esta se realizó una espirometría con previa explicación de la forma de realizarla.

Con los resultados se clasificó la severidad del asma de acuerdo a los síntomas clínicos y espirometría de acuerdo a las Guías internacionales de GINA 2002 (anexo 3) y también se valoró la presencia de ansiedad y depresión en los pacientes asmáticos.

Este mismo cuestionario el tesista lo aplicó a un grupo de personas sanas que acudieron al Banco Central de Sangre del CMN Siglo XXI , explicando la forma de

realizarlo, verificando de previamente que cumplieran con los criterios de inclusión , captados al azar y con autorización por medio de carta de consentimiento informado valorando la frecuencia de depresión y ansiedad en la población abierta.

Se analizaron los resultados obtenidos en los cuestionarios en ambos grupos que determinó la presencia de ansiedad y depresión haciendo un análisis comparativo de las diferencias encontradas.

La severidad del asma se realizó por medio de síntomas clínicos y espirometría de acuerdo a las guías internacionales de GINA en los pacientes asmáticos , esto se comparó con los resultados de la escala de HAD para ver si existía correlación entre la severidad de la enfermedad con el grado de ansiedad y depresión.

Para cada prueba de espirometría se utilizaron los procedimientos descritos en el capítulo de técnicas utilizadas para la medición de variables.

El análisis de resultados fue con estadística descriptiva, la prueba de T de Student's y análisis de correlación con la prueba de Pearson's a través del programa SPSS.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con la declaración de Helsinki, modificaciones de Tokio, Reglamento de la Secretaría de Salud y del Comité de Ética del Centro Médico Nacional, IMSS; la realización del presente estudio no pone en riesgo la vida ni la evolución de la enfermedad en los pacientes seleccionados. Por el contrario nos ayuda a comprender la relación que guardan los estados emocionales y la severidad de su enfermedad. Toda la información obtenida se manejó en forma confidencial sin ningún perjuicio para el paciente utilizándose únicamente para fines de estudio, previa carta de consentimiento informado la cual autorizó el paciente.

Este estudio fue autorizado por el comité local de la UMF No. 28 Gabriel Mancera con número de registro: 2003-721-0022.

TÉCNICAS UTILIZADAS PARA LA MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

Procedimiento para determinar la Severidad del Asma

Para esta medición se requirió de los Criterios Internacionales de GINA en donde dependiendo de la gravedad de la sintomatología de cada paciente y de los resultados de la espirometría se clasificó en asma intermitente, asma persistente leve, asma persistente moderada y asma persistente severa.

Procedimiento para determinar la presencia de Ansiedad y Depresión

Se realizó por medio de el cuestionario HAD (the Anxiety and Depresión Questionary) validado en México con 14 preguntas, en donde 7 de ellas valoran ansiedad y 7 depresión; de acuerdo a los resultados clasifica a los pacientes en sanos los que obtienen una puntuación de 0-7, probables, aquellos con resultado de 8-10 y casos los que obtienen una puntuación de 11 o más para cada una de estas patologías.

Procedimiento para la realización de la Espirometría:

Equipo:

Se precisó de un ambiente en buenas condiciones de iluminación, ventilación y temperatura. Se debe contar con báscula y altímetro. El espirómetro utilizado fue marca MULTISPIRO en perfecto estado de conservación y calibración.

La tesista fue capacitada para la realización de las espirometrías en el laboratorio de Fisiología Pulmonar del Hospital de Cardiología del CMN Siglo XXI.

Condiciones previas:

El paciente fue instruido previamente, se inspiró confianza y en forma gráfica se le enseñó al sujeto a realizar la prueba.

Ejecución de la espirometría:

1. Cubrir la ficha de datos.
2. Pesar y medir al paciente.
3. Auscultación Cardiopulmonar.
4. El paciente sentado con la cabeza y tronco rectos y erguidos.
5. Pinza nasal.
6. Ordenes tajantes y estimulantes durante la maniobra.
7. Indicar que haga varias respiraciones normales.
8. Pedir que tome todo el aire que pueda, previa espiración.
9. Inmediatamente se ajusta la boca a la boquilla.
10. Espiración lo más rápido y fuerte posible hasta vaciamiento total del aire.
11. El técnico asegura la no-inclinación del cuerpo durante la maniobra.
12. Felicitar, elogiar, corregir defectos y repetir la maniobra cuantas veces proceda hasta su adecuada realización.

RESULTADOS

Un total de 120 pacientes participaron en el presente estudio, los cuales se dividieron en 2 grupos : 60 pacientes asmáticos y 60 personas sanas.

Del grupo de asmáticos 36 (60%) fueron del sexo femenino y 24 (40%) del sexo masculino con una edad promedio de 34.21 ± 11.47 (figura 1).

Se clasificó la severidad de la enfermedad en este grupo de acuerdo a los criterios internacionales de GINA dando como resultado 18 pacientes con asma leve intermitente, 13 pacientes con asma leve persistente, 15 pacientes con asma moderada persistente y 14 pacientes con asma severa persistente.

De acuerdo a los resultados de la escala de HAD para ansiedad se clasificó a estos pacientes como 28 sanos, 13 probables y 18 casos; El resultado para depresión con esta escala mostró 46 pacientes sanos, 7 probables y 7 casos (tabla 1, figura 2, 3).

La frecuencia de ansiedad que encontramos en los pacientes asmáticos fue de 28.3% y la de depresión de 11.7%.

