

PREVALENCIA Y CORRELACIONES DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA: DEPRESIVO MAYOR Y DE PANICO EN PACIENTES ASMATICOS ADULTOS SEGUN GRADO DE SEVERIDAD

Por VERONIKA NUE GUERRERO*, GUIDO MAZZOTTI* CESAR VILLARAN y DAVID CACERES*.

RESUMEN

OBJETIVOS: Comparar la prevalencia de trastornos de ansiedad generalizada, depresivo mayor y de pánico en pacientes adultos (>18 años) asmáticos severos-moderados contra pacientes adultos asmáticos leves-intermitentes.

METODO: Se estudiaron a 80 personas, 40 casos y 40 controles, apareados por edad y sexo. Se definió como caso a aquellos pacientes clasificados como asma moderada o severa, y como controles a aquellos pacientes clasificados como asma leve o intermitente, según los grados de severidad de asma. Se aplicó a cada paciente una entrevista que consta de cinco secciones para evaluar: datos demográficos, criterios de severidad de asma, diagnóstico de trastorno depresivo mayor (TDM), ataque y trastorno de pánico (TP) y trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

RESULTADOS: Se encontró que un 35% de los casos tiene algún tipo de los trastornos mentales estudiados contra un 15% de los controles, siendo estadísticamente significativo ($p < 0.05$). En los casos se encontró un 27,5% de TAG contra un 15% en los controles, no fue estadísticamente significativo. Se observó que un 17,5% de los casos tenían trastorno depresivo mayor, en tanto que los controles tenían un 7,5%, el tamaño muestral no fue suficiente para poder encontrar asociación estadísticamente significativa entre las variables depresión y grado de severidad de asma. El 100% de los que tenían Trastorno de Pánico eran asmáticos moderados-severos, lo cual fue estadísticamente significativo: $\chi^2 = 4.2$ ($p < 0,05$).

* Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

CONCLUSIONES: *Encontramos una tendencia de una probable asociación entre trastornos mentales y grado de severidad de asma, particularmente con trastorno depresivo mayor y trastorno de pánico.*

SUMMARY

OBJECTIVES: *Evaluate generalized anxiety disorder, major depressive disorder and panic disorder prevalence in adult patients with asthma related to asthma severity stage.*

METHOD: *80 people, 40 cases, 40 controls were studied, compared by age and sex. A case was defined like those patients classified like moderate or severe asthma and like controls those patients classified like mild or intermittent asthma, according to asthma severity stages. An interview was run to each patient consisting in five sections to evaluate: demographical data, inclusion and exclusion criteria, asthma severity criteria and other factors related to asthma.*

RESULTS: *It was found that 35% of the cases have some kind of studied mental disorder against 15% controls, being statistically significant ($p < 0,05$). It was found 27,5% of Generalized Anxiety Disorder in cases against 15% of the controls. An statistically significant relationship was not found between Generalized Anxiety Disorder prevalence and severity stage. It was observed that 17,5% of the cases had Major Depressive Disorder, and controls had a 7,5%, the sample size was not enough for finding and statistically association significant between depression and asthma severity stage variables. 100% with Panic Disorder had moderate or severe asthma which is statistically significant, the chi square was 4,2 ($p < 0,05$). Panic Disorder was observed chi-square is statistically significant: 4,2 ($p < 0,05$).*

CONCLUSIONS: *We find a tendency of likely association trend between mental disorders and asthma severity stage, specially related to Major Depressive Disorder and Panic Disorder.*

PALABRAS-CLAVE : Trastornos de ansiedad, asma, depresión.

KEY WORDS : Anxiety Disorders, Asthma, Depression.

INTRODUCCION

Debido a que el asma es una enfermedad que causa mucha morbimortalidad, la cual incluso está en incremento en los últimos años¹, y siendo por ello un serio problema de

salud pública en todo el mundo, los estudios o investigaciones abocados a evaluar la influencia de diversos factores en su manejo terapéutico final e integrado, como es la tendencia actual en medicina, resultan de particular relevancia.

Se ha escuchado o leído que el asma es una enfermedad con importante factor psicológico, algunos incluso postulan factores psiquiátricos²⁻⁷. Según diversos estudios existiría alguna asociación entre la morbilidad psiquiátrica y la severidad del asma, la mayoría de ellos, se han realizado en niños o en adolescentes y pocos en adultos, asimismo, la mayoría se han realizado sin medidas objetivables de factor psicológico. Nosotros preferimos realizar este estudio en adultos, por haber pocos estudios en ellos y con medidas que objetiven más que factores psicológicos, los factores psiquiátricos tales como los trastornos de ansiedad, depresión y pánico para poder establecer una relación entre dos enfermedades, las cuales son susceptibles de manejo médico, lo que sería más difícil quizás con los factores psicológicos.

