



**Influencia de la Ansiedad y Depresión sobre el control en pacientes
Asmáticos en el periodo 2017**

Facultad de Ciencias Médicas: Escuela de Medicina

Estudiante: José Alfredo Cano Eguez

Tutor de Tesis: Dr. Iván Cherres Ojeda

Guayaquil, Septiembre 2017

Carta del tutor

Septiembre del 2017

Dr. Pedro Barberan Torres

Decano de la Facultad de Ciencias Medicas

Universidad de Especialidades Espiritu Santo

De mis consideraciones,

Por medio de la presente Yo, Dr. Ivan Cherrez Ojeda informo que he procedido en calidad de tutor de tesis a la revision de los contenidos teoricos, diseño metodologico, redaccion y referencias bibliograficas del trabajo de titulacion de tesis “ Influencia de la ansiedad y depresion sobre el control de pacientes con asma bronquial en el periodo 2017” realizado por el estudiante Jose Alfredo Cano.

Se han realizado las correcciones respectivas encontrandose el contenido acorde y completamente de acuerdo a las indicaciones estipuladas por la universidad.

Atentamente;

Dr. Ivan Cherrez Ojeda

Especialista en Neumologia, enfermedades alergicas

y trastornos del sueño

Director del centro de Investigacion Respiralab

Dedicatoria:

Dedico este trabajo de titulación académica a mis Padres Silvia María Eguez Mora y Orlando Alfredo Cano Pazmiño quienes brindaron su apoyo incondicional a lo largo de mi carrera de medicina, aportando en mi formación no solo con una base de valores que me sirvieron para reforzar mis bases académicas y científicas sino también con enseñanzas dirigidas hacia el trabajo arduo y perseverante para cumplir con mis objetivos y metas de vida.

A Karin Plaza Lazo quien estuvo conmigo ayudándome y compartiendo sus enseñanzas tanto científicas como de vida. Sin su apoyo, liderazgo y su contagiosa perseverancia no hubiese podido alcanzar todos aquellos logros académicos durante mi carrera.

A mi Alma Mater Universidad de Especialidades Espíritu Santo por brindarme no solo la formación académica de más alta calidad a nivel Nacional e internacional, sino también por darme la oportunidad de introducirme a su personal académico y tener múltiples influencias positivas para mi formación como futuro Medico de la Republica del Ecuador.

También dedico esta tesis a todas aquellas familias que me brindaron una mano de apoyo y ayuda durante mi carrera de medicina, entre las cuales figuran las familias; Gutierrez Hablich, Plaza Lazo, Cherrez Ojeda, Costa Valarezo, Fontaine Von Buchwald, Lynch Paula, Valdano Bazzanini, Eguez Mora, Eguez Ruiz, Eguez Macias y Cano Pazmiño que sin sus

influencias, enseñanzas y tiempo dedicado en mi no hubiese podido lograr mis reconocimientos actuales.

Reconocimientos:

Se le agradece a las siguientes instituciones por abrir sus puertas para la realización del siguiente trabajo de investigación:

- Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil.
- Respiralab
- Consultorio Médico del Dr. Fernando Arturo Cano Pazmiño

También quisiera extender mis agradecimientos a aquellas personas involucradas en la realización y revisión de este trabajo de titulación médica. Que sin su arduo trabajo, esfuerzo y dedicación nada de esto fuera posible.

- Dr. Ivan Cherez Ojeda.
- Dra. Pryscilla Diaz.
- Dra. Grace Moscoso.
- Dr. Pedro Barberan.
- Dr. Homero Cevallos.
- Dr. Fernando Arturo Cano.
- Dr. Daniel Tettamanti.

Índice de contenidos

Carta del tutor	i
Dedicatoria:	ii
Reconocimientos:	iv
Resumen	ix
Introducción	1
Capítulo 1	2
1.1) Antecedentes	2
1.2) Descripción del Problema	4
1.3) Justificación	5
1.4) Objetivos Generales y Específicos	6
1.5) Formulación de Hipótesis o Pregunta de Investigación	6
Capitulo 2: Marco Teórico	8
2.1) Asma Bronquial	8
2.1.1) Evolución y definición del concepto.	8
2.1.2) Fisiopatología de la enfermedad	9
2.1.3) Control del asma	11
2.1.4) Instrumentos de medición del control del Asma	11
2.1.5) Severidad del Asma Bronquial:	13
2.2) Depresión:	14
2.2.1) Definición del trastorno Depresivo	14
2.2.2) Diagnostico y métodos de cribado del trastorno depresivo.....	14
2.3) Ansiedad:	16
2.3.1.) Definición de Ansiedad:	17
2.3.2) Diagnostico y métodos de Tamizaje del Trastorno Depresivo	17
Capitulo 3: Metodología	18
3.1) Diseño	18
3.2) Población y muestra:	20

3.3) Criterios de Inclusión y Exclusión	20
3.5) Aplicación	22
3.6) Estandarización	22
3.7) Análisis estadístico	23
3.8) Aspectos Éticos.....	23
4) Capitulo 4: Análisis e Interpretación de resultados.....	25
4.1) Descripción del análisis Estadístico.....	25
4.2) Interpretación y Discusión de los resultados	31
Capitulo 5. Conclusión y Recomendaciones:	35
5.1) Conclusión:.....	35
5.2) Recomendaciones:.....	35
5.3) Limitaciones:	35
Bibliografía	37
Anexos	45
Flujograma de la metodología del Trabajo de titulación.....	45
Formulario para la Presentación de Protocolos de Investigaciones en Salud.....	46
Protocolo de administración del cuestionario.....	50
Encuesta de datos demográficos administrada a los pacientes del Estudio.	54
Cuestionario HADS.....	56
Cuestionario Asma Control Test.....	59
Interpretación del cuestionario HADS:	61
Interpretación de la encuesta Asma Control Test	65
Cartas de aceptación de los centros donde se realizo el trabajo de titulación académica.	73
Cronograma de Actividades.....	76

Índice de Tablas

Tabla 1. Descripción demográfica de la muestra.....	25
Tabla 2. Descripción demográfica de pacientes con asma bronquial y con trastornos de ansiedad.....	26
Tabla 3. Descripción de las características de los Pacientes con Asma Bronquial y trastorno de Depresión.....	27
Tabla 4. Descripción de los pacientes con Ansiedad y el Control del Asma bronquial.	28
Tabla 5. Tabla Cruzada de Ansiedad y Control de Asma	29
Tabla 6. Asociación entre Depresion y Control del Asma Bronquial..	30

Indice de Gráficos	
Grafico 1. Frecuencia de Genero en la muestra total.....	67
Grafico 2. Frecuencia de personas que Fumaban cigarrillos de la muestra total.....	68
Grafico 3. Frecuencia de pacientes con trastorno de ansiedad.....	69
Grafico 4. Frecuencia de pacientes con un mal control de Asma bronquial.....	70
Grafico 5. Asociación entre pacientes con diagnostico de ansiedad y mal control de asma bronquial.....	71
Grafico 6. Asociación entre pacientes con diagnostico de depresión y mal control de asma bronquial.....	72

Resumen:

Objetivo: Determinar la asociación entre ansiedad o depresión y el control en pacientes con asma bronquial.

Metodología: Es una Investigación de tipo observacional, Multicéntrica, Prospectiva, de corte Transversal valorada mediante encuestas.

Resultados: 73 concluyeron los dos cuestionarios y entraron al análisis estadístico. La media de edad de los pacientes con Asma bronquial fue de 55 años de edad, con una duración de alrededor de casi 20 años de diagnóstico del mismo, y una desviación estándar de 13 años. El 75.3% de los pacientes fueron de sexo femenino. Casi un 70% de los pacientes tenían un nivel educacional secundario o menor. Un 13.7% de los pacientes fumaban cigarrillos, con una media de cigarrillos fumados por día de 15 y una desviación estándar de 6. Un 65,8% de los pacientes con asma bronquial no se encontraban con un control óptimo de su enfermedad. En el análisis estadístico descriptivo realizado, el porcentaje de pacientes con trastornos emocionales fue de 2.7% para trastorno de ansiedad y 1.4% para trastorno de depresión.

Al realizar el análisis de chi-cuadrado para observar si se encontraba asociación entre las variables ansiedad o depresión y control de asma bronquial, el valor P obtenido en la prueba fue mayor a 0,05, el cual acepta la hipótesis nula y dicta que no existe dicha asociación entre estas dos variables en nuestra población

Conclusión: Hay un alto porcentaje de pacientes que tienen un Asma mal controlada, pero los trastornos de ansiedad y depresión no se asocian con esta variable

Introducción:

El asma bronquial es una patología compleja que afecta alrededor de 300 millones de personas a nivel mundial.(1) Debido a la naturaleza y cronicidad de esta enfermedad, la afectación que tiene sobre el paciente va más allá de lo Pulmonar.(2)(3) Esta enfermedad también juega un rol protagónico en múltiples planos en las vidas de los individuos quienes la padecen, yendo desde lo Biológico, económico, educacional y psíquico.(4) A lo largo del tiempo se ah encontrado en países lejanos al nuestro (Estados Unidos, Canadá, China, Japón, África) que la severidad del asma y un mal control del mismo pudiese considerarse como factores de riesgo para la aparición de ciertos trastornos emocionales como lo son la ansiedad y la depresión. El presente trabajo de tipo observacional, Multicentrico, Prospectivo, de corte Transversal valorado mediante encuestas, tiene como propósito explorar la influencia que tiene la depresión y ansiedad sobre el control de los pacientes con diagnostico de Asma bronquial, siendo el primer trabajo que demuestre si estas entidades se asocian entre sí en la población Local.

Capítulo 1

1.1) Antecedentes

El asma bronquial es una patología compleja que afecta alrededor de 300 millones de personas a nivel mundial.(1) Debido a la naturaleza y cronicidad de esta enfermedad, la afectación que tiene sobre el paciente va más allá de lo Pulmonar.(2)(3) Esta enfermedad también juega un rol protagónico en múltiples planos en las vidas de los individuos quienes la padecen, yendo desde lo Biológico, económico, educacional y psíquico.(4)

Desde el punto de vista Biológico se ha visto que esta enfermedad incrementa el número de co-morbilidades y mortalidad de quienes la padecen.(5–10) En el plano económico incrementa los gastos en salud pública alrededor de 56 billones de dólares por año. (5,6,11–14) Esta entidad también repercute de manera directa sobre la calidad de vida, sueño, ausencias estudiantiles, además de incrementar el estrés psicológico y físico del individuo.(15–18) Debido a todos estos factores se ha llegado a reportar una prevalencia de trastornos psico-emocionales, llámense estos ansiedad o depresión, es de hasta un 34% en diferentes estudios, con diferentes pero aun similares valores entre las distintas poblaciones estudiadas.(15)

De acuerdo con el autor Loerbroks, quien estudió la asociación entre asma y sibilancias, con episodios de depresión mayor o ansiedad en 245,272 hombres y mujeres, concluyó que la ansiedad y depresión son trastornos emocionales comúnmente presente en pacientes asmáticos que acuden a la consulta externa. La presencia de estos factores se

correlaciona de manera directamente proporcional con la severidad y el mal control de la enfermedad.(19)

Según un estudio publicado en el 2016 dirigido por Lomper, se concluye que la ansiedad y depresión son comorbilidades comúnmente encontradas en pacientes asmáticos. Ambas entidades fueron más frecuentes en los pacientes que tenían un control inadecuado de la enfermedad y en pacientes con mayor severidad de la enfermedad. También se encontró que estos pacientes con trastornos emocionales llevaban una calidad de vida disminuida a diferencia de aquellos que no tenían estos trastornos.(20)

En el año 2015 G. Ciprandi publica un artículo en el cuál también se buscó el impacto de la ansiedad y depresión en pacientes ambulatorios con asma. En este estudio se identificó que la ansiedad (39%) y depresión (11%) son comorbilidades comunmente encontradas en pacientes asmáticos que acuden a la consulta externa. También el autor encontró que estos trastornos emocionales se asocian a un pobre control y niveles bajos del Test Control Asma (valor p menor a 0.01). Con las conclusiones y resultados de este articulo, se convirtió en uno de los pioneros en demostrar la bidireccionalidad que tienen estos trastornos entre sí.(18)

Sundbom, analizó los efectos del pobre control de asma, insomnio, ansiedad, depresión en la calidad de vida de pacientes con asma jóvenes, determinando que el test de control de asma fue la herramienta más importante para predecir la cualidad de vida en los pacientes asmáticos. El insomnio y los trastornos emocionales (depresión y ansiedad) añadidos a

un pobre control de la enfermedad fueron factores importantes para predecir una pobre calidad de vida en pacientes asmáticos que acuden a la consulta externa.(17)

