

11231



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



[Handwritten signature]

SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

“CORRELACION ENTRE CALIDAD DE VIDA Y LA PRESENCIA DE ANSIEDAD O DEPRESIÓN EN PACIENTES ASMÁTICOS CON CONTROL CLÍNICO EN EL INER”



T E S I S

QUE PARA OBTENER LA:
ESPECIALIDAD EN NEUMOLOGÍA

BIBLIOTECA "VALENTIN GOMEZ FARIAS"
Coordinación de Bibliotecas
Profesional de Medicina
U. N. A. M.

PRESENTA:

DR. FRANCISCO AQUILINO HERNÁNDEZ REYES

ASESORA:

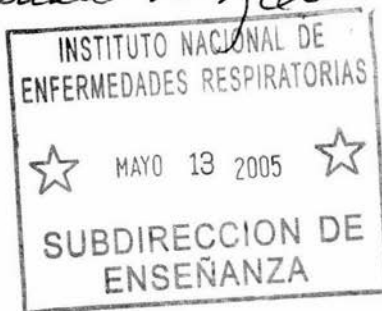
DRA. ROSARIO PEREZ CHAVIRA
CLINICA DE ASMA INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

[Handwritten signature: M. Rosario Perez Chavira]

[Handwritten signature]



MEXICO, D.F.



2005

M352205



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**



DEDICADA

A MI HIJO FRANCISCO DAVID
CON LA ESPERANZA DE QUE
ESTE ESFUERZO SEA UN EJEMPLO
PARA EL.

A MIS HIJAS

NOEMÍ Y MIRIAM
CON CARÍÑO.

A MI ESPOSA GUILLERMINA

A QUIEN AGRADEZCO SU PACIENCIA.

AL INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

QUE TAMBIEN HA SIDO MI CASA.

INDICE

INTRODUCCIÓN

GENERALIDADES

OBJETIVOS

MATERIAL Y METODO

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

RESUMEN

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Hablar de calidad de vida es solo retórica sino se establecen los instrumentos para la medición de la misma en los pacientes. Sin embargo, hay que aclarar que estos se han ido diseñando en los últimos años en base a las características que presenta cada grupo de pacientes en relación a la patología de que se trate; así, se han diseñado instrumentos(cuestionarios, escalas, etc) para medir la calidad de vida de los pacientes con EPOC, de los pacientes con cáncer o de los pacientes con asma.(1)

La importancia clínica de estos instrumentos es que nos permiten obtener datos en relación al impacto de una maniobra terapéutica, desempeño de actividades cotidianas e integración a actividades sociales. Es decir, evaluar nuestra modesta contribución en el bienestar de la población enferma en nuestro país.

Sin embargo, debemos ser honestos con nuestra profesión y reconocer que en la calidad de vidas de los pacientes influyen muchos otros factores: geográficos, sociales, económicos, culturales, psicológicos, etc. En los que nuestra influencia es limitada.

En el presente trabajo se pretende establecer la correlación que existe entre la presencia de ansiedad o depresión y la calidad de vida en los pacientes asmáticos con control clínico del departamento de asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

GENERALIDADES

La importancia de la intervención terapéutica en asma debe reflejarse en la calidad de vida del paciente, es decir, la utilización de cualquier maniobra terapéutica debe ser evaluada por el impacto en el bienestar del paciente. Por ejemplo, el médico suele evaluar la utilización de un broncodilatador, en relación a la mejoría observada en el volumen de aire que el paciente pudo espirar en el primer segundo con un esfuerzo máximo, es decir, se evalúa una prueba mecánica, o bien en el paciente a quien se le prescribe oxígeno, la evaluación va en relación al aumento de la PaO₂, un número, después de aplicar este gas. Aunque aparentemente el éxito de estas maniobras se pudo haber alcanzado con el incremento del VEF1 o de la PaO₂, en realidad el éxito depende de lo que el paciente realmente experimenta. Es decir, un incremento del VEF1 del 20% o del 50% o un aumento de la PaO₂ de 50 a 60mmHg, no significa necesariamente que el paciente se sienta bien o que ya mejoró. Por otro lado, podría ocurrir que el paciente se sienta bien o muy mejorado aunque el VEF1 o la PaO₂ no hallan cambiado o lo hayan hecho muy discretamente.(1) Lo que nos lleva a pensar que se deben considerar herramientas que incluyan otros elementos que influyen sobre la calidad de vida del paciente como los cuestionarios o las escalas.

