



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
División de estudios de posgrado  
Facultad de Medicina

Instituto Mexicano de Seguridad Social  
Unidad de Medicina Familiar No 28  
“Gabriel Mancera”

“Ansiedad y su relación con cohesión y adaptabilidad familiar  
en pacientes con urgencias tipo sentida en la UMF 28”

Tesis que para optar por el grado de especialista en Medicina  
Familiar

P r e s e n t a

Dra. Sandra Nayelli Velázquez Corales

Tutor: Dra. Ivonne Analí Roy García  
Unidad de Medicina Familiar No. 28 IMSS Profesor titular

México, D.F. Agosto 2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION 3 SUR  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 “GABRIEL MANCERA”  
MÉXICO, D.F.  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

AUTORIZACIÓN DE TESIS

**“ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON COHESIÓN Y  
ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON  
URGENCIAS TIPO SENTIDA EN LA UMF 28”**

---

Dra. Gloria Mara Pimentel Redondo  
Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”

---

Dra. Ivonne Analí Roy García  
Profesor Titular de la Especialización de Medicina Familiar UMF No. 28 y Directora  
de la Tesis

---

Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano  
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud  
Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”

## ASESORES DE TESIS

---

Asesor clínico:

Dra. Ivonne Analí Roy García

Profesor Titular de la Especialización de Medicina Familiar UMF No. 28 y Directora  
de la Tesis



"2014, Año de Octavio Paz".

**Dictamen de Autorizado**

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3609  
H GRAL REGIONAL NUM 1, D.F. SUR

FECHA **25/07/2014**

**DRA. IVONNE ANALI ROY GARCIA**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**Ansiedad y su relación con cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes con urgencias tipo sentida en la UMF 28**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

<b>Núm. de Registro</b>
<b>R-2014-3609-15</b>

ATENTAMENTE

**DR.(A). CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA**

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3609

**IMSS**

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> -----	6
<b>1. MARCO TEÓRICO</b> -----	7
1.1. Urgencias	7
1.1.1 Sistema de salud en México	7
1.1.2 Servicio de urgencias	7
1.1.3 Urgencias en el IMSS	7
1.1.4 Principales motivos de demanda de urgencias en UMF	8
1.1.5 Triage	9
1.1.6 Urgencia médica real	13
1.1.7 Urgencia sentida	13
1.1.8 Razones para acudir al servicio de urgencias por un padecimiento no grave	14
1.2 Ansiedad	15
1.2.1. Relación entre ansiedad y urgencia sentida	15
1.2.2. Manifestaciones de ansiedad	15
1.2.3. Síntomas somáticos	16
1.2.4. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg	17
1.3 Familia	17
1.3.1. Relación entre ansiedad y dinámica familiar	17
1.3.2. Salud y dinámica familiar	17
1.3.3. Funcionalidad familiar	18
1.3.3.1. Familia disfuncional y necesidad de atención	18
1.3.3.2. Modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares	19
1.3.3.3. Escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar (FACES III)	20
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> -----	25
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b> -----	26
<b>4. OBJETIVOS</b> -----	28
4.1. Objetivo general	28
4.2. Objetivos específicos	28
<b>5. HIPÓTESIS</b> -----	28
5.1. Hipótesis alterna	28
5.2. Hipótesis nula	28
<b>6. MATERIALES Y MÉTODOS</b> -----	29
6.1. Tipo de estudio	29
6.2. Población, lugar y tiempo	29
6.3. Tipo de muestreo y tamaño de la muestra	29
6.4. Criterios de selección	30
6.4.1. Inclusión	30
6.4.2. Exclusión	30
6.4.3. Eliminación	30
6.5. Variables del estudio y definiciones conceptuales	30
6.5.1. Variable independiente	30
6.5.2. Variable dependiente	30
6.6. Definiciones operacionales	31
6.7. Instrumentos de recolección de datos	34
6.8. Método de recolección de datos	35
6.9. Análisis de datos	36
<b>7. CONSIDERACIONES ÉTICAS</b> -----	37
<b>8. RESULTADOS</b> -----	38
8.1 Variables sociodemográficas	38
8.2 Motivos para acudir a urgencias	42
8.3 Diagnósticos	43
8.4 Clasificación de familia según FACES III	44
8.5 Ansiedad	47
<b>9. DISCUSIÓN</b> -----	54
9.1 Variables sociodemográficas	54
9.2 Motivos para acudir a urgencias	54
9.3 Diagnósticos	55
9.4 Clasificación de familia según FACES III	56
9.5 Ansiedad	57
<b>10. CONCLUSIONES</b> -----	60
<b>11. REFERENCIAS</b> -----	63
<b>12. ANEXOS</b> -----	66

**Investigador:**

Dra. Sandra Nayelli Velázquez Corales  
Residente de segundo año de Medicina Familiar  
Unidad de adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera"  
Correo electrónico: cora\_33@hotmail.com

**Asesor:**

Dra. Ivonne Analí Roy García  
Prof. Titular de la Residencia de Medicina Familiar  
Unidad de adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera"  
Correo electrónico: ivonne.roy@imss.gob.mx

## INTRODUCCIÓN

Actualmente los servicios de urgencias se encuentran saturados por la gran demanda de atención. Sin embargo muchos de estos pacientes no presentan una urgencia real. Las familias con niveles alterados de cohesión y adaptabilidad pueden tener integrantes quienes presenten ansiedad o angustia y acudan al servicio de urgencias para buscar atención o miembros quienes presenten enfermedades como expresión de una familia rígida o caótica. La presencia de ansiedad es una de las variables asociadas más frecuentemente con los síntomas psicósomáticos, ya que los pacientes con síntomas médicamente inexplicables manifiestan más síntomas de ansiedad que los pacientes con síntomas con explicación médica.

**Objetivo**

Determinar la relación entre niveles de ansiedad, a través de la subescala de ansiedad de Goldberg, y cohesión y adaptabilidad, mediante FACES III, en pacientes con urgencias tipo sentida que acuden al servicio de urgencias de la Unidad de Medicina Familiar No. 28.

**Metodología**

El diseño del presente estudio es transversal, observacional, analítico. Se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera" de la delegación Benito Juárez, en el Distrito Federal, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se incluyeron pacientes quienes acudieron al servicio de urgencias de la UMF 28 por urgencia tipo sentida. Se realizaron 280 encuestas de las cuales solo 236 cumplieron con todos los criterios de inclusión. La presencia de ansiedad se determinó mediante la subescala de ansiedad de Goldberg. La cohesión y adaptabilidad familiar se evaluó mediante el cuestionario FACES III.

**Resultados**

Se encuestaron 236 pacientes con urgencia tipo sentida en quienes se encontró que la presencia de ansiedad se relacionó con diversas características, como pacientes del sexo femenino en un 56.62%, a diferencia del sexo masculino en un 48% y diagnósticos que hacen pensar en sintomatología somática como crisis de ansiedad, como era esperado en un 100%, los clínicamente sanos también 100%, vértigo en 80% y cefalea en 75%. Para la comparación de las medianas del puntaje de ansiedad para las categorías de cohesión, se utilizó la prueba Kruskal Wallis con diferencias significativas, siendo mayores los puntajes de ansiedad en las familias con cohesión extrema, como la familia desvinculada en un 81.25%, esto nos evidencia que familias con cohesión extrema presentan mayores puntajes de ansiedad. En lo referente a adaptabilidad, la presencia de ansiedad se encontró con mayor relación a las familias estructuradas en 68.18%, sin embargo no fue una diferencia significativa. Aunque si se demostró que los pacientes provenientes de una familia caótica, nivel extremo de adaptabilidad, presentaron urgencia tipo sentida en un 42.37%. en cuanto al tipo de familia según FACES III en la población estudiada se descubrió un 54.7% de familias de rango medio, 30.9% balanceadas y 14.4% extremas a diferencia de lo esperado. Los principales motivos de consulta presentados fueron infecciones de vías respiratorias en 17.8%, traumatismos y esguinces en 12.7% y gastritis y colitis en 11% de los pacientes con urgencia tipo sentida. El motivo más frecuente por el que los pacientes acudieron al servicio de urgencias es por la percepción de necesitar atención inmediata en un 32.6% de los casos.

**Conclusiones**

Podemos observar que únicamente las familias con cohesión extrema, como las separadas, se relacionan significativamente, según la prueba de Kruskal-Wallis, con la presencia de ansiedad. Ya que entre los motivos más comunes para asistir al servicio de urgencias por un padecimiento no grave se encuentra la percepción de necesidad de atención inmediata se propone, además de identificar y tratar la ansiedad presentada, otorgar información acerca del sistema de Triage, entre otras sugerencias para evitar la saturación de la consulta.

**Palabras clave:** Urgencia tipo sentida, Ansiedad, Cohesión familiar, Adaptabilidad familiar

# Ansiedad y su relación con cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes con urgencias tipo sentida en la UMF 28

## 1. Marco teórico

### 1.1. Urgencias

#### 1.1.1. Sistema de salud en México

El Distrito Federal tiene un sistema de salud pública que incluye centros de atención primaria, secundaria y terciaria de acuerdo al régimen de salud al que pertenezca el paciente. El IMSS cuenta con 40 centros de atención primaria llamados Unidades de Medicina Familiar (UMF). El estudio se llevara a cabo en la UMF no. 28 que cuenta con un servicio de urgencias funcional las 24 horas del día con un equipo médico conformado por médicos generales, médicos familiares, médicos urgenciólogos así como residentes de primer, segundo y tercer año de la especialidad de medicina familiar.

#### 1.1.2. Servicio de Urgencias

Desde 1985 la medicina de urgencias se ha ido extendiendo en el país hasta encontrarse en clínicas y hospitales. El servicio de urgencias es uno de los pilares de la atención hospitalaria y representa también una vía de acceso a los servicio de internamiento. Sin embargo, el uso inapropiado de estos servicios por problemas de salud no urgentes hace que sea difícil garantizar la atención inmediata para urgencias reales.

Varios factores que pueden llevar a los pacientes a acudir al servicio de urgencias. El deseo de recibir atención el mismo día, la posibilidad de ser atendidos en una unidad con acceso a pruebas de laboratorio y la creencia de que los servicios de salud son capaces de resolver los problemas de salud complejos son algunos de ellos.

Los últimos años se han caracterizado por el incremento de atención de urgencias a nivel hospitalario que podrían ser valoradas en el primer nivel de salud. A finales del siglo XX, las instituciones de salud reportaron que sólo el 25% del total de urgencias de segundo nivel se podían catalogar como hospitalarias.<sup>1</sup>

Actualmente, uno de los principales problemas de los servicios de urgencia es el largo tiempo de espera, tanto las unidades de primer y segundo nivel se encuentran colapsadas por un incremento en la demanda de atención que no ha sido compensado con el crecimiento de la infraestructura de salud.<sup>2</sup>

#### 1.1.3. Urgencias en el IMSS

La organización de los servicios de urgencias en México y en el IMSS es dinámica ya que se trabajan las 24 horas y los 365 días del año. En el país se cuenta con 1043 consultorios y 2623 médicos. El promedio de las consultas de urgencias al año por consultorio es de 15 mil, esto incluyendo primer, segundo y tercer nivel de atención. El IMSS cuenta con 352 unidades de medicina familiar en las cuales existe el servicio de urgencias. Durante el periodo de 1995 a 2004

el número de consultas otorgadas en las UMF subió de 4.7 a 6.3 millones. El primer nivel de atención otorgó 43.1% de las consultas de urgencias.<sup>3</sup>

De 15 mil consultas en el servicio de urgencias el grupo de 20 a 59 años recibió el 41%, los adultos mayores 29.5% y los niños de 0 a 9 años un 23%. En cuanto al sexo se observó que el 54.5% de las consultas se otorgó a las mujeres, en particular a las de edad adulta y mayores.

De las 6.5 millones de consultas en el servicio de urgencias de las unidades de medicina familiar, los principales motivos de demanda de atención fueron infecciones agudas de vías respiratorias superiores (25%), traumatismos y envenenamientos (17.4%) e infecciones intestinales (9.5%), como se muestra en la tabla no. 1. Otro motivo llamado “signos, síntomas y estados morbosos mal definidos” se registró con una frecuencia de 5.3%. Sin embargo, podemos observar que no se especifica la gravedad de estos padecimientos. No conocemos si el paciente quien acudió por una infección de vías respiratorias presentó una urgencia real o sentida. El tercer y quinto motivo, otros diagnósticos y signos y síntomas mal definidos, podrían también englobar urgencias de tipo sentido. Por grupo de edad la mayor demanda se registró en los menores de 5 años y en los adultos mayores. En cuanto al sexo fueron las mujeres quienes predominaron al ocupar un 54% de las consultas<sup>3</sup>.

#### 1.1.4. Principales motivos de demanda en urgencias de unidades de medicina familiar

Motivo de consulta	Mujeres		Hombres		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
<b>Total general</b>	3,531,038	54.0	2,976,117	46.0	6,507,155	100.0
<b>1.Infecciones respiratorias agudas</b>	814,964	23.1	809,176	27.2	1,624,140	25.0
<b>2.Traumatismos y envenenamientos</b>	469,400	13.3	661,900	22.2	1,131,300	17.4
<b>3.Otros diagnósticos</b>	444,858	12.6	302,241	10.2	747,099	11.5
<b>4.Enfermedades infecciosas intestinales</b>	339,230	9.6	279,767	9.4	618,997	9.5
<b>5.Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos</b>	201,703	5.7	143,818	4.8	345,521	5.3
<b>6.Personas sanas que acuden a los servicios de salud por otros motivos</b>	148,371	4.2	81,583	2.7	229,954	3.5
<b>7.Enfermedades del corazón</b>	121,854	3.5	65,467	2.2	187,321	2.9
<b>8.Dorsopatías</b>	83,177	2.4	76,781	2.6	159,958	2.5
<b>9.Infección de vías urinarias</b>	113,376	3.2	42,916	1.4	156,292	2.4
<b>10.Gastritis y duodenitis</b>	80,169	2.3	41,865	1.4	122,034	1.9
<b>11.Asma</b>	60,874	1.7	53,401	1.8	113,275	1.7
<b>12.Migraña y otros síndromes de cefalea</b>	73,978	2.1	19,579	0.7	93,557	1.4
<b>13.Otitis media, trastornos de la trompa de Eustaquio y mastoiditis</b>	48,491	1.4	43,728	1.5	92,219	1.4
<b>14.Conjuntivitis</b>	36,447	1.0	45,735	1.5	82,182	1.3
<b>15.Otras enfermedades de estómago y duodeno</b>	50,987	1.4	29,332	1.0	80,319	1.2
<b>16.Causas obstétricas</b>	76,019	2.2	0	0.0	76,022	1.2
<b>17.Diabetes mellitus</b>	48,353	1.4	26,377	0.9	74,730	1.1
<b>18.Trastornos de tejidos blandos</b>	38,813	1.1	34,547	1.2	73,360	1.1
<b>19.Dermatitis y eccema</b>	32,360	0.9	27,173	0.9	59,533	0.9
<b>20.Infecciones de la piel</b>	24,927	0.7	27,030	0.9	51,957	0.8
<b>21.Demás diagnósticos</b>	222,687	6.3	164,698	5.5	387,385	6.0

Tabla No. 1: Principales motivos de demanda en urgencias de unidades de medicina familiar, IMSS, 2004

Fuente: El IMSS en cifras. La demanda de servicios en urgencias, 2004, Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006: 44 (3):261-273

Las principales causas de muerte en urgencias son problemas crónicos degenerativos, sobre todo por diabetes mellitus englobada en las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas que ocupan 20.4%, en segundo lugar con 13.4% encontramos a las enfermedades isquémicas del corazón y en tercero con 5.9% las enfermedades cerebrovasculares y sus secuelas. Otras patologías como las hepáticas (fibrosis y cirrosis), la insuficiencia renal y los tumores malignos de la mujer (cáncer de mama y cervicouterino) conforman un grupo que concentra 91.5% del total de las defunciones.<sup>3</sup>

La norma oficial mexicana PROY-NOM-027-SSA3-2011 Regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica, define servicio de urgencias, en su numeral 4.1, al conjunto de áreas, equipos y personal profesional y técnico de salud, ubicados dentro de un establecimiento público, social o privado, destinados a la atención inmediata de una urgencia médica o quirúrgica. Y define una urgencia, en su numeral 4.2, a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata<sup>4</sup>.