1.2) Descripción del Problema

El asma es una enfermedad respiratoria crónica multifactorial de origen no conocido y con un curso muy variante entre persona y persona.(21) Esta enfermedad causa episodios de espasmo bronquial que originan dificultad respiratoria, sensación de ahogo y asfixia; estas características pueden generar un ambiente de miedo y desesperación en el paciente y por ende podría aumentar la probabilidad de trastornos emocionales como lo son la ansiedad y la depresión.(19)

Se ha descrito en los últimos años que la prevalencia de ansiedad y depresión en la población asmáticas puede llegar hasta un 40% y también se ha escrito que hay una correlación entre menor control y aparición de estas enfermedades en asmáticos(22). La sensación de miedo y desesperación que pudiesen llegar a tener los pacientes asmáticos aumenta de manera significativa al tener un menor control, pero al añadir un trastorno emocional como la depresión y ansiedad puede a su vez interferir con la adherencia al tratamiento, incumplimiento con las indicaciones médicas, trastornos del tono simpático y parasimpático, entre otras.(17)

Todo lo anteriormente mencionado interfiere de manera directa con el tratamiento y control de la enfermedad, y a la vez tiene un gran impacto

económico debido al aumento en gastos en salud, puesto que se van a necesitar muchos más medicamentos para intentar lograr llegar al control del paciente y estos medicamentos no intervienen en el problema emocional sobreañadido, el cual repercute también de manera negativa en el curso de la enfermedad.(15)

1.3) Justificación

En el área de enfermedades respiratorias se conoce que en pacientes con asma bronquial, los trastornos de Ansiedad y depresión tienen una alta prevalencia, además se a encontrado que tanto la severidad del asma como su mal control, se asocia con la aparición de este tipo de trastornos. Sin embargo, la mayor parte de los datos que sustentan esta aseveración provienen de países como Italia, África, Brasil, Canadá, China y Estados Unidos, en donde las costumbres, estilos de vida, nivel de escolaridad y creencias religiosas son diferentes. (15)(16,17,20,22,23)

Partiendo desde la premisa que la percepción, reconocimiento y aceptación de los trastornos de Ansiedad y Depresión pueden verse afectados por el entorno sociocultural (nivel economico, educacional, coexistencia de otros trastornos psicológicos como alexitimia y religiosidad) de los individuos quienes la padecen, es de vital importancia la exploración y estudio de los mismos en diferentes poblaciones debido a que el porcentaje o frecuencia puede variar de manera significativa.

El presente trabajo, el cual es el primero en estudiar la asociación entre estas variables en Ecuador, busca explorar la influencia que estas

entidades tienen sobre el control de la enfermedad en la población Asmática local. Los resultados del presente trabajo podrían orientar hacia la implementación de estrategias de tamizaje en este grupo de pacientes que se encuentran en riesgo de presentar este tipo de trastornos psicoafectivos. Dándole un enfoque más multidisciplinario al tratamiento de enfermedades crónicas.

1.4) Objetivos Generales y Específicos

Objetivo General:

- Determinar la asociación entre ansiedad o depresión y el control del paciente asmático.

Objetivos Específicos:

- Determinar la prevalencia de ansiedad en la población asmática.
- Determinar la prevalencia de depresión en la población asmática.
- Determinar la prevalencia de mal control en la población asmática.
- Determinar la frecuencia de pacientes que teniendo Ansiedad tienen un control inadecuado del asma bronquial

1.5) Formulación de Hipótesis o Pregunta de Investigación

Hipótesis nula: la ansiedad o depresión no se asocian con la presencia de asma bronquial.

Hipótesis alternativa: la ansiedad o depresión se asocia con la

presencia de asma bronquial

Capítulo 2: Marco Teórico

2.1) Asma Bronquial

2.1.1) Evolución y definición del concepto.

Tanto el concepto como el tratamiento del Asma bronquial han ido evolucionando con el tiempo en respuesta a múltiples descubrimientos científicos y mayor entendimiento sobre su base genética, ambiental e inmunológica (24). A mediados del Siglo 20 se definía a al asma como una enfermedad compleja de la vía aérea, la cual se caracterizaba por la presentación de disnea paroxística con una bronco constricción reversible.(24) Dentro de este concepto se tomaba al espasmo bronquial como principal protagonista de la enfermedad por lo que su tratamiento giraba alrededor del mismo y predominaba el uso de broncodilatadores como la epinefrina, teofilina e isoproterenol. (24)Alrededor de los años 80, la tendencia de visualizar al asma como una enfermedad netamente obstructiva bronquial cambio, cuando se descubrió el rol que jugaba el sistema inmune a través de la inflamación en su fisiopatología. (25)

En la actualidad de acuerdo con el consenso Global de las Guías GINA actualizadas en el 2016 se sigue considera al asma bronquial como Una enfermedad heterogénea, usualmente caracterizada por inflamación crónica de la vía aérea. Clínicamente se la define a través de la historia de síntomas respiratorios tales como sibilancias, Disnea, opresión de pecho y Tos, los cuales pueden variar de intensidad y de frecuencia, más la presencia de Limitación variable del flujo en la vía aérea. (26)

2.1.2) Fisiopatología de la enfermedad

El Asma bronquial tiene una patogénesis compleja y varía de acuerdo al endotipo clínico. Su complejidad radica en la interacción e influencia de múltiples factores como la genética, epigenética y el medio ambiente sobre el sistema inmunológico humoral, celular e innato.(25)

El modelo mejor comprendido de esta enfermedad es aquel en el cual predomina una hiperrespuesta mediada por linfocitos colaboradores tipo 2 (TH2). Bajo este enfoque la celularidad predominante en la inflamación bronquial que subyace en el paciente con asma es de predominio eosinofílico. Las citoquinas inmersas en la diferenciación hacia linfocitos tipo B como las encargadas del reclutamiento eosinofílico y sobreproliferación del músculo liso bronquial son: IL 4, 5, 9 y 13.(21) Estas citoquinas pertenecientes a la vía clásica inmunológica de la respuesta TH2 tienen múltiples funciones per se como la diferenciación al isotipo de Inmunoglobulina IgE (IL4), Reclutamiento Eosinofílico (IL5) y la hiperplasia del músculo liso de la pared Bronquial (IL 13).(25)

Estos cambios inmunológicos se reflejan en los cambios histopatológicos del órgano bronquial, entre los cuales encontramos, engrosamiento de la porción muscular del Bronquio por la hiperplasia, hipertrofia de las células caliciformes del epitelio bronquial e hipersecreción de las mismas y los cristales encontrados de grupo de lisados eosinofílicos que reciben el nombre de Cristales de Charcot Leyden que se pueden visualizar en el moco de las vías aéreas.(27)

En relación a estos cambios en la anatomía del órgano vienen los cambios fisiológicos encontrados mediante la espirometría. El patrón exhalatorio predominante en pacientes con Asma y Medido a través de parámetros espirométricos son aquellos con características obstructivas. Tanto el engrosamiento de la mucosa junto con los tapones mucosos y la hiper-reactividad del músculo liso impiden un correcto flujo de salida del aire, durante la exhalación, atrapándolo dentro de la vía intratorácica. Estos cambios se reflejan en una FEV₁ y relación FEV₁/FVC disminuida.(26)

Dentro del entendimiento de los factores biológicos de la enfermedad es de suma importancia entender que el asma bronquial tiene una naturaleza variable y es un proceso dinámico. Esto se explica por la variación durante los diferentes periodos estacionarios, periodo nocturno, ritmo circadiano y exposición a diferentes tipos de irritantes o alérgenos de la vía aérea, en los cuales durante estos periodos de tiempo la obstrucción se va a ser evidente en el caso de Asmas leves o se empeorara en el caso de pacientes con Asma Moderado o severo.(25)

Más allá del modelo clásico previamente explicado se encuentran una variedad extensa de endotipos y fenotipos de la enfermedad, dentro de los cuales la respuesta inflamatoria es variante y la celularidad puede cambiar a neutrofílica o bien solo predominar el componente de hiper reactividad bronquial.(28)

2.1.3) Control del asma

El significado clínico del control del asma bronquial abarca que tanto el tratamiento del mismo influye sobre la reducción o la remoción de manifestaciones clínicas de la enfermedad. Es determinado por la interacción de 5 parámetros fundamentales como lo son la base genética de la enfermedad, la agresividad de presentación de la enfermedad, el tratamiento que él o la paciente este tomando, el medio ambiente que rodea al enfermo y por factores psicosociales del mismo. (26)

El control del asma bronquial tiene dos grandes dominios para su correcta determinación los cuales abarcan el control sintomático y la estimación de riesgo a futuro de un evento negativo relacionado a la enfermedad. Los parámetros de función pulmonar medidos por espirometria, juegan un rol fundamental en la estimación de riesgo a futuro; en la práctica clínica estos deberían de medirse al inicio del tratamiento, luego de 3 a 6 meses y luego periódicamente.(26)

2.1.4) Instrumentos de medición del control del Asma

2.1.4.1) Métodos de cribado:

Estos métodos se basan en la búsqueda de manifestaciones clínicas predominantes del asma bronquial para tener una idea del el estado sintomático actual del individuo. Se pueden subdividir a su vez en dos

grandes Grupos: Herramientas de Tamizaje Categóricas y Herramientas de Tamizaje Numéricas.

2.1.4.2) Herramientas de cribado categóricas:

Dentro de este grupo encontramos el Cuestionario desarrollado por El colegio Real de Médicos en el Reino Unido. Esta herramienta toma en cuenta 3 parámetros básicos en la sintomatología del paciente asmático, los cuales son: alteraciones en el sueño, sintomatología diurna y limitación de la actividad física. En relación al límite de tiempo sobre los cuales estos parámetros son preguntados es de un mes anterior a la visita con su proveedor de Salud.

Herramientas basadas en métodos numéricos para la cuantificación de control del Asma:

Este grupo de herramientas validadas entregan puntuaciones con puntos de corte que distinguen diferentes niveles de control de sintomatología.

El cuestionario de control de Asma o ACQ debido a sus siglas provenientes del inglés, es un cuestionario que valora de manera multidimensional al paciente consta de 6 o 7 ítems, dependiendo de si se usa la versión corta o la extendida (ACQ 6 o ACQ 7), de los cuales 5 evalúan la sintomatología que expresa sentir el paciente, otro ítem que mide la cantidad de veces que la persona usa medicación de Rescate y un

último ítem que es el nivel de FEV1 el cual lo provee el espirómetro, este último parámetro solo es medido en el ACQ 7.

Asma Control Test (ACT) Este Cuestionario valora el grado de control de los pacientes mediante 5 preguntas con 5 posibles respuestas. El óptimo control se lo define con un puntaje mayor o igual a 20.

2.1.5) Severidad del Asma Bronquial:

La severidad del asma bronquial se la determina de manera retrospectiva analizando el nivel de medicación que utilice el individuo afecto para mantener su enfermedad bajo control. Bajo este principio se entiende que este parámetro no es estático y puede variar con respecto al tiempo, debido a esta característica es necesario medir la severidad una vez que el o la paciente este bajo tratamiento durante varios meses. (26)

El consenso actual de Asma GINA clasifica a la severidad en tres grandes Grupos que son: leve, moderado y severo.

Al asma leve se la define como aquella enfermedad que se logra controlar con el paso 1 o 2 del tratamiento dictado por las guías GINA. Dentro de estos pasos se encuentran medicamentos como lo son Beta2 agonistas de corta acción (Albuterol, Salbutamol), Dosis bajas ya sea de corticoides inhalados (Fluticasona), antagonistas del receptor de leukotrienos (Montelukast) o cromonas.

Al asma moderada se lo define como aquella enfermedad que se logra controlar con el paso 3 de acuerdo a los lineamientos establecidos por las guías GINA, como el tratamiento en base a una dosis media de corticoides inhalados solos o la combinación de una dosis baja de corticoides inhalados más un agonista beta de larga acción (Formeterol)

El asma severa se lo define por requerir el paso 4 o 5 del tratamiento escalonado de las guías GINA, el cual se basa en corticoides inhalados a altas dosis y agonista selectivos Beta 2 adrenérgicos de larga acción a dosis altas.

2.2) Depresión:

2.2.1) Definición del trastorno Depresivo

La depresión es un trastorno heterogéneo cuyo curso clínico es muy variable, tanto su patogénesis como su mecanismo biológico sigue no estando bien dilucidado. Este trastorno está asociado con emociones de tristeza normalmente experimentadas en seres los humanos, pero en este subgrupo de pacientes parecen estar sobre expresadas y no tienden a disiparse con la prontitud con la que usualmente tienden hacerlo.(29)

2.2.2) Diagnostico y métodos de cribado del trastorno depresivo

Para el diagnostico clínico de esta entidad se requieren cambios en el estado de ánimo, caracterizados por tristeza o irritabilidad y acompañado por al menos uno de los siguientes cambios psicosociales como :

alteraciones en el sueño, apetito, deseos sexuales, alteraciones gastrointestinales (constipación), pérdida de la capacidad de experimentar placer por acciones o cosas que con anterioridad desencadenaban esa sensación, llanto, disminución de la velocidad del habla o de realizar acciones e ideaciones suicidas.(30) Estas características previamente nombradas deben de estar presente por al menos dos semanas y deben de interferir con sus relaciones interpersonales tanto como en su trabajo y familia.