Al comparar la severidad del asma con la escala de HAD en lo que se refiere a ansiedad se encontró que de los 18 casos 4 (22.2%) cursaban con asma leve

intermitente, 3 (16.7%) con asma leve persistente, 5 (27.8%) con asma moderada persistente y 6 (33.3%) con asma severa persistente. Para depresión de los 7 casos encontrados 1 (14.3%) cursaba con asma leve intermitente, no hubo casos con asma leve persistente, 2 (28.6%) con asma moderada persistente y 4 (57.1%) con asma severa persistente (figura 4 y 5).

Se realizó la prueba de Pearson's la cual mostró que no existe una correlación entre la severidad del asma con la presencia de ansiedad con un valor de $r = 0.222$ lo cual no es estadísticamente significativo ya que la $p > 0.05$.

Con esta prueba de Pearson's se demostró sin embargo que si existe una correlación entre la severidad del asma con la presencia de depresión con una $r = 0.288$ lo cual es estadísticamente significativa con una $p < 0.05$.

En el grupo de personas sanas 34 (56.7%) fueron del sexo femenino y 26 (43.3%) del sexo masculino con una edad promedio de 31.03 ± 8.74 (figura 1).

Al aplicarles la escala de HAD los resultados obtenidos fueron para ansiedad 43 personas sanas, 6 sospechosos y 11 casos. Para depresión los resultados obtenidos fueron de 52 personas sanas, 6 sospechosos y 2 casos (tabla 1).

La prueba de T de Student's se utilizó para comprobar las diferencias entre dos medias de población comparando el grupo de pacientes asmáticos con los sujetos

sanos en donde los resultados obtenidos para ansiedad fue un valor de $t = 2.173$ con una $p = > 0.05$ y para depresión el resultado obtenido fue una $t = 2.043$ con una $p = > 0.05$ lo cual muestra que en ambos padecimientos comparado en los dos grupos no hubo una diferencia estadísticamente significativa (figura 4 y 5).

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Dentro de los resultados obtenidos podemos confirmar que existe la presencia de ansiedad en un 28.3% y de depresión en un 11.7% en los pacientes asmáticos lo cual coincide con lo reportado en la bibliografía, pero al hacer la comparación con un grupo de sujetos sanos la diferencia no es significativa.

En cuanto a la correlación entre la severidad del asma con la presencia de ansiedad no se encontró , pero al hacerlo con depresión observó que está es significativa con una $p < 0.05$ evaluada con la prueba de correlación de Pearson's lo cual reporta que la presencia de depresión en los pacientes asmáticos es directamente proporcional con la severidad del asma

CONCLUSIONES

De acuerdo a nuestro estudio podemos concluir que existe la presencia de ansiedad y depresión en los pacientes asmáticos , pero que no existe una diferencia al compararla con un grupo de pacientes sanos.

Al hacer la correlación con la severidad de la enfermedad, observamos que es directamente proporcional con el grado de depresión, lo cual probable se debe a la calidad de vida de estos pacientes, ya que entre mayor severidad , se observa mayor depresión, esto dentro de la consulta es en muchas ocasiones pasado por alto o subestimado en el paciente lo que nos orienta en que a los pacientes asmáticos y sobretodo en los de asma moderada y severa persistente de acuerdo a los criterios internacionales de GINA se les debe de buscar la presencia de este padecimiento de forma intencional , para tener apoyo y manejo conjunto con los servicios de psicología o psiquiatría, para mejorar la calidad de vida y de forma secundaria mejorar el apego al tratamiento.

TABLAS Y GRÁFICAS

TABLA I

RESULTADOS PARA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ASMÁTICOS Y SANOS DE ACUERDO A LA ESCALA DE HAD

	ANSIEDAD		DEPRESIÓN	
	ASMATICOS	SANOS	ASMATICOS	SANOS
CASOS	18	11	7	2
SOSPECHOSOS	14	6	7	6
SANOS	28	43	46	52

n= 60 Asmáticos y 60 sanos

TABLA 2

RESULTADOS DE LA ESCALA DE HAD PARA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN Y LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD

ESCALA HAD SEVERIDAD	ANSIEDAD			DEPRESION		
	SANOS	SOSPECHOSOS	CASOS	SANOS	SOSPECHOSOS	CASOS
LEVE INTERMITENTE	11	3	4	16	1	1
LEVE PERSISTENTE	7	3	3	12	1	0
MODERADA PERSISTENTE	7	3	5	10	3	2
SEVERA PERSISTENTE	3	5	6	8	2	4