Esta norma en su numeral 5.4 refiere: Para la recepción del paciente en el servicio de urgencias, se requiere que un médico valore y establezca las prioridades de atención del mismo, a efecto de identificar si se trata de una falsa urgencia, una consulta extemporánea o una urgencia verdadera, que deba ser atendida en el servicio, así como determinar si el paciente debe ser derivado a la consulta general o de especialidad, ser hospitalizado o referido a otro establecimiento de mayor grado de complejidad y poder de resolución o enviado a su domicilio.<sup>4</sup>

#### **1.1.5. Triage**

El proceso de clasificación de los pacientes que acuden al servicio de urgencias se ha convertido en una necesidad, debido a la gran demanda de atención y la saturación que se presenta en este servicio a pesar de no ser una situación de desastre o contingencia masiva. Para realizar esta clasificación es necesario establecer prioridades, ser capaz de identificar correctamente las necesidades del paciente y la disposición de recursos.

Entre los procesos de clasificación de los pacientes existe el denominado triage, el cual se inició durante las guerras en el ejército de Napoleón. Fue el barón Dominique Jean Larre, médico cirujano del ejército napoleónico, fue quien creó el sistema para que los soldados con padecimientos más urgentes recibieran atención con prioridad. Así a través de los años durante las diferentes guerras se fue utilizando, modificando y mejorando este sistema.<sup>5</sup>

El termino Triage se define como un proceso que nos permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos.<sup>6</sup>

Actualmente existen cinco modelos de triage:

- I. Escala de triage australiana (ATS)
- II. Triage del departamento de urgencias de Canadá (CTAS)
- III. Sistema de triage de Manchester (MTS)
- IV. Índice de gravedad de urgencia (ESI)
- V. Modelo de triage andorrano (MAT)

La creación de un triage estructurado permite tener índices de calidad. Por ejemplo, el tiempo de espera (debe ser menor a 10 minutos), la duración del triage (debe ser menor a 5 minutos) y la proporción de pacientes que se deja sin ser visto (deber ser menor a 2%).

En la Unidad de Medicina Familiar No. 28 se utiliza el sistema de Triage de Manchester, el cual clasifica a los pacientes en 5 niveles según el tipo de atención que requieran y el tiempo de espera, así mismo usa una escala de colores.

El Manchester Triage Group nació en el mes de noviembre de 1994. Éste estableció un sistema de clasificación de 5 niveles y a cada una de estas nuevas categorías o niveles se le atribuyó un número, un color y un nombre que se definió en términos de “tiempo clave” o “tiempo máximo” para el primer contacto con el terapeuta. El sistema se revisó en 2006 y se introdujeron las aportaciones recibidas en esos 10 años. A lo largo de este tiempo ha sido adoptado en muchos hospitales de todo el mundo<sup>5</sup>.

La escala de clasificación de pacientes contempla 52 motivos posibles de consulta que, de forma amplia se pueden agrupar en las 5 categorías siguientes: enfermedad, lesión, niños, conducta anormal e inusual y catástrofes. En cada uno se despliega un árbol de flujo de preguntas. Después de 4-5 preguntas como máximo, se clasifica al paciente en una de las 5 categorías que se traducen en un código de color y en un tiempo máximo de atención, como se muestra en la tabla no 2.<sup>6</sup>

<b>Niveles de clasificación del Manchester Triage Group</b>			
<b>Número</b>	<b>Nombre</b>	<b>Color</b>	<b>Tiempo máximo (min)</b>
1	Atención inmediata	Rojo	0
2	Muy urgente	Naranja	10
3	Urgente	Amarillo	60
4	Normal	Verde	120
5	No urgente	Azul	240

Tabla No. 2: Niveles de clasificación según el Manchester System Triage  
Fuente: Manchester Triage Group. Triage de Urgencias Hospitalarias. Ed. Kevin Macway-Jones. Inglaterra; 2004

La lista de los 52 motivos de consulta más frecuentes en el servicio de urgencias cubre casi todas las formas de presentación atendidas en éstos servicios. Los 52 motivos de consulta considerados por el Manchester Triage Group son los mostrados en la tabla no 3.

La primera parte del método del triage de Manchester requiere que el profesional seleccione una forma de presentación clínica adecuada de la lista. Posteriormente se conducirá a un diagrama que identifica los discriminadores que permiten determinar la prioridad clínica.

El diagrama estructura este proceso mostrando discriminadores clave en cada nivel de prioridad, la evaluación se realiza encontrando el nivel más elevado en el que la respuesta a la pregunta del discriminador sea positiva.

Los discriminadores, como su nombre indica, son factores que diferencian entre pacientes de tal manera que puedan ser asignados a una de las cinco prioridades clínicas. Los discriminadores pueden ser generales o específicos. Los primeros se aplican a todos los pacientes independientemente de su forma de presentación y por tanto aparecen constantemente en todos

los diagramas. Estos son: riesgo vital (vida en peligro), dolor, hemorragia, nivel de consciencia, temperatura y agudeza (tiempo de evolución).

<b>Motivos de consulta Manchester Triage Group</b>			
Adulto con mal estado general	Cuerpo extraño	Enfermedad hematológica	Niño irritable
Adulto con síncope o lipotimia	Diabetes	Enfermedad mental	Padre preocupado
Agresión	Diarrea	E.T.S.	Politraumatismo
Aparentemente ebrio	Disnea	Exantemas	Problema en las extremidades
Asma	Disnea en niños	Exposición a sustancias químicas	Problemas de oído
Autolesión (deliberada)	Dolor abdominal	Hemorragia gastrointestinal	Problemas dentales
Bebé que llora	Dolor abdominal en niños	Hemorragia vaginal	Problemas nasales
Caídas	Dolor de cuello	Herida en el tronco	Problemas oculares
Catástrofes – clasificación primaria	Dolor de espalda	Heridas	Problemas urinarios
Catástrofes – clasificación secundaria	Dolor de garganta	Infecciones locales y abscesos	Quemaduras y escaldaduras
Cefalea	Dolor testicular	Mordeduras y picaduras	Sobredosis y envenenamiento
Comportamiento extraño	Dolor torácico	Niño cojeando	Traumatismo craneoencefálico
Convulsiones	Embarazo	Niño con mal estado general	Vómitos

Tabla No. 3: Motivos de consulta (Presentaciones o manifestaciones de enfermedades)  
Fuente: Manchester Triage Group. Triage de Urgencias Hospitalarias. Ed. Kevin Macway-Jones. Inglaterra; 2004

Los discriminadores específicos son aplicables a formas de presentación concretas o a pequeños grupos de manifestaciones y se relacionan con aspectos clave de las condiciones particulares de los pacientes. Por lo tanto, mientras que el *dolor agudo* es un discriminador general, *dolor cardíaco* o *dolor pleurítico* son discriminadores específicos.<sup>7</sup>

Cada uno de estos padecimientos cuenta con su propio diagrama de flujo para clasificarlo en alguno de los 5 niveles de triage. En la Imagen no. 1 se presentan dos ejemplos de diagramas de flujo, uno de ellos de los discriminadores generales y otro de uno de los motivos de consulta, dolor abdominal.<sup>7</sup>

Como podemos observar, según los diagramas de flujo del Manchester Triage Group, dependerá de los diferentes discriminadores el nivel que le sea asignado al motivo de consulta. Sin embargo, de manera general se relacionan algunos padecimientos a un nivel en específico por las características que comúnmente presentan. Si por ejemplo llegara un paciente en estado de choque no se esperara que se le realicen las preguntas del diagrama. Por lo tanto en términos generales algunas definiciones y ejemplos de los 5 niveles son:

Nivel 1 (**Rojo**): Patologías que requieren resucitación, cuentan con un riesgo vital inmediato. Hay prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora. Es el caso de la situación que no admite la menor demora en la asistencia, como el paro cardio-respiratorio.<sup>6,8</sup>

Nivel 2 (**Naranja**): Situaciones de emergencia, con un riesgo vital inmediato y cuya intervención depende radicalmente de tiempo. Son situaciones de alto riesgo, con inestabilidad fisiológica y/o

dolor severo. La demora de asistencia médica será hasta de 10 minutos Es el caso de un politraumatizado grave, un infarto de miocardio con shock, etc. Los primeros dos niveles deben ir directamente al área de reanimación<sup>6,8</sup>.

Nivel 3 (**Amarillo**): La patología es urgente, pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital, no inmediato, que generalmente requieren varias exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas en pacientes con estabilidad fisiológica, los signos vitales son normales. En estos casos el paciente debe ser asistido en el área de Emergencia, aunque no en el área de reanimación, en principio. Su situación, naturalmente, es esperable que empeore si no se actúa. La demora máxima es de 60 minutos. Como ejemplo tomamos el dolor torácico con disnea, o el diabético con compromiso leve de conciencia, el cardíopata con palpitaciones, etc.<sup>6,8</sup>

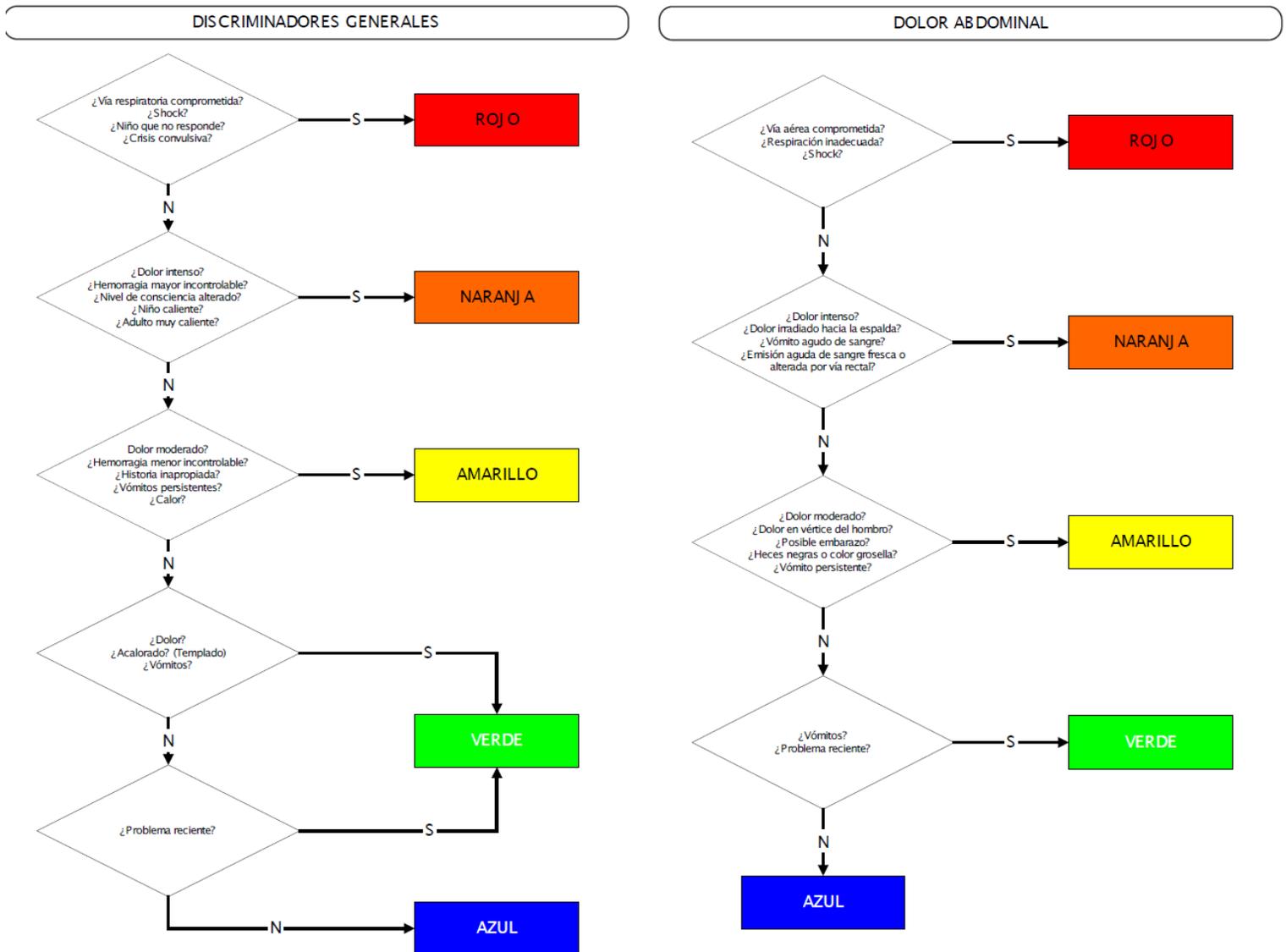


Imagen No. 1: Diagrama de flujo de los discriminadores generales y de dolor abdominal para la clasificación de triage del MST

Fuente: Manchester Triage Group. Triage de Urgencias Hospitalarias. Ed. Kevin Macway-Jones. Inglaterra; 2004

Nivel 4 (**Verde**): Incluye situaciones menos urgentes o urgencias menores, potencialmente sin riesgo vital para el paciente y de complejidad significativa, constituyéndose en estándares de la atención en los servicios de urgencias hospitalarios y de alta frecuentación en los centros de atención primaria. Por la sintomatología o el examen físico, merece ser resuelto en el propio día, pero no en el área de emergencia. Demora máxima de 120 minutos. Por ejemplo el dolor ocular, la fiebre, otalgia, etc. Estos serán padecimientos que puede atender su médico familiar como infecciones de vías respiratorias altas o enfermedades diarreicas agudas sin deshidratación.<sup>6,8</sup>

Nivel 5 (**Azul**): Se abarcan situaciones no urgentes, en general problemas clínico-administrativos o problemas clínicos de baja complejidad que apenas requieren consumo de recursos diagnósticos terapéuticos. La demora será de hasta 240 minutos. Puede ser el caso de aquellos pacientes que buscan un especialista para un problema que no es urgente, el caso de una hernia inguinal no complicada, un nódulo mamario, etc.<sup>6,8</sup>

#### **1.1.6. Urgencia médica real**

Como ya comentamos, la norma oficial mexicana PROY-NOM-027-SSA3-2011 Regulación de los servicios de salud, la cual establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica<sup>4</sup> define el término urgencias, sin embargo no hace diferenciación en el tipo de urgencias y no hay algún documento oficial que especifique la diferencia entre una urgencia real o sentida.

En el documento de Villatoro<sup>9</sup> se habla de las definiciones básicas en medicina de urgencia, por ejemplo, define urgencia médica real a todo problema médico quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención médica inmediata, se considera a todo padecimiento de origen agudo o crónico agudizado, que produce una descompensación súbita del funcionamiento del organismo que condiciona discapacidad permanente o evolución a la muerte, y que requiere de atención inmediata.

En el artículo de Díaz et al<sup>10</sup> se hace mención al caso urgente, definido como aquel paciente que por las características de su afección corre el riesgo de muerte, complicaciones o agravamiento de su padecimiento o sus síntomas, en corto o mediano plazo, y que requiere recibir tratamiento de urgencia en cualquiera de sus modalidades. También se considera como caso urgente a los pacientes con problemas patológicos crónicos en crisis de agudización, o a aquel paciente que por la intensidad de sus síntomas, ya sean físicos o psíquicos, requiere de una intervención médica de urgencia para aliviarlos, que no puede ser proporcionada en el consultorio. De igual manera otros autores concuerdan con que el padecimiento urgente tipo real es aquel que pone en peligro la vida.

Si recordamos la clasificación del Manchester Triage Group, las urgencias reales serán aquellas clasificadas en los niveles 1/rojo, 2/naranja y 3/amarillo, las cuales requieren de atención inmediata, muy urgente y urgente, respectivamente.<sup>7</sup>

#### **1.1.7. Urgencia sentida**

En el trabajo mencionado de Díaz et al<sup>10</sup> se define caso no urgente como aquellos casos no considerados en la definición anterior, en los que la terapéutica inicial de urgencia no produce cambios significativos en su evolución, y que pueden esperar de 24 a 48 horas para ser tratados por su Médico de Familia. No obstante, desde el punto de vista del paciente, algunas veces son consideradas como urgencias sentidas o subjetivas. Villatoro define también urgencia médica

sentida como todo padecimiento de orden agudo o crónico agudizado, que el paciente percibe o siente que amenaza su vida, sin embargo casi nunca es grave y puede ser atendido por consulta externa<sup>9</sup>.

El Manchester Triage Group no define una urgencia sentida, sin embargo, sus niveles 4/verde y 5/azul son clasificados como padecimientos normales y no urgentes, respectivamente<sup>7</sup>. De manera que podrían ser tomados en cuenta como una urgencia sentida que según definiciones anteriores, estas enfermedades podrían esperar a ser atendidos por consulta con su médico familiar ya que casi nunca son graves.