Para la valoración seguimiento y diagnostico del paciente con un trastorno depresivo se tiene como patrón oro a la entrevista psiquiátrica. (cita) Además de esta también se han realizado y validado diferentes encuestas para realizar un tamizaje de este tipo de trastorno en la población, tomando encuentra ciertos síntomas característicos del mismo y tratando de ponerle un numero al sentimiento de cada persona.

Dentro de los cuestionarios desarrollados con el fin de realizar un tamizaje rápido de esta enfermedad figuran los siguientes; PHQ y HADS .

El cuestionario Patient Health Questionnaire (PHQ) creado por Spitzer en 1999 fue diseñado con el fin de que los médicos de atención primaria lo utilicen para realizar un cribado rápido y valedero de este trastorno emocional. (Cita) El presente cuestionario fue presentado con sus puntos de corte determinados y subsiguiente validación en el idioma ingles en 1999 por Spitzer y en el idioma de español en el 2001 por el Investigador Diez-Quevedo. Desde este entonces este cuestionario ah sido utilizado

por los médicos como herramienta diagnóstica y seguimiento de los pacientes psiquiátricos en varios estudios.

El cuestionario HADS fue inicialmente desarrollado en 1983 para la identificación de trastornos emocionales (ansiedad y depresión) en pacientes que sufrían una discapacidad física.(31) El cuestionario consta de 14 preguntas de las cuales 7 valoran síntomas característicos de ansiedad y las otras 7 preguntan valoran síntomas de depresión.

Esta encuesta ha sido utilizada en una variedad de artículos científicos por el hecho de que evalúa tanto trastorno la presencia de un trastorno depresivo como de ansiedad en un mismo cuestionario.(32)(33) Originalmente se podían tener tres posibles resultados en relación a la presencia o ausencia de ansiedad o depresión, si el paciente no tenía ni ansiedad o depresión el puntaje debía de ser de 7 o menos, en el caso de que sea un diagnóstico dudoso o probable el puntaje debía de ser entre 8 y 10, dejando el diagnóstico certero de estos trastornos a aquellos pacientes con una puntuación mayor a o igual a 11.(31) Debido a la pobre sensibilidad que se obtuvo en los estudios subsecuentes al anteriormente nombrado en el año 2002, Bjelland, et al bajo el punto de corte a un score mayor o menor de 7 para dicotomizar la presencia o ausencia de depresión, obteniendo una sensibilidad mayor al modelo anteriormente propuesto por Zigmond y Snaith en el año 1983.(34)(16)

2.3) Ansiedad:

2.3.1.) Definición de Ansiedad:

La Ansiedad es un síndrome que consta de componentes psicológicos y fisiológicos.(35) Los componentes Psicológicos de la enfermedad son: preocupación que es de difícil control, hiper-vigilancia, dificultad para la concentrarse y alteraciones en el sueño. Dentro de los componentes fisiológicos lo que predomina es la hiperactividad autonómica y el aumento de tensión motora. (36) Los síntomas de hiperactividad autonómica que predominan en este trastorno son los siguientes; Palpitaciones, aumento de la frecuencia cardiaca, hiperventilación, sensación de ahogo o disnea debido a una respiración superficial y rápida, sudoración e hipervigilancia.(36) La postura que toman los pacientes que sufren de este tipo de trastornos suele ser rígida, recta y tienden a quejarse de un dolor tipo contractura en áreas de tensión como lo es la región cervical, además de pérdida funcional del movimiento y sensación de pesantez.(37)

2.3.2) Diagnostico y métodos de Tamizaje del Trastorno Depresivo

Para la valoración y diagnostico de este tipo de trastorno, se tiene como patrón oro, el a la entrevista psiquiátrica, cumpliendo con los criterios nombrados en el DSM V.(35) Debida a la alta prevalencia y a lo común de este tipo de trastornos en la población relativamente sana o en riesgo por diferentes motivos, se han desarrollado múltiples cuestionarios que exploran de manera rápida la presencia de ciertos síntomas característicos de este tipo de enfermedad.(38) Este tipo de cuestionario son comúnmente utilizados por el personal de primer nivel de salud para posterior referencia de estos pacientes a especialistas. (39)

Capítulo 3: Metodología

3.1) Diseño

Es una Investigación de tipo observacional, Prospectiva, de corte Transversal valorada mediante encuestas.

Lugar: Se contactará con pacientes no hospitalizados, de la consulta externa de diversos centros de atención médica de especialidad que brinden servicios privados (medicina pre pagada) de Neumología en distintas partes de Guayaquil. De esta manera nos aseguraremos de la heterogeneidad de los pacientes.

Cuadro de Operacionalizacion de Variables:

Variable	Definición	Medida	Tipo
Edad	Número de años de vida	Años	Cuantitativa Continua
Cigarrillos	Numero de cigarrillos fumados	Numero de cigarrillos fumados por dia	Cuantitativa Discreta
Numero de medicamentos	Numero de fármacos	Numero de	Cuantitativa

utilizados	utilizados	medicamentos	Discreta
Ansiedad	HADS mayor a 7	Presencia o Ausencia	Cualitativa Dicotómica
Depresión	HADS mayor a 7	Presencia o ausencia	Cualitativa Dicotómica
Control del Asma	ACT mayor o menor de 25	Controlado o no Controlado	Cualitativa Dicotómica
Tiempo de diagnostico de Asma	Número de años del individuo con Asma	Años con Asma	Cuantitativa continua
Nivel Educativo	Títulos académicos obtenidos durante el tiempo	Primaria, Secundaria, Universitaria, De cuarto Nivel	Cualitativa ordinal
Sexo	variable biológica y genética que divide a los seres humanos en	Masculino Femenino	Cualitativa Dicotomica

	dos posibilidades solamente: mujer u hombre		
--	--	--	--

3.2) Población y muestra:

Debido a la falta de estadística reportada sobre la prevalencia de pacientes que sufren trastornos de ansiedad y o depresión junto con asma en la población Ecuatoriana se decidió tomar como muestra a todos aquellos pacientes que acudan a los servicios de especialidad de neumología de la consulta externa del Hospital Luis Vernaza, Respiralab y el consultorio privado del Dr. Fernando Arturo Cano, especialista en neumología, del periodo de enero a julio del 2017. Siempre y cuando cumplan con los criterios de Inclusión y exclusión que serán posteriormente nombrados. (Flujograma 1, anexos)

3.3) Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes con diagnostico de Asma bronquial dado por un profesional de la salud.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- El deseo de no participación del Paciente
- Pacientes Hospitalizados.
- Pacientes con discapacidad o enfermedad mental asociada con deterioro del lenguaje y comunicación, o enfermedad articular inhabilitante.

3.4) Descripción de Herramientas Utilizadas en el Estudio

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Es un cuestionario creado con el propósito de realizar un cribado confiable de estados depresivos o Ansiosos. Este cuestionario fue creado y validado inicialmente en Ingles, pero consta de una versión traducida y Validada al español. (31)

Esta herramienta valora la probabilidad de Ansiedad o Depresión mediante 14 Preguntas que dan un resultado Ordinal. El punto de corte para establecer el diagnostico es el de 7 en cualquiera de los dos dominios ya sea Ansiedad, depresión o en ambos.(18) (32,40,41)

ACT (Asthma Control Test)

Este Cuestionario valora el grado de control de los pacientes mediante 5 preguntas con 5 posibles respuestas. El óptimo control se lo define con un puntaje mayor o igual a 20.(26)(42,43)

3.5) Aplicación

A cada paciente se le solicitará que llene el cuestionario durante o previa la atención médica.

Se procederá a pedir autorización a los directores de los centros de los eventos para realizar la encuesta. El consentimiento escrito será obtenido de cada candidato antes de realizar la encuesta.

3.6) Estandarización

Los recolectores de información serán capacitados acerca del contenido de la encuesta por los investigadores. La capacitación de los investigadores colaboradores se realizara en base a un protocolo brindado (revisar anexos para mayor información) por el investigador principal con el fin de homogenizar la recolección de resultados, evitando así las posibles variaciones que se pudiesen llegar a tener entre entrevistadores. De esta manera ellos podrán satisfacer la duda de los sujetos a encuestar durante la ejecución del estudio tienen. Los datos serán ingresados en la base de datos, realizada en Excel, solo por el investigador principal. Usando un código alfa numérico para proteger la identidad de los pacientes. Para las variables las variables dicotómicas se utilizara la codificación 0 o 1, para determinar la ausencia o presencia de dicha variable. Para las variables numéricas ya sean discretas o continuas se las expresaran en números enteros o decimales dependiendo de la naturaleza de las mismas. Para las variables cualitativas ordinales se le asignara un numero en orden ascendente para identificar a las mismas,

como lo es en el caso de nivel de educación; 0 ninguna, 1 primaria, 2 secundaria, 3 terciaria o 4 postgrado.

3.7) Análisis estadístico

Para la realización de la base de datos se utilizara Microsoft Excel, para el análisis estadístico se ingresara los valores obtenidos y grabados en la base de datos al software IBM SPSS Statistics 21 tm.

Se empleará análisis descriptivo para los datos demográficos y resultados de los cuestionarios: media y desviación estándar para las variables cuantitativas, frecuencia y porcentaje para las variables categóricas. Para la correlación de entre variables cualitativas dicotómicas se utilizara el test estadístico Chi2.

3.8) Aspectos Éticos

Debido a la aplicación de los cuestionarios HADS para valorar ansiedad y/o depresión y ACT (Asma control test) para valorar control de la enfermedad, se elaboro un consentimiento informado en base al formato brindado por el Ministerio de Salud Publica en su FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIONES EN SALUD (*EXCEPTO ENSAYOS CLÍNICOS*). *EN EL CUAL SE DETALLA A LOS PACIENTES EL Título del Estudio, Quiénes están realizando este estudio de investigación, Cuáles son los objetivos del estudio, Por qué se lo recluta al paciente para el estudio, Cuántas personas participarán en este estudio y cuánto tiempo durará mi participación, su rol en el estudio, si existe algún beneficio para*

el participante o para la sociedad por participar en este estudio de investigación, Cuáles son los riesgos por participar en este estudio, ¿Cómo se mantendrá la confidencialidad de mi información médica?, la existencia de algún costo o beneficio monetario que el paciente vaya a realizar o recibir ?, ¿Qué sucederá si sufro alguna lesión relacionada con este estudio de investigación?, Almacenamiento de las muestras para uso futuro. Para mayor información revisar anexos.

4) Capítulo 4: Análisis e Interpretación de resultados.

4.1) Descripción del análisis Estadístico

De los 134 pacientes que acudieron a estos 3 servicios de especialidad 37 fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión y exclusión nombrados anteriormente en el protocolo. De los 98 restantes 73 concluyeron los dos cuestionarios y entraron al análisis estadístico. Obteniendo así un porcentaje de 71.54% de pacientes que fueron analizados.

Las características generales de los participantes incluidos en el análisis se encuentran en la Tabla 1. La media de edad de los pacientes con Asma bronquial fue de 55 años de edad, con una duración de alrededor de casi 20 años de diagnóstico del mismo, y una desviación estándar de 13 años. El 75.3% de los pacientes fueron de sexo femenino. Casi un 70% de los pacientes tenían un nivel educacional secundario o menor. Un 13.7% de los pacientes fumaban cigarrillos, con una media de cigarrillos fumados por día de 15 y una desviación estándar de 6. Un 65,8% de los pacientes con asma bronquial no se encontraban con un control óptimo de su enfermedad. En el análisis estadístico descriptivo realizado, el porcentaje de pacientes con trastornos emocionales fue de 2.7% para trastorno de ansiedad y 1.4% para trastorno de depresión.

Tabla 1. Descripción demográfica de la muestra.