De verificar alguna relación importante entre la severidad del asma y las enfermedades psiquiátricas, al intervenir en estas últimas se podrían lograr medidas correctivas terapéuticas más efectivas en cuanto a prevención y tratamiento del asma, disminuyendo su severidad e incluso los días perdidos de actividad diaria ocasionados por la coexistencia de factores psicológicos-psiquiátricos con los ataques de asma.

Con la finalidad de saber si existe este tipo de asociación en adultos este trabajo pretende averiguar si hay mayor prevalencia de ansiedad, depresión y

pánico, diagnosticados como trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo mayor y trastorno de pánico, en los pacientes adultos asmáticos severos que en los leves.

METODO

Se estudió a 80 pacientes, 40 casos y 40 controles, varones y mujeres mayores de 18 años, que gozaran de un buen estado de salud, excepto por el asma y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión específicos. El estudio fue realizado en una población hospitalaria que acuden para protocolos multicéntricos de investigación de asma (el diagnóstico, tratamiento y control de asma) al Servicio de Neumología (Centro Thorax) de la clínica Ricardo Palma. Es un estudio tipo caso control, prospectivo en el tiempo.

Se consideró como criterios de inclusión: 1) Paciente varón o mujer, mayor de 18 años, que acude para su control al Servicio de Neumología de la Clínica Ricardo Palma. 2) Caso: Paciente asmático moderado o severo clasificado según los Criterios de Severidad de Asma. 3) Control: Paciente asmático leve o intermitente clasificado según los criterios de severidad de asma, del mismo sexo, con un rango de diferencia de edad mayor o menor de 3 años y si es posible, de similar condición socioeconómica. Se escogieron revisando las historias clínicas e invitándolos a participar en el

estudio. 4) Que acepten participar en el estudio, previo consentimiento informado escrito (aprobado por el Comité de Etica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia). Entre los criterios de exclusión se consideraron: 1) Enfermedades que usualmente causen depresión tales como TBC, enfermedades del colágeno, neoplasias, enfermedades endocrinas, neurológicas, nutritivas, etc.; 2) Uso de medicamentos que pueden causar depresión (ej. Metildopa, antineoplásicos); 3) enfermedades que usualmente causen o sean consecuencia de ansiedad, ej: gastritis crónica, enfermedades endocrinas, del SNC (delirio, demencia, epilepsia), cardiacas (arritmias, angina de pecho, infarto de miocardio), metabólicas (anemias, hipoglucemia, hiponatremia, hipercalemia); 4) uso de drogas que pueden causar ansiedad: neurolépticos, cafeína, alcohol, cannabis, cocaína, efedrina, teofilinas; 5) intervenciones quirúrgicas recientes (1 mes); 6) negativa del paciente a la entrevista.

Para evaluar la severidad de asma y los trastornos mentales (TAG, TDM y TP) se aplicó a cada paciente una entrevista que consta de 5 secciones: I) Datos generales; II) Cuestionario No. 1: Severidad de asma. III) Evaluación de síntomas depresivos actuales (trastorno depresivo mayor); IV) Evaluación del ataque y trastorno de pánico; V) Evaluación de síntomas de trastorno de ansiedad generalizada. Además se realizó una espirometría por

profesional médico capacitado, a aquellos pacientes que no tenían espirometría actualizada (6 meses), con espirómetro Puritan Bennet enaissance modelo PB 100. Se utilizó el programa Excel para calcular las frecuencias. Para determinar si existe asociación entre el factor y el efecto se utilizó el modo estadístico Chi cuadrado por ser análisis de tablas de 2x2 (tablas Pivot). Se obtuvieron el Odds Ratio (estimación de la fuerza de asociación) y el intervalo de confianza del Odds Ratio para evaluar si el resultado es determinante o se debe considerar el tamaño de muestra. La evaluación de Trastorno de Pánico, se hizo cuando el paciente no presentaba crisis.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra las prevalencias de las variables demográficas de acuerdo a grado de severidad de asma. En los gráficos del 1 al 5 se muestra la distribución de frecuencia de edades de acuerdo a los trastornos mentales estudiados (TAG, TDM y TP) y el grado de severidad de asma. Se observa mayor prevalencia de TAG y TDM en adultos menores de 30 años, mientras que en Trastorno de Pánico no se observa diferencia.