N = 60 pacientes asmáticos

FIGURA 1

DISTRIBUCIÓN POR SEXO EN PACIENTES ASMÁTICOS Y SUJETOS SANOS

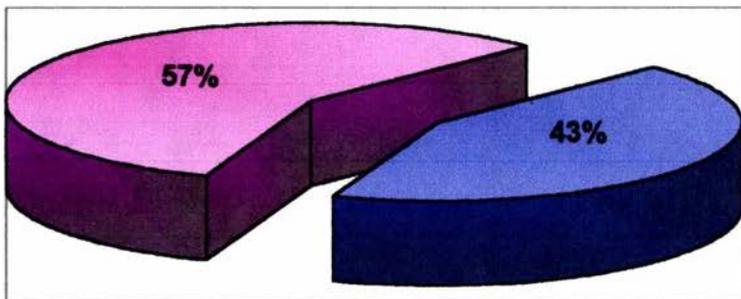
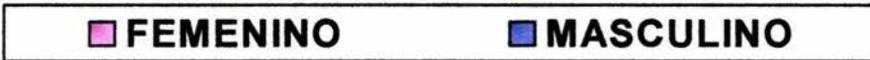
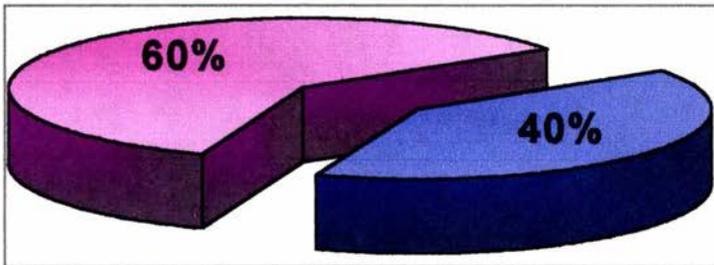
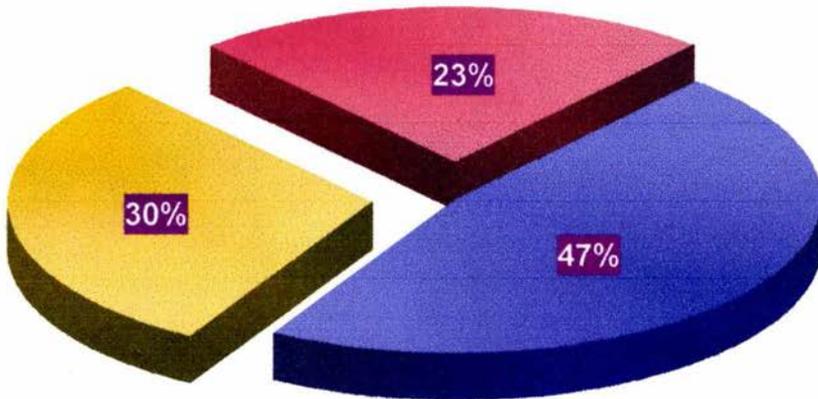


FIGURA 2

RESULTADO DE LA ESCALA HAD PARA ANSIEDAD EN PACIENTES ASMÁTICOS



RESULTADOS DE LA ESCALA DE HAD PARA ANSIEDAD EN SUJETOS SANOS

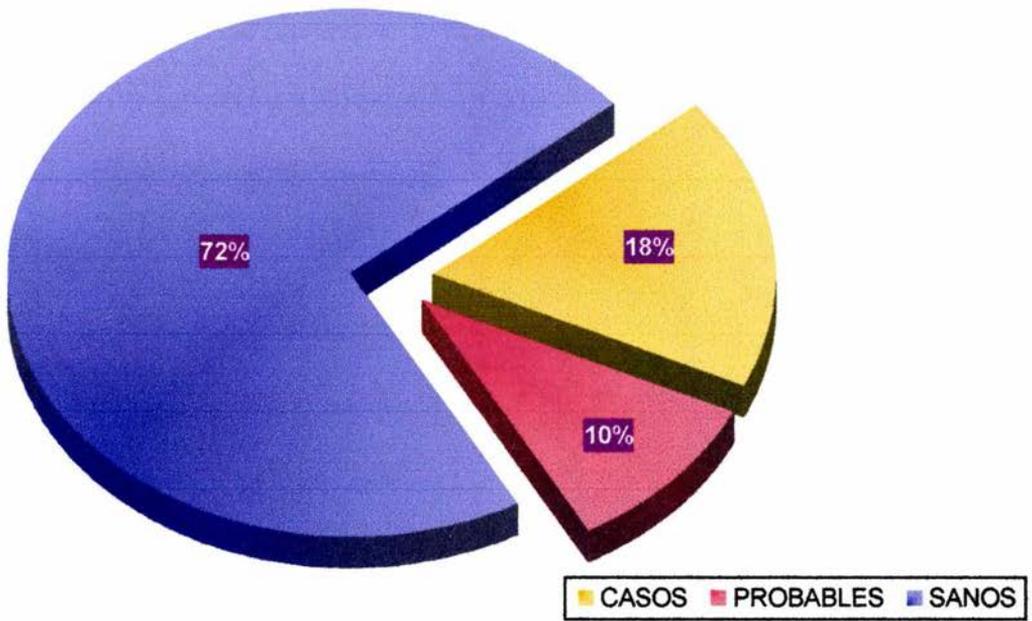
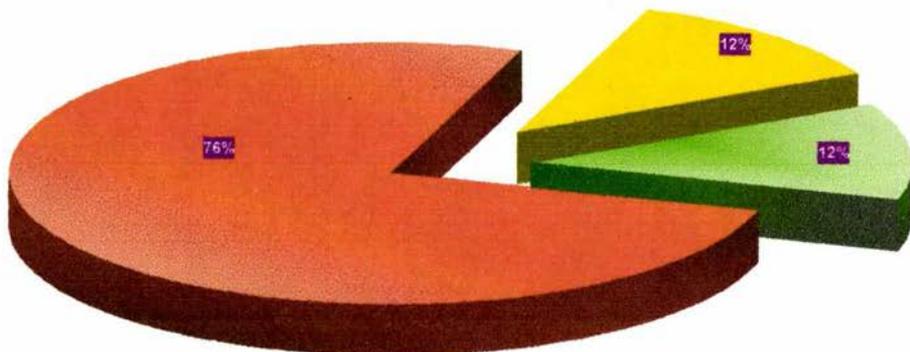