	Media	Perdidos	Desviación estándar	Mediana	Recuento	% de N columnas
--	-------	----------	---------------------	---------	----------	-----------------

Edad		55	0	19	58		
Años de Asma		20	12	13	17		
Sexo	Perdido					5	6,8%
	Masculino					13	17,8%
	Femenino					55	75,3%
Educación	Perdido					1	1,4%
	Ninguna					2	2,7%
	Primaria					22	30,1%
	Secundaria					26	35,6%
	Terciaria					22	30,1%
Control de Asma	No					48	65,8%
	Si					25	34,2%
Ansiedad	No					71	97,3%
	Si					2	2,7%
Depresión	No					72	98,6%
	Si					1	1,4%
Cigarrillos	No					63	86,3%
	Si					10	13,7%
Numero de cigarrillos		1	3	5	0		
Medicamentos		2	0	1	2		

Tabla 2. Descripción demográfica de pacientes con asma bronquial y con trastornos de ansiedad.

Ansiedad								
	No				Si			
	Media	Desviación estándar	Recuento	% de N columnas	Media	Desviación estándar	Recuento	% de N columnas
Edad	56	19			39	20		
Años de Asma	20	13			10	2		
Sexo	Perdido		5	7,0%			0	0,0%
	Masculino		13	18,3%			0	0,0%
	Femenino		53	74,6%			2	100,0%
Educación	Perdido		1	1,4%			0	0,0%
	Ninguna		2	2,8%			0	0,0%

	Primaria			22	31,0%			0	0,0%
	Secundaria			25	35,2%			1	50,0%
	Terciaria			21	29,6%			1	50,0%
Control de Asma	No			46	64,8%			2	100,0%
	Si			25	35,2%			0	0,0%
Cigarrillos	No			61	85,9%			2	100,0%
	Si			10	14,1%			0	0,0%
Numero de cigarrillos		1	5				0	0	
Medicamentos		2	1				1	1	

Al realizar la descripción de las características de los pacientes con Asma bronquial y un trastorno de ansiedad sobreañadido (Tabla 2) se encontró que; la edad media de estos pacientes fue de 39 años con una desviación estándar de 20 años. El tiempo de diagnostico de su enfermedad bronquial fue de alrededor de 10 años con una desviación estándar de 2. Se encontró además que el 100% de los individuos con este trastorno emocional eran de sexo femenino y tenían una educación superior o igual a secundaria. Entre estos pacientes no se encontró a ninguno que fumara.

Tabla 3. Descripción de las características de los Pacientes con Asma Bronquial y trastorno de Depresión.

Depresión									
		No				Si			
		Media	Desviación estándar	Recuento	% de N columnas	Media	Desviación estándar	Recuento	% de N columnas
Edad		55	19			57	0		
Años de Asma		20	13			30	0		
Sexo	Perdido			5	6,9%			0	0,0%
	Masculino			13	18,1%			0	0,0%
	Femenino			54	75,0%			1	100,0%
Educación	Perdido			1	1,4%			0	0,0%
	Ninguna			2	2,8%			0	0,0%
	Primaria			22	30,6%			0	0,0%

	Secundaria			25	34,7%			1	100,0%
	Terciaria			22	30,6%			0	0,0%
Control de Asma	No			47	65,3%			1	100,0%
	Si			25	34,7%			0	0,0%
Cigarrillos	No			62	86,1%			1	100,0%
	Si			10	13,9%			0	0,0%
Numero de cigarrillos		1	5			0			
Medicamentos		2	1			2	0		

El porcentaje de pacientes que teniendo ansiedad o depresión y un mal control de su enfermedad fue del 4.2% y 2.1% respectivamente. (Tabla 4)

Tabla 4. Descripción de los pacientes con Ansiedad y el Control del Asma bronquial.

		Control de asma			
		No		Si	
		Recuento	% de N columnas	Recuento	% de N columnas
Ansiedad	No	46	95,8%	25	100,0%
	Si	2	4,2%	0	0,0%
Depresión	No	47	97,9%	25	100,0%
	Si	1	2,1%	0	0,0%

Al realizar la descripción de las características de los pacientes con Asma bronquial y un trastorno de depresión sobreañadido (Tabla 3) se encontró que; la edad media de estos pacientes fue de 57 años. El tiempo de diagnostico de su enfermedad bronquial fue de alrededor de 30 años. Se encontró además que el 100% de los individuos con este trastorno emocional eran de sexo femenino y tenía una educación secundaria. Entre estos pacientes no se encontró a ninguno que fumara.

Tabla 5. Tabla Cruzada de Ansiedad y Control de Asma

Tabla cruzada Ansiedad*Control de asma				
Recuento				
		Control de asma		Total
		no	si	
Ansiedad	no	46	25	71
	si	2	0	2
Total		48	25	73

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,071 ^a	1	0,301		
Corrección de continuidad^b	0,078	1	0,780		
Razón de verosimilitud	1,706	1	0,191		
Prueba exacta de Fisher				0,543	0,429
N de casos válidos	73				
a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,68.					
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2					

Debido a la naturaleza de las variables previamente definidas se utilizó el método estadístico de χ^2 para encontrar la existencia de una asociación entre las variables Ansiedad o depresión y control del asma. Para la realización del mismo se realizó una tabla de frecuencias cruzadas

de 2x2 y se obtuvo un valor esperado menor a 5 (tabla 5), motivo por el cual se tomo la prueba de exacta de Fisher para la estimación de dicha asociación. El valor P obtenido en la prueba fue mayor a 0,05, el cual acepta la hipótesis nula y dicta que no existe dicha asociación entre estas dos variables en nuestra población (tabla 5 - 6).

Tabla 6. Asociación entre Ansiedad y Control del Asma Bronquial.

Tabla cruzada Depresión*Control de asma				
Recuento				
		Control de asma		Total
		no	si	
Depresión	No	47	25	72
	Si	1	0	1
Total		48	25	73

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,528 ^a	1	0,467		
Corrección de continuidad^b	0,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	0,846	1	0,358		
Prueba exacta de Fisher				1,000	0,658
N de casos válidos	73				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,34.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

4.2) Interpretación y Discusión de los resultados

De acuerdo con los datos obtenidos en el estudio se puede observar ciertas características que llegan a ser bastante interesantes al momento de responder nuestra pregunta de investigación. Alrededor de un 70% de pacientes no se encontraban con un control óptimo de su enfermedad, teniendo un ACT menor a 20 puntos. De este muy alto porcentaje de pacientes se encontró solo un 4.2% de individuos quienes padecían un trastorno de ansiedad y un 2.7% quien sufra de un trastorno de Depresión. La muy baja prevalencia de estos trastornos fue determinante al momento de realizar el análisis de asociación, puesto que el resultado del mismo aceptaba la hipótesis nula planteada anteriormente.

Estos resultados demuestran que la realidad local es diferente a la reportada en otros países. Esta observación genera para la comunidad científica múltiples preguntas que en el futuro deberían de ser estudiadas con mayor profundidad. Entre las preguntas generadas durante el análisis surgen incógnitas como el ¿Por qué se encuentra un alto porcentaje de pacientes con un mal control de su enfermedad?, ¿Cuáles son las causas de este mal control de pacientes asmáticos?, ¿Por qué no se encuentra un resultado similares a los reportados en la literatura médica extranjera? y ¿a qué se debe esta variación?.

Estudios previos hechos en Latino América como el AIM y el AIRLA, en los cuales se tenían como objetivo determinar el porcentaje de pacientes con un mal control de asma, se determino que alrededor de un 50% de pacientes no se encontraban con un óptimo control de su enfermedad. Al contrastar estos resultados con la realidad mostrada en

nuestra investigación, el porcentaje de pacientes que tienen un mal control de su Asma bronquial es casi de un 15% más en nuestra población.

Debido a este alto porcentaje de pacientes con un asma mal controlada es imperativo buscar la razón o causa de este fenómeno. Si bien en el presente estudio se demuestra la baja coexistencia y nula asociación de trastornos emocionales (ansiedad y depresión) y control del asma. Este es solo uno de las posibles variables que pudiesen estar modificando el control en estos pacientes. Por lo cual es un pequeño pero importante paso para la determinación de aquellas entidades que interactúen ya sea de manera positiva o negativa con un óptimo control de pacientes asmáticos.

Debido a la ausencia de un método objetivo ya sea de imágenes o de laboratorio que evidencie el diagnóstico de estos trastornos emocionales hace que el patrón oro para la identificación de los mismos sea la entrevista psiquiátrica.(29) Además los métodos de tamizaje derivan de ciertas preguntas realizadas de la misma, valorando los síntomas característicos de estas enfermedades.(33,34)

Habiendo dicho lo anterior, para lograr un diagnóstico o reconocimiento de estos trastornos emocionales se necesita un correcto reconocimiento y aceptación por parte del paciente de sus emociones.

Dentro del proceso de aceptación y reconocimiento de emociones relacionadas a este tipo de trastornos de ansiedad y depresión, hay múltiples factores que juegan un rol protector o que pudiesen enmascarar un trastorno emocional sobreañadido.

En lo que a enfermedades crónicas se refiere se ha visto que en los análisis de sub grupo, las poblaciones Hispánicas se comportan de manera diferente a aquellas de raza blanca.(44) (45) En estudios de Obesidad se ha visto que la presencia de estos trastornos es alta y se asocia con la aparición de este tipo de trastornos emocionales, en contraste a las poblaciones hispánicas.(46) Esta variación de resultados podría deberse a diferencias socio culturales, nivel económico, percepción de la enfermedad, creencias religiosas y no aceptación y comunicación por parte del paciente sobre sus síntomas.(47)

En el estudio titulado Culturally-sensitive complaints of depression and anxiety in women. publicado por Uriel Halbreich, et al. propone que las principales motivos por los cuales los pacientes con un ulterior diagnóstico de trastornos afectivos (ansiedad y depresión) es la somatización y más no la expresión verbal de sus síntomas emocionales.(48) Además otros estudios han reconocido que la Alexitimia que es la imposibilidad de verbalizar lo que una persona siente juega un rol posiblemente más importante que la ansiedad y depresión en sí, sobre el control del asma bronquial y que la coexistencia de este fenómeno es alto entre estos pacientes.(49–51) La coexistencia de este tipo de trastornos pudiese enmascarar la verbalización de las emociones que pudiesen expresar los pacientes con trastornos emocionales. Impidiendo así la cuantificación de las mismas para emplear métodos de tamizaje en estos grupos de riesgo.(52) En relación al análisis estadístico realizado en la presente investigación, estos factores pudiesen explicar la baja prevalencia de estas enfermedades emocionales (ansiedad y depresión).

En lo que respecta a la religiosidad como factor de variación en nuestro estudio. Se ha reportado en investigaciones anteriores que en poblaciones Latino Americanas sometidas a diferentes tipos de stress, la sensación de realización religiosa con un ser superior se asocia de manera negativa con la aparición de trastornos depresivos. (53). De acuerdo con el Instituto Nacional de estadística y censo (INEC) en Ecuador el 91,95% de la población dice tener una religión. Comparando la baja prevalencia de trastornos depresivos demostrada en nuestro estudio junto con estas características poblacionales, el rol que pudiese jugar la religión de las personas pudiese servir como factor protector y justificar la casi nula prevalencia de la misma.

Capitulo 5. Conclusión y Recomendaciones:

5.1) Conclusión:

Hay un alto porcentaje de pacientes que tienen un Asma mal controlado, pero los trastornos de ansiedad y depresión no parecen ser los causantes de este mal control.

5.2) Recomendaciones:

Se recomienda a la comunidad científica la realización de subsecuentes trabajos de investigación que analicen las causas de este elevado mal control por parte de los pacientes que sufren de Asma bronquial, evaluando otro tipo de parámetros como lo son la presencia de reflujo gastroesofagico, adherencia al tratamiento, Alexitimia, conocimiento por parte del pacientes sobre las técnicas de inhalación, sensibilización a alérgenos e irritantes ambientales.

Además se recomienda que se respondan las nuevas incógnitas que este trabajo deja en relación a los factores que pudiesen jugar un rol protector en la aparición de trastornos emocionales en la población asmática local. Así como también descartar si existen otros trastornos psicológicos/psiquiátricos que pudieran explicar este mal control.

5.3) Limitaciones:

El presente estudio valorado por medio de cuestionarios solo analiza mediante métodos de tamizaje la presencia o ausencia de trastornos emocionales y control del asma.

En lo que a trastornos emocionales (Ansiedad y depresión) se refiere los métodos tamizaje utilizados solo cubren el plano sentimental expresado por los individuos por lo que deja afuera la comunicación no verbal y no analiza la temporalidad ni cambio de estas cualidades durante el tiempo. Motivo por el cual en siguientes estudios que deseen responder esta misma pregunta se podría implementar como método de evaluación la entrevista psiquiátrica para el reconocimiento y diagnóstico de estas enfermedades.

Por último en lo que respecta a control de asma se recomienda la utilización de métodos cuantitativos espirométricos y de inflamometría que soporten la probabilidad de una futura exacerbación y control del paciente.