#### **1.1.8. Razones para acudir al servicio de urgencias por un padecimiento no grave**

Diversos artículos nos hablan de factores que pueden llevar a los pacientes a acudir al servicio de urgencias, como ya habíamos comentado, algunos de ellos son el deseo de recibir atención el mismo día, la posibilidad de ser atendidos en una unidad con acceso a pruebas de laboratorio y la creencia de que los servicios de salud son capaces de resolver los problemas de salud complejos.

En el apartado de “Urgencias en el IMSS” se comentaron las principales patologías por las que acuden los pacientes a urgencias, entre las principales se encontraban las infecciones agudas de vías respiratorias superiores e infecciones intestinales, como ya se comentó no conocemos la gravedad de tales padecimientos y no podemos determinar si los pacientes presentaban una urgencia real o sentida. En su mayoría acuden pacientes menores de 5 años y mujeres adultas o mayores. Se mencionan también como motivos otros diagnósticos y signos y síntomas mal definidos, tampoco conocemos que tipo de padecimiento presentaron, fue una urgencia real? Estos signos y síntomas inespecíficos ocasionados por alguna causa no orgánica, entre ellos sensación de angustia o ansiedad. Los primeros tipos de enfermedades no ocasionan grave daño a la salud y los últimos no necesitan atención médica necesariamente, porque acuden entonces a un servicio de urgencias?<sup>3</sup>

En diversos artículos, como los realizados por Pasarín et al<sup>11</sup> y Kozio-McLain<sup>12</sup> et al, se comenta acerca del nivel de angustia que presentan los pacientes y que éste es proporcional a la necesidad de atención que demandan. Se piensa que los servicios de salud llevan a cabo un papel de contención de ansiedad, el cual antes era desempeñado por el entorno social, llámese familia, amigos, vecinos, entre otros. El estudio realizado por Kozio-McLain muestra que 35% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias buscan aliviar su dolor o malestar, y casi 30% acuden por la sensación de ansiedad que les ocasiona su padecimiento<sup>12</sup> Es entonces cuando la gente quien no cuenta con redes de apoyo suelen acudir a servicios de salud por un padecimiento que no pone en peligro su vida, sin embargo al ocasionarle angustia, busca atención.

Llama la atención que es más frecuente que acudan pacientes del sexo femenino<sup>13</sup>, y esto hace pensar que son más propensas a desarrollar angustia y por ende acudir aun con un padecimiento no urgente. De igual manera, el grupo de edad de menores de 5 años que acude al servicio de urgencias suelen ser llevados por su madre, y no por su padre, vuelve aquí a ser más frecuente la angustia en el sexo femenino.

Otra razón por la que los pacientes acuden con mayor frecuencia al servicio de urgencias con un padecimiento no grave es la preferencia de usar este servicio en vez de acudir con su médico familiar. El problema con el sistema de salud en el IMSS es que la consulta con el médico familiar no es fácil de obtener si no se tiene una cita subsecuente como es en el caso de los pacientes con

enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes mellitus o la hipertensión arterial. Si un paciente desea asistir a consulta como espontáneo debe esperar hasta que se abra algún espacio entre los pacientes subsecuentes. Es por esto que muchos pacientes también prefieren asistir al servicio de urgencias con la idea de que los atenderán con mayor rapidez.<sup>14</sup>

## **1.2. Ansiedad**

### **1.2.1 Relación entre ansiedad y urgencia sentida**

Ya hemos hablado acerca de cómo los servicios de urgencias constituyen sitios en donde los desórdenes de ansiedad representan consultas frecuentes y repetidas.<sup>15</sup> Diversos autores mencionan que los trastornos de ansiedad son las enfermedades psiquiátricas de mayor prevalencia en la población y se encuentran en hasta el 20% de los pacientes que acuden a la consulta, además que más de la cuarta parte de pacientes que asisten a la consulta externa experimentan alguna forma de ansiedad.<sup>15</sup>

Se ha encontrado a pacientes quienes muestran síndromes médicos sin causa aparente como intestino irritable, dolor precordial con resultados negativos de pruebas cardiológicas, palpitaciones y síndrome de la fatiga crónica, mostrando altas tasas de trastorno de pánico coexistente. Y el 75% de los pacientes además satisfacen los criterios de depresión mayor en algún momento de su enfermedad y una aumentada frecuencia de ansiedad en la adultez temprana.<sup>15</sup>

Galgo et al nos mencionan acerca de la amplia gama de sintomatología somática que pueden presentar los pacientes y que ocasiona que al cursar con ansiedad, el paciente realice sucesivas consultas por múltiples especialistas. En el trastorno de angustia, a pesar de los repetidos estudios negativos, la demanda de ayuda médica y la hipocondría aumentan a medida que se repiten las crisis, por lo que, en la atención urgente, en este tipo de pacientes es fundamental un diagnóstico y un abordaje correctos de ambos trastornos.<sup>16</sup>

La somatización y otras variantes de los desórdenes somatomorfos, en su conjunto, son responsables del 5 % de los casos de la consulta de atención primaria, incluyendo a la conversión o neurosis histérica, tipo conversivo, en la cual el paciente refiere déficit de las funciones motora voluntaria o sensitiva y, la hipocondriasis, que implica la existencia de temor no realista a padecer una enfermedad seria.<sup>17</sup>

### **1.2.2. Manifestaciones de ansiedad**

Como ya hemos mencionado, en las crisis de angustia hay un predominio del sexo femenino en una proporción de 3/1, la edad de aparición más frecuente es entre la 2ª y 3ª década de la vida. Algunos autores hacen mención acerca de la manera en que ciertas profesiones, ambientes socio-familiares y personalidades ocasionan mayor predisposición para presentar ansiedad.<sup>18</sup> La detección de la ansiedad es fácil cuando el paciente la reconoce y la manifiesta abiertamente, pero la presentación más frecuente es a través de síntomas somáticos.<sup>16</sup>

La ansiedad se puede manifestar como una inquietud interior, de presagio terrible, de sensación opresiva precordial y abdominal fundamentalmente, en su vertiente psíquica, y, en la somática de opresión, taquicardia, sudoración, temblores, escalofríos, etc. El artículo realizado por Chinchilla refiere que los signos somáticos dependerán de las causas y pueden aparecer estupor,

palpitaciones, tempestad de movimientos y midriasis, si es causa moral o pueden aparecer vómitos, náuseas, etc., si es de tipo vital, según el trasfondo psíquico y orgánico.<sup>18</sup>

En caso de una crisis de ansiedad la manifestación más llamativa sería una opresión toraco-epigástrico-abdominal, una especie de compresión en el cuello y garganta que impide el habla y la deglución, una debilidad funcional en las piernas que le imposibilita para caminar, por lo que no puede huir, una distorsión sensorial, la vista se le nubla, los sonidos no se perciben o se deforman, un latido u opresión en las sienes, presagios de finitud, de locura, de muerte, se cree desfallecer, pensando en el infarto de miocardio, la angina de pecho, algún tumor en la cabeza, etc.<sup>18</sup>

### 1.2.3. Síntomas psicósomáticos

El término de medicina psicósomática, ha sido reemplazado por la categoría diagnóstica definida como, “factores psicológicos que afectan la condición física”. Tal denominación implica que, “un estímulo ambiental con significación psicológica se relaciona con la iniciación o exacerbación de un desorden físico específico” y, esta condición física, puede acompañar a una patología orgánica, tal como la artritis reumatoide o a un proceso fisiopatológico conocido, como la migraña.<sup>17</sup>

La presencia de depresión y ansiedad son dos de las variables asociadas más frecuentemente con los síntomas psicósomáticos, ya que los pacientes con síntomas médicamente inexplicables manifiestan más síntomas de depresión y ansiedad que los pacientes con síntomas con explicación médica. Cuando una persona siente dolor o algún otro síntoma somático tiende a atribuirlo a alguna enfermedad, sin embargo, la literatura nos habla con referencia a que las molestias que padecemos se deben a enfermedades en solo 5%, mientras 70% está relacionada con causas naturales o ambientales y el 25% restante obedece a causas psicológicas.<sup>19</sup>

El estudio realizado por González et al en pacientes mexicanos refiere que los síntomas somáticos más frecuentes encontrados en este grupo son sentirse cansado o con poca energía, tener dificultades para dormir y padecer dolores de cabeza, menstruales y de espalda.<sup>19</sup> En el estudio de Marsiglia, se encontró que las manifestaciones funcionales afectaron a casi todos los pacientes con ansiedad o depresión, usualmente, dos o más síntomas relacionados con diferentes órganos o sistemas.<sup>17</sup>

Manifestaciones funcionales de ansiedad y depresión	
<b>Neurológicos</b>	Cefalea difusa, jaqueca, mareos, lipotimia
<b>Psicológicos</b>	Sensación de muerte inminente
<b>Alteración sueño-vigilia</b>	Insomnio o hipersomnia
<b>Cardiacos</b>	Palpitaciones, dolor torácico
<b>Gastrointestinales</b>	Anorexia o polifagia, pérdida o ganancia de peso, pesadez posprandial, regurgitaciones, acidez, dolor abdominal, colon irritable, meteorismo, diarrea o estreñimiento
<b>Genitourinarios</b>	Poliaquiuria, disfunción eréctil
<b>Generales</b>	Fatiga, astenia, dolores musculares

Tabla No. 4: Manifestaciones funcionales de ansiedad y depresión

Modificado de: Marsiglia, G. Estudio clínico y epidemiológico de la ansiedad y la depresión en una muestra de 1,159 pacientes. Gac Med Caracas 2010; 118 (1): 3-10.

Muchos investigadores creen que el estrés crónico y severo juega un rol causal en el desarrollo de muchas enfermedades somáticas. En efecto, el estrés ante las situaciones traumáticas de la vida genera cambios, a los que el organismo puede responder inadecuadamente. Además del estrés general, como puede ser el ocasionado por el divorcio o la muerte del cónyuge, se ha sugerido que una determinada personalidad o un conflicto específico se asocian con diferentes enfermedades psicosomáticas.<sup>17</sup>

#### **1.2.4. Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg**

La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) es un instrumento sencillo, breve, de bajo costo, fácil aplicación y manejo, que no exige entrenamiento especial para su aplicación e interpretación, bien aceptada por los pacientes, puede ser usada por profesionales de la salud no psiquiatras o estudiantes de medicina, permitiendo integrar fácilmente la salud mental en la atención primaria.<sup>20</sup>

Es un instrumento de cribaje para detectar ansiedad y depresión, derivada de cuestionarios más extensos utilizados por médicos psiquiatras, de aplicación heteroadministrada, que proporciona preguntas claves para guiar la entrevista clínica, en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado en las últimas dos semanas algunos de los síntomas a los que hacen referencia los ítems; no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o sean de leve intensidad, con lo cual se establece que la ansiedad no es producto de la consulta.<sup>21</sup>

Esta escala indaga sistemáticamente la presencia de signos y síntomas vinculados con las entidades psiquiátricas más prevalentes orienta al médico hacia una evaluación más selectiva, resultando útil como guía de la entrevista en la detección de enfermedades mentales, como indicador de prevalencia, gravedad y evolución de las mismas, logrando así una pronta derivación al especialista correspondiente mejorando la demora en el diagnóstico, el retraso en el inicio del tratamiento, la utilización racional de métodos complementarios y por sobre todo la calidad de vida de los pacientes optimizando el pronóstico clínico.<sup>21</sup>

El test consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems cada una, todos ellos de respuesta dicotómica (Si / No); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa.<sup>21</sup> En nuestro estudio se usará únicamente la subescala de ansiedad.

### **1.3 Familia**

#### **1.3.1. Relación entre ansiedad y dinámica familiar**

Montalban y De La Revilla en estudios separados, han planteado la posibilidad de que los pacientes hiperconsultores presenten mayor disfunción familiar.<sup>22</sup> Según los resultados del primer autor concluye que existe una correlación entre la ansiedad y la dinámica familiar y que ser del sexo femenino así como el tamaño de la familia son factores de riesgo para presentar ansiedad y por lo tanto dinámica familiar alterada.<sup>13</sup>

#### **1.3.2. Salud y dinámica familiar**

Ortiz Gómez<sup>23</sup> define la salud familiar como la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la misma, en la dinámica interna, en el cumplimiento de funciones para

el desarrollo de los integrantes, y en la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida. González comenta que la propia familia puede crear un ambiente propicio para ajustarse a diversas situaciones, permitiendo la participación de sus miembros para identificar el problema e ir en la búsqueda de la solución ayudándose unos a los otros. La familia es capaz de aplicar los patrones de solución de problemas, usar las alternativas adecuadas, para de esa forma facilitar y promover el bienestar y la salud familiar.<sup>24</sup>

La salud familiar debe tomar en cuenta diversos aspectos como las funciones familiares, el ciclo evolutivo de la familia y la dinámica familiar. Por dinámica familiar entendemos al conjunto de motivaciones que dirigen la conducta, procesos y mecanismos de adaptación que usan los miembros de la familia para satisfacer sus necesidades y cumplir con las funciones familiares. Entonces podremos referirnos a la dinámica familiar como funcional o disfuncional.<sup>25</sup>

### **1.3.3. Funcionalidad familiar**

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del ambiente externo. Jackson denomina homeostasis familiar al equilibrio interno del sistema familiar por diversos mecanismos. Cuando esta se ve amenazada la familia puede tratar de mantener el equilibrio haciendo que un miembro de ella desarrolle síntomas, se enferme o comience a expresar el conflicto. Este es llamado el paciente identificado quien toma el rol idiosincrático de: el enfermo. Los síntomas de este paciente pueden constituir una expresión de la disfunción familiar y es por ello que los síntomas serán reforzados por la misma familia.<sup>26</sup>

Una forma de evaluar la funcionalidad familiar es tomando en cuenta la cohesión y la adaptabilidad familiar. La primera se define como el lazo emocional que une a los miembros de la familia, incluyendo cercanía, compromiso familiar, individual y tiempo compartido. La adaptabilidad familiar se define como la habilidad de un sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, relaciones de rol, normas y reglas de relación en función de las demandas situacionales o del desarrollo.

#### **1.3.3.1. Familia disfuncional y necesidad de atención**

En el trabajo de Herrera se hace referencia a la familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado como factor de riesgo para la aparición de síntomas y enfermedades de sus miembros.<sup>27</sup> Las funciones básicas de la familia son la función económica, biológica, educativa, cultural y espiritual, y al cumplir estas funciones y satisfacer las necesidades básicas de la familia actuara como un sistema de apoyo. Como ya se comentó, este apoyo es necesario para la contención de la ansiedad o angustia que ocasiona el padecimiento que los llevará a acudir al servicio de urgencias.<sup>12</sup> Es importante que la familia sea capaz de adaptarse, lograr ajustes y equilibrio para desarrollarse y enfrentar las crisis de manera adecuada.

Las familias disfuncionales son capaces de generar problemas de salud en algunos miembros de la familia, y esto les obliga a demandar la atención de los servicios sanitarios. En la familia disfuncional, el sistema, incapacitado para mantener su homeostasia, genera alteraciones objetivables en uno de sus miembros; esto es que, para mantener el equilibrio, algún miembro de la familiar enferma. Entonces es lógico pensar que la disfunción familiar se expresa con demanda de atención a los servicios de salud.<sup>22</sup>

El estudio realizado por De La Revilla y colaboradores<sup>22</sup> se llevó a cabo con la aplicación del instrumento APGAR para evaluar la funcionalidad familiar. Ellos encontraron que los pacientes no suelen relacionar su situación clínica con acontecimientos vitales estresantes, problemas en la transición de las etapas del ciclo vital o dificultades en la función familiar. Se halló una relación entre función familiar y utilización de forma que el 77% de los pacientes hiperutilizadores tienen una percepción de mala función familiar.

Analizando las causas por las que el paciente de una familia disfuncional se hace hiperconsultador, se sugirieron la falta de recursos familiares, lo cual ocasiona que las familias pasen de la normofunción a la disfunción, cuando, ante una crisis familiar, se carece de apoyo social, y entonces, el paciente busca en el médico, de forma reiterada, el apoyo extrafamiliar que necesita.<sup>22</sup> Sin embargo como ya comentamos, al no tener acceso inmediato para la consulta con el médico familiar, se piensa que acuden entonces al servicio de urgencias para buscar este apoyo.