FIGURA 3

RESULTADO DE LA ESCALA DE H.A.D PARA DEPRESIÓN EN PACIENTES ASMÁTICOS



RESULTADO DE LA ESCALA DE H.A.D PARA DEPRESIÓN EN SUJETOS SANOS

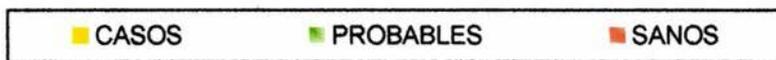
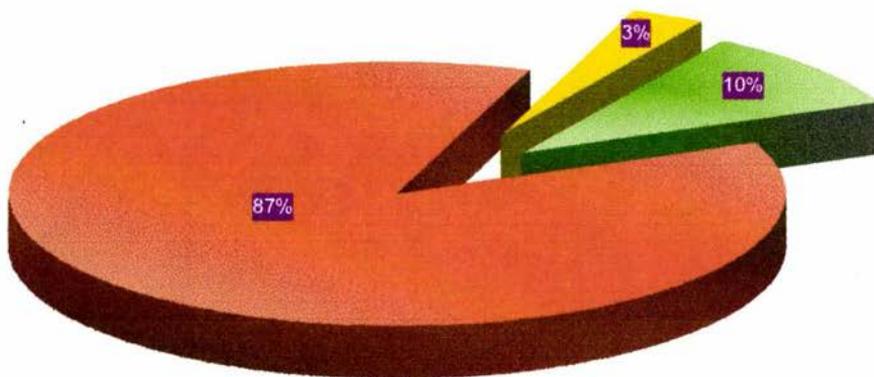