Bibliografía:

1. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R. The global burden of asthma: Executive summary of the GINA Dissemination Committee Report. Vol. 59, *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2004. p. 469–78.
2. Croisant S. Epidemiology of Asthma: Prevalence and Burden of Disease. In: Brasier AR, editor. *Heterogeneity in Asthma*. New York: Springer Science+Business Media; 2014. p. 233–54.
3. Morgan M, Khan DA. Asthma: epidemiology, burden and quality of life. *Adv Psychosom Med* [Internet]. 2003;24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1159/000073776>
4. Braman SS. The Global Burden of Asthma. *Chest* [Internet]. 2017 Jul 17;130(1):4S–12S. Available from: http://dx.doi.org/10.1378/chest.130.1_suppl.4S
5. Bahadori K, Doyle-Waters MM, Marra C, Lynd L, Alasaly K, Swiston J, et al. Economic burden of asthma: a systematic review. *BMC Pulm Med* [Internet]. 2009;9(1):24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2466-9-24>
6. Gergen PJ. Understanding the economic burden of asthma. *J Allergy Clin Immunol* [Internet]. 2001;107. Available from: <http://dx.doi.org/10.1067/mai.2001.114992>
7. Smith DH, Malone DC, Lawson KA, Okamoto LJ, Battista C, Saunders WB. A national estimate of the economic costs of asthma. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 1997;156. Available from: <http://dx.doi.org/10.1164/ajrccm.156.3.9611072>

8. Accordini S, Bugiani M, Arossa W, Gerzeli S, Marinoni A, Olivieri M, et al. Poor control increases the economic cost of asthma. A multicentre population-based study. *Int Arch Allergy Immunol* [Internet]. 2006;141. Available from: <http://dx.doi.org/10.1159/000094898>
9. Jansson SA, Ronmark E, Forsberg B, Lofgren C, Lindberg A, Lundback B. The economic consequences of asthma among adults in Sweden. *Respir Med* [Internet]. 2007;101. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2007.06.029>
10. Weiss KB, Gergen PJ, Hodgson TA. An economic evaluation of asthma in the United States. *N Engl J Med* [Internet]. 1992;326. Available from: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199203263261304>
11. Chew FT, Goh DY, Lee BW. The economic cost of asthma in Singapore. *Aust N Z J Med* [Internet]. 1999;29. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1445-5994.1999.tb00688.x>
12. Awadh Behbehani N, Grunfeld A, FitzGerald JM. Health care costs associated with acute asthma: a prospective economic analysis. *Can Respir J* [Internet]. 1999;6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/1999/946894>
13. Szucs TD, Anderhub H, Rutishauser M. The economic burden of asthma: direct and indirect costs in Switzerland. *Eur Respir J* [Internet]. 1999;13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1034/j.1399-3003.1999.13b10.x>
14. Plaza V, Serra-Batlles J, Ferrer M, Morejon E. Quality of life and economic features in elderly asthmatics. *Respiration* [Internet]. 2000;67. Available from: <http://dx.doi.org/10.1159/000029465>
15. Lee YC, Lee CTC, Lai YR, Chen VCH, Stewart R. Association of

- asthma and anxiety: A nationwide population-based study in Taiwan. *J Affect Disord* [Internet]. 2016;189:98–105. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.040>
16. Stoop CH, Nefs G, Pommer AM, Pop VJM, Pouwer F. Effectiveness of a stepped care intervention for anxiety and depression in people with diabetes, asthma or COPD in primary care: A randomized controlled trial. *J Affect Disord* [Internet]. 2015;184:269–76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.063>
 17. Sundbom F, Malinowski A, Lindberg E, Alving K, Janson C. Effects of poor asthma control, insomnia, anxiety and depression on quality of life in young asthmatics. *J Asthma* [Internet]. 2016;903(December):1–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26666333>
 18. Ciprandi G, Schiavetti I, Rindone E, Ricciardolo FLM. The impact of anxiety and depression on outpatients with asthma. *Ann Allergy, Asthma Immunol* [Internet]. 2015;115(5):408–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anai.2015.08.007>
 19. Loerbroks A, Herr RM, Subramanian S V, Bosch JA. The association of asthma and wheezing with major depressive episodes : an analysis of 245 727 women and men from 57 countries. 2012;1–9.
 20. Lomper K, Chudiak A, Uchmanowicz I, Rosińczuk J, Jankowska-Polanska B. Effects of depression and anxiety on asthma-related quality of life. *Pneumonol Alergol Pol*. 2016;84(4):212–21.
 21. Parulekar AD, Diamant Z, Hanania NA. Role of T2 inflammation biomarkers in severe asthma. *Curr Opin Pulm Med* [Internet]. 2016;22(1):59–68. Available from: http://journals.lww.com/co-pulmonarymedicine/Fulltext/2016/01000/Role_of_T2_inflammation_bio

markers_in_severe.11.aspx%5Cnhttp://content.wkhealth.com/linkback/
openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00063198-201601000-
00011%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

22. Amelink M, Hashimoto S, Spinhoven P, Pasma HR, Sterk PJ, Bel EH, et al. Anxiety, depression and personality traits in severe, prednisone-dependent asthma. *Respir Med* [Internet]. 2014;108(3):438–44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2013.12.012>
23. Rank M a, Shah ND. Multiple chronic conditions and asthma: implications for practice and research. *J Allergy Clin Immunol Pract* [Internet]. 2014;2(5):518–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25213044>
24. Makino S, Sagara H. Evolution of asthma concept and effect of current asthma management guidelines. *Allergy, Asthma Immunol Res*. 2010;2(3):172–6.
25. Wenzel SE. Asthma phenotypes: the evolution from clinical to molecular approaches. *Nat Med* [Internet]. 2012;18(5):716–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22561835>
26. Gina Science Committe. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. *Gina* [Internet]. 2016;1–147. Available from: http://ginasthma.org/wp-content/uploads/2016/04/GINA-2016-main-report_tracked.pdf
27. Lambrecht BN, Hammad H. The airway epithelium in asthma. *Nat Med* [Internet]. 2012;18(5):684–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nm.2737>
28. Demarche S, Schleich F, Henket M, Paulus V, Hees T Van, Louis R. Detailed analysis of sputum and systemic inflammation in asthma

phenotypes : are paucigranulocytic asthmatics really. *BMC Pulm Med* [Internet]. 2016;1–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12890-016-0208-2>

29. Belmaker RH, Agam G. Major Depressive Disorder. 2013;55–68.
30. Wong M-L, Licinio J. Research and treatment approaches to depression. *Nat Rev Neurosci* [Internet]. 2001 May;2(5):343–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/35072566>
31. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361–70.
32. Spinhoven P, Ormel J, Sloekers PP, Kempen GI, Speckens AE, Van Hemert AM. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med* [Internet]. 1997;27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291796004382>
33. Lo B, Spitzer RL, Gra K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S, et al. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. 2004;78:131–40.
34. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* [Internet]. 2002;52. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3)
35. Fricchione G. Generalized Anxiety Disorder. *N Engl J Med* [Internet]. 2004 Aug 12;351(7):675–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp022342>
36. Hoge EA, Ivkovic A, Fricchione GL. Generalized anxiety disorder:

- diagnosis and treatment. *BMJ Br Med J* [Internet]. 2012 Nov 27;345.
Available from: <http://www.bmj.com/content/345/bmj.e7500.abstract>
37. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press; 1970.
 38. Lisspers J, Nygren A, Soderman E. Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 1997;96. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb10164.x>
 39. Olsson I, Mykletun A, Dahl AA. The Hospital Anxiety and Depression Rating Scale: a cross-sectional study of psychometrics and case finding abilities in general practice. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2005;5:46. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-5-46>
 40. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2003;25(4):277–83. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834303000434>
 41. Michopoulos I, Douzenis A, Kalkavoura C, Christodoulou C, Michalopoulou P, Kalemi G, et al. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Ann Gen Psychiatry* [Internet]. 2008;7(1):4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1744-859X-7-4>
 42. Vega JM, Badia X, Badiola C, López-Viña A, Olaguíbel JM, Picado C, et al. Validation of the Spanish Version of the Asthma Control Test (ACT). *J Asthma* [Internet]. 2007 Jan 1;44(10):867–72. Available from:

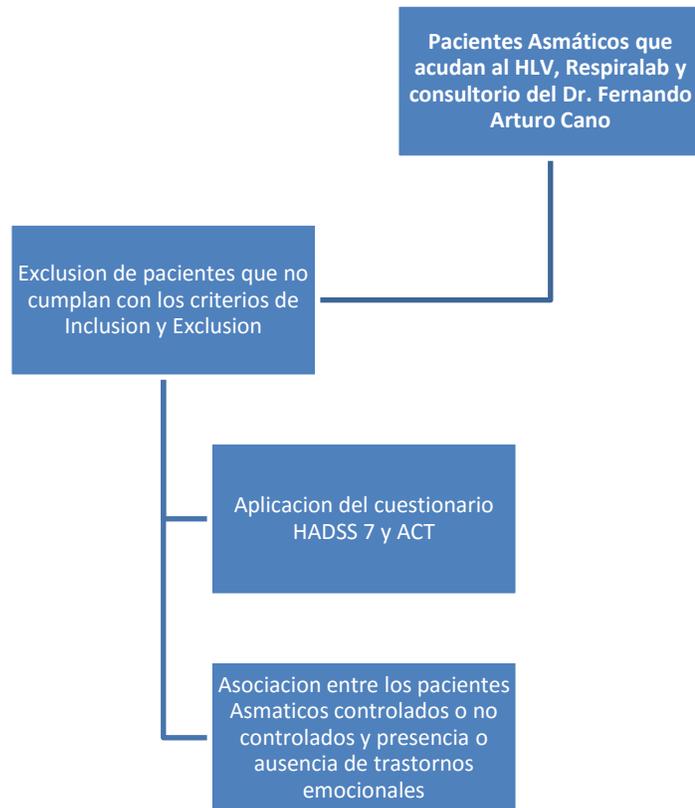
<http://dx.doi.org/10.1080/02770900701752615>

43. Jia CE, Zhang HP, Lv Y, Liang R, Jiang YQ, Powell H, et al. The Asthma Control Test and Asthma Control Questionnaire for assessing asthma control: Systematic review and meta-analysis. *J Allergy Clin Immunol* [Internet]. 2017 Jul 17;131(3):695–703. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2012.08.023>
44. Patiño C, Kirchner T. Stress and Psychopathology in Latin-American Immigrants : The Role of Coping Strategies. 2010;17–24.
45. Morelen D, Thomassin K. Emotion Socialization and Ethnicity : An Examination of Practices and Outcomes in African American , Asian American , and Latin American Families. 2013;86:168–78.
46. Gavin AR. Racial / Ethnic Differences in the Association Between Obesity and Major Depressive Disorder : Findings from the Comprehensive Psychiatric Epidemiology Surveys. 2010;125(October):698–708.
47. Guarnaccia P, Pincay IM. and Their Relationship to Mood Disorders. 1985;32–53.
48. Halbreich U, Alarcon RD, Calil H, Douki S, Gaszner P, Jadresic E, et al. Culturally-sensitive complaints of depressions and anxieties in women. 2007;102:159–76.
49. Mattila AK, Kronholm E, Jula A, Salminen JK, Koivisto A-M, Mielonen R-L, et al. Alexithymia and Somatization in General Population. *Psychosom Med* [Internet]. 2008;70(6). Available from: http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Fulltext/2008/07000/Alexithymia_and_Somatization_in_General_Population.13.aspx

50. De Gucht V, Heiser W. Alexithymia and somatisation. *J Psychosom Res* [Internet]. 2003;54(5):425–34. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399902004671>
51. Serrano Á, González-Ordi H, Corbí B. Disociación, personalidad, sugestionabilidad, alexitimia y dificultades en la regulación emocional: un estudio correlacional. *Clínica y Salud* [Internet]. 2016;27(3):147–55. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130527416300421>
52. Amore M, Antonucci C, Bettini E, Boracchia L, Innamorati M, Montali A, et al. Disease Control in Patients with Asthma is Associated with Alexithymia but not with Depression or Anxiety. *Behav Med* [Internet]. 2013 Oct 1;39(4):138–45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/08964289.2013.818931>
53. Kirchner T, Patin C. Stress and depression in Latin American immigrants : The mediating role of religiosity. 2010;25:479–84.

Anexos:

Flujograma 1. Flujograma de la metodología del Trabajo de titulación



Formulario para la Presentación de Protocolos de Investigaciones en Salud

Título del Estudio: Influencia de la Ansiedad y Depresión sobre el control en pacientes Asmáticos en el periodo 2017

¿Quiénes están realizando este estudio de investigación?

El presente estudio está siendo realizado por la Universidad de Especialidades Espiritu Santo (UEES), siendo el investigador principal el Dr. Iván Chérrez Ojeda y el investigador secundario el estudiante José Alfredo Cano Eguez. El médico, quien se encuentra realizando el proceso de evaluación, es nuestro colaborador.