El concepto de calidad de vida entendido como el grado con que una persona es hábil para desarrollar sus funciones o actividad cotidiana sin o con un mínimo compromiso en su rutina, con plena integración social. Tomamos en cuenta que la calidad de vida se basa en los principios de independencia, participación, autorrealización, provisión de cuidados y dignidad. Se debe tener el propósito de que el individuo, consiga y mantenga el máximo nivel de independencia y funcionamiento sin la enfermedad o con el mínimo de síntomas de la misma.(2) Mantener a las personas en su entorno habitual, con el argumento de que se proporciona mejor calidad de vida a quien no se separa de su medio ambiente familiar, social, y en lo posible laboral. Remarcando que el centro de atención ya no es la enfermedad sino la persona enferma. Lo opuesto a exclusión social es integración social, que es un derecho de todo ciudadano y no hay calidad de vida por mucha autonomía que se consiga sin integración social. El logro de una mejor capacidad funcional de las personas con insuficiencia respiratoria, no debe considerarse un fin en si mismo, no es un sinónimo de calidad de vida; por el contrario es un medio para lograr la integración social, siendo esta última la que determina realmente, la calidad de vida de la persona.(3) Debe incluirse un reconocimiento de los derechos humanos (políticos, sociales, económicos y culturales, que lleve a hacer visibles los problemas de los pacientes con riesgo de exclusión social. La Organización Mundial de la Salud, conceptualiza la minusvalía como una situación desventajosa, para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso(en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales).(4) Se ha utilizado en los últimos años para evaluar el impacto de nuestra intervención terapéutica. Así independientemente de que el VEF1 o la PaO₂ mejoren, lo que se busca es el desarrollo del individuo como un ente bio-psico-social pleno. La calidad de vida no solamente esta condicionada por el alivio inmediato del padecimiento (broncoconstricción o hipoxemia) sino por las consecuencias que a largo plazo éstas condiciones han causado, en el caso del asma

severa el proceso inflamatorio a largo plazo puede condicionar obstrucción fija de la vía aérea, viraje cualitativo importante en la evolución del paciente en detrimento de su calidad de vida.

Es importante mencionar que la ansiedad y la depresión pueden estar presentes de forma concomitante en los pacientes con enfermedades crónicas, donde pueden ser entidades primarias o secundarias, de cualquier manera su presencia puede afectar la calidad de vida de los pacientes con control clínico. Es decir, la ansiedad y la depresión son elementos actuales en lo que se ha denominado la psicofisiología del paciente, durante la evolución, el tratamiento de la enfermedad, y que se presenta dentro de los trastornos médicos con más alta frecuencia, dependiendo del nivel de la limitación del desarrollo individual, de su limitación para su integración a las actividades de la sociedad, de la intensidad del cuadro clínico y la percepción que de la misma tienen los pacientes. Estos factores se convierten en un riesgo añadido para la salud de la persona, y las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés precipitan el avance de la enfermedad médica.(5)

En asma no se ha establecido con objetividad la correlación entre la ansiedad, la depresión y la calidad de vida en pacientes asmáticos con control clínico.

En la enfermedad crónica general existen pacientes con una personalidad favorable para enfrentar la enfermedad y que no se muestran claramente ansiosos o depresivos, sino dispuestos a luchar contra la misma. Evidentemente, estos tienen un mejor pronóstico que aquellos con un perfil ansioso o depresivo. Estos deben tratarse con mucha cautela tanto en función de su enfermedad médica como en sus niveles de ansiedad o depresión.(5)