FIGURA 4

RESULTADOS DE LA SEVERIDAD DEL ASMA EN LA ESCALA DE HAD EN ANSIEDAD

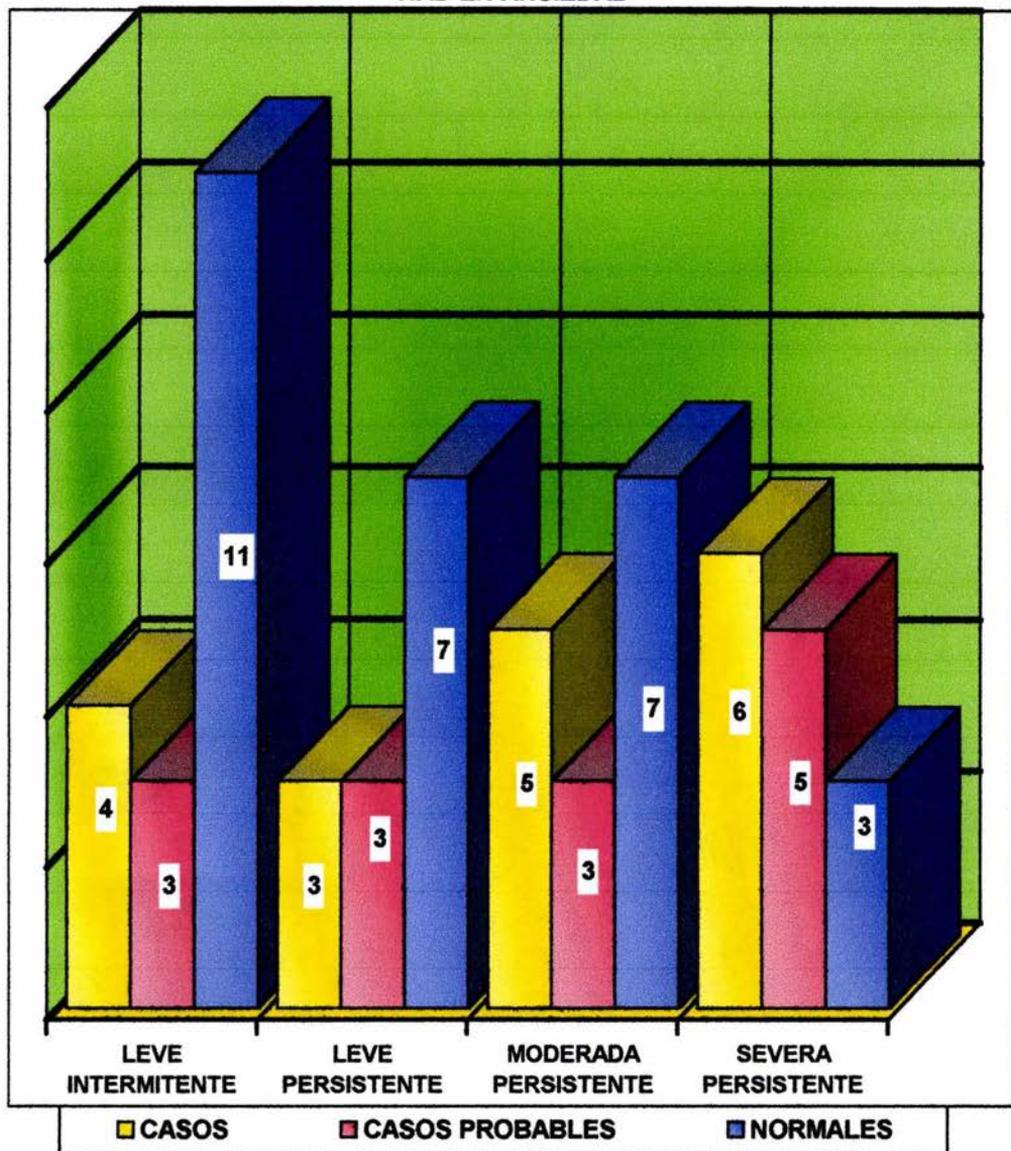


FIGURA 5

RESULTADO DE LA SEVERIDAD DEL ASMA EN DEPRESION
SEGUN LA ESCALA DE HAD

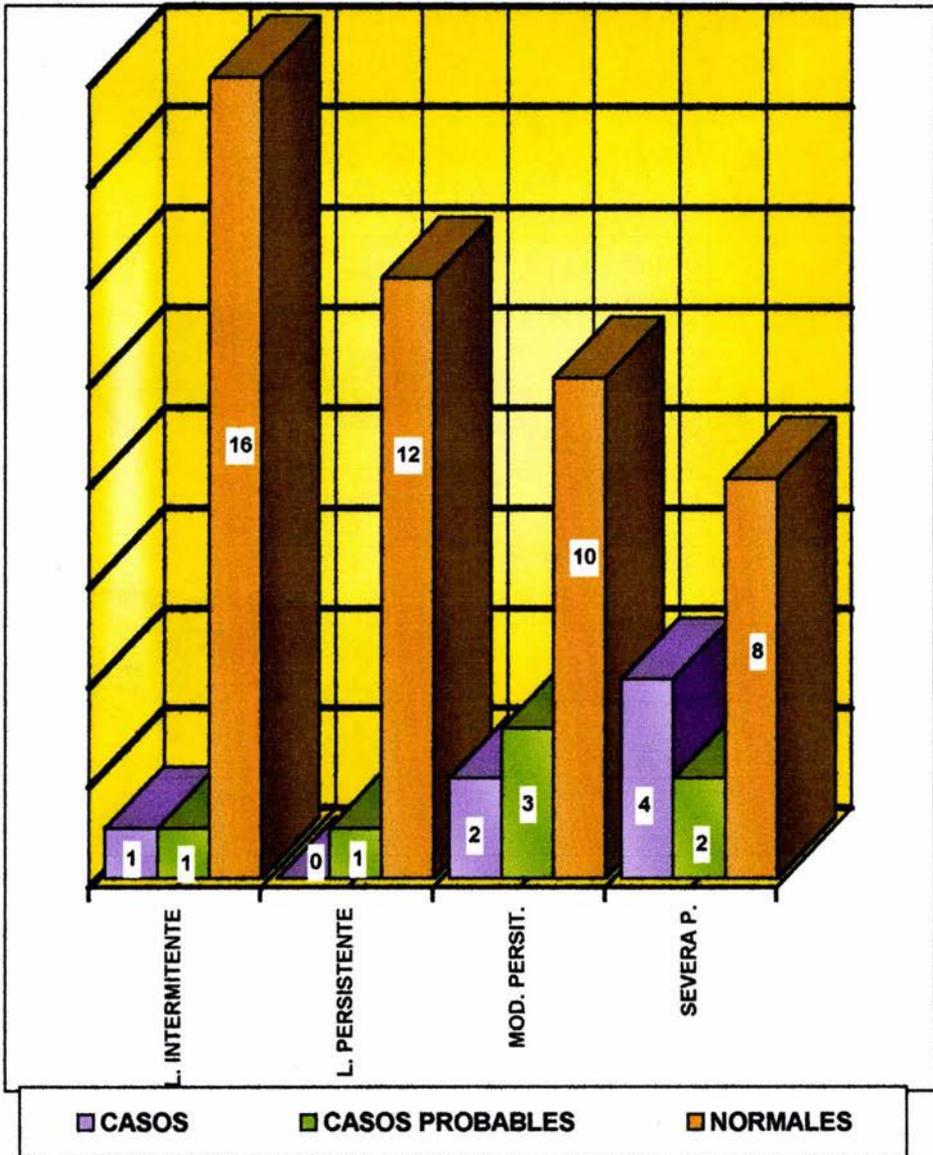


FIGURA 6

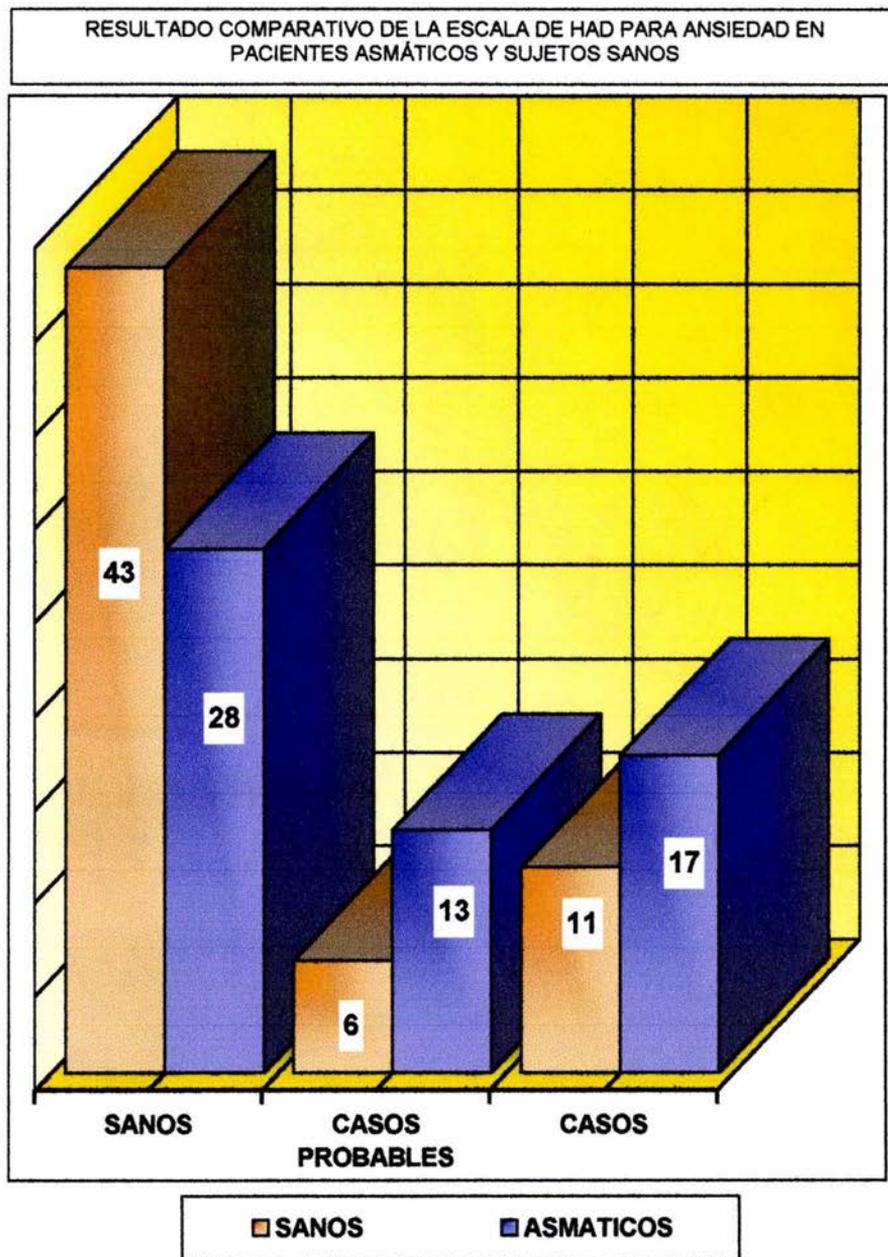
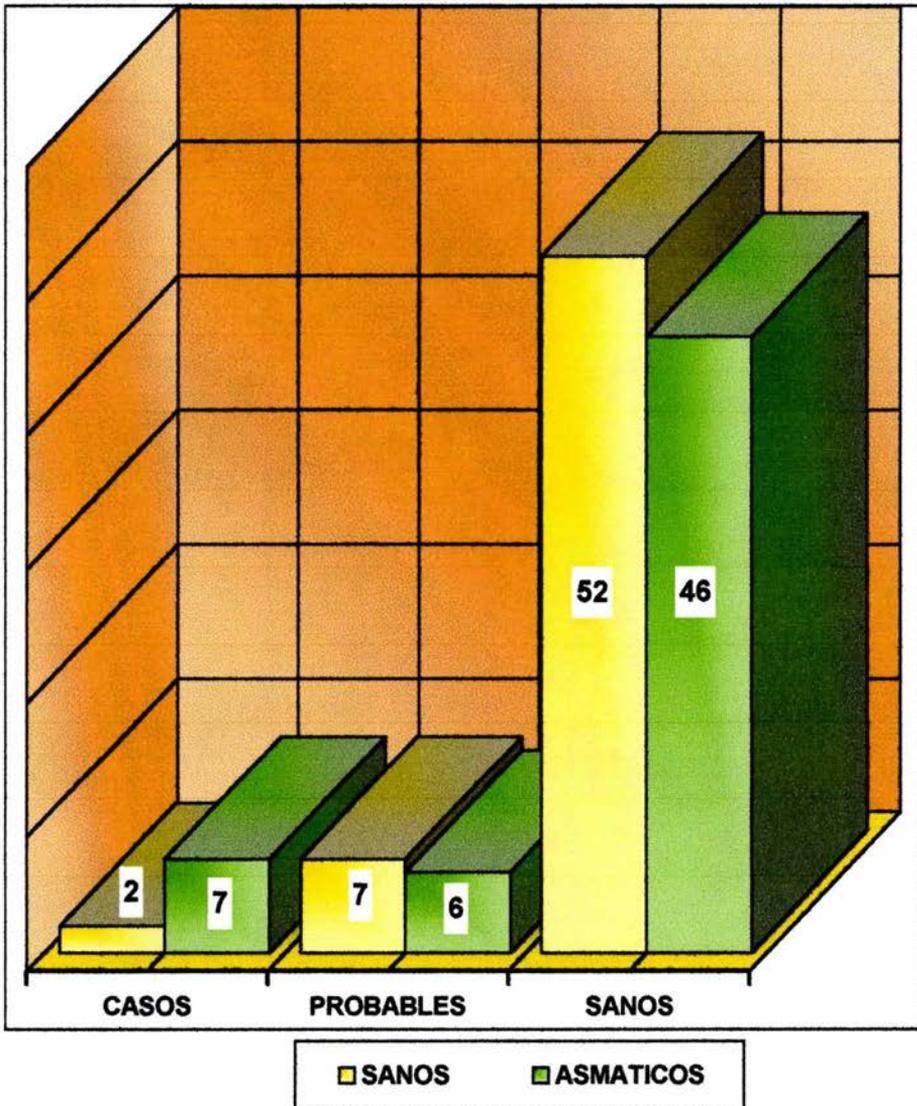


FIGURA 7

RESULTADO COMPARATIVO DE LA ESCALA DE HAD PARA DEPRESIÓN EN
PACIENTES ASMÁTICOS Y SUJETOS SANOS



ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

ANEXO 1

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
SERVICIO DE ALERGIA E INMUNOLOGIA CLINICA
CLINICA DE ALERGIA RESPIRATORIA**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE: _____ Edad: _____

NUMERO DE AFILIACIÓN: _____

Por medio de la presente doy mi autorización para participar en el protocolo titulado: " *Frecuencia y asociación entre ansiedad, depresión y asma*".

Llenaré y entregaré la información que se me sea solicitada para este trabajo sabiendo de antemano que esta se manejará de manera confidencial. Estando enterado (a) que dicha participación no perjudica mi salud.

Estoy conciente de que puedo retirarme del estudio en el momento que lo desee sin que ello repercuta en mi atención dentro de la Institución.

firma

lugar y fecha

testigo

testigo

ANEXO 2

ESCALA HAD

Este cuestionario ha sido hecho para que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Lea cada pregunta y tache la respuesta que Usted considere que coincide con su estado emocional la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo las respuestas; ya que si son espontáneas tienen aún mucho más valor.