¿Cuáles son los objetivos del estudio?

Objetivo General:

- Determinar la asociación de la ansiedad y depresión sobre el control del asma bronquial.

Objetivos Específicos:

- Determinar la prevalencia de Ansiedad en la población Asmática.
- Determinar la prevalencia de Depresión en la población Asmática.
- Determinar la prevalencia de control de Asma en la población Asmática..

¿Por qué me están invitando a participar en este estudio?

Su aporte es muy valioso para determinar la prevalencia e depresión y ansiedad en la población asmática local y la interacción de estas variables sobre el control de su enfermedad. Esta información podría crear nuevas estrategias de dirección de tratamiento y crear conciencia en la comunidad científica local sobre el impacto y la frecuencia de estas e enfermedades mentales en nuestro medio.

¿Cuántas personas participarán en este estudio y cuánto tiempo durará mi participación?

En el presente estudio participarán todas aquellas personas que acudan a la consulta de Neumología de los siguientes tres centros de especialidad; Hospital Luis Vernaza, Respiralab y Consultorio del Dr. Fernando Arturo Cano.

¿Qué debo hacer si participo en este estudio?

Si Ud decide colaborar en este importante estudio, sírvase cada una de las preguntas. Ante cualquier duda de cómo contestar, su médico o profesional encargado podrá ayudarle.

¿Existe algún beneficio para mí o para la sociedad por participar en este estudio de investigación?

El beneficio será tanto para la comunidad de pacientes con Asma Bronquial, así como para usted.

¿Cuáles son los riesgos por participar en este estudio de investigación?

Dentro de los riesgos, se encuentra el problema que tenga con cualquiera de las preguntas realizadas, las cuales podría encontrarlas ofensivas.

¿Cómo se mantendrá la confidencialidad de mi información médica?

Toda la información recolectada durante el estudio se conservará de manera anónima, en ningún momento estará obligado a revelar su identidad. Cuando las encuestas sean procesadas, ningún miembro del equipo de análisis de datos conocerá su identidad.

¿Existe algún costo por participar en este estudio o recibiré algún pago o compensación por mi participación?

El presente estudio no acarrea gastos de tipo económico para ud. Asimismo, Ud no recibirá compensación alguna por su participación.

¿Qué sucederá si sufro alguna lesión relacionada con este estudio de investigación?

El presente estudio es observacional, sin ningún medicamento experimental.

Almacenamiento de las muestras para uso futuro

Ud no será solicitado de brindar muestras biológicas (sangre, saliva, cabello, orina, entre otros) de ningún tipo.

¿A quienes puedo contactar en caso de preguntas sobre el estudio?

El médico/estudiante de medicina que dirige la encuesta le podrá contestar cualquier pregunta relacionada al estudio. Si desea mayor información, nuestro número de teléfono para contacto es (+593) 45114555 Respiralab.

Declaración

Mi firma en este consentimiento indica que el estudio me ha sido explicado en mi presencia, que he hecho preguntas y recibí respuestas. Acepto libre y voluntariamente a participar en este estudio. Yo entiendo los procedimientos involucrados y también entiendo que podré retirarme en cualquier momento del estudio sin ningún tipo de sanción.

Nombre del participante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de la persona que administra el consentimiento:

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del testigo si el padre/tutor legal es analfabeto:

Firma: _____ Fecha: _____

Protocolo de administración del cuestionario.

Para la realización del cuestionario tanto el investigador principal como aquellos investigadores colaboradores que recolecten información sobre los pacientes deberán de cumplir los siguientes pasos al realizar la entrevista con el paciente.

1. Se realizara una breve introducción presentándose el administrador del cuestionario como colaborador del estudio.

2. Se procederá a realizar un breve resumen detallando la pregunta de investigación que se desea responder al entrevistado junto con la metodología aplicada por los investigadores con el fin de responder la pregunta de investigación. Además se explicaban los beneficios y potenciales daños que la administración de estos cuestionarios pudiese llegar a tener sobre el paciente.
 - 2.1. En cuanto a los beneficios brindados de la participación del individuo en este estudio se mencionaran los siguientes argumentos: Los resultados obtenidos mediante la presente encuesta podrán ser utilizados para poder llegar a tener un mejor entendimiento sobre cómo estos trastornos podrían verse en la consulta clínica habitual e implementar estrategias de tamizaje en poblaciones de riesgo de presentar trastornos afectivos.

 - 2.2. En lo que respecta a los potenciales daños que podrían causar a los pacientes, el investigador administrador del cuestionario deberá de argumentar lo siguiente: Dentro de los potenciales daños que podría tener su participación en el

presente estudio están la ofensa de alguna de las preguntas administradas.

3. Una vez explicado los posibles beneficios y potenciales daños que este estudio podría llegar a causar sobre los pacientes, se procederá a explicarle al individuo que sus datos serán guardados de manera confidencial, protegiendo su identidad mediante el cambio de su nombre por un código Alfa numérico. A su vez se le afirmara que en cualquier parte del cuestionario el paciente tiene completa autonomía de decidir que preguntas desea contestar y aclararle que se puede retirar del estudio cuando este lo desee.
4. Posterior a los pasos previos se procederá a pedir de manera cordial y amable la firma del consentimiento informado.
5. En la realización del cuestionario el entrevistador le realizara las preguntas al paciente marcando aquellas respuestas que el paciente brinde.
6. En caso del paciente preguntar sobre la temporalidad de la respuesta en relación a la pregunta hecha el investigador administrador del cuestionario podrá responder que en cuanto a las preguntas relacionadas al HADS la temporalidad de las respuestas es de hasta una semana. En relación al ACT la temporalidad de las respuestas son del último mes.

7. Una vez recolectada la información. El administrador del cuestionario procederá a agradecer al paciente por la colaboración brindada.

Nota: Durante la administración del cuestionario la persona que ejecuta el mismo no deberá de expresar ningún sentimiento de repulsión o burlesco frente a las respuestas de los entrevistados, protegiendo así la honra de cada individuo y disminuyendo la probabilidad de que los pacientes oculten información por miedo o incomodidad. Además al momento de administrar el cuestionario tanto la expresión facial y tono de voz del entrevistador deberá de ser monótono para evitar así un posible sesgo a la persona que realice el cuestionario.

Otro (especifique):			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6. ¿Usted Fuma Cigarrillos?

Si

No

¿Cuánto cigarrillos Fuma por día? (Escriba el numero)-----

Cuestionario HADS

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a como se sintió durante la semana pasada. No piense mucho la respuesta. Lo más seguro es que si responde de prisa sus respuestas se ajustaran mucho mas a como realmente se sintió.

Encierre la letra correspondiente a su respuesta.

1) Me siento tenso o nervioso

- A. Todos los Días
- B. Muchas Veces
- C. A veces
- D. Nunca

2) Todavía Disfruto con lo que antes me gustaba

- A. Como siempre
- B. No lo bastante
- C. Solo un poco
- D. Nada

3) Tengo una sensación de miedo, como si algo Horrible me fuera a suceder.

- A. Definitivamente y es muy fuerte
- B. Si pero no es muy fuerte
- C. Un poco pero no me preocupa
- D. Nada

4) Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas

- A. Al igual que siempre lo hice
- B. No tanto ahora
- C. Casi nunca
- D. Nunca

5) Tengo mi mente llena de preocupaciones

- A. La mayoría de las veces
- B. Con bastante frecuencia
- C. A veces, aunque no muy a menudo
- D. Solo en ocasiones

6) Me siento Alegre

- A. Nunca
- B. No muy a menudo
- C. A veces
- D. Casi siempre

7) Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado

- A. Siempre
- B. Por lo general
- C. No muy a menudo
- D. Nunca

8) Me siento como si cada día estuviera más lento

- A. Por lo general, en todo momento
- B. Muy a menudo
- C. A veces
- D. Nunca

9) Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el Estomago

- A. Nunca
- B. En ciertas ocasiones
- C. Con bastante frecuencia
- D. Muy a menudo

10) He perdido el interés en mi aspecto personal

- A. Totalmente
- B. No me preocupo tanto como debiera

- C. Podría tener un poco mas de cuidado
- D. Me preocupo al igual que siempre

11)Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme

- A. Mucho
- B. Bastante
- C. No mucho
- D. Nada

12)Me siento optimista respecto al futuro

- A. Igual que siempre
- B. Menos de lo que acostumbraba
- C. Mucho menos de lo que acostumbraba
- D. Nada

13)Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

- A. Muy Frecuente
- B. Bastante a menudo
- C. No muy a menudo
- D. Rara vez

14)Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión

- A. A menudo
- B. A veces
- C. No muy a menudo
- D. Rara vez

Cuestionario Asma Control Test

Encierre la letra correspondiente a su respuesta.

1. ¿En las últimas 4 semanas, qué tanto tiempo perdió en su trabajo, en el colegio, en su casa, etc. por causa del asma que padece?

- A. Todo el Tiempo
- B. La mayoría del tiempo
- C. Algo de tiempo
- D. Poco Tiempo
- E. Nada de tiempo

2. ¿Durante las últimas 4 semanas, qué tan frecuentemente ha presentado falta de aliento/dificultad para respirar?

- A. Más de una vez al día
- B. Una vez al día
- C. De 3 a 6 veces a la semana
- D. Una o dos veces a la semana
- E. Nunca presente dificultad para respirar

3. ¿Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia los síntomas del asma (sibilancias, tos, dificultad para respirar, opresión en el pecho o dolor) lo despertaron durante la noche o lo despertaron más temprano en la mañana?

- A. 4 o más noches a la semana
- B. 2 o 3 noches a la semana
- C. Una vez a la semana

- D. Una o dos veces
- E. Nunca me desperté por causa de síntomas de asma

4. ¿Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia utilizó Usted su inhalador de rescate o el medicamento nebulizador (como es el salbutamol)?

- A. 3 o más veces por día
- B. 1 o 2 veces al día
- C. 2 o 3 veces al día
- D. Una vez a la semana o menos
- E. Nunca

5. ¿Cómo calificaría usted el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

- A. No controlada
- B. Probablemente controlada
- C. Algo controlado
- D. Bien controlado
- E. Completamente controlada

Interpretación del cuestionario HADS:

1) Me siento tenso o nervioso (ANSIEDAD)

- E. Todos los Días---3
- F. Muchas Veces----2
- G. A veces -----1
- H. Nunca-----0

2) Todavía Disfruto con lo que antes me gustaba (DEPRESION)

- E. Como siempre---0
- F. No lo bastante----1
- G. Solo un poco -----2
- H. Nada-----3

3) Tengo una sensación de miedo, como si algo Horrible me fuera a suceder. (ANSIEDAD)

- E. Definitivamente y es muy fuerte---3
- F. Si pero no es muy fuerte-----2
- G. Un poco pero no me preocupa-----1
- H. Nada-----0

4) Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas (DEPRESION)

- E. Al igual que siempre lo hice-----0
- F. No tanto ahora-----1
- G. Casi nunca-----2
- H. Nunca-----3

5) Tengo mi mente llena de preocupaciones (ANSIEDAD)

- E. La mayoría de las veces-----3

- F. Con bastante frecuencia-----2
- G. A veces, aunque no muy a menudo----1
- H. Solo en ocasiones-----0

6) Me siento Alegre (DEPRESION)

- E. Nunca-----3
- F. No muy a menudo---2
- G. A veces-----1
- H. Casi siempre-----0

7) Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado (ANSIEDAD)

- E. Siempre-----0
- F. Por lo general-----1
- G. No muy a menudo----2
- H. Nunca-----3

8) Me siento como si cada día estuviera más lento (DEPRESION)

- E. Por lo general, en todo momento----3
- F. Muy a menudo-----2
- G. A veces-----1
- H. Nunca-----0

9) Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el Estomago (ANSIEDAD)

- E. Nunca-----0
- F. En ciertas ocasiones-----1
- G. Con bastante frecuencia----2
- H. Muy a menudo-----3

10) He perdido el interés en mi aspecto personal (DEPRESION)

- E. Totalmente-----3
- F. No me preocupo tanto como debiera----2
- G. Podría tener un poco mas de cuidado----1
- H. Me preocupo al igual que siempre-----0

11) Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme (ANSIEDAD)

- E. Mucho-----3
- F. Bastante-----2
- G. No mucho---1
- H. Nada-----0

12) Me siento optimista respecto al futuro (DEPRESION)

- E. Igual que siempre-----0
- F. Menos de lo que acostumbraba-----1
- G. Mucho menos de lo que acostumbraba---2
- H. Nada-----3

13) Me asaltan sentimientos repentinos de pánico (ANSIEDAD)

- E. Muy Frecuente-----3
- F. Bastante a menudo---2
- G. No muy a menudo----1
- H. Rara vez-----0

14 Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión (DEPRESION)

- E. A menudo-----0

- F. A veces-----1
- G. No muy a menudo----2
- H. Rara vez-----3

PUNTAJE

DEPRESION:.....