En la tabla 2 se muestran las prevalencias de los trastornos mentales en general y por cada trastorno,

dígase del trastorno de ansiedad generalizada, del trastorno depresivo mayor y sus significancias estadísticas en general.

Se observa de este modo que un 35% de los asmáticos moderados-severos (casos) tienen algún tipo de los trastornos mentales estudiados contra un 15% de los asmáticos leves-intermitentes (controles). en cuanto a la prevalencia de TAG según el grado de severidad de asma se puede ver que la presentan el 27,5% de los que tienen asma moderada a severa contra un 15% de los que tienen asma leve-intermitente. Respecto a trastorno depresivo mayor, se observa que un 17,5% de los que tienen asma moderada a severa presentan este diagnóstico, en tanto que los que tienen asma leve a intermitente un 7,5%. Asimismo, se puede ver que un 10% de los que tienen asma moderada-severa presentan trastorno de pánico y ninguno de los que tienen asma leve-intermitente presentan este trastorno. El OR es 3:05, lo que indica que la presencia de los trastornos mentales, en general, son tres veces más frecuentes en los asmáticos severos que en los leves, con un intervalo de confianza que va desde 0,05 hasta 2,17.

Se analiza la asociación estadística entre grado de severidad de asma y presencia o no de trastorno de ansiedad generalizada, observándose que el chi-cuadrado es 1,86 y no es estadísticamente significativo. El OR hallado es 2,15 con un intervalo de -0,33

a 1,85, que sugiere que puede haber faltado un poco de muestra (intervalo de confianza estrecho, pero algo cercano a 1) o que definitivamente no es significativo.

En la tabla 3 se muestra la posible asociación estadística entre el grado de severidad de asma con trastorno depresivo mayor. Aquí se encuentra un chi-cuadrado de 1,82 lo que indica que no hay significancia estadística, pero al buscar el intervalo de confianza al 95% que va desde -0,461 a 2,379 se puede sugerir que si bien el n muestral no es suficiente, puede considerarse muy aproximado para poder demostrar estadísticamente la asociación propuesta.

En cuanto al trastorno de pánico, se observa en la tabla 4 que el chi cuadrado es 4,2. Sin embargo, aquí no se puede establecer el OR (resultado es infinito) probablemente debido a que no se encontró ningún asmático leve con trastorno de pánico.

DISCUSION

Los grupos fueron básicamente comparables por edad y sexo encontrando un promedio de edad en general de 32 años y una predominancia de sexo femenino sobre el masculino de 3 a 1 aproximadamente, que se explica por la prevalencia de asma que hacia la edad adulta muestra cierto predominio por el sexo femenino⁸. Observamos una

mayor prevalencia de TAG y TDM en pacientes adultos jóvenes (menores de 30 años), siendo el promedio de edad general de 32 años, lo cual concuerda con lo encontrado en otros estudios, la mayoría realizado en países desarrollados, los cuales estiman que la distribución de los trastorno mentales (TAG, TDM y TP) son mayores en gente adulta joven que en personas de mediana edad y ancianos⁹. No se encontró deferencia de edades respecto a trastorno de pánico, probablemente debido a ser un número demasiado pequeño de muestra.

En nuestro estudio encontramos una mayor prevalencia de trastornos mentales (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo mayor y trastorno de pánico, principalmente estos dos últimos) en los pacientes con asma moderada a severa comparada contra aquellos que tenían asma leve a intermitente. Inicialmente calculamos el muestral en 274 casos y 274 controles con el programa Epiinfo, pero debido a problemas en el apareamiento (exclusión de personas con otras enfermedades por ej.), por disponibilidad de tiempo y a que no se lograron ubicar a todos los posibles controles tuvimos que fijar la muestra en 40 casos y 40 controles. Esto hace que no se tengan resultados estadísticamente significativos por falta de muestra en varios de los casos.