El médico familiar se enfrenta a manifestaciones orgánicas, psíquicas y psicosomáticas, sin poder establecer una relación causa-efecto con lo que ocurre en la familia, perdiendo la oportunidad de realizar una investigación sobre los factores desencadenantes de la crisis o el origen del problema psicosocial. Esto es muy significativo ya que un porcentaje elevado de motivos de consulta en atención primaria, comprendido entre el 30 y 60% se debe a problemas psicosociales que tienen su origen en crisis y disfunciones familiares.<sup>22</sup>

Muchos trabajos ponen de manifiesto que un número importante de consultas por trastornos de conducta, somatizaciones y signos y síntomas mal definidos en general, se deben a alteraciones de la función familiar, y en relación con las demandas que percibe de su entorno. Otros autores, han relacionado los acontecimientos vitales estresantes y los problemas psicosociales con el origen de crisis y disfunción familiar.<sup>13,14</sup>

Dentro de la Teoría de la Comunicación, Watzlawick concibe al síntoma como comunicación. Se pone como ejemplo simplemente que alguien puede utilizar una cefalea como excusa para abandonar una reunión. El síntoma es un mensaje no verbal.<sup>28</sup> De La Revilla concluye entonces que a través de manifestaciones clínicas mal definidas, trastornos de ansiedad o del estado de ánimo, el paciente asignado, comunica con el médico la situación de disfunción familiar, y ello, le permite acceder al sistema de salud y demandar ayuda.<sup>22</sup>

Como podemos observar en estos casos en que la familia no logra adaptarse a los cambios es cuando se presenta la disfunción en el sistema familiar y los miembros presentan enfermedades. Esta dificultad o incapacidad de ajustarse al cambio es un grado alterado de la adaptabilidad. Si a su vez no hay un adecuado grado de vinculación emocional entre los miembros de la familia, estando alterado el nivel de cohesión familiar, no habrá modo de contención de la ansiedad generada por la enfermedad y el paciente buscará apoyo, como lo mencionamos, en el médico. Sin embargo, ya que el servicio de consulta externa por diversas razones no cubre la demanda es el servicio de urgencias el cual funciona indebidamente como complemento.

### **1.3.3.2. Modelo circunflejo de Sistemas Maritales y Familiares**

El modelo circunflejo de Sistemas Maritales y Familiares creado por Olson, Sprenkle y Russell,<sup>29</sup> es un intento de integración entre la teoría, la investigación y la práctica clínica en familia, éste ha

sido ampliamente en investigaciones publicadas y ha dado origen a los instrumentos de evaluación familiar más conocidos. Este modelo se basa en tres dimensiones centrales de la vida familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación.

La cohesión familiar se define como el lazo emocional que une a los miembros de la familia, incluyendo cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido. El modelo postula cuatro niveles de cohesión que van desde extremadamente bajo (familias desapegadas), a moderada (separadas, conectadas) a extremadamente alto (familias aglutinadas).<sup>25,26</sup>

La adaptabilidad familiar se define como la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, relaciones de rol, normas y reglas de relación en función de las demandas situacionales y del desarrollo. Se identifican cuatro niveles de adaptabilidad que van desde extremadamente bajo (rígido), moderado (estructurado, flexible) hasta extremadamente alto (caótico).<sup>25,26</sup>

La comunicación es la tercera dimensión del modelo. Ésta facilita el movimiento en las otras dimensiones, postula que las familias que se encuentran en el área balanceada del modelo tienen mejores destrezas de comunicación que las que se encuentran en los tipos extremos. Esto implica destrezas para escuchar, empatía, capacidad para hablar de sí mismo y de otros, apertura y asertividad.

Las dimensiones de cohesión y adaptabilidad poseen cuatro niveles, se pueden colocar en un modelo circunflejo bidireccional dando como resultado dieciséis combinaciones posibles de cohesión y adaptabilidad. Un funcionamiento óptimo se da en las familias que alcanzan niveles moderados en ambas dimensiones, mientras que las que presentan niveles extremos, altos o bajos, presentarían disfuncionalidad familiar.

### **1.3.3.3. Escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar**

A partir de la década de los 50's proliferaron los modelos de familia que intentan describir los patrones de interacción que ocurren en el sistema familiar. Existe actualmente un mayor consenso respecto de cuáles son los aspectos que deberían considerarse en la indagación del funcionamiento familiar.<sup>30</sup>

Se utilizan actualmente una gran variedad de instrumentos para evaluar la familia a nivel de grupo, considerando el sistema familiar como un todo. La gran mayoría de los instrumentos están validados para ser utilizados en el contexto en el cual se han originado, pero no han sido adaptados a otros contextos.<sup>30</sup>

Teniendo como respaldo teórico el modelo circunflejo, desarrollado por Olson y colaboradores, se desarrolló el test *FACES* en 1980. Desde entonces han surgido cuatro versiones diferentes, algunas de las cuáles han sido traducidas al español y empleadas en diversas investigaciones.<sup>31</sup> Se ha adaptado a una variedad de contextos culturales y se calcula que existen más de 700 estudios que utilizan *FACES* en sus distintas versiones.<sup>30</sup>

El test *FACES III* es la tercera versión de una serie de escalas de *FACES* desarrolladas para evaluar las dos mayores dimensiones del modelo circunflejo: cohesión y adaptabilidad familiar. Es llamado *FACES* por ser las siglas de Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales, lo cual se traduce como Escalas evaluativas de cohesión y adaptabilidad familiar. Este test se ideó para

ser administrado a las familias a través de todo ciclo de vida. Idealmente debe ser administrado a todos los miembros de la familia que estén capacitados para responder.<sup>32</sup>

Una de las cualidades métricas que destaca, es que con *FACES III* se ha logrado bajar la correlación que existía entre ambos factores (cohesión y flexibilidad) cuando se utilizaba *FACES II*, y la correlación entre ellos con deseabilidad social.<sup>30</sup>

Aun así, debido a estar diseñado para obtener la funcionalidad familiar de acuerdo a un ideal y a como lo percibe cada miembro, se espera que al ser administrado al miembro de la familia que presenta una urgencia sentida, éste refleje como percibe la cohesión y adaptabilidad de su familia. Por lo tanto, de esta manera deseamos encontrar la presencia de una asociación con niveles extremos de cohesión y adaptabilidad familiar y la presencia de urgencia sentida.

La escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión, *FACES III*, en español contiene 20 preguntas planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert: 10 para evaluar cohesión familiar y 10 para adaptabilidad familiar. Éstas están distribuidas en forma alterna en preguntas numeradas como nones, las cuales valoran cohesión familiar, y pares, que valoran adaptabilidad familiar. Las 20 preguntas tienen un valor de puntuación de 1 a 5 (nunca, 1; casi nunca, 2; algunas veces, 3; casi siempre, 4, y siempre, 5). Se produjeron los valores posibles mínimo y máximo de 20-100 puntos para cada entrevista, 10-50 para cohesión y 10-50 para adaptabilidad.<sup>32</sup>

La cohesión es el vínculo emocional que los miembros de un sistema (la familia, en nuestro caso) tienen entre sí y la adaptabilidad sería la habilidad de dicho sistema para cambiar. Cada una de estas dimensiones está compuesta por diferentes variables que contribuyen a su comprensión. Los conceptos vinculados con la cohesión serían: lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres-hijos, fronteras internas y externas. Los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad son: liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas.<sup>31</sup>

Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar.<sup>31</sup>

Un ejemplo de una pregunta para evaluar la cohesión familiar es: los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí. Mientras que para adaptabilidad familiar sería: los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina. Si el miembro de la familia contesta a la primera pregunta “casi siempre” y la segunda “algunas veces”, se sumara 4 puntos para cohesión y 3 para adaptabilidad.<sup>33</sup>

ADAPTABILIDAD	Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica
<b>Liderazgo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liderazgo autoritario</li> <li>Padres muy controladores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liderazgo principalmente autoritario aunque con algunos rasgos igualitarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liderazgo igualitario con cambios fluidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liderazgo limitado y/o errático</li> <li>Control parental insuficiente</li> </ul>
<b>Disciplina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autocrática</li> <li>Estricta, con consecuencias rígidas, sin atenuantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Algo democrática</li> <li>Consecuencias predecibles</li> <li>Raros atenuantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usualmente democrática</li> <li>Consecuencias negociadas</li> <li>Algunos atenuantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Laissez-faire (dejad hacer)</li> <li>Consecuencias inconsistentes</li> <li>Muchos atenuantes</li> </ul>

<b>Negociación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Negociaciones limitadas</li> <li>Decisiones impuestas por los padres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Negociaciones estructuradas</li> <li>Decisiones hechas por los padres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Negociaciones flexibles</li> <li>Decisiones hechas por los padres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Negociaciones interminables</li> <li>Decisiones impulsivas</li> </ul>
<b>Roles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Repertorio limitado</li> <li>Roles definidos estrictamente</li> <li>Rutinas no cambiables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Roles estables, pero pueden ser compartidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Roles compartidos</li> <li>Cambio fluido en los roles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de claridad en los roles</li> <li>Inversión y transferencia de roles</li> <li>Pocas rutinas</li> </ul>
<b>Reglas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reglas no cambiables</li> <li>Reglas estrictamente establecidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poco cambio en las reglas</li> <li>Reglas firmemente establecidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Algún cambio en las reglas</li> <li>Reglas flexiblemente establecidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frecuente cambio en las reglas</li> <li>Reglas inconsistentemente establecidas</li> </ul>
	<b>Muy baja</b>	<b>Baja a moderada</b>	<b>Moderada a alta</b>	<b>Muy alta</b>

Tabla No. 5. Niveles de adaptabilidad familiar

Fuente: Solorzano L., Flores O., Brandt C. Estudio integral del ser humano y su familia. Caracas. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar; 2001

Se define adaptabilidad familiar como la facultad de un sistema familiar o conyugal para cambiar su poder de estructura, relación de roles entre otras cosas en respuesta al estrés situacional y de desarrollo. Existen cuatro niveles: Rígida, estructurada, flexible y caótica.<sup>33</sup>

COHESIÓN	Desvinculada	Separada	Conectada	Amalgamada
<b>Vínculo emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Extrema separación emocional</li> <li>Falta de lealtad familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Separación emocional</li> <li>Limitada cercanía</li> <li>Ocasionalmente lealtad familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cercanía emocional</li> <li>Alguna separación</li> <li>Lealtad familiar esperada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Extrema cercanía emocional</li> <li>Poca separación</li> <li>Lealtad familiar demandada</li> </ul>
<b>Compromiso familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Muy bajo compromiso o interacción</li> <li>Respuesta afectiva infrecuente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compromiso aceptable</li> <li>Se prefiere distancia personal</li> <li>Alguna respuesta afectiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compromiso enfatizado</li> <li>Distancia personal preferida</li> <li>Interacciones afectivas alentadas y preferidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Muy alto compromiso</li> <li>Fusión y sobre-dependencia</li> <li>Alta respuesta afectiva y control</li> </ul>
<b>Relación marital</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alta separación emocional</li> <li>Limitada cercanía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Separación emocional</li> <li>Alguna cercanía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cercanía emocional</li> <li>Alguna separación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Extrema cercanía, fusión</li> <li>Limitada separación</li> </ul>
<b>Relación padres-hijos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rígidis límites intergeneracionales</li> <li>Baja cercanía padres-hijos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Claros límites intergeneracionales</li> <li>Alguna cercanía padres-hijos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Claros límites intergeneracionales</li> <li>Alta cercanía padres-hijos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de límites intergeneracionales</li> <li>Excesiva cercanía padres-hijos</li> </ul>
	<b>Muy baja</b>	<b>Baja a moderada</b>	<b>Moderada a alta</b>	<b>Muy alta</b>

Tabla No. 6. Niveles de cohesión familiar

Fuente: Solorzano L., Flores O., Brandt C. Estudio integral del ser humano y su familia. Caracas. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar; 2001

Cohesión familiar es definida como el vínculo emocional de la pareja o los miembros de la familia que tienen unos con respecto a otros. Evalúa también el nivel de pertenencia que tienen como parte de un grupo. Se reconocen cuatro niveles de cohesión: desvinculada, separada, conectada y amalgamada.<sup>33</sup>

Esta escala será de utilidad en este estudio para evaluar los niveles de cohesión y adaptabilidad familiar que presentan los pacientes que acuden al servicio de urgencias. Como se comentó consta de 20 preguntas y cuentan con una escala de 5 opciones de respuesta, con valores del 1 al 5.

La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones y la de adaptabilidad, en los ítems pares.

Cohesión	Amplitud de clase	Adaptabilidad	Amplitud de clase
Desvinculada	10-34	Rígida	10-19
Separada	35-40	Estructurada	20-24
Conectada	41-45	Flexible	25-28
Amalgamada	46-50	Caótica	29-50

Tabla No. 7. Niveles y puntajes de cohesión y adaptabilidad familiar

Fuente: Solorzano L., Flores O., Brandt C. Estudio integral del ser humano y su familia. Caracas. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar; 2001

Este test permite clasificar a las familias en 16 combinaciones dentro de la dimensión de cohesión y adaptabilidad y finalmente como Balanceada, Rango Medio y Extrema.<sup>33</sup>

		Cohesión		Adaptabilidad		
		Baja	Moderada	Alta		
Alta	Caótica	Extrema	Rango medio	Rango medio	Extrema	
	Flexible	Rango medio	Balanceada	Balanceada	Rango medio	
Moderada	Estructurada	Rango medio	Balanceada	Balanceada	Rango medio	
	Rígida	Extrema	Rango medio	Rango medio	Extrema	

Tabla No. 8. Dimensiones de cohesión y adaptabilidad familiar

Fuente: Solorzano L., Flores O., Brandt C. Estudio integral del ser humano y su familia. Caracas. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar; 2001

En cuanto a la validez, la escala original para un punto de corte de 8 (26 ítems) la sensibilidad y especificidad fue del 68%. En la validación española para un punto de corte de 6 la sensibilidad y especificidad era de 88%. Según el artículo de Ponce et al acerca de la validez del FACES III en México, el cuestionario es fiable en un 70% y válido.<sup>32</sup>

Algunos de estos mismos autores también realizaron un estudio para evaluar la confiabilidad del FACES III en México. Se llegó a la conclusión de que la baja o casi nula correlación y covariancia promedio indican que las dimensiones evaluadas por FACES III son diferentes; si hubiera sucedido lo contrario (moderadas a altas correlaciones), estaríamos hablando de que los ítems evaluaron una misma cosa. Éste es un paso necesario para identificar que el instrumento efectivamente evalúa dos apartados diferentes.<sup>34</sup>

El coeficiente de confiabilidad de FACES III obtenido en este estudio fue de 0.6949 (alfa de Cronbach); dicho valor se consideró como alto desde la perspectiva de que no existen en la práctica coeficientes perfectos (1,0), y que la mayoría de autores consideran coeficientes muy altos a aquellos que son mayores de 0,81; aunque no existe una escala convencional para los coeficientes altos, se pueden considerar a los que abarcan desde 0,65 a 0,80 son altos, como lo es el del FACES III.<sup>34</sup>

En México, se concluye que la prueba es relativamente confiable y válida, realizando un análisis factorial confirmatorio y estableciendo los coeficientes de confiabilidad para cada factor. Otros parámetros de calidad métrica ya habían sido indagados en nuestro contexto con resultados favorables, convirtiéndose en una de las pruebas de evaluación familiar más utilizadas de nuestro medio.<sup>30</sup>

En nuestro país se ha utilizado el FACES III en múltiples ocasiones con buenos resultados. Por ejemplo en un estudio realizado en una Unidad de Medicina Familiar de Xalapa en el cual se analizó la funcionalidad y la dinámica familiar se encontró con respecto a los resultados del FACES III, un 43% de familias en rango medio, un 41% de familias balanceadas y un 16% de familias extremas de 103 familias estudiadas.<sup>35</sup>

Otro ejemplo de estudios usando el FACES III en México es el realizado en un Bachillerato de Guanajuato donde se evaluó la asociación entre depresión en los adolescentes y la funcionalidad familiar. En éste se identificó depresión en 29.8% de los 252 adolescentes del estudio. La familia rígidamente desvinculada (nivel extremo) se presentó con más frecuencia en el grupo con depresión, y las familias flexiblemente amalgamadas (riesgo medio) y rígidamente amalgamadas (nivel extremo) en los pacientes sin depresión.<sup>36</sup>

Retomando la asociación entre ansiedad y niveles extremos de cohesión y adaptabilidad también se cuenta con un estudio realizado en México en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares donde se aplicaron los instrumentos de FACES II y el inventario de Ansiedad de Beck, entre otros. En este estudio realizado por López et al<sup>37</sup>, se encontró que los familiares que presentaron puntajes más altos para ansiedad perciben una alta cohesión y una baja adaptabilidad en sus familias. En los pacientes los niveles más elevados de ansiedad se presentaron en niveles extremos de cohesión y adaptabilidad. Por ejemplo en familias con cohesión alta y adaptabilidad baja, aquellos que perciben el funcionamiento familiar como una estructura rígida, con pocas posibilidades de cambio y una interacción que impide el crecimiento personal; y en aquellas familias con cohesión baja y adaptabilidad baja, que se perciben aislados, sin vínculos emocionales importantes con los demás integrantes de la familia y con la rigidez que impide modificar situaciones problemáticas.<sup>37</sup>

El estudio realizado por Bögels et al<sup>38</sup> se comenta acerca del hecho de que los niños con alto grado de ansiedad retratan a sus familias en niveles extremos de cohesión y adaptabilidad. Se encontró que familias con altos niveles de cohesión se asociaban a la presencia en la familia de niños con trastornos de ansiedad, en contraste, los bajos niveles aumentan el riesgo de que se presenten trastornos de depresión.<sup>38</sup>

## 2. Planteamiento del problema

Hoy en día, los servicios de urgencias se encuentran colapsados por la gran demanda de atención que se encuentra en los pacientes quienes muchas veces no necesitan una atención inmediata. En la literatura existente no se conoce el porcentaje de pacientes que presentan urgencia sentida y las causas más comunes de éstas. Por lo cual surge la siguiente interrogante, al conocerlo sería posible realizar una prevención y control de las urgencias sentidas? Se han realizado diversos estudios en los que se investiga el número de consultas del servicio de urgencias y las principales causas, su distribución por edad y género, sin embargo se desconoce el tipo de urgencia que presentaron, real o sentida. Se enumeran los principales padecimientos por los cuales demandan atención inmediata, pero no se sabe cuál es la severidad de éstos.