1.- **Me siento tenso(a) o nervioso(a)**

Casi todo el tiempo Gran parte del tiempo De vez en cuando Nunca

2.- **Sigo disfrutando las cosas**

Igual que antes No tanto como antes Solamente un poco Ya no disfruto nada

3.- **Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder**

Sí y muy intenso Sí pero no muy intenso Sí pero no me preocupa No siento nada

4.- **Soy capaz de reírme y ver el lado positivo o alegre de las cosas**

Igual que siempre Actualmente un poco menos Actualmente poco No puedo

5.- **Tengo la cabeza llena de preocupaciones**

Casi todo el tiempo Gran parte del tiempo De vez en cuando Solo ocasionalmente

6.- **Me siento alegre**

Definitivamente no Muy pocas veces Algunas veces Gran parte del tiempo

7.- **Puedo sentarme tranquilo(a) y relajadamente**

Definitivamente Muy pocas veces Algunas veces Gran parte del tiempo

8.- **Me siento lento(a) o torpe**

casi todo el tiempo Con mucha frecuencia Algunas veces No me he sentido así

9.- **Siento una sensación desagradable de "nervios, hormigueos o mariposas en el estómago"**

No Ocasionalmente Con frecuencia con mucha frecuencia

10.- **He perdido interés en mi presentación o aspecto personal**

Definitivamente No me cuido como debería hacerlo Es posible que no me cuido como debería Me cuido como siempre lo he hecho

11.- **Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme**

Realmente mucho Bastante No mucho No, en lo absoluto

12.- **Espero las cosas con ilusión**

Como siempre Algo menos que antes Mucho menos que antes No, en lo absoluto

13.- **Siento de repente angustia o temor**

Muy frecuentemente Con cierta frecuencia Rara vez No, en lo absoluto

14.- **Puedo disfrutar un buen libro, un buen programa de radio o televisión**

A menudo Algunas veces Pocas veces Casi nunca

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
SERVICIO DE ALERGI A E INMUNOLOGÍA CLÍNICA
CLINICA DE ALERGI A RESPIRATORIA**

CRITERIOS INTERNACIONALES DIAGNÓSTICOS GINA 2002

NOMBRE: _____ EDAD: _____
AFILIACIÓN: _____ FECHA: _____

ASMA	SÍNTOMAS	SÍNTOMAS NOCTURNOS	PEF
Nivel 1 Intermitente	<1 vez a la semana Asintomático y PEF normal entre ataques	< 2 veces al mes	> 80% estimado variabilidad < 20%
Nivel 2 Persistente leve	>1 vez a la semana pero <1 vez al día Los ataques pueden afectar la actividad	> 2 veces al mes	> 80% estimado variabilidad 20 – 30%
Nivel 3 Persistente moderada	Diarios Los ataques afectan la actividad	> 1 vez a la semana	60 – 80% estimado variabilidad >30%
Nivel 4 Persistente severa	Continuos Actividad física limitada	frecuentes	<60% estimado variabilidad >30%

ANEXO 4

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
SERVICIO DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA
CLÍNICA DE ALERGIA RESPIRATORIA**

1. Ficha de identificación.

1.1 Nombre: _____ Edad: _____

1.2 Número de afiliación: _____

1.3 Fecha : _____

RESULTADOS DE MECÁNICA VENTILATORIA

PARÁMETRO	BASAL	%	FINAL	%
CV				
VEF1				
VEF/CV%				
FEF 25-75%				
VMF				
VF 50				
VF 75				
FEF 75-85				

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Public Heart, Lung and Blood Institute. Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. NIH Publication 1997;97(4051)
- 2-Trater C, Richter B, Bergen M. *Cost Effectiveness of a Structures Treatment and Teaching Programme on Asthma*. Eur Respir J 1996; 6:148-59.
- 3-Osman LM, Abadia MI, Beattie JD. *Reducing Hospital Admisión Through Computer Supported Education for Asthma Patients*. BJM 1994;308(6928):568-71.
- 4-Worth H. *Patients Education in Asthmatic Adults*.Lung 1990;(suppl): 463-8.
- 5-Noreen M, Feldman H, Evans D. *The Impact of Health Education on Frecuency and Cost of Health Care Use by Low-Income Childrens UIT Asthma*. J Allergy Clin Immunol 1986;78(1):649-56.
- 6.-Sly R. *Mortality from Asthma*.J Allergy. Clin Immunol 1989; 84:431-432.
- 7-Salas RM, Segura MNH, Martínez CS. *Tendencias de la Morbi-mortalidad Secundaria a Asma en la Republica Mexicana*. Bol Org Panamericana de la Salud 1994.
- 8.-Boletín Epidemiologico del IMSS 1996
- 9-Salas RM, Segura MNH, Martínez Cairo CS. *Tendencia de la Mortalidad por Asma en Mexico*.Bol Oficina Sanit Panam 116(4),1994.
- 10-Salas RM, Segura MNH, Martínez Cairo CS. *Estudio descriptivo sobre la Morbilidad y Mortalidad debidas a Asma en una Institución del Sector Salud*. Rev Alergia México 1994;41:42-45.
- 11.-Spielberg CD, Gorush RL, Lushene R. *Asma, calidad de vida, educación al paciente y participación comunitaria*. The Journal of Family Practice. 1995; 26(1):161-64.
- 12.-Goethe J, Maljanian R. *The Impact of Depressive Syntoms on the Funtional Status of Inner-city Patients with Asma*. Reprints John N Goethe 2001. 87(3):201-05.
- 13.-British Thoracic Society, et al. *The British Guidelines on Asthma Management: 1995 review and position statement*. Thorax 1997; 52(supl 1):51-71.
- 14.-Dales RE, Spitzer WO, Schechter MT, et al. *The Influence of Pyscological Status on Respiratory Reporting*. Am Rev Respir Dis 1989; 139:1449-58.