La ansiedad se define como una emoción displacentera o molesta acompañada de fenómenos neurovegetativos que preparan al individuo para actuar (pelear, huir) ante una situación que éste percibe como una amenaza. Incluye temor, sin que se pueda establecer con claridad alguna amenaza externa objetiva. Lleva a una respuesta emocional y fisiológica desagradable, frecuentemente se acompaña de síntomas que pueden llevar a la fatiga o al agotamiento. La intensidad de la ansiedad tiene muchos grados que van desde inquietudes menores, hasta temores notables e incluso crisis de angustia, que es la forma extrema de la ansiedad. Dentro de los criterios del DSM-IV para determinar las crisis de angustia están: un periodo de miedo o incomodidad intenso en el cual se desarrollan cuatro o más de los siguientes síntomas: 1) palpitaciones, ritmo cardíaco acelerado(taquicardia), 2) transpiración, 3) temblor o agitación, 4) Sensación de falta de aliento o asfixia (disnea), 5) sentimiento de atragantarse, 6) Dolor en el pecho, 7) Nauseas, 8) Mareo, inestabilidad, aturdimiento, 9) Despersonalización, estar separado de uno mismo, 10 Miedo a perder el control, 11) miedo a morir, 12) Parestesias, 13) Destellos de frío o de calor.(6)

La Depresión es un estado melancólico del individuo, cambios de la función endógena o vegetativa como alteraciones del sueño, apetito y libido. Con pruebas de activación psicomotora como remordimientos, ansiedad y en ocasiones pensamiento delirante. Es un estado emocional que se caracteriza por una gran tristeza y aprensión, sentimientos de desesperanza y culpa, aislamiento y falta de interés o disfrute de las actividades usuales. Los signos y síntomas más comunes de la depresión son los siguientes. El diagnóstico formal del DSM-IV de episodio depresivo requiere la presencia de cinco de estos síntomas por al menos dos semanas. El estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés y placer deben ser uno de los cinco síntomas:1)

Estado de animo triste y decaído, 2) Pérdida de interés y placer en las actividades normales, 3) Dificultades para dormir(insomnio); problemas para conciliar el sueño, o no poderse quedar dormido otras vez después de despertar a media noche, y despertar demasiado temprano. En algunos pacientes deprimidos, deseo de dormir muchas horas, 4) Cambio en el nivel de las actividades, la persona se torna letárgica(retrazo psicomotor) o agitada, 5) Pérdida de apetito y pérdida de peso, o hambre acentuada y aumento de peso, 6) Pérdida de energía, gran fatiga, 7) Autoconcepto negativo; reproches dirigidos a uno mismo y sentimientos de culpa, sentimientos de carecer de valor, 8) Dificultades para concentrarse, aparentes o reales; se piensa con lentitud e indecisión, 9) Ideas recurrentes de muerte o suicidio.(6)

Existen comportamientos desadaptativos que afectan a la enfermedad, como en los casos de los pacientes que no se adhieren bien a un tratamiento crónico como en asma, y que eventualmente empeoran por la falta de cumplimiento y son, por decirlo así, culpados por su médico por presentar recaídas, tal como sucede en asmáticos cuyo perfil de personalidad, permeado por ansiedad, no les permite aceptar del todo su condición de enfermos crónicos. Estos pacientes no son culpables, sino subdiagnosticados; en ellos no se establece un diagnostico y tratamiento adecuados para ansiedad y suponemos para depresión. Con diagnostico adecuado el tratamiento psicoterapéutico puede administrarse en conjunto con el tratamiento médico en asma, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

La presencia o el solo temor de los síntomas causa que los asmáticos eviten actividades físicas o sociales que de otro modo podrían disfrutar. Los síntomas nocturnos pueden interferir el sueño y los patrones de descanso, disminuyendo sus niveles de energía y vitalidad, esta carga de actividad manejada de manera crónica podría condicionar agotamiento físico, emocional, así como efectos en la habilidad del trato de los pacientes con otras personas, cambios de vida lo que se ha sugerido como condicionantes directos de ansiedad y depresión.(5)

Pretendemos destacar el aspecto psicológico de los pacientes asmáticos con control clínico adecuado(7), como condicionante de mala calidad de vida, cuando estos son portadores de ansiedad o depresión, en posteriores estudios podría establecerse como a su vez estas alteraciones son causa de falta de apego al tratamiento y por ende de mal control clínico.