Se sabe también que son los servicios de urgencias los sitios donde los desórdenes de ansiedad representan consultas frecuentes y repetidas. Dentro de las primeras 5 causas de consulta en urgencia son signos y síntomas mal especificados los cuales pueden deberse a ansiedad. En la actualidad los diferentes establecimientos de salud públicos y privados constituyen sitios de consulta de patologías de naturaleza no orgánica que no revisten severidad en el corto plazo, pero libradas a su evolución natural sin tratamiento oportuno, provocan sintomatología capaz de alterar las actividades cotidianas de un individuo, interferir con la vida social y laboral. La repercusión de los desórdenes de ansiedad en la salud y la calidad de vida, además del costo económico y social, hacen necesaria una actuación integrada y coordinada que aborde el problema desde la prevención, la detección precoz, la reinserción y el apoyo social al enfermo y sus familias con el fin de reducir los niveles de ansiedad y los costos totales de los cuidados en salud.

Diversos autores asocian la presencia de ansiedad y angustia con la necesidad de una atención inmediata. Se sabe que la familia funciona como un medio de contención de la ansiedad. Si una familia presenta un nivel bajo de cohesión, como separada o desvinculada puede ser que no lleve a cabo esta función. En cuanto a la adaptabilidad, también se habla acerca del papel de la familia generando enfermedades en sus miembros como expresión de una familia rígida o caótica. Esto nos lleva a pensar que son entonces los niveles extremos de cohesión y de adaptabilidad familiar los que ocasionan que se presentan con gran frecuencia diversos padecimientos.

Un sinnúmero de estudios hablan acerca de la disfunción familiar como causa de hiperfrecuentar los servicios de salud. Todos ellos nos hablan de la demanda en los servicios de consulta externa. En las unidades de medicina familiar del IMSS es usual que la consulta externa se encuentre saturada por los pacientes subsecuentes que acuden mensualmente para control de padecimientos crónico degenerativos, y entonces las consultas como paciente espontáneo suelen intercalarse en algún espacio libre, por lo que el paciente tiene que esperar varios minutos u horas. Muchas veces estos pacientes prefieren entonces acudir al servicio de urgencias esperando recibir una atención inmediata, además de otras ventajas como la accesibilidad a estudios de laboratorio o gabinete como lo mencionan otras bibliografías.

Por lo anteriormente citado surge la necesidad de responder a la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre niveles de ansiedad y la cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes que presentan urgencia tipo sentida?

### 3. Justificación

En México, los servicios de urgencias se encuentran colapsados con un tiempo de espera largo debido a la alta demanda en atención. Aproximadamente hasta el 80% de las consultas de los servicios de urgencias en el IMSS son por urgencias sentidas. Éstas se definen como padecimientos que el paciente percibe o siente que amenaza su vida, casi nunca es grave, la terapéutica inicial de urgencia no produce cambios significativos en su evolución, y pueden esperar de 24 a 48 horas para ser tratados por su Médico de Familia.

Anualmente se otorgan alrededor de 6.3 millones de consultas en los servicios de urgencias de las unidades de medicina familiar del IMSS, lo que corresponde al 15% del total de las consultas. Sin embargo el servicio de urgencias funciona indebidamente como complemento de la consulta externa que por diversas razones no cubre la demanda como se comentará más adelante.

Según una revisión del IMSS del 2006 dentro de los principales motivos por los que acuden a urgencias en las unidades de medicina familiar no se reporta si el padecimiento fue una urgencia real o sentida. Tampoco se especifican las causas del rubro “otros diagnósticos” o de los “signos, síntomas y estados morbosos mal definidos”, pudieran ser éstos ocasionados por angustia o ansiedad?

De acuerdo a lo reportado en la literatura, algunos de los pacientes que presentan urgencia tipo sentida acuden al servicio de urgencias por sensación de angustia secundaria al padecimiento que presentan. El trabajo de Pasarín et al nos habla del papel de contención de la ansiedad que solían ejercer los familiares o amigos que en la actualidad los pacientes buscan en los servicios de salud. El estudio realizado por Kozio-McLain muestra que 35% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias buscan aliviar su dolor o malestar, y casi 30% acuden por la sensación de ansiedad que les ocasiona su padecimiento.

Se ha documentado la comorbilidad de los trastornos de somatización con la ansiedad hasta en un 34%. La ansiedad, definida como una sensación difusa de aprehensión o inquietud, comúnmente vaga y desagradable, suele acompañarse de manifestaciones somáticas como opresión torácica, vacío epigástrico, latido cardíaco intenso, sudoración, cefalea, urgencia para la micción o tensión muscular, entre otros síntomas. La somatización y otras variantes de los desórdenes somatomorfos, son responsables del 5 % de los casos de la consulta de atención primaria.

En familias que muestran niveles extremos de cohesión, como una familia separada o desvinculada, al no existir la función de reducir la angustia o ansiedad, pueden recurrir a los servicios de salud para aliviar este sentimiento. También se reporta en la literatura que las familias rígidas o caóticas, niveles extremos de adaptabilidad, pueden generar enfermedades en sus miembros como expresión de su disfunción y presentar signos o síntomas mal definidos, razón por la cual solicitaran atención médica. Por lo tanto se espera que los pacientes quienes presentan niveles extremos de cohesión y adaptabilidad familiar puedan presentar una mayor prevalencia de urgencias de tipo sentida que los pacientes con adecuados niveles.

Se han realizado otros estudios acerca de la relación entre ansiedad y cohesión y adaptabilidad, como el realizado por López et al en México. En éste se encontraron que las familias con los puntajes más altos de ansiedad perciben una alta cohesión y una baja adaptabilidad en sus familias. Otro artículo por Bögels et al menciona que los niños con alto grado de ansiedad retratan a sus familias con niveles extremos de cohesión y adaptabilidad.

Este estudio nos permitirá ver si en realidad existe una asociación entre ansiedad y los niveles extremos de cohesión y adaptabilidad familiar en los pacientes que presentan urgencias de tipo sentida en la población que asiste a la Unidad de Medicina Familiar No. 28.

También se podrá recabar información sobre las patologías de urgencia tipo sentida más frecuentes, la presencia de ansiedad y su relación por sexo y según los diagnósticos, además de los motivos por los cuales acuden al servicio de urgencias en lugar de a la consulta externa.

Una vez obtenido este conocimiento podremos enfocarnos en la consulta de medicina familiar en pacientes con las características encontradas para trabajar en la ansiedad, su cohesión y adaptabilidad familiar y darles una adecuada educación acerca de los padecimientos que son una urgencia real. De esta manera podemos aspirar a mejorar la funcionalidad familiar de los pacientes y evitar que acudan al servicio de urgencias sin una urgencia tipo real.

Además al conocer los motivos por los cuales los pacientes prefieren acudir al servicio de urgencias en lugar de a la consulta externa, podremos también ayudar a disminuir la sobrecarga del servicio trabajando en los factores que sea posible y por lo tanto, los pacientes quienes acudan con un padecimiento grave a dicho servicio puedan ser atendidos oportunamente.

## **4. Objetivos**

### 4.3. Objetivo general

Determinar la relación entre la presencia de ansiedad a través de la subescala de ansiedad Goldberg y los niveles de cohesión y adaptabilidad familiar mediante el FACES III en pacientes con urgencias tipo sentida que acuden al servicio de urgencias de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera".

### 4.4. Objetivos específicos

- Conocer la relación por sexo de urgencias sentidas en la población atendida en el servicio de urgencias de la UMF 28
- Conocer la relación por grupo de edad de urgencias sentidas en la población atendida en el servicio de urgencias de la UMF 28
- Conocer las causas más frecuentes de urgencias sentidas en la población atendida en el servicio de urgencias de la UMF 28.
- Conocer la frecuencia de familias balanceadas, medias y extremas en los pacientes con urgencia tipo sentida atendidos en el servicio de urgencias de la UMF 28
- Conocer la relación por sexo de ansiedad en los pacientes con urgencia tipo sentida atendidos en el servicio de urgencias de la UMF 28
- Conocer la relación por padecimiento de ansiedad en los pacientes con urgencia tipo sentida atendidos en el servicio de urgencias de la UMF 28
- Conocer la relación por tipo de familia de ansiedad en los pacientes con urgencia tipo sentida atendidos en el servicio de urgencias de la UMF 28

## **5. Hipótesis**

### 5.3. Hipótesis alterna:

Existe mayor frecuencia de ansiedad según la subescala de ansiedad de Goldberg en niveles extremos de cohesión y adaptabilidad familiar, según FACES III, en comparación con otros niveles, en pacientes con urgencia tipo sentida.

### 5.4. Hipótesis nula:

No existe mayor frecuencia de ansiedad según la subescala de ansiedad de Goldberg en niveles extremos de cohesión y adaptabilidad familiar, según FACES III, en comparación con otros niveles, en pacientes con urgencia tipo sentida.

## 6. Material y métodos

### 6.1. Tipo de estudio

El diseño de este estudio es transversal, observacional, analítico.

### 6.2. Población, lugar y tiempo

#### Universo

Pacientes quienes acuden al servicio de urgencias en la Unidad de Medicina Familiar no. 28

#### Población en estudio

Pacientes que acudieron al servicio de urgencias en la Unidad de Medicina Familiar no. 28 por urgencia tipo sentida identificada con el nivel 4 o 5 según el sistema de Triage de Manchester

#### Lugar

Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera" Servicio de Urgencias  
Av. Gabriel Mancera 88, esq. San Borja, Col. del Valle, 03100 Delegación Benito Juárez México, Distrito Federal

#### Tiempo

Octubre 2014 - Mayo 2015

### 6.3. Tamaño de la muestra

De acuerdo al censo del servicio de Urgencias, el total de los pacientes atendidos durante el 2012 fue de 39 778 pacientes.

Para el cálculo de la muestra mínima representativa se utilizó la fórmula para población finita o sin reemplazo y de proporciones:

$$n = \frac{N Z^2 (p) (q)}{d^2 (N - 1) + (Z^2 p q)}$$

Dónde:

N= Total de individuos que comprende la población.

Z<sup>2</sup>= Es el nivel de confianza requerido para generalizar los resultados hacia toda la población.

p= proporción de observación que se espera obtener en una categoría.

q= Es la otra parte del porcentaje de observaciones en una categoría y es igual a 1-p

d= desviación estándar. Es el rango de error aceptable 0.05-0.10 se tomará un rango de error de 0.07

N = 39, 778

Z = 1.96

p = 0.42 de acuerdo a lo reportado en la literatura, es el 42% en promedio la consulta por urgencias sentidas

q = 0.58

d = 0.07

$$n = \frac{(39,778) (3.84) (0.42) (0.58)}{(0.0049) (39,778-1) + \{(3.84) (0.42) (0.58)\}}$$

$$n = \frac{37209}{(194.90) + (0.93)} = \frac{37209}{195.83}$$

MUESTRA:  $n \approx 190 + 20\%$  de pérdidas = total 230 pacientes

#### 6.4. Criterios de selección

##### 6.4.1. Criterios de inclusión

- Pacientes que acudieron al servicio de urgencias de la Unidad de Medicina Familiar no. 28 por urgencia tipo sentida, nivel 4 o 5 según el sistema de Triage de Manchester
- Pacientes mayores de 18 años o menores de edad con un acompañante mayor de 18 años
- Pacientes que pertenecen a una familia con hijos
- Pacientes que saben leer y escribir
- Pacientes que aceptaron participar de manera voluntaria y firmaron el consentimiento informado

##### 6.4.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con alteración mental evidente, discapacidad motora, auditiva o visual que les impidió llenar adecuadamente el cuestionario
- Pacientes con diagnóstico previo de ansiedad o depresión y se encuentren en tratamiento con ansiolíticos o antidepresivos.

##### 6.4.3. Criterios de eliminación

- Pacientes que llenaron la subescala de ansiedad Goldberg o el cuestionario FACES III de manera incompleta
- Pacientes sin registro su diagnóstico de egreso por el médico de base o el médico residente
- Pacientes quienes de acuerdo a la severidad de la patología corroborado por el diagnóstico final correspondieron a un grupo 1, 2 o 3 de Manchester

#### 6.5. Variables del estudio y definiciones conceptuales

##### 6.5.1. Variable independiente

###### Ansiedad

Anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañados de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión.

##### 6.5.2. Variable dependiente

###### Cohesión y adaptabilidad familiar

La primera definida como el vínculo emocional de la pareja o los miembros de la familia que tienen unos con respecto a otros. La segunda como la facultad de un sistema familiar o conyugal para cambiar su poder de estructura, relación de roles entre otras cosas en respuesta al estrés situacional y de desarrollo.

### Urgencia tipo sentida

Caso no urgente en los que la terapéutica inicial de urgencia no produce cambios significativos en su evolución, y que pueden esperar de 24 a 48 horas para ser tratados por su Médico de Familia.

## **6.6. Definiciones operacionales**

### Ansiedad

La ansiedad se medirá según la subescala de ansiedad del test Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, tomando como positivo para ansiedad con una puntuación mayor de 4 de 9 preguntas dicotómicas.

La cohesión y adaptabilidad será medida a través de la puntuación obtenida en el instrumento FACES III el cual evalúa el nivel de cohesión y adaptabilidad.

### Cohesión familiar

Se tomara en cuenta el tipo de cohesión familiar según la calificación de ítems nones del instrumento FACES III:

- Desvinculada: 10-34
- Separada: 35-40
- Conectada: 41-45
- Amalgamada: 46-50

### Adaptabilidad familiar

Se tomara en cuenta el tipo de adaptabilidad familiar según calificación de ítems pares del instrumento FACES III:

- Rígida: 10-19 puntos
- Estructurada: 20-24 puntos
- Flexible: 25-28 puntos
- Caótica: 29-50 puntos

Dependiendo de esta puntuación se clasificaran dentro de la siguiente tabla:

		Cohesión			
		Baja	Moderada		Alta
Adaptabilidad		Desvinculada	Separada	Conectada	Amalgamada
Alta	Caótica	Extrema	Rango medio	Rango medio	Extrema
Moderada	Flexible	Rango medio	Balanceada	Balanceada	Rango medio
	Estructurada	Rango medio	Balanceada	Balanceada	Rango medio
Baja	Rígida	Extrema	Rango medio	Rango medio	Extrema

Por lo tanto los pacientes con niveles extremos de cohesión y adaptabilidad familiar serán los que presenten las siguientes combinaciones:

- Desvinculada/caótica
- Desvinculada/rígida
- Amalgamada/caótica
- Amalgamada/rígida

Los niveles balanceados de cohesión y adaptabilidad familiar serán los que presenten las combinaciones:

- Separada/flexible
- Separada/estructurada
- Conectada/flexible
- Conectada/estructurada

Urgencia tipo sentida

Diagnóstico de egreso del servicio de urgencias de la Unidad de Medicina Familiar no 28 otorgado por el médico adscrito o médico residente de medicina familiar quien atendió al paciente que este incluido en los niveles 4 (normal/verde) o 5 (no urgente/azul) según el sistema de Triage de Manchester. Por ejemplo: infecciones de vías respiratorias altas, enfermedades diarreicas agudas, etc.