Nosotros encontramos que un 10% de pacientes con asma moderada-

severa tiene trastorno de pánico y que los pacientes con asma leve-intermitente no presentan este trastorno. WRAY DAHLEM y col. evaluaron el porcentaje de días en que los pacientes con diferente grado de pánico-miedo requirieron medicinas antiasmáticas de acuerdo al grado de función pulmonar, encontrando que los pacientes con pánico-miedo moderado requerían medicinas antiasmáticas un mayor porcentaje de días mientras la función pulmonar era menos adecuada. Por el contrario, el porcentaje de días en que requirieron medicinas fue siempre bajo para los pacientes con bajo grado de pánico-miedo y alto para los pacientes con alto grado de pánico-miedo (todos los $ps < 0.5$) sin considerar los niveles de función pulmonar¹⁰. En nuestro estudio utilizamos el SCID para evaluar criterios de DSM IV para evaluar prevalencia de trastorno de pánico, mientras que en el estudio mencionado utilizan un "Listado de Síntomas de Asma" para evaluar los síntomas experimentados durante un ataque de asma. Si bien varios autores, por ej. THOMPSON y THOMPSON¹¹, hablan del pánico-miedo en pacientes asmáticos, hay pocos o muy escasos estudios que evalúan esta relación. Por ello, antes de realizar un estudio más complejo preferimos empezar evaluando la prevalencia de pánico, como trastorno psiquiátrico, en los pacientes asmáticos y aunque la metodología empleada en cada estudio es claramente diferente, se observa que en ambos hay una

asociación entre presencia o grado de pánico y grado de severidad de asma o nivel de función pulmonar. Debemos aclarar que al momento de realizar la entrevista los pacientes estaban en un período intercrítico, es decir sin ataques de asma en ese momento y que al indagar si las manifestaciones de ataque de pánico coincidían con los ataques de asma, uno de los cuatro pacientes señaló que coincidió en una de cinco oportunidades.

En nuestro estudio encontramos, en general, en pacientes asmáticos adultos, un 21,3% de TAG y un 12,5% de trastorno depresivo mayor, mientras que BASS y GARDNER¹² encontraron un 18,44% de ansiedad y un 16,78% de depresión en pacientes con hipersensibilidad sugestiva de asma. Nosotros empleamos una muestra de 80 pacientes, cuya edad promedio fue de 31,8% y medimos ansiedad y depresión con los criterios del DSM IV aplicando una entrevista semiestructurada (SCID) basada en aquél. En el estudio de BASS y GARDNER que emplearon una muestra de 21 pacientes cuya edad promedio fue de 45,3 años utilizaron una escala de puntuación de Kellner y Sheffield, (un cuestionario de 30 ítems que es autoadministrado para determinar ansiedad, síntomas somáticos, depresión y falta de adecuación), pero la aplicaron en general a los pacientes con hiperventilación sintomática crónica, y dentro de ello evaluaron a los que tenían hipersensibilidad sugestiva de asma. La diferencia

puede deberse a que en nuestro trabajo los pacientes son definitivamente asmáticos y no con hipersensibilidad sugestiva y asma como en el estudio referido y se han aplicado diferentes pruebas en ambos estudios para evaluar ansiedad y depresión (Cuadro 1, es el cuadro de las comparaciones ¿va a ir este cuadro?).

Existen diversos estudios que han documentado características de los niños que mueren de asma^{13,14,15,16} pero hay pocos estudios caso-control que ayuden a esclarecer las características clínicas asociadas con muerte¹³. Lo importante de los hallazgos de STRUNK y col. es que sus resultados enfatizan la importancia y el cuidado de considerar el rol de problemas psicológicos en el manejo del paciente con asma severa, en este caso especialmente con los niños asmáticos severos¹³. Hay evidencia presentada en un estudio de MILLER¹⁷ que muestra que la depresión está asociada con incremento del tono colinérgico periférico y central y que la depresión existe en niños. No se puede extraer conclusiones considerando sólo las asociaciones patofisiológicas o epidemiológicas entre la muerte por asma y la depresión. Sin embargo uno no puede ignorar la apremiante lógica que lleva estos hallazgos asociados hacia una perspectiva más aclaradora¹⁷.

Asimismo en adultos, también hay escasos estudios caso-control (como el de GARDEN y AYRES) que evalúan la asociación entre los factores psicológicos/psiquiátricos y la severidad-

mortalidad del asma^{18,19}. No encontramos estudios prospectivos en adultos acerca de esto.

En nuestro estudio encontramos que un 17,5% de pacientes con asma moderada a severa tenían depresión contra un 7,5% de los pacientes con asma intermitente-leve, sin llegar a ser estadísticamente significativo por falta de muestra algo mayor. Nuestro estudio no fue diseñado para evaluar mortalidad, y tampoco fue realizado en niños, pero existe cierta similitud en querer comparar grados de severidad con presencia de síntomas depresivos o más específicamente con trastorno depresivo mayor. Por ser la mortalidad un factor difícil de evaluar, nosotros por el modelo de entrevista y estudio utilizado de por sí algo complejo, preferimos no utilizar la mortalidad como factor de medición.