ANSIEDAD.....

0-7 NORMAL

8-21 ANORMAL

Interpretación de la encuesta Asma Control Test

¿En las últimas 4 semanas, qué tanto tiempo perdió en su trabajo, en el colegio, en su casa, etc. por causa del asma que padece?

- F. Todo el Tiempo -----1
- G. La mayoría del tiempo -----2
- H. Algo de tiempo -----3
- I. Poco Tiempo -----4
- J. Nada de tiempo -----5

¿Durante las últimas 4 semanas, qué tan frecuentemente ha presentado falta de aliento/dificultad para respirar?

- F. Más de una vez al día -----1
- G. Una vez al día -----2
- H. De 3 a 6 veces a la semana-----3
- I. Una o dos veces a la semana-----4
- J. Nunca presente dificultad para respirar----5

¿Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia los síntomas del asma (sibilancias, tos, dificultad para respirar, opresión en el pecho o dolor) lo despertaron durante la noche o lo despertaron más temprano en la mañana?

- F. 4 o más noches a la semana-----1
- G. 2 o 3 noches a la semana-----2
- H. Una vez a la semana -----3
- I. Una o dos veces -----4
- J. Nunca me desperté por causa de síntomas de asma-----5

¿Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia utilizó Usted su inhalador de rescate o el medicamento nebulizador (como es el salbutamol)?

- F. 3 o más veces por día -----1
- G. 1 o 2 veces al día -----2
- H. 2 o 3 veces al día -----3
- I. Una vez a la semana o menos....4
- J. Nunca-----5

¿Cómo calificaría usted el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

- F. No controlada -----1
- G. Probablemente controlada --2
- H. Algo controlado -----3
- I. Bien controlado -----4
- J. Completamente controlada—5

Puntaje: -----

20 y 25. Asma controlada

Menor a 20. Asma no controlada

Gráficos:

Gráfico 1. Frecuencia de Género en la muestra total.

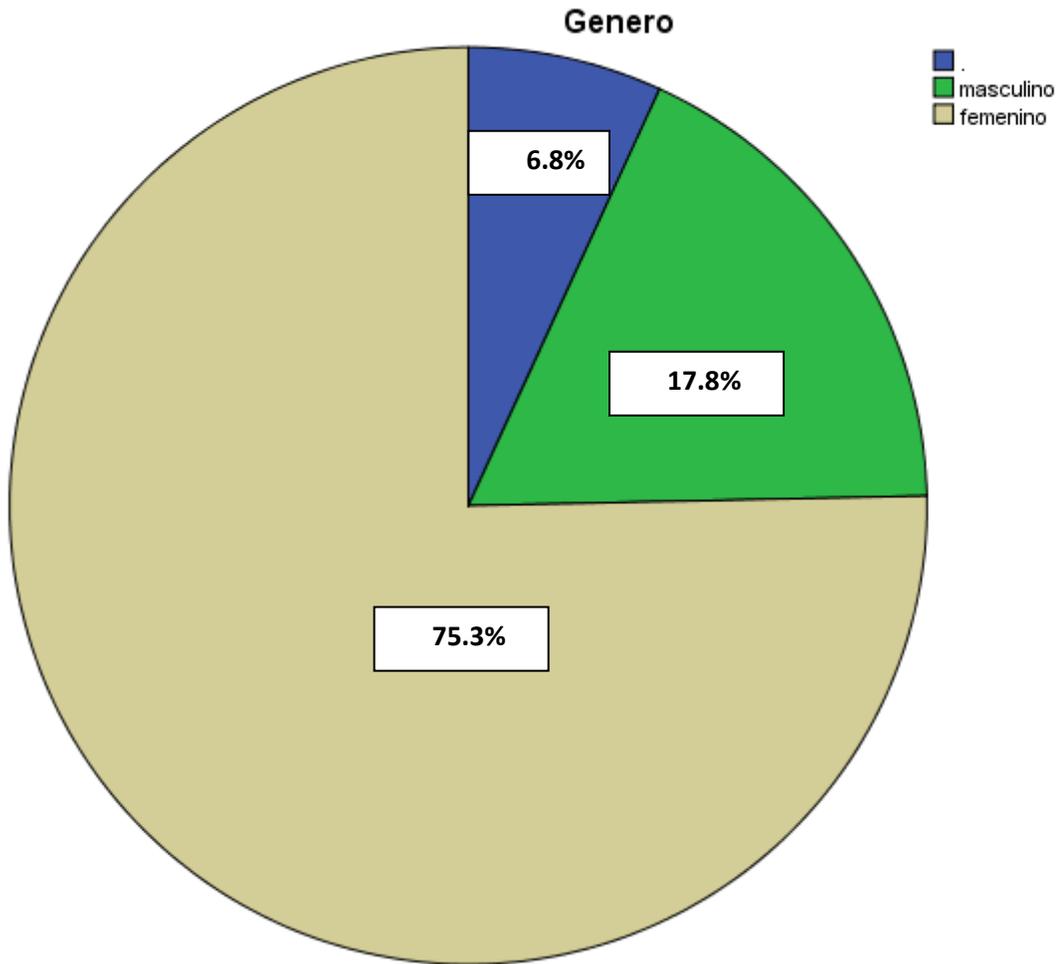


Grafico 2. Frecuencia de personas que Fumaban cigarrillos de la muestra total.

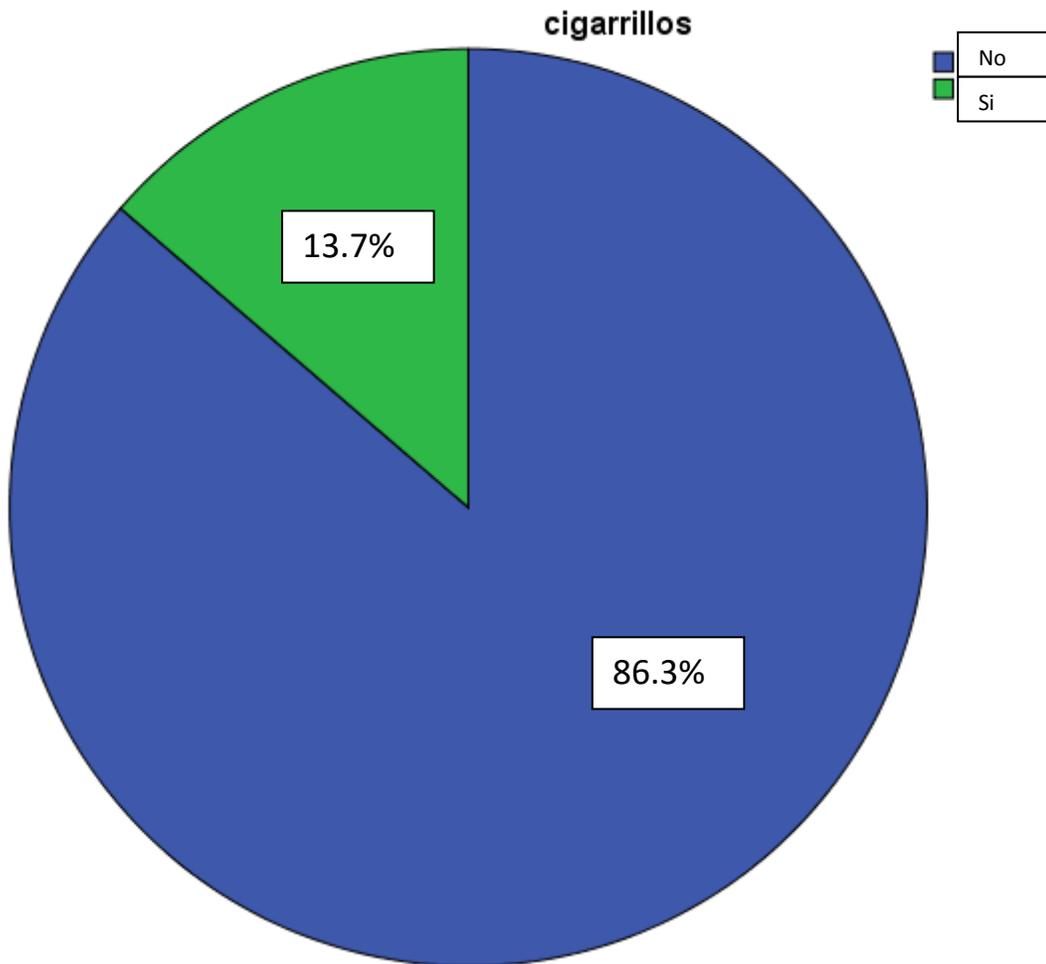


Grafico 3. Frecuencia de pacientes con trastorno de ansiedad

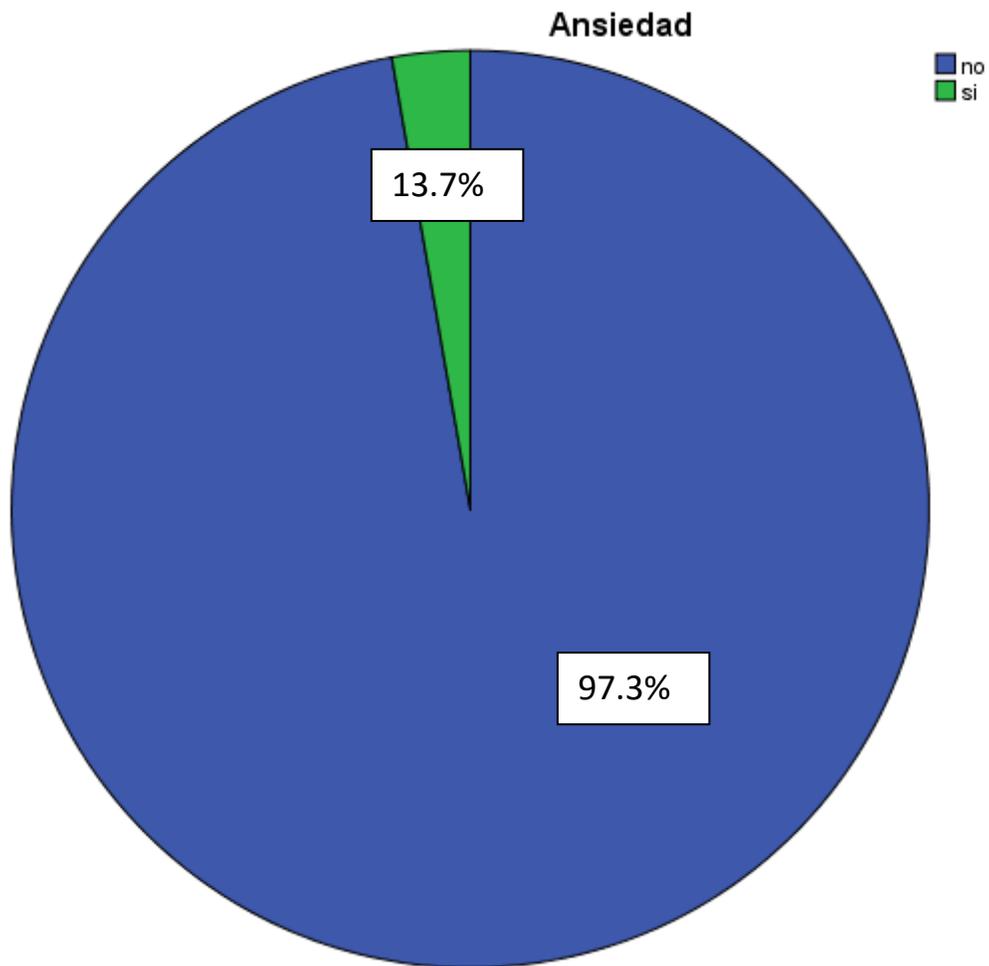


Grafico 4. Frecuencia de pacientes con un mal control de Asma bronquial.