Manifestaciones de ansiedad	
<b>Neurológicos</b>	Cefalea difusa, jaqueca, mareos, lipotimia
<b>Psicológicos</b>	Sensación de muerte inminente
<b>Alteración sueño-vigilia</b>	Insomnio o hipersomnia
<b>Cardiacos</b>	Palpitaciones, dolor torácico
<b>Gastrointestinales</b>	Anorexia o polifagia, pérdida o ganancia de peso, pesadez posprandial, regurgitaciones, acidez, dolor abdominal, colon irritable, meteorismo, diarrea o estreñimiento
<b>Genitourinarios</b>	Poliaquiuria, disfunción eréctil
<b>Generales</b>	Fatiga, astenia, dolores musculares
<b>Respiratorias</b>	Resfriado común, faringitis aguda

Variables:

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Instrumento de medición	Codificación de datos
<b>Ansiedad</b>	Independiente	Anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañados de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión.	Se medirá según la subescala de ansiedad (SAG) del test Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, tomando como positivo para ansiedad con una puntuación mayor de 4 de 9 preguntas dicotómicas.	Cualitativa Dicotómica Nominal	Subescala de ansiedad de Goldberg (SAG)	<4pts=No ≥4pts=Si

<b>Cohesión y adaptabilidad familiar</b>	Dependiente	La primera definida como el vínculo emocional de la pareja o los miembros de la familia que tienen unos con respecto a otros. La segunda como la facultad de un sistema familiar o conyugal para cambiar su poder de estructura, relación de roles entre otras cosas en respuesta al estrés situacional y de desarrollo.	La suma de ítems no es para clasificar la cohesión en: Desvinculada: 10-34 Separada: 35-40 Conectada: 41-45 Amalgamada: 46-50  La suma de ítems pares será para clasificar la adaptabilidad en: Rígida: 10-19 Estructurada: 20-24 Flexible: 25-28 Caótica: 29-50	Cualitativa Ordinal	FACES III	1=Niveles extremos: a)Desvinculada/caótica b)Desvinculada/rígida c)Amalgamada/caótica d)Amalgamada/rígida  2=Niveles medios: a)Desvinculada/flexible b)Desvinculada/estructurada c)Separada/caótica d)Separada/rígida e)Conectada/caótica f)Conectada/rígida g)Amalgamada/flexible h)Amalgamada/estructurada  3=Niveles balanceados: a)Separada/flexible b)Separada/estructurada c)Conectada/flexible d)Conectada/estructurada
<b>Tipo de urgencia sentida</b>	Dependiente	Caso no urgente en los que la terapéutica inicial de urgencia no produce cambios significativos en su evolución, y que pueden esperar de 24 a 48 h para ser tratados por su Médico de Familia	Diagnóstico de egreso otorgado por el médico encargado que este incluido en los niveles 4 (normal/verde) o 5 (no urgente/azul) según el sistema de Triage de Manchester.	Cualitativa Dicotómica Nominal	Nivel en el Triage de Manchester según el diagnóstico de egreso	0=No 1=Si: a)Cefalea b)Faringitis aguda c)Dolor torácico no cardíaco d)Colon irritable e)Otros

Tabla No. 9. Variables

Covariables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Codificación de datos
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Se obtendrá por medio del interrogatorio del sujeto y se registrará en años cumplidos.	Cuantitativa	1=18-20 2=21-30 3=31-40 4=41-50 5=51-60 6=61-70 7=71-80 8=81-100
Sexo	Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer.	Se clasificará en masculino o femenino	Cualitativa/ Nominal Dicotómica	1=Femenino 2=Masculino
Estado civil			Cualitativa/ nominal	1=Soltero 2=Casado 3=Unión libre 4=Divorciado 5=Viudo
Ocupación	Acción y efecto de Ocupar	Oficio que desempeña una persona para obtener una bonificación monetaria	Cualitativa/ nominal	1=Ninguna 2=Estudiante 3=Ama de casa 4=Empleado 5=Obrero 6=Pensionado/jubilado 7=Otro

Tabla No. 10. Covariables.

### 6.7. Instrumentos de recolección de datos

**Ansiedad:** La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems cada una, todos ellos de respuesta dicotómica (Si / No); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. En este estudio solo se utilizará la subescala para ansiedad (SAG). Su aplicación es hetero-administrada, intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado en las últimas dos semanas alguno de los síntomas a los que hacen referencia los ítems; no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad

**Cohesión y adaptabilidad familiar:** Para la valoración de los niveles de cohesión y adaptabilidad familiar será utilizado el cuestionario FACES III, el cual es un cuestionario autoaplicable de 20 ítems que evalúa en los nones la cohesión y en los pares la adaptabilidad. Las 20 preguntas tienen un valor de puntuación de 1 a 5 (nunca, 1; casi nunca, 2; algunas veces, 3; casi siempre, 4, y siempre, 5). Se produjeron los valores posibles mínimo y máximo de 20-100 puntos para cada entrevista, 10-50 para cohesión y 10-50 para adaptabilidad.

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de que mejor refleje su situación familiar. La puntuación de los ítems nones (cohesión) se sumara y clasificara en el nivel

correspondiente, de igual manera la puntuación de los ítems pares (adaptabilidad) como se muestra en la siguiente tabla:

Cohesión	Amplitud de clase	Adaptabilidad	Amplitud de clase
Desvinculada	10-34	Rígida	10-19
Separada	35-40	Estructurada	20-24
Conectada	41-45	Flexible	25-28
Amalgamada	46-50	Caótica	29-50

Una vez indicado el nivel de cohesión y adaptabilidad se clasificarán según las siguientes dimensiones:

Cohesión \ Adaptabilidad		Baja	Moderada		Alta
		Desvinculada	Separada	Conectada	Amalgamada
Alta	Caótica	Extrema	Riesgo medio	Riesgo medio	Extrema
	Flexible	Riesgo medio	Balaceada	Balaceada	Riesgo medio
Moderada	Estructurada	Riesgo medio	Balaceada	Balaceada	Riesgo medio
	Rígida	Extrema	Riesgo medio	Riesgo medio	Extrema

De esta manera se conocerá si el nivel de cohesión y adaptabilidad familiar obteniendo familias con niveles extremos, de riesgo medio o balanceados.

**Urgencia tipo sentida:** Para conocer si el paciente presenta o no una urgencia sentida, inicialmente el paciente escribirá con sus propias palabras su motivo de consulta y la razón por la cual no acudió a con su médico familiar. Responderá a las siguientes preguntas antes de recibir la consulta en el servicio de urgencias:

- 1) Escriba el motivo por el cual acude el día de hoy al servicio de urgencias. Describa su padecimiento o malestar.
- 2) Escriba el motivo por el cual no acude a consulta externa con su médico familiar por el padecimiento o malestar que está presentando.

Posterior a recibir consulta en el servicio de urgencias de la UMF no 28, el médico adscrito o el médico residente quien atendió al paciente registrará el diagnóstico otorgado y el tipo de urgencia de acuerdo a la clasificación de triage del sistema de Triage de Manchester.

### 6.8. Método de recolección de datos

1.- Pacientes que acudieron a consulta en el servicio de urgencias de la Unidad de Medicina Familiar no. 28, durante el periodo de tiempo señalado, a su ingreso fueron valorados en consultorio de Triage por el médico de base del servicio de urgencias o el médico residente de medicina familiar, donde se clasificó según el sistema de Triage Manchester.

Nivel	Tipo de padecimiento	Color	Ejemplo
1	Atención inmediata	Rojo	Paro cardio-respiratorio, estado de choque
2	Muy urgente	Naranja	Politraumatizado grave, infarto de miocardio
3	Urgente	Amarillo	Dolor torácico con disnea, o el diabético con compromiso leve de conciencia, el cardiópata con palpitaciones
4	Normal	Verde	Dolor ocular, la fiebre, otalgia
5	No urgente	Azul	Hernia inguinal no complicada, un nódulo mamario

2.- En el caso de presentar niveles 4 o 5, urgencia tipo sentida, se les proporcionó el test con la subescala de ansiedad de Goldberg "SAG" (anexo D.) y el cuestionario autoaplicable FACES III (anexo E.) así como un cuestionario donde el paciente escribió datos sociodemográficos, así como el motivo por el cual acudió al servicio de urgencias con sus propias palabras (anexo C.) y el consentimiento informado (anexo B.) para responder mientras se encontró en sala de espera, a todos los pacientes se les dieron las mismas indicaciones y cuestionarios. Se tomó un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos para responder los cuestionarios.

3.- Al recibir la consulta por el médico de urgencias adscrito o el médico residente de medicina familiar se recogieron los documentos y se anotó el diagnóstico de egreso otorgado y la clasificación de triage asignada según su diagnóstico. Solo se tomaron en cuenta aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión.

4.- Una vez terminados los cuestionarios se calificó la presencia de ansiedad según la subescala de Ansiedad de Goldberg, se analizaron los niveles de cohesión y adaptabilidad familiar y se clasificó el tipo de familia de acuerdo a FACES III. Finalmente se verificó si en pacientes con urgencia tipo sentida se presentó relación con ansiedad y niveles extremos de cohesión y adaptabilidad. También se clasificó por sexo y grupos de edad, se realizó un análisis de los motivos por los cuales acudieron al servicio y se evaluaron los padecimientos más frecuentes por los cuales acudieron al servicio.

#### **6.9. Análisis de datos**

El manejo y análisis de los datos recabados se realizó con el programa estadístico SPSS V 22, se utilizó estadística descriptiva para variables cuantitativas como la edad mediante el cálculo de media, desviación estándar, mediana y proporciones. Respecto a las variables cualitativas como la cohesión y adaptabilidad familiar se utilizaron porcentajes así como una tabla de distribución de frecuencias. Se realizó un análisis bivariado en el cual la variable cohesión y adaptabilidad fueron variables categóricas, y la presencia de ansiedad como una variable nominal, se utilizó una prueba no paramétrica que corresponde a la prueba de Kruskal-Wallis. Se consideró un valor de  $p < 0.05$  para el rechazo de la hipótesis de nula.

## **7. Consideraciones éticas**

El presente protocolo fue sometido a revisión por el comité local de investigación y ética del HGR No.1 IMSS el cual cumplió con los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos emitidos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, respetándose en todo momento la integridad del paciente, adoptando las precauciones necesarias para respetar la intimidad del paciente y reduciendo al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física, mental y su personalidad.

De acuerdo a la declaración de Helsinki se diseñó una carta de consentimiento informado en la cual se explica a los pacientes el objetivo de la investigación, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación, para tal fin se diseña la carta de consentimiento informado (Anexo B).

Este estudio y su metodología se encuentran fundamentados en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, título 2º, capítulo I, artículo 13 y 14. Los cuales se refieren a que deberá prevalecer el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar del sujeto en estudio. Se debe contar con el consentimiento informado así como con el dictamen favorable de las Comisiones correspondientes.

## 8. Resultados

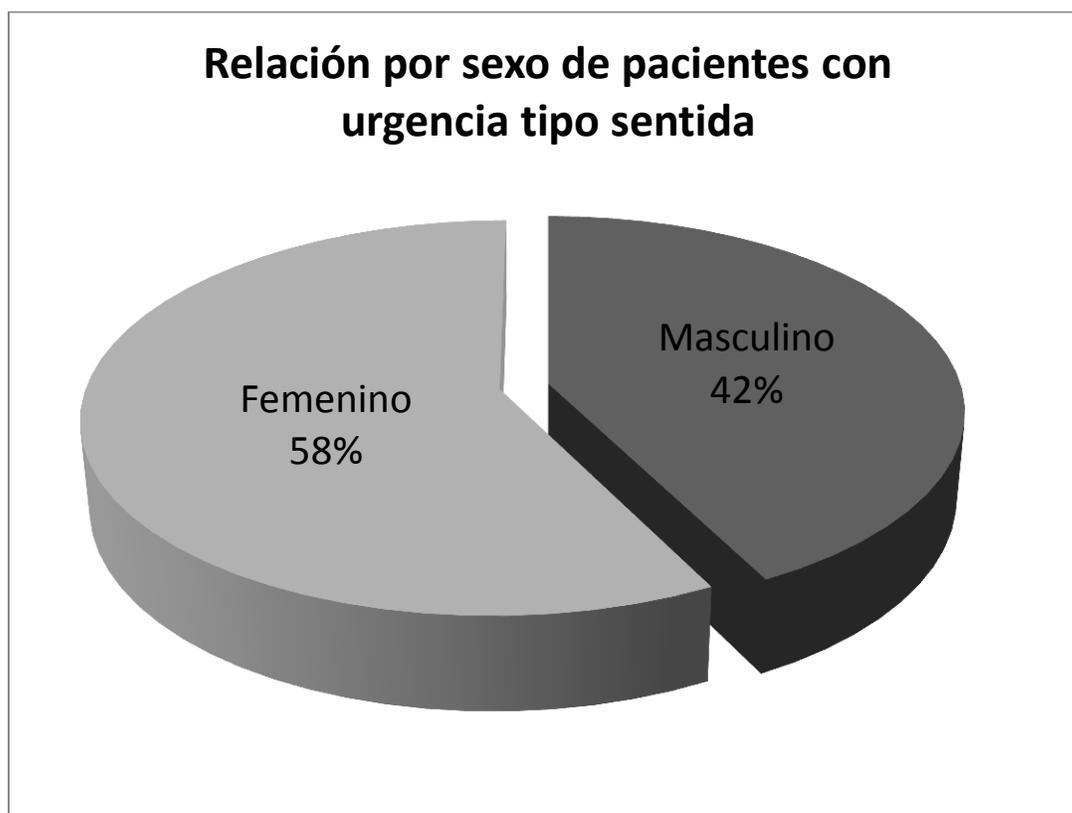
Se encuestaron 280 pacientes de la unidad de medicina familiar no 28 "Gabriel Mancera", 44 no cumplieron con los criterios de inclusión por lo cual se eliminaron quedando 236 pacientes con urgencia tipo sentida, encontrando los siguientes resultados:

### 8.1. Variables sociodemográficas

De acuerdo a la relación por sexo se realizaron encuestas en 136 (57.6%) pacientes del sexo femenino y 100 (42.4%) del sexo masculino.

<b>Relación por sexo de pacientes con urgencia tipo sentida</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Femenino</b>	136	57.6%
<b>Masculino</b>	100	42.4%
<b>Total</b>	236	100.0%

Tabla No. 11. Relación por sexo de pacientes con urgencia tipo sentida.

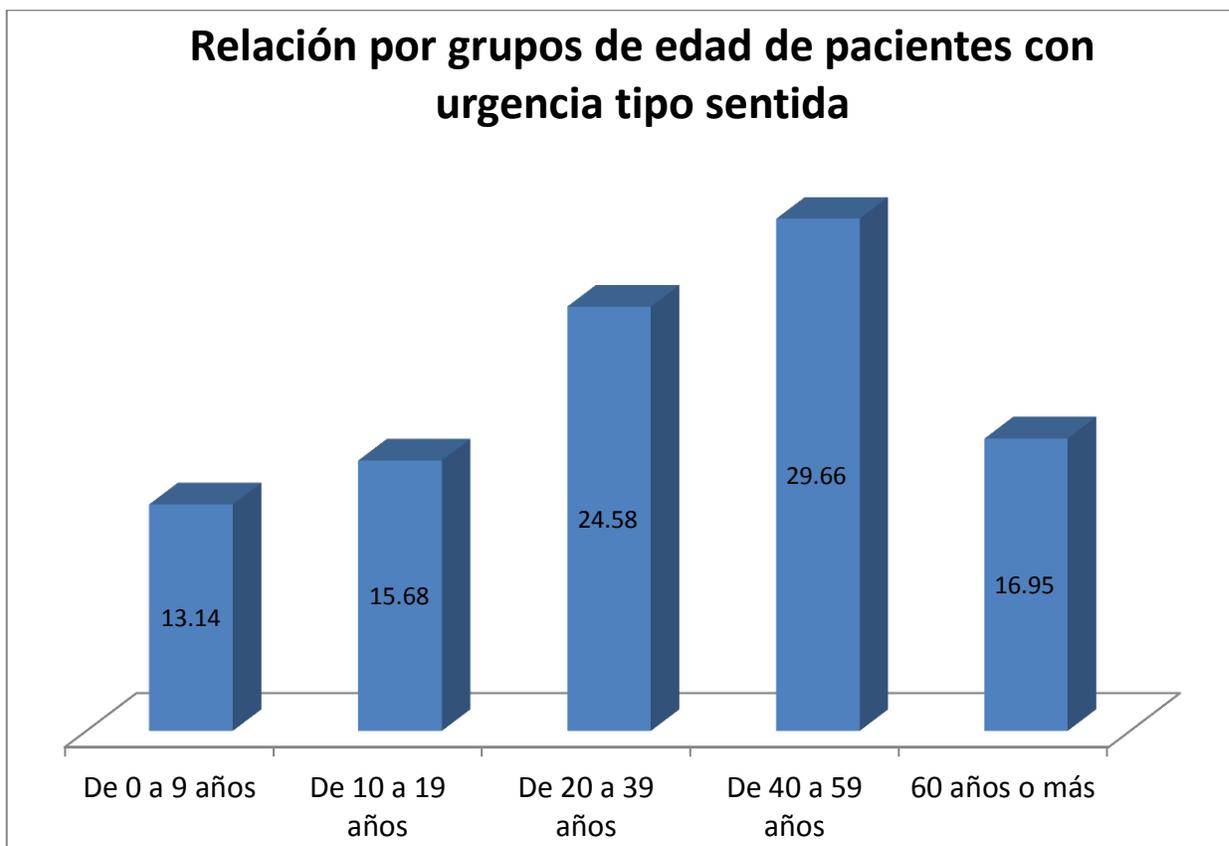


Gráfica No. 1. Relación por sexo de pacientes con urgencia tipo sentida.