- 15.-Janson C, Bjornsson E, Hetta J, et al. *Anxiety and Depresión in relation to respiratory symptoms and asthma*. Am J Respir Crit Care Med 1994; 149:930-34.
- 16.-Osler W. The Principles and Practice of Medicine. 5ª. Ed. 1903:628.
- 17.-Houston JC, Joiner CL, Trounce JR. A Short Textbook of Medicine. 2ª. Ed. English University Press, 1996:194.
- 18.-Kolbe J, Fergusson W, Vamos M , et al. *Case-control Study of Severe Life Threatening Asthma (SLTA) in Adults: Psychological factors*. Thorax 2002; 57: 317-22.
- 19.-Thomas J, Jones G, Scarinci I, et al. *A Descriptive and Comparative Study of the Prevalence of Depressive and Anxiety Disorders in Low-Income Adults with Type 2 Diabetes and Other Chronic Illnesses*. Diabetes Care 2003; 26(8):2311-17.
- 20.-American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ª. Ed. Washington, DC. 1994.
- 21.-Cassen NH. Handbook of General Hospital Psychiatry. 4ª. Ed. St. Louis, Mosby Year Book. 1997.
- 22.-Katon W. *Panic Disorder and Medical Comorbidity: A Review of the Medical and Psychiatric Literature*. Bull of Menninger Clinic 1996. 60(suppl 2): 13-14.
- 23.-Goldney R, Ruffin R, Fisher L, et al. *Asthma Symptoms Associated With Depression and Lower Quality of Life: A Population Survey*. MJA 2003; 179(1):17.
- 24.-Porcelius J, et al. *Respiratory Function, cognition and Panic in Chronic Pulmonary Patient*. Beha Resea Therapy 1992;30:75-7.
- 25.-Miller B. *Depresión and Asthma: A potentially Letal Mixture*. J Allergy Clin Immunol 1987; 80 (3 pt 2): 481-86.
- 26.-Garret JE, Kolbe J. *Near-fatal Asthma in South Australia: Descriptive features and Medication Use*. Aust 1990; 152:511-17.
- 27.-Carr Re , et al. *Anxiety Sensivy and Panic Attack in Asthmatic Population*. Beha Resea Therap. 1994; 32:411-18.
- 28.-Kinsman RA. *Multidimensional Análisis of the Symptons of Chronic Bronquitis and Enphysema*. J Beha Medicine . 1983.6:339-57.
- 29.-Shavitt RG, et al. *The Association of Panic/ Agorafobia and Asthma: Contributing Factors and Clinical Implications*. Gen Hosp. Psy. 1992; 14:420-23.

- 30.-Yellowlees PM, Ruffin RE. *Psychological Defences and Coping Styles in Patient Following a Life-threatening Attack of Asthma*. Chest 1989;95: 1298-303.
- 31.-Ruffin RE, Latimer KM, Schembri DA. *Longitudinal Study of Near Fatal Asthma*. Chest 1991;99:77-83.
- 32.-Campbell DA, Yellowlees PM, McLennan G, et al. *Psychiatric and Medical Features of Near Fatal Asthma*. Thorax 1995;50:254-9.
- 33.-Miles JF, Garden GM, Tunnicliffe WS, et al. *Psychological Morbidity and Coping Skills in Patients with Brittle and Non-brittle asthma: a Case control Study*. Clin Exp Allergy 1997;27:1151-9.
- 34.-Garden GM, Ayres JG. *Psychiatric and Social Aspects of Brittle Asthma*. Thorax 1993;48:501-5.
- 35.-Mohan G, Harrison BD, Badminton RM, et al. *A Confidential Enquiry Into Deaths Caused by Asthma in an English Health Region: Implications for General Practice*. Br J Gen Pract 1996;46:529-32.
- 36.- Burr ML, Davies BH, Hoare A, et al. *A Confidential Enquiry into Asthma Deaths in Wales*. Thorax 1999;54:985-9.
- 37.-Bucknall CE, Slack R, Godley CC, et al. *Scottish Confidential Enquiry into Asthma Deaths (SCIAD)*, 1994-6. Thorax 1999;54:978-84.
- 38.- Osman LD. *Psychological Factors in Asthma Control and Attack Risk*. Thorax 2002;57:190-91.
- 39.-Rimington , et al. *Relationship Between Anxiety, Depression and Morbidity in Adults Asthma Patients*. Thorax 2001;56:266-71.
- 40.-Zigmond AS, Snaith RP. *Hospital Anxiety and Depression Scale*. Acta Psychiatr Scand 1983;67:361-70.
- 41.-Anbar RD. *Self – Hypnosis for Anxiety Associated with Severe Asthma: a Case Report*. BMC Pediatr 2003. 22;3(1):7.
- 42.-Hoskins G, McCowan C, Neville RG, et al. *Risk Factors and Cost Associated with an Asthma Attack*. Thorax 2000;55:19-24.
- 43.- Brinke A, Ouwerkerk M, Zwinderman A, et al. *Psychopathology in Patients with Severe Asthma Is Associated with Increased Health Care Utilization*. Am J Respir Crit Care Med 2001;163(5):1093-96.
- 44.- Harrison BD. *Psychosocial Aspects of Asthma in Adults*. Thorax 1998;53:519- 25.
- 45.-Salvat Editores. *Diccionario Terminológico de Ciencias Medicas*. 12ª. Edición.