En el presente trabajo se hace una comparación entre los resultados de un mismo grupo de pacientes a quienes se les aplicó el cuestionario para calidad de vida(cuestionario validado en versión al castellano de la Dra. Elizabeth Juniper)(8)(9) previamente, y en este estudio el cuestionario para determinar ansiedad o depresión(cuestionario de Hamilton y Beek)(10)(anexo 2) se pretende determinar la correlación que existe entre los niveles de ansiedad o depresión como patología agregada, que podría afectar la calidad de vida de los pacientes asmáticos con control clínico.

OBJETIVO

Esbozar la correlación que existe entre calidad de vida y la presencia de ansiedad o depresión en los pacientes asmáticos con control clínico adecuado.

MATERIAL Y METODOS

De primero de Octubre al 31 de Diciembre de 2001 en la clínica de asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias se eligió al grupo de pacientes que habían contestado previamente el cuestionario para calidad de vida, pacientes con diagnostico de asma de entre 18 y 70 años de edad, 6 pacientes de sexo masculino y 27 de sexo femenino, en total 33 pacientes, a los cuales se les leyó una carta de consentimiento informado(anexo 1) que firmaron contestando estar de acuerdo que les fuera aplicado el cuestionario para ansiedad y depresión.

Se aplicaron los cuestionarios validados en versión al castellano de calidad de vida para pacientes con asma de la Dra. Elizabeth Juniper y el cuestionario de Hamilton y Beek para ansiedad y depresión igualmente validados previamente.

El diagnostico de asma se realizó siguiendo los lineamientos de los institutos de salud de estados Unidos(1997) y las guías de la iniciativa global para asma-GINA(1998). Se incluyó pacientes sin exacerbación aguda y sin haber sufrido hospitalización o visita a sala de urgencias por crisis asmática en el año previo al estudio. Afirmando no estar tomando en el periodo de tiempo del estudio ningún medicamento ni ansiolitico ni antidepresivo.

Se excluyo a los pacientes que presentaban cualquier grado de exacerbación, pacientes que por su coeficiente intelectual o analfabetismo eran incapaces de contestar el cuestionario y pacientes que se rehusaron a participar.

Al grupo conformado se le aplico un sistema de evaluación encaminado a diagnosticar ansiedad o depresión.(anexo 2)

El análisis estadístico de la información obtenida se hizo mediante el coeficiente 0.95 y un nivel de significancia de 0.05.

Los textos cuadros y gráficos fueron procesados en una microcomputadora PC a través de los programas: Word, Excell y el análisis estadístico final se realizó en el paquete SPSS for Windows Release 8.0.0.

Se realizaron estadísticas demográficas para presentar la población de estudio, seguido de los necesarios cruces de variables para determinar el cumplimiento del objetivo del estudio.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 33 pacientes, 6 pacientes del sexo masculino y 27 del sexo femenino.

A 11 pacientes(33.3%) se les estableció el diagnóstico de ansiedad. 7 pacientes presentaron depresión.(21,2%).

En cuanto a calidad de vida, 31 pacientes(94%) presentaron buena calidad de vida y dos pacientes(6.1%) presentaron mala calidad de vida.

21 pacientes (63.7%) no presentaron ansiedad y tuvieron buena calidad de vida.

1 paciente(3%) no presentó ansiedad y presentó buena calidad de vida.

10 pacientes(33%) con diagnóstico de ansiedad presentaron buena calidad de vida.

1 paciente(3%) con diagnóstico de ansiedad presentó mala calidad de vida

En total 31 pacientes(94%) presentaron buena calidad de vida, solo donde se evaluó ansiedad.

Para depresión 25 pacientes(76%) no presentaron depresión y tuvieron buena calidad de vida.

1 paciente(3%) no presentó depresión y tuvo mala calidad de vida.

6 pacientes(18.2%) presentaron depresión con buena calidad de vida.

1 paciente(3%) presentó depresión y mala calidad de vida.