Según la relación por grupo de edad de pacientes con urgencia tipo sentida, se encontraron 31 (13.14%) de 0 a 9 años, 37 (15.68%) de 10 a 19 años, 58 (24.58%) de pacientes de 20 a 39 años, 70 (29.66%) de 40 a 59 años y 40 (16.95%) de 60 años o más.

Relación por grupo de edad de pacientes con urgencia tipo sentida		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>De 0 a 9 años</b>	31	13.14%
<b>De 10 a 19 años</b>	37	15.68%
<b>De 20 a 39 años</b>	58	24.58%
<b>De 40 a 59 años</b>	70	29.66%
<b>60 años o más</b>	40	16.95%
<b>Total</b>	236	100.00%

Tabla No. 12. Relación por grupo de edad de pacientes con urgencia tipo sentida.

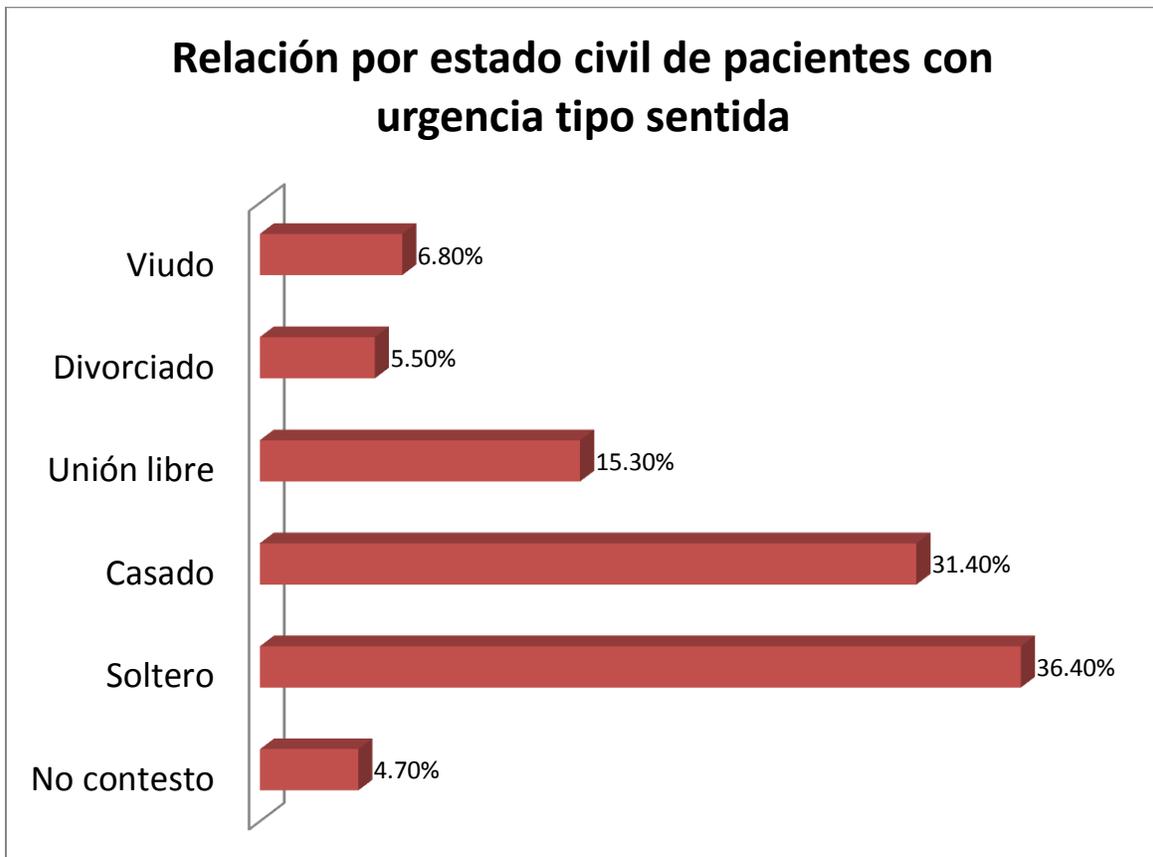


Gráfica No. 2. Relación por grupo de edad de pacientes con urgencia tipo sentida.

Sobre el estado civil se encontró que 11 pacientes (4.7%) no contestaron, 86 (36.4%) son solteros, 74 (31.4%) son casados, 36 (15.3%) se encuentran en unión libre, 13 (5.5%) son divorciados y 16 (6.8%) son viudos.

<b>Relación por estado civil de pacientes con urgencia tipo sentida</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>No contesto</b>	11	4.7%
<b>Soltero</b>	86	36.4%
<b>Casado</b>	74	31.4%
<b>Unión libre</b>	36	15.3%
<b>Divorciado</b>	13	5.5%
<b>Viudo</b>	16	6.8%
<b>Total</b>	236	100.0%

Tabla No. 13. Relación por estado civil de pacientes con urgencia tipo sentida.

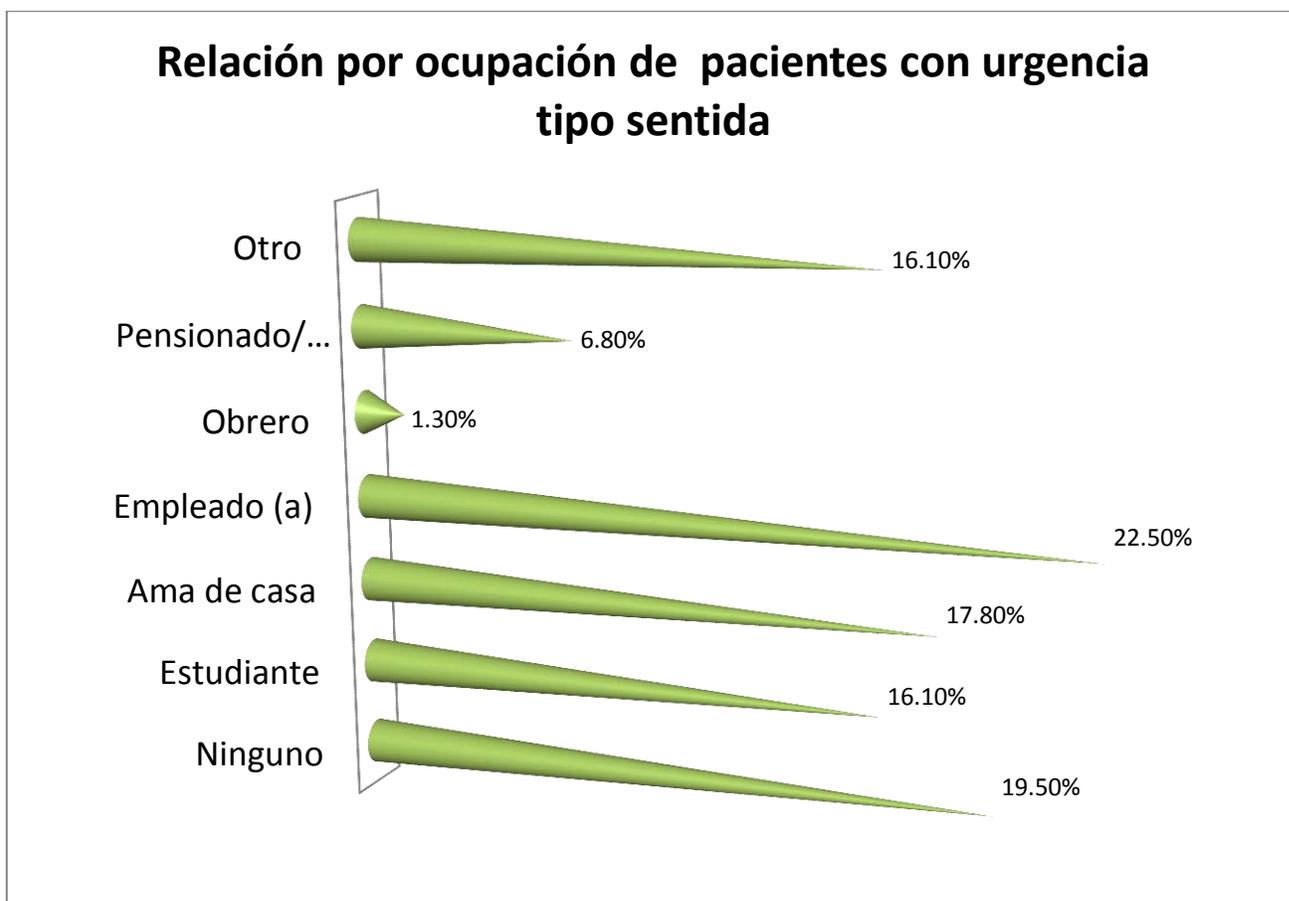


Gráfica No. 3. Relación por estado civil de pacientes con urgencia tipo sentida.

En el rubro correspondiente a ocupación el resultado fue que 46 pacientes (19.5%) contestó que ninguna, 38 (16.1%) son estudiantes, 42 (17.8%) son ama de casa, 53 (22.5%) son empleados, 3 (1.3%) son obreros, 16 (6.8%) son pensionados o jubilados y 38 (16.1%) tienen otra ocupación.

Relación por ocupación de pacientes con urgencia tipo sentida		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Ninguno</b>	46	19.5%
<b>Estudiante</b>	38	16.1%
<b>Ama de casa</b>	42	17.8%
<b>Empleado (a)</b>	53	22.5%
<b>Obrero</b>	3	1.3%
<b>Pensionado/Jubilado</b>	16	6.8%
<b>Otro</b>	38	16.1%
<b>Total</b>	236	100.0%

Tabla No. 14. Relación por ocupación de pacientes con urgencia tipo sentida.



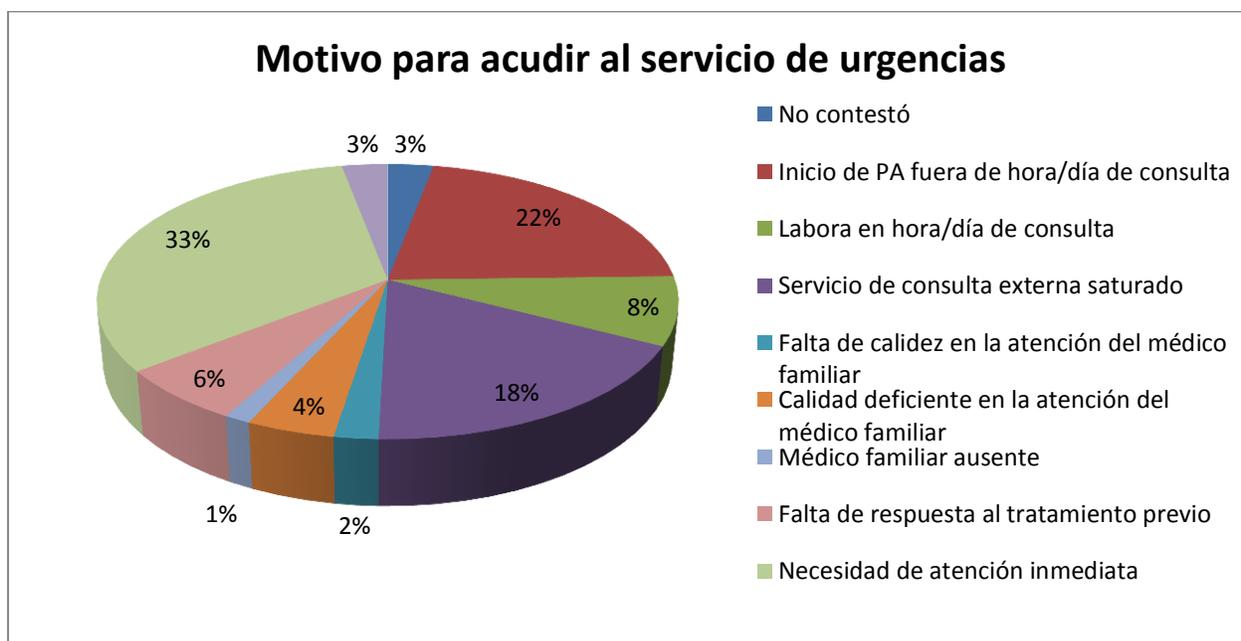
Gráfica No. 4. Relación por ocupación de pacientes con urgencia tipo sentida.

## 8.2. Motivos para acudir a urgencias

Los motivos para acudir al servicio de urgencias expresado por cada paciente en orden de frecuencia son: 77 (32.6%) percepción de los pacientes de necesitar atención inmediata, 51 (21.6%) porque inició su padecimiento actual fuera de la hora o día de la consulta, 42 (17.8%) debido a que el servicio de consulta externa se encontraba saturado, 19 (8.1%) labora en la hora o día de la consulta, 15 (6.4%) por falta de respuesta al tratamiento previo, 10 (4.2%) mencionan una calidad deficiente en la atención del médico familiar, 7 (3%) pacientes no contestaron, 7 (3%) pacientes fueron enviados a urgencias de la consulta externa, 5 (2.1%) refieren falta de calidez en la atención del médico familiar y 3 (1.3%) acudieron a urgencias ya que su médico familiar se encontraba ausente.

Motivo para acudir al servicio de urgencias			
		Frecuencia	Porcentaje
1.	<b>Necesidad de atención inmediata</b>	77	32.6%
2.	<b>Inicio de PA fuera de hora/día de consulta</b>	51	21.6%
3.	<b>Servicio de consulta externa saturado</b>	42	17.8%
4.	<b>Labora en hora/día de consulta</b>	19	8.1%
5.	<b>Falta de respuesta al tratamiento previo</b>	15	6.4%
6.	<b>Calidad deficiente en la atención del médico familiar</b>	10	4.2%
7.	<b>No contestó</b>	7	3.0%
8.	<b>Enviado de consulta externa</b>	7	3.0%
9.	<b>Falta de calidez en la atención del médico familiar</b>	5	2.1%
10.	<b>Médico familiar ausente</b>	3	1.3%
	Total	236	100.00%

Tabla No. 15. Motivo para acudir al servicio de urgencias.



Gráfica No. 5. Motivo para acudir al servicio de urgencias.

### 8.3. Diagnósticos presentados por los pacientes con urgencia tipo sentida

Los diagnósticos de los pacientes con urgencia tipo sentida en orden de frecuencia son: 42 (17.8%) infecciones respiratorias, 30 (12.7%) traumatismos y esguinces, 26 (11%) gastritis y colitis, 19 (8.1%) padecimientos musculo esqueléticos, 17 (7.2%) enfermedades crónico degenerativas, 16 (6.8%) migraña y cefaleas, 16 (6.8%) patologías dermatológicas, 13 (5.5%) infecciones intestinales, 13 (5.5%) infecciones de vías urinarias, 8 (3.4%) patologías de oído, 7 (3%) patologías ginecológicas, 7 (3%) otros diagnósticos, 5 (2.1%) crisis de ansiedad, 5 (2.1%) vértigo, 5 (2.1%) patologías quirúrgicas no agudizadas, 4 (1.7%) clínicamente sanos y 3 (1.3%) heridas de la piel o suturas.