LYKETSOS y col. estudiaron en un grupo de 35 pacientes asmáticos los estados distímicos y los síndromes depresivos en condiciones físicas de origen presumiblemente psicogénico y encontraron que ellos muestran considerablemente más estados distímicos y síndromes neuróticos durante la fase aguda de cada enfermedad que otras condiciones médicas²⁰. Parece ser que, en parte, los estados distímicos y los síndromes neuróticos están relacionados a la severidad y al tipo de manifestaciones físicas de cada enfermedad. Entre las condiciones físicas

consideradas está el asma bronquial con alto puntaje para las escalas de ansiedad y depresión²⁰. Nuestra encuesta estuvo dirigida principalmente a diagnosticar depresión mayor pero podría aplicarse o modificarse también para hallar estados dístimicos.

Nosotros encontramos que 14/40 pacientes con asma moderada-severa tenían algún trastorno psiquiátrico comparado contra 6/40 de los pacientes asmáticos intermitentes-leves, lo cual fue estadísticamente significativo ($p < 0.05$). En el trabajo de GARDEN y AYRES encontraron que significativamente ($p < 0,02$) mas sujetos (12/20) con asma severa que los controles (5/20) tenían trastornos psiquiátricos pasados o intercurrentes y 7/20 sujetos con asma severa tuvieron a lo largo de su vida una historia de trastorno de ansiedad comparado con 3/20 de los controles, mientras que 9/20 de los casos contra 3/20 de los controles presentaron trastorno depresivo ($p < 0,02$)¹⁸. Estos resultados son similares a los nuestros, aunque ellos utilizaron la mitad de la muestra que nosotros y definieron como asma severa a aquel grupo de pacientes con una persistente y marcada variación diurna (más del 40%) del PEF, a pesar del tratamiento con múltiples drogas, por otro lado ellos utilizaron también la Entrevista Clínica Estructurada (SCID) aunque basados todavía en el DSM III-R y otros cuestionarios como el Cuestionario General de salud (GHQ) que es un

test de screening para trastornos psiquiátricos y el Inventario de personalidad de Eysenck.

Mientras que trabajos anteriores²¹, identificaron la importancia de factores psicológicos en la patogénesis del asma, los hallazgos de tales estudios son difíciles de interpretar debido a que no se usaron instrumentos estandarizados o criterios diagnósticos en esas épocas. Todo esto sugiere que los pacientes con asma severa tienen mayor morbilidad psiquiátrica que los pacientes con asma menos severa. Los grupos fueron comparados por edad, sexo y duración de la enfermedad. Nosotros sugerimos lo mismo, aunque nuestros grupos fueron comparados básicamente por edad y sexo y en forma global por aspecto socioeconómico.

En el estudio de JANSON y col. cuyo objetivo era hallar la asociación entre el estatus psicológico y las medidas objetivables de asma, su población estudiada fue tomada de la población general, mientras que otros estudios utilizaban población hospitalaria⁷. Nosotros utilizamos criterios de severidad de asma (clínicos y objetivables) según la iniciativa para el Manejo y Control de Enfermedades Respiratorias del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos²² para dividir los grupos en asmáticos severos y leves. El cuestionario que usaron ellos puede dar solo una impresión del estatus psicológico de un individuo, pero en un estudio

epidemiológico tal simplificación es necesaria. Sin embargo, como nuestro objetivo es poder hallar alguna asociación entre dos enfermedades, asma y trastorno de ansiedad generalizada o trastorno depresivo mayor o trastorno de pánico, decidimos utilizar mejor un instrumento que nos pueda dar un diagnóstico mucho más certero. Ellos identificaron y separaron los casos en posibles y definidos tanto de ansiedad como de depresión con la escala HAD. Nosotros solo consideramos los casos con diagnóstico de TAG, TDM o TP, según los criterios de DSM IV.