Frequencies

Statistics

		ANSIEDAD	Depresión	Calidad vida
N	Valid	33	33	33
	Missing	0	0	0
Mean		.33	.21	1.06
Std. Deviation		.48	.42	.24

Frequency Table

ANSIEDAD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	22	66.7	66.7	66.7
	1	11	33.3	33.3	100.0
Total		33	100.0	100.0	

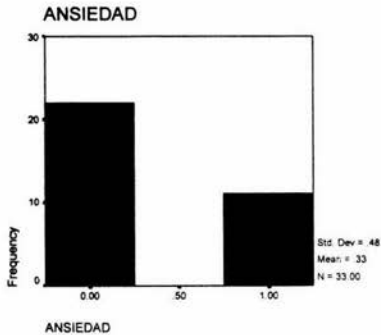
Depresión

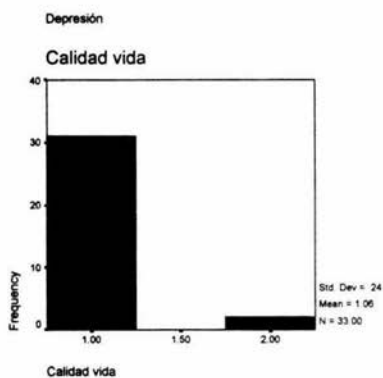
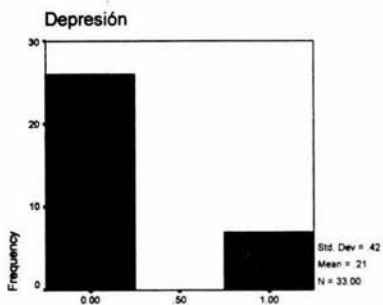
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	26	78.8	78.8	78.8
	1	7	21.2	21.2	100.0
Total		33	100.0	100.0	

Calidad vida

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	31	93.9	93.9	93.9
	2	2	6.1	6.1	100.0
Total		33	100.0	100.0	

Histogram





Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ANSIEDAD * Calidad vida	33	100.0%	0	.0%	33	100.0%

ANSIEDAD * Calidad vida Crosstabulation

Count		Calidad vida		Total
		1	2	
ANSIEDAD	0	21	1	22
	1	10	1	11
Total		31	2	33

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.266 ^b	1	.606		
Continuity Correction ^a	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.252	1	.616		
Fisher's Exact Test				1.000	.563
Linear-by-Linear Association	.258	1	.611		
N of Valid Cases	33				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .67.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Depresión * Calidad vida	33	100.0%	0	.0%	33	100.0%

Depresión * Calidad vida Crosstabulation

Count

		Calidad vida		Total
		1	2	
Depresión	0	25	1	26
	1	6	1	7
Total		31	2	33

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.056 ^b	1	.304		
Continuity Correction ^a	.018	1	.892		
Likelihood Ratio	.871	1	.351		
Fisher's Exact Test				.384	.384
Linear-by-Linear Association	1.024	1	.312		
N of Valid Cases	33				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .42.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

- En este grupo de pacientes con asma y buen control clínico se encontró buena calidad de vida 31 pacientes(94%). Lo que nos reafirma que el control clínico de asma se traduce en buena calidad de vida.
- La afectación por ansiedad en este grupo de pacientes fue de 33.3%.
- La afectación por depresión en este grupo de pacientes fue de 18.2%.
- La presencia de enfermedad psiquiátrica no psicótica del tipo de ansiedad o depresión fue de 51.5%.
- La alta afectación por enfermedad psiquiátrica no psicótica del tipo de ansiedad o depresión en este grupo de pacientes no fue factor condicionante de mala calidad de vida en los pacientes con asma en control clínico.
- Deberá ser producto de posteriores investigaciones determinar la incidencia de ansiedad y depresión en asma moderado y severo.
- Un paciente presentó ansiedad, asma en control clínico y mala calidad de vida, se trató de un paciente con problemática particular de desintegración familiar y que concomitantemente cursaba con depresión.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- R. SANSORES, "Calidad de Vida", Rev.Mex.Neumología y Cir. DeTórax. 1999.
- 2.- M. Giménez, E. Servera, P. Vergara. Prevención y Rehabilitación en Patología Respiratoria Crónica. ESPAÑA 2001. (26): 287-303.
- 3.- Comisión Europea. Segundo Informe de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones sobre la integración de las exigencias en materia de protección de la salud en las políticas comunitarias. 4-09-1996, COM(96)407 final.
- 4.- Según la versión castellana editada por el IMSERSO: OMS Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de Clasificación de las consecuencias de la enfermedad, Madrid: IMSERSO, 1983.
- 5.- The Impact of Asthma on Health-Related Quality of Life. Jordana K. Schimier, MA, Kitty S. Chan and Nancy Kline Leidy, PhD. Journal of Asthma, 35(7), 585-597.1998.
- 6.- Howard H. Golman. Psiquiatría General. Manual Moderno, 5a Ed. México 2001.(6): 323-348.
- 7.- Sydney S. Braman MD, FCCP. ACCP Pulmonary Board Review 2003. Asthma. (1): 11-12.
- 8.- Validation of a Standardized Versión of the Asthma Quality of life Questionnaire. EF Juniper, MSc; A. Sonia Bujst MD; Fred M. Cox, PhD; PJ Ferrie, BA; and DR King, B Math. Chest 115 5may, 1999.