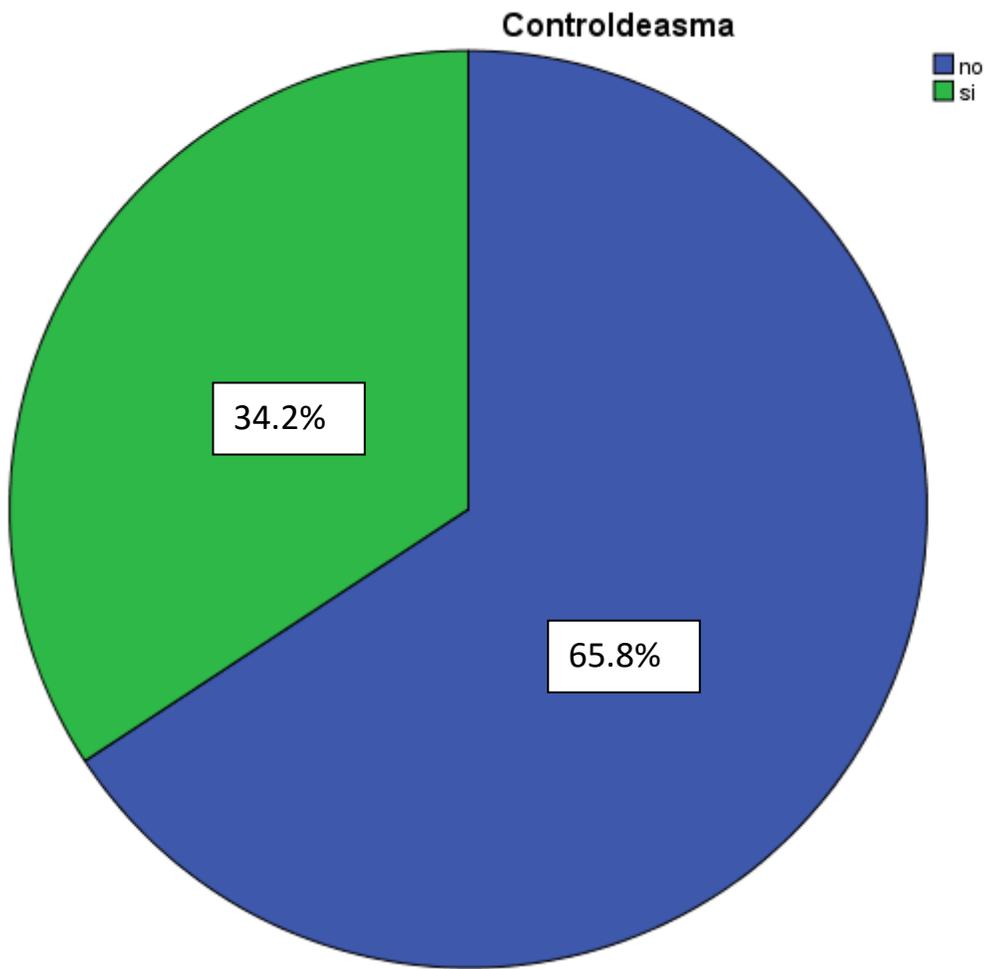


Gráfico 5. Asociación entre pacientes con diagnóstico de ansiedad y mal control de asma bronquial

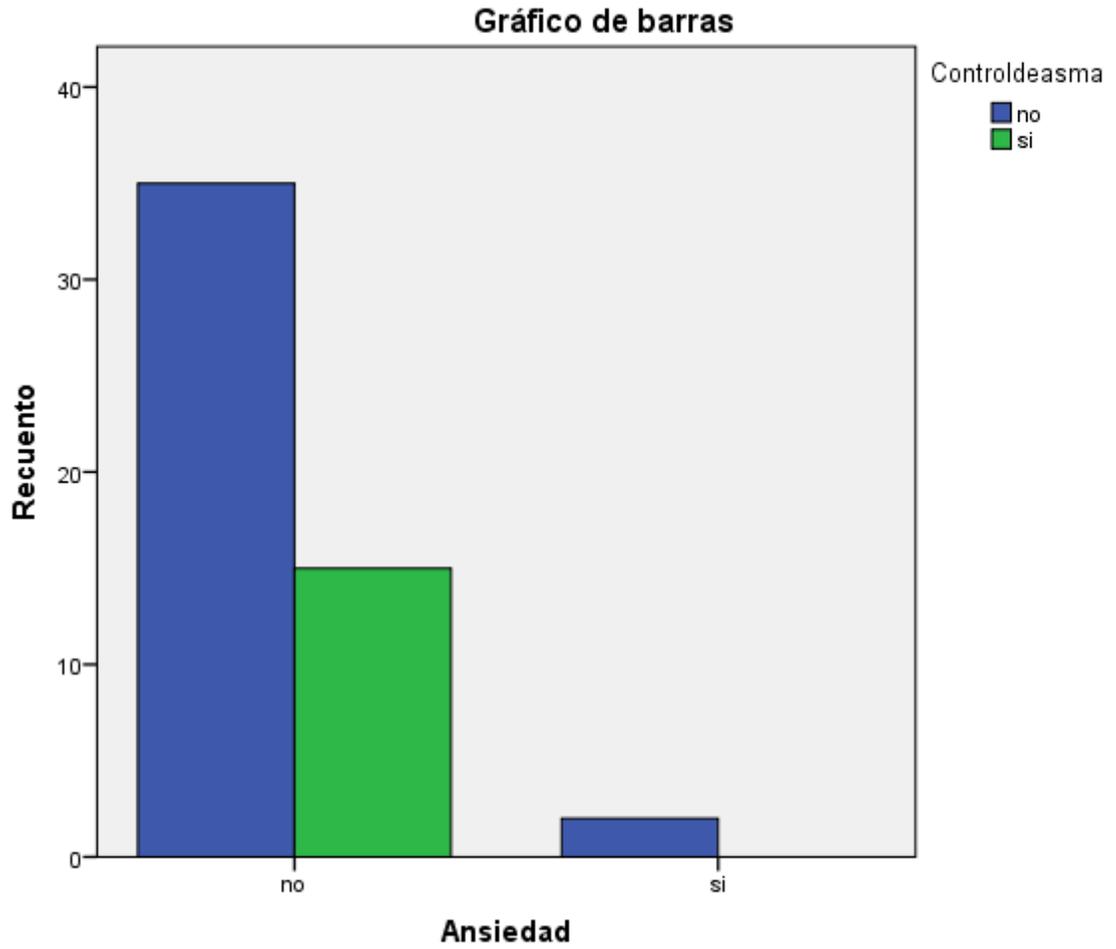
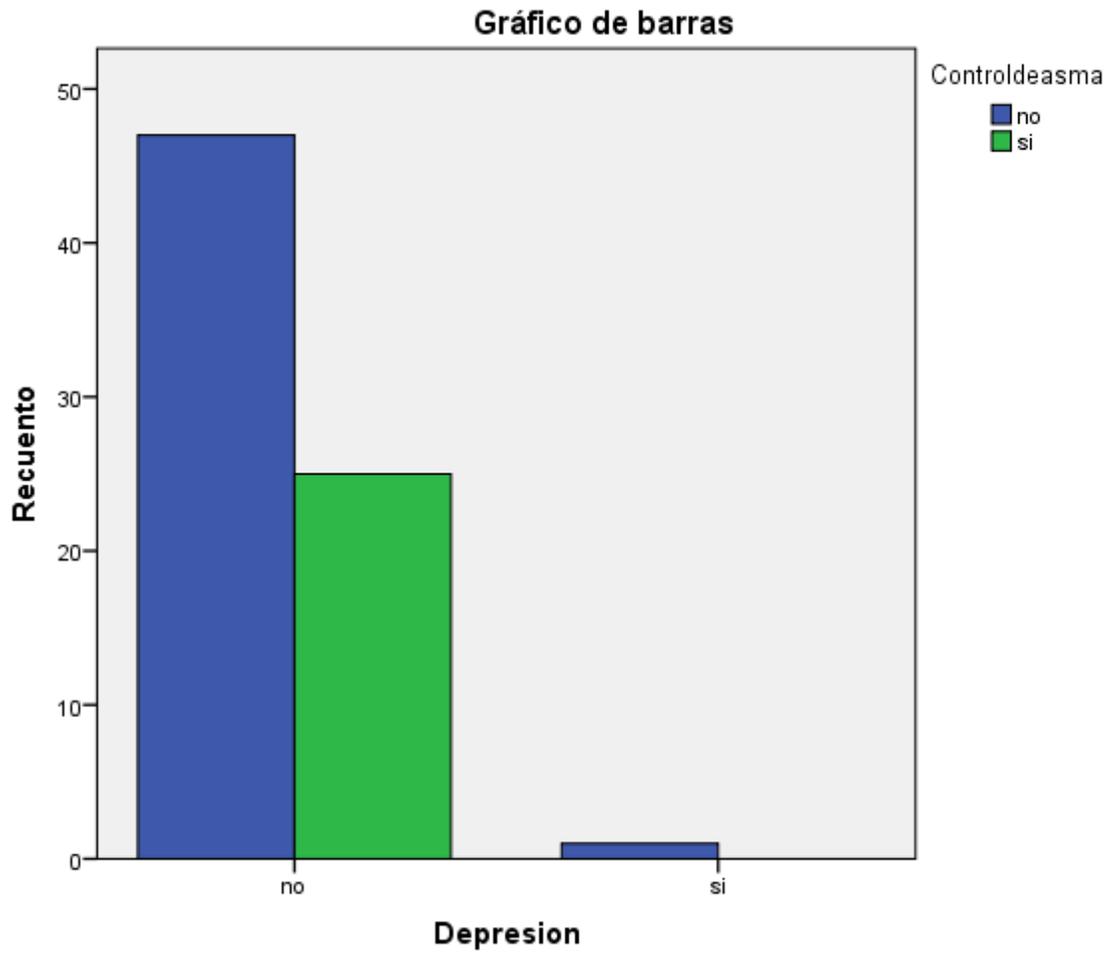


Gráfico 6. Asociación entre pacientes con diagnóstico de depresión y mal control de asma bronquial



Cartas de aceptación de los centros donde se realizo el trabajo de titulación académica.



Guayaquil, 18 de Julio, 2017

Dr. Pedro Barberán Torres
Decano de la Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de Especialidades Espíritu Santo

De mis consideraciones,

Por medio de la presente permitame informarle que yo Dr. Iván Cherez Ojeda, médico especialista, docente de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo, y director del centro de enfermedades Inmunoalergologas, Neumológicas y de trastornos del sueño, Respiralab, concedo la autorización al estudiante de medicina José Alfredo Cano Egúez, de realizar su trabajo de titulación de tesis "Influencia de la ansiedad y depresión sobre el control de pacientes con asma bronquial en el periodo 2017" en mi centro.

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Iván Cherez Ojeda".

Dr. Iván Cherez Ojeda
M. D. I. C. O.
Reg. Prof. 1031. 6411

Dr. Iván Cherez Ojeda
Médico especialista en Inmunoalergología
Neumología y enfermedades de sueño.
Director del centro Respiralab.



DR. FERNANDO CANO PAZMIÑO
NEUMOLOGO

Teléfono: 2390476- 0999421825

Guayaquil 22/Junio/2017

Señores

Directivos de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo.

De mis consideraciones,

Por medio de la presente, Yo, Fernando Arturo Cano Pazmiño, Doctor en medicina especializado en Neumología, de número de cédula 0908358906. Le concedo autorización al Sr. José Alfredo Cano Eguez, Estudiante de la Facultad de ciencias medicas de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo, para realizar su trabajo de Tesis, Influencia de la ansiedad y depresión sobre el control de paciente con asma bronquial en mi consultorio.

Atte.,

Dr. Fernando Arturo Cano Pazmiño

Especialista en Neumología

SECCION OMEGA
HOSPITAL CLINICA KENNEDY



Guayaquil 20 de Junio 2017

Señor Doctor

Daniel Tettamanti

Jefe del departamento de Investigación del Hospital Luis Vernaza.

De mis consideraciones,

Yo, José Alfredo Cano Egúez, estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo (UEES) e Interno rotativo de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, con numero de cedula 0917618340, solicito amablemente se me permita realizar el proyecto de tesis, Influencia de la Ansiedad y Depresión sobre el control en pacientes Asmáticos, en el área de neumología en la consulta externa del Hospital Luis Vernaza. La recolección de datos se realizara bajo la tutela del Dr. Homero Cevallos, Neumólogo de este servicio. De estos datos se analizara el porcentaje de pacientes con asma que sufren de estos trastornos y si existe alguna asociación entre estas entidades y el control de los pacientes.

Agradezco de antemano la importancia dada al presente documento.

Atentamente,



José Alfredo Cano Egúez
Estudiante de Medicina (UEES)
Interno Rotativo de la Junta
De Beneficencia de Guayaquil.


M. C. Homero Cevallos
Médico Especialista en Neumología
Hospital Luis Vernaza
P.O. Box 10000, Guayaquil, Ecuador
SISTEMA EXTERNO

Dr. Homero Cevallos
Especialista en Neumología
Hospital Luis Vernaza


Daniel Tettamanti
Jefe del departamento de Investigación
Hospital Luis Vernaza

Actividades	2016								2017							
	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.
Elaboracion de Ficha]																
Solicitud de permiso para realización de tesis																
Elaboración de Marco Teórico																
Elaboración de Anteproyecto																