Dentro de los últimos estudios realizados que asocian ansiedad, depresión y asma están los dos que siguen a continuación. El primero es acerca de las asociaciones cruzadas entre asma, rinitis alérgica y otras alergias con depresión mayor entre los pacientes adultos en los Estados Unidos. Utilizaron los datos de 6836 adultos, entre 20 a 39 años de edad del Tercer Estudio Nacional de Salud y Evaluación Nutricional (1988-1994). Los sujetos respondieron a las preguntas acerca de historia de asma, rinitis alérgica y otras alergias en los últimos doce meses. La historia y presentación de trastorno depresivo mayor fueron obtenidos del SCID. Los sujetos con historia de alguna alergia tenían diagnóstico de trastorno depresivo mayor (OR+1,58, (%% de IC: 1.13-2.21). Ellos, así como nosotros utilizan el SC é porcentaje presentan depresión mayor, tampoco lo

relacionan con severidad, solo con historia de asma y rinitis alérgica²³. El otro estudio toma como muestra 80 pacientes reclutados de un diseño clínico de asma realizado en un hospital. Midieron ansiedad, depresión, apoyo social, adaptación emocional al asma y conocimiento del asma utilizando instrumentos de autodiagnóstico seleccionados por su aceptabilidad y fácil administración. Encontraron que un 25% de la muestra tenían casos posibles y definidos de depresión. El nivel de conocimiento del asma fue muy bajo. Ninguna de las medidas de función psicosocial escogidas fueron predictivas de conocimiento de asma. Además, los pacientes con asma severa tuvieron más altos niveles de estrés, particularmente de ansiedad,

aún entre los ataques. Las actitudes hacia su enfermedad son multifactoriales y se correlacionan significativamente con estrés emocional, índices de morbilidad y algunos factores demográficos²⁴. En este estudio, más bien, emplean como instrumento de diagnóstico, los test de autodiagnóstico que si bien son rápidos pueden estar evaluando sólo un momento, un estado emocional de la persona y no identifican como enfermedad la ansiedad o la depresión. Por otro lado, sólo evalúan pacientes asmáticos severos, sin compararlos con otros menos severos o leves. De todos modos, esto nos permite mantenernos en la línea de nuestra investigación para propulsar posteriormente un trabajo similar, pero de mayor cobertura.

BIBLIOGRAFIA

1. NATIONAL HEART, LUNG AND BLOOD INSTITUTE (NHLBI) U.S.A. "Executive Summary: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. U.S. Department of Health and Human Services". *Public Health Service National Institutes of Health*. July 1994.- 2. LYKETSOS, GC; KARABETSOS, A; JORDANOGLUO UJ; *et al.* (1984): Personality characteristics and dysthmic states in bronchial asthma. *Psychoter Psychosom*, 41: 177-85.- 3. GIFT AG. (1991): "Psychologic and physiologic aspects of acute dyspnea in asthmatics". *Nurs Res*, 40: 196-9.- 4. BELL, IR; JASNOSKI, ML; KAGAN, J; *et al.* (1991): "Depression and allergies: survey of a nonclinical population". *Psychoter Psychosom*, 55: 24-31.- 5. MICHEL, FB. (1994): "Psychology of the allergic patientn. *Allergy*, 49: 28-30.- 6. SILVERGLADE, L; TOST,

DJ; WISE, PS; S.A. (1994): "Irrational beliefs and emotionally in adolescents with and without bronchial asthma". *J Gen Psicol*, 121:199-207.- 7. JANSON, C; BJORNSSON, E; *et al.* (1994): "Anxiety and depression in relation to respiratory symptoms and asthma". *Am J. Resir Crit Care Med* 1994. 149:930-4.- 8. VEGA, J. (1996): Trastornos mentales en pacientes en tratamiento con glucocorticoides. *Tesis para optar el grado de Bachiller en Medicina en UPCH*.- 9. LEATHERMAN, J; INGRAM, R. JR. II (1992): "Asthma". In *Scientific American Medicine*. Edward Rubenstein M.D. Founding Editor - in - chief. Cap 14. Resp. pp.: 1-18.- 10. BLAZER, D. (1995): "Mood disorders epidemiology". In *Comprehensive Text Book of Psychiatry/VI* (Vol. 1, Sixth edition). H. Kaplan. B. Sadock. Editado por