9.- Validación del Cuestionario AQLQ de Juniper en población asmática. Versión Castellana. Madrid 1999.
MJ Espinoza de los Monteros, A. Gonzalez, S. De la Fuente, O. Perelló, O. Rojas.
Servicio de Neumología Hospital Universitario de la Princesa. Atención Primaria área 2 Madrid.

10.- R. Davison, Psicología de la Conducta Anormal. DSM-IV. Ed. Limusa-Wiley. 2000 (9): 163-183.

11.- Rentabilidad a largo plazo de la versión española del cuestionario de calidad de vida en asma.
M. Perpiña, E. Martínez Moragón, A. Belloch, A. De Diego, L. Compte. Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Fé, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia. 2000.

12.- ¿ Influye la forma de administrar un cuestionario de síntomas de asma en sus resultados?
T. del Río Borreguero, A. Sánchez, JL Izquierdo, R. Magro, L. Gil. Atención primaria. Unidad docente de medicina familiar y comunitaria de Guadalajara. Servicio de Neumología, Hospital Universitario general de Guadalajara. 1999.

13.- Quality of life in elderly subjects with a diagnostic label of asthma from general practice registers.
Dier CA. Hill SL. Stockley RA. Sinclair AJ.
European Respiratory Journal.
14(1) : 39-45, 1999 Jul.

14.- Development and Validation of the Mini Asthma Quality of Life Questionnaire.
Juniper EF. Guyatt GH. Cox FM. Ferrie PJ. King DR.
European Respiratory Journal
14(1) : 32-8, 1999 Jul.

15.- Comparison of patients with asthma managed in general practice and in a hospital clinic,
Abdulmadud OA. Abramson MJ. Light Thien FC. Walters EH
Medical Journal of Australia
171(2) : 72.5, 1999, Jul 19.
10.- Asthma symptoms: influence of personality versus clinical status.
Put C. Demedts M. Van Den Bergh O. Demyttenaere K. Verleden G.
European Respiratory Journal

13(4): 751-6, 1999 Apr.

16.- The Marks Asthma Quality of life Questionnaire of responsiveness to change.

Katz PP. Eisner MD. Henk J Shibosks. Yelin EH. Blanc PD.

Journal of Clinical Epidemiology

52(7) : 667-75, 1999 Jul.

17.- An attempted prospective testing of an asthma severity index and a quality of life survey for 1 year in ambulatory patients with asthma.

Kucera MC. Greenberger PA. Yarnold PR. Choy AC. Levenson T.

Allergy and Asthma Proceedings

20(1) : 29-38, 1999 Jan-Feb.

18.- The influence of demographic and socioeconomic factors on health-related quality of life in asthma.

Apter AJ. Reisine ST. Affleck G. Barrows E. Zu Wallack RL.

Journal of Allergy and Clinical Immunology.

103(1 Pt1) : 72-8 1999 Jan.

19.- The impact of asthma on health-related quality of life.

Schmier JK. Chan KS. Leidy NK.

Journal of Asthma.

35(7) : 585-97, 1998.

20.- Effect of asthma on quality of life.

Juniper EF.

Canadian Respiratory Journal.

5 Suppl A : 77A- 84A, 1998 Jul-Aug.

21.- Quality of life assessment in children and adolescents with asthma.

Rutishauser C. Sawyer SM. B European Respiratory Journal.12(2) : 486-94, 1998 Aug.