<b>Diagnósticos presentados por los pacientes con urgencia tipo sentida</b>			
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentajes</b>
1.	<b>Infecciones respiratorias</b>	42	17.8%
2.	<b>Traumatismos y esguinces</b>	30	12.7%
3.	<b>Gastritis y colitis</b>	26	11.0%
4.	<b>Padecimientos músculo esqueléticos</b>	19	8.1%
5.	<b>Enfermedades crónico degenerativas</b>	17	7.2%
6.	<b>Migraña y cefaleas</b>	16	6.8%
7.	<b>Patologías dermatológicas</b>	16	6.8%
8.	<b>Infecciones intestinales</b>	13	5.5%
9.	<b>Infecciones de vías urinarias</b>	13	5.5%
10.	<b>Patologías de oído</b>	8	3.4%
11.	<b>Patologías ginecológicas</b>	7	3.0%
12.	<b>Otros diagnósticos</b>	7	3.0%
13.	<b>Crisis de ansiedad</b>	5	2.1%
14.	<b>Vértigo</b>	5	2.1%
15.	<b>Patologías quirúrgicas no agudizadas</b>	5	2.1%
16.	<b>Clínicamente sanos</b>	4	1.7%
17.	<b>Heridas de la piel / Suturas</b>	3	1.3%
	<b>Total</b>	<b>236</b>	<b>100.0%</b>

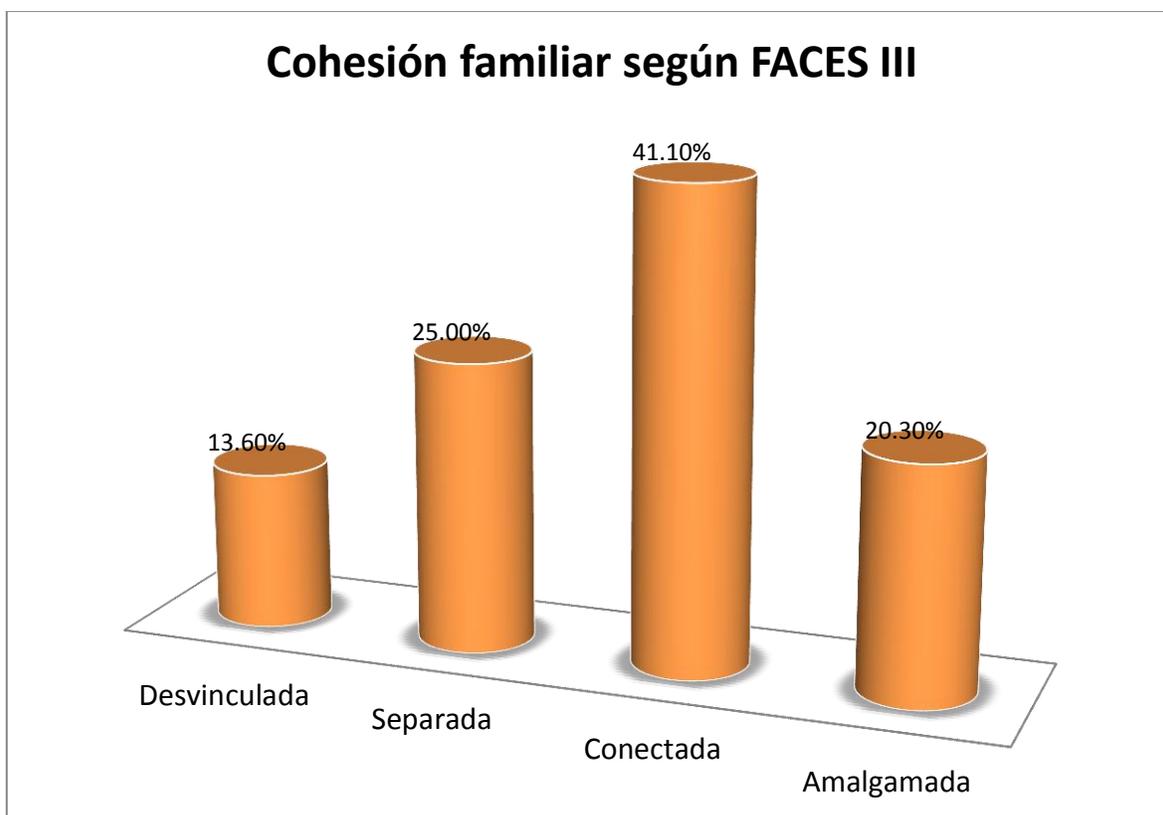
Tabla No. 16. Diagnósticos presentados por los pacientes con urgencia tipo sentida.

#### 8.4. Clasificación de familia según FACES III

Clasificando el nivel de cohesión se encontró que 32 (13.6%) de los pacientes tienen familia desvinculada, 59 (25%) separada, 97 (41.1%) conectada y 48 (20.3%) amalgamada.

Cohesión familiar según FACES III		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Desvinculada</b>	32	13.6%
<b>Separada</b>	59	25.0%
<b>Conectada</b>	97	41.1%
<b>Amalgamada</b>	48	20.3%
<b>Total</b>	236	100.0%

Tabla No. 17. Cohesión familiar según FACES III.

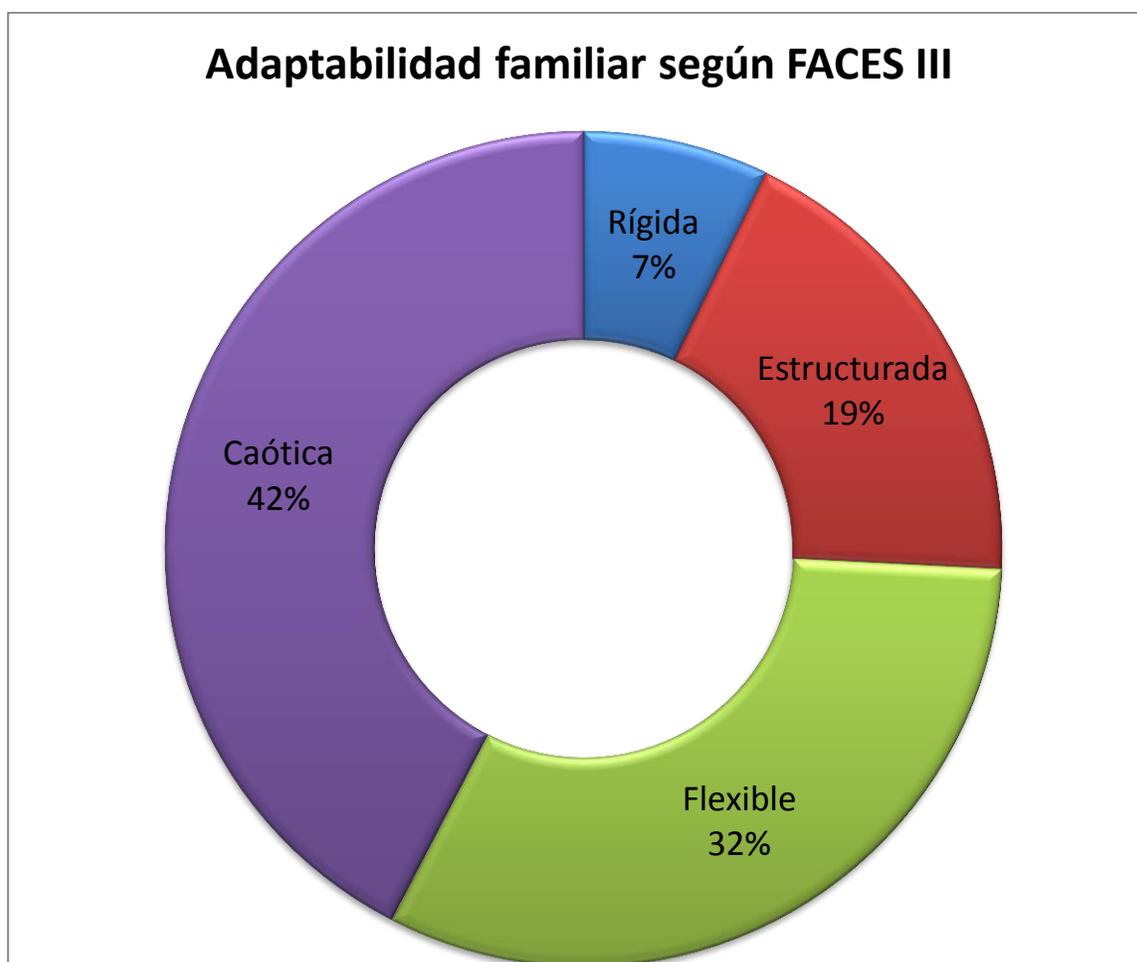


Gráfica No. 6. Cohesión familiar según FACES III.

Para el nivel de adaptabilidad 17 (7.2%) cuentan con familia rígida, 44 (18.6%) estructurada, 75 (31.8%) flexible y 100 (42.2%) caótica.

<b>Adaptabilidad familiar según FACES III</b>		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Rígida</b>	17	7.2%
<b>Estructurada</b>	44	18.6%
<b>Flexible</b>	75	31.8%
<b>Caótica</b>	100	42.4%
<b>Total</b>	236	100.0%

Tabla No. 18. Adaptabilidad familiar según FACES III.

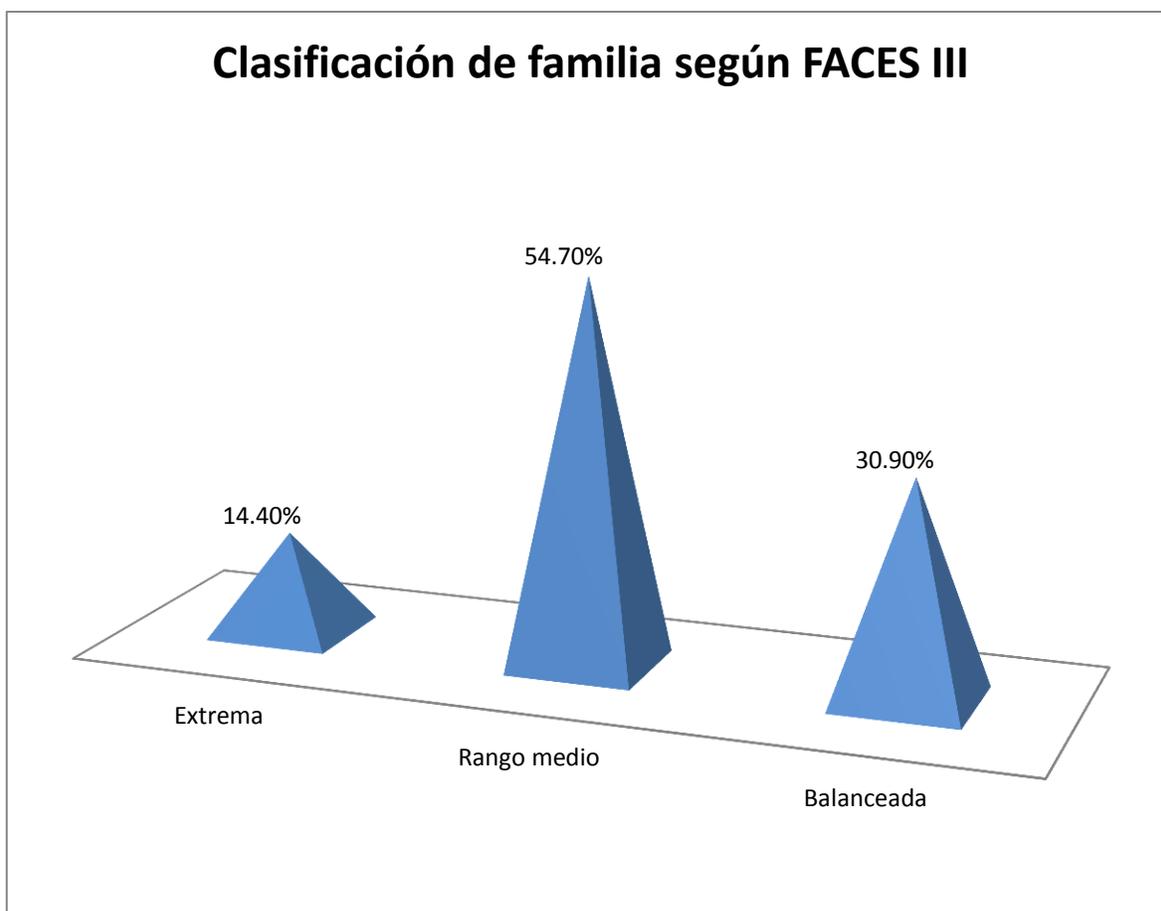


Gráfica No. 7. Adaptabilidad familiar según FACES III.

Respecto a la clasificación de familia según FACES III, los pacientes con urgencia tipo sentida presentan 34 (14.4%) familia extrema, 129 (54.7%) familia en rango medio y 73 (30.9%) familia balanceada.

Clasificación de familia según FACES III		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Extrema</b>	34	14.4%
<b>Rango medio</b>	129	54.7%
<b>Balanceada</b>	73	30.9%
<b>Total</b>	236	100.0%

Tabla No. 19. Clasificación de familia según FACES III.



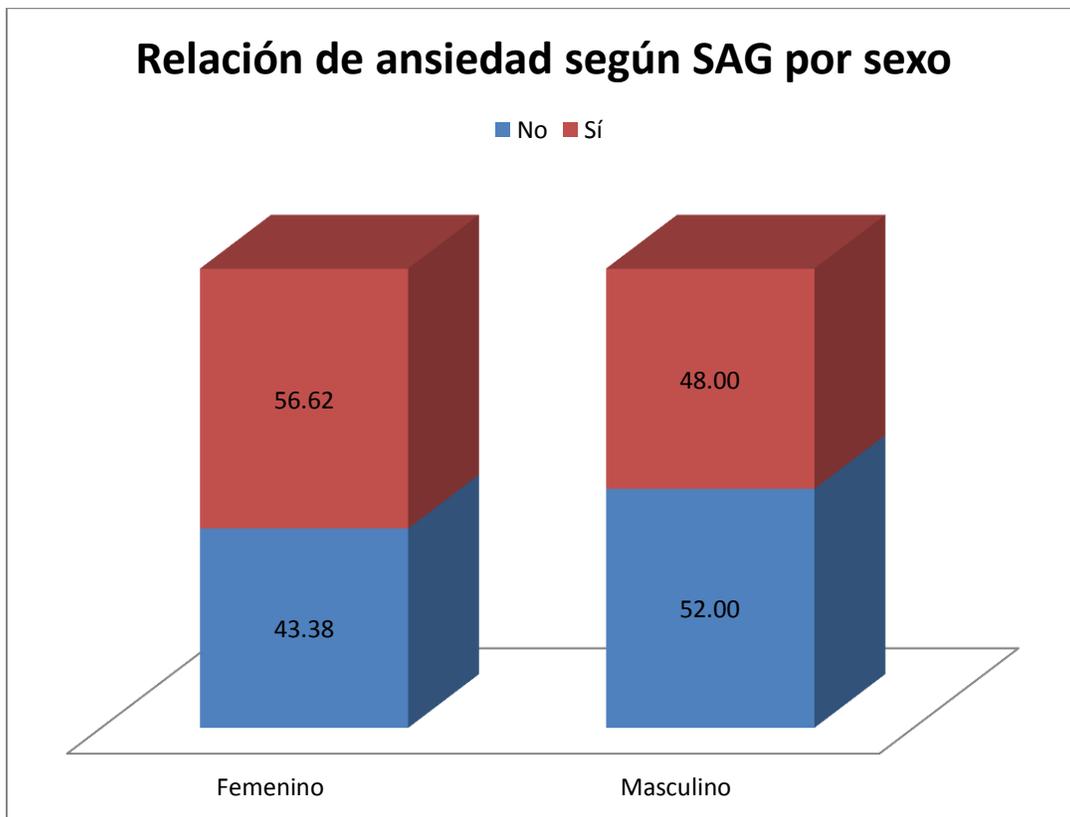
Gráfica No. 8. Clasificación de familia según FACES III.

### 8.5. Ansiedad según la Subescala de Ansiedad de Goldberg (SAG)

Se encontró la presencia de ansiedad según la subescala de ansiedad de Goldberg en 77 (56.62%) pacientes del sexo femenino y en 48 (48%) pacientes del sexo masculino.

Sexo	Ansiedad según SAG			
	No	Porcentaje	Si	Porcentaje
Femenino	59	43.38%	77	56.62%
Masculino	52	52.00%	48	48.00%

Tabla No. 20. Relación de ansiedad según SAG por sexo.