- Sixth edition). H. Kaplan. B. Sadoek. Editado por Williams & Wilkins. Baltimore, Maryland, U.S.A. 21201-2436.- 11. DAILEM, N; KINSMAN, R; HORTON, D. (1977). "Panic fear in asthma: request for as needed medications in relation to pulmonary function measurements". *J Allergy Clin Immunol*, 60: 295-300.- 12. THOMPSON, WL; THOMPSON, TL II. (1985): "Psychiatric aspects of asthma in adults". *Adv Psychosom Med*, 14: 33-47.- 13. BASS, C and GARDNER, WN. (1985): "Respiratory and psychiatric abnormalities in chronic symptomatic hyperventilation". *Br. J. Med.* 290: 1387-90.- 14. STRUNK, RC; MRAZEK, DA; WOLFSON, GS; *et al.* (1985): "Physiological and psychological characteristics associated with deaths from asthma in childhood: a case controlled study". *JAMA*, 254: 1193-8.- 15. MELLIS, CM and PHELAN PD, (1977): "Asthma deaths in children: A continuing problem". *Thorax*, 32: 24-34.- 16. SPEIZER, FE; DOLL, R and HEAF P. (1968): "Observations on recent increase in mortality from asthma". *Br Med J*, 1:335-39.- 17. WOOD, DW and LICKS, HJ. (1976). "Deaths due to childhood asthma: Are they preventable?" *Clin Pediatr*, 15: 677-87.- 18. MILLER, BD. (1987): "Depression and asthma: a potential mixture". *J Allergy Clin Immunol*, 80: 481-6.- 19. GARDEN GMF and AYRES, JG. (1993). "Psychiatric and social aspects of brittle asthma". *Thorax*, 48: 501-5.- 20. REA, HH; SCRAGG, R; JACKSON R; *et al.* (1986): «A case-control study of deaths from asthma". *Thorax*, 41: 833-9.- 21. LYKETSOS, CG; LYKETSOS, GC; *et al.* (1987): "Dysthmic states and depression syndrome in physical conditions of presumably psychogenic origin" *Acta psychiatr. Scand*, 76: 529-34.- 22. REISS, L. (1956): "Physical and emotional factors in bronchial asthma". *J Psychosom Res*, 1: 98-114.- 23. NATIONAL HEART, LUNG AND BLOOD INSTITUTE (NLHBI). U.S.A. (1995): Pocket Guide for Asthma Management and Prevention by National Institutes of Health. Department of Health and Human Services.- 24. HIRTWIZ, E and MORGESTERN H. (1999): "Cross-sectional associations of asthma, hay fever and other allergies with major depression and low back pain among adults aged 20-39 in the United States". *Am J. Epidemiol*, 150: 1107-16.

TABLA N° 1

DATOS DEMOGRAFICOS EN PACIENTES ADULTOS
ASMATICOS MODERADOS A SEVEROS (CASOS) VS.
ASMATICOS LEVES A INTERMITENTES (CONTROLES)*

	CASOS	CONTROLES
EDAD (promedio)	32,12 años	31,8 años
rango de edad	18 a 63 años	18 a 61 años
SEXO: f/m	29/11 (2,6/1)	29/11 (2,6/1)
	FRECUENCIA/PORCENTAJE	FRECUENCIA/PORCENTAJE
NBI	19(47,5%)	11 (27,5%)
1 NBI	10 (25%)	6 (15%)
2 NBI	7 (17,5%)	4 (10%)
3 NBI	2 (5%)	1 (2,5%)
DISTRITOS		
NSEA	9 (22,5%)	11 (27,5%)
NSEB	7 (42,5%)	12 (30%)
NSEC	17 (42,5%)	15 (37,5%)
NSED	7 (17,5%)	2 (5%)
OCUPACION		
Estudiante	6 (15%)	11 (27,5%)
Profesional	7 (17,5%)	10 (25%)
Jubilado	1 (2,5%)	0
Comerciante	7 (17,5%)	1 (2,5%)
Desocupado	1 (1,25%)	1 (2,5%)
Ama de casa	5 (12,5%)	10 (25%)
Otros	13 (32,5%)	7 (17,5%)
ESTADO CIVIL		
Soltero	21 (52,5%)	20 (50%)
Conviviente	0	1 (2,5%)
Casado	16 (40%)	17 (42,5%)
Separado	1 (2,5%)	1 (2,5%)
Divorciado	1 (2,5%)	1 (2,5%)
Viudo	1 (2,5%)	0
GR. INSTRUCCION		
Primaria completa	1 (2,5%)	0
Secundaria incomp.	1 (2,5%)	1 (2,5%)
Secundaria comple.	15 (37,5%)	4 (10%)
Superior universitar.	3 (7,5%)	30 (75%)
Superior técnico	20 (50%)	5 (12,5%)

* Pacientes que acudieron a los Protocolos de Asma en el Centro Thorax de la Clínica Ricardo Palma (Datos tomados entre enero de 1998 y setiembre del mismo año).