ANEXOS

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

FORMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

MEDICION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ASMATICOS

Antes de aceptar su participación en este estudio de investigación, es importante que lea y comprenda el objetivo, los beneficios, los procedimientos de este estudio, así como su derecho de no aceptar realizar el cuestionario. Este proceso se llama consentimiento informado. Al inicio de éste se pedirá que firme este documento y se le proporcionará una copia.

Es importante que entienda que su participación es totalmente voluntaria y puede negarse a participar en el sin ningún problema y que esto no afectará los beneficios a los cuales tiene usted derecho en esta institución.

OBJETIVO DEL ESTUDIO:

Medir la calidad de vida en pacientes que padecen asma, realizando una comparación entre pacientes que padecen asma grave con ansiedad y depresión. Por un cuestionario aplicado de corta duración.

PROCEDIMIENTO:

El paciente será entrevistado para su inclusión en el estudio el primer día de su hospitalización en la clínica de asma, se le proporcionará su carta de consentimiento y si esta es aceptada, se le proporcionará un cuestionario, que tiene como objetivo medir la calidad de vida en pacientes que padecen asma. Se les aplicará una flujometría simple.

BENEFICIOS:

El beneficio de su participación en este estudio será conocer más acerca de su enfermedad, así como saber que tanto le ha afectado ésta en su calidad de vida. De esta manera podremos desarrollar tratamientos específicos de su caso.

CONSENTIMIENTO:

He leído y comprendido la información contenida en este documento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido respondidas a mi satisfacción. Estoy firmando este formato voluntariamente, indicando mi acuerdo para participar en este estudio.

Nombre del paciente _____
Dirección _____ Firma _____
Telefono _____ Fecha _____
Testigo _____ Testigo _____
Investigador _____

Soy capaz de permanecer sentado/a tranquila y relajadamente:

- Siempre
- A menudo
- Raras veces
- Nunca.

Me siento lento/a y torpe

- Gran parte del día
- A menudo
- A veces
- Nunca.

Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago.

- Nunca
- Solo en algunas ocasiones
- A menudo
- Muy a menudo.

He perdido el interés por mi aspecto personal

- Completamente
- No me cuido como debería hacerlo
- Es posible que no me cuido como debiera
- Me cuido como siempre lo he hecho.

Me siento inquieto/a como si no pudiera dejar de moverme

- Realmente mucho
- Bastante
- No mucho
- No, en lo absoluto.

Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor :

- Muy a menudo
- Con cierta frecuencia
- Raramente
- Nunca

Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca.

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede presentarle entonces mayor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa como se siente usted afectiva y emocionalmente.

Lea cada pregunta y marque con una "X" la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta, en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

Me siento tenso/a o nervioso/a

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca.

Disfruto disfrutando con las mismas cosas de siempre

- Definitivamente igual que antes
- No tanto como antes
- Solamente un poco
- Ya no disfruto con nada.

Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder

- Si y muy intenso
- Si, pero no muy intenso
- Si, pero no me preocupa
- No siento nada de eso.

Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas

- Igual que siempre
- Actualmente algo menos
- Actualmente mucho menos
- Actualmente en absoluto.

Tengo la cabeza llena de preocupaciones.

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca.

Me siento alegre

- nunca
- Muy pocas veces
- En algunas ocasiones
- Gran parte del día.

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lee cada grupo cuidadosamente y escoja la oración, de cada grupo, que mejor describa como se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso marque solo una. Asegúrese de leer todas las aservaciones en cada grupo antes de contestar.

1)

- No me siento triste
- Me siento triste
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme
- Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.

2)

- No me siento desanimado acerca del futuro
- Me siento desanimado acerca del futuro
- Siento que no tengo para que pensar en el porvenir
- Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.

3)

- No me siento como un fracasado
- Siento que he fracasado mas que otras personas
- Conforme veo a hacia atrás en mi vida todo lo que veo son muchos fracasos.
- Siento que como persona soy un completo fracaso.

4)

- Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre
- No disfruto las cosas como antes
- Ya no obtengo satisfacción de nada
- Estoy insatisfecho y molesto con todo.

5)

- No me siento culpable
- En algunos momentos me siento culpable
- La mayor parte del tiempo me siento algo culpable
- Me siento culpable todo el tiempo.

6)

- No siento que s ere castigado
- Siento que puedo ser castigado
- Creo que seré castigado
- Siento que estoy siendo castigado

7)

- No me siento descontento conmigo mismo
- Me siento descontento conmigo mismo
- Me siento a disgusto conmigo mismo
- Me odio a mi mismo

8)

- No siento que sea peor que otros
- Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores
- Me culpo todo el tiempo por mis errores
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9)

- No tengo ninguna idea acerca de suicidarme
- Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría
- Quisiera suicidarme
- Me suicidaría si tuviera la oportunidad

10)

- No lloro más que de costumbre
- Lloro más que antes
- Lloro todo el tiempo
- Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera

11)

- Ahora no estoy más irritable que antes
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes
- Me siento irritado todo el tiempo
- No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban

12)

- No he perdido el interés en la gente
- No me interesa la gente como antes
- He perdido la mayor parte de mi interés en la gente

13)

- No me siento que me vea más feo que antes
- Me preocupa que me vea viejo y feo
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo.
- Me siento feo que me veo horrible

14)

- Puedo trabajar tan bien como antes
- Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo
- Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa
- No puedo trabajar para nada

15)

- Duermo tan bien como antes
- No duermo tan bien como antes
- Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme.
- Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme

PROTOCOLO ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
CORRELACION CON CALIDAD DE VIDA

No.	PACIENTE	ANSIEDAD	DEPRESION			CALIDAD DE VIDA	
			NO	LIGERA	SEVERA	BUENA	MALA
1	TERESA ESTHER TORRES H.	1		2		1	
2	OLVIA VERÓNICA MOTA G	2		2			2
3	MARIA MATILDE RAMÍREZ D. L. R.	1			3		2
4	ADRIANA CAMACHO MANRIQUE	1			3	1	
5	HECTOR GERARDO FRANCO H.	1	1			1	
6	YOLANDA SEGUNDO JULIO	1	1			1	
7	VERÓNICA YAZMIN APARICIO B.	1	1			1	
8	SOCORRO CRUZ CORTEZ	1	1			1	
9	ALMA AIDE PEREZ CONTRERAS	1		2		1	
10	PATRICIA MOLINA ARELLANO	2		2		1	
11	GERARDO RODRIGUEZ	2	1			1	
12	RUBICEL ALONSO TORRES	2	1			1	
13	MARISELA TREVINO SERRANO	2	1			1	
14	MIRIAM JACQUELINE REYES M	2	1			1	
15	SOFIA DELGADO MENDEZ	2	1			1	
16	ALEJANDRA SUAREZ GARCIA	2	1			1	
17	CELESTINO CERVANTES LAMA	2	1			1	
18	TERESA SANCHEZ CERON	2	1			1	
19	JUAN ALBERTO FLORES M	2	1			1	
20	LAURA JUAREZ DE LUCIO	2	1			1	
21	IRMA MALDONADO RODRIGUEZ	2	1			1	
22	MARIA DE LOURDES ROSILLO B	2	1			1	
23	MARIA PAULINA BONILLA J	2	1			1	
24	MANUELA DOMINGUEZ GUZMAN	1	1				2
25	FRANCISCO JAVIER CARRARO	1	1			1	
26	TERESITA DE JESUS GARCIA D. V.	1		2		1	
27	MARIA LUCIA SALDAÑA G.	2	1			1	
28	NANCY LISET TAPIA SALDAÑA	2	1			1	
29	SILVIA SANDOVAL JAIMES	2	1			1	
30	RUTH BERENICE NARVAEZ S.	2	1			1	
31	JOSE ANTONIO CORTEZ M.	2	1			1	
32	TIMOTEA MARTINEZ OLVERA	2	1			1	
33	ADA CARRASCO BELAUNZARAN	2	1			1	

ANSIEDAD SI = 1
ANSIEDAD NO = 2

DEPRESIÓN NO = 1
DEPRESIÓN LIGERA = 2
DEPRESIÓN SEVERA = 3

CALIDAD DE VIDA BUENA = 1
CALIDAD DE VIDA MALA = 2