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas (Según INEI(7)).

NSE: Nivel socioeconómico por distritos (ver anexo 05).

TABLA N° 2

PREVALENCIAS DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LOS PACIENTES
ASMATICOS MODERADOS - SEVEROS (CASOS) VS. ASMATICOS LEVES
- INTERMITENTES (CONTROLES)

	CASOS		CONTROLES		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
(n=80)	40	50%	40	50%	p<0.05
TM	14	35%	6	15%	S.E.
TAG	11	27,5%	6	15%	n.s.
TDP	7	17,5%	3	7,5%	n.s.*
TP	4	10%	0	0%	S.E.

* Probablemente por falta de muestra

TM: Trastornos mentales; TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada.

TDM: Trastorno Depresivo Mayor; TP: Trastorno de Pánico

S.E.: Significancia estadística

n.s.: No significativo.

TABLA N° 3

PREVALENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN PACIENTES ASMATICOS
MODERADOS A SEVEROS (CASOS) VS. ASMATICOS LEVES A INTERMITENTES
(CONTROLES).

		SEVERIDAD DE ASMA		
		CASOS	CONTROLES	TOTAL
DEPRESION	SI	7	3	1
	NO	33	37	70
		40	40	80

$\chi^2 = 1.82$

OR: = 2.61

IC: -0.461 a +2.374

TABLA N°4

PREVALENCIA DE TRASTORNO DE PANICO EN PACIENTES ASMATICOS MODERADOS A SEVEROS (CASOS) VS. ASMATICOS LEVES A INTERMITENTES (CONTROLES).

		SEVERIDAD DE ASMA		
		CASOS	CONTROLES	TOTAL
PANICO	SI	4	0	4
	NO	36	40	76
		40	40	80

X² = 4,2

OR = infinito.

X²: Prueba Chi cuadrado

OR: Odds Ratio

IC: Intervalo de Confianza

DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE EDADES DE ACUERDO A LOS TRASTORNOS MENTALES ESTUDIADOS

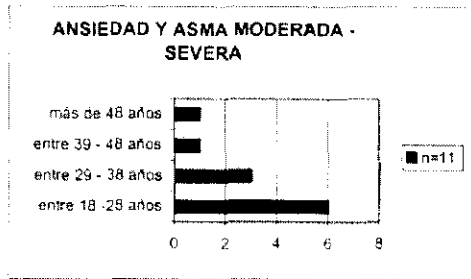


Gráfico N°1

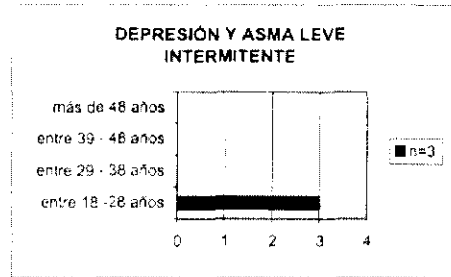


Gráfico N°4

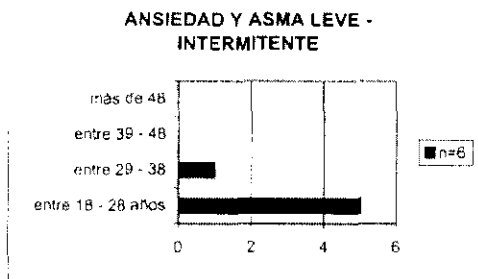


Gráfico N°2

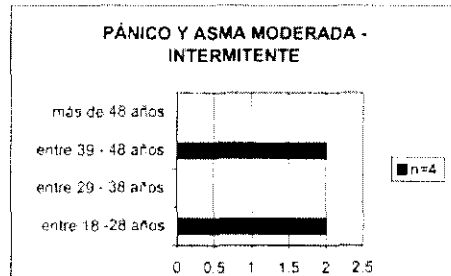


Gráfico N°5

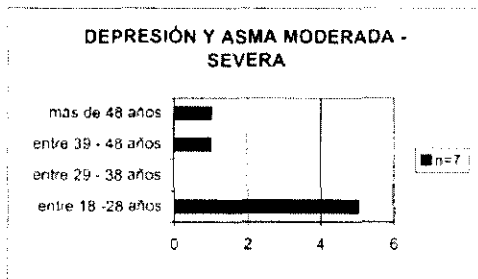


Gráfico N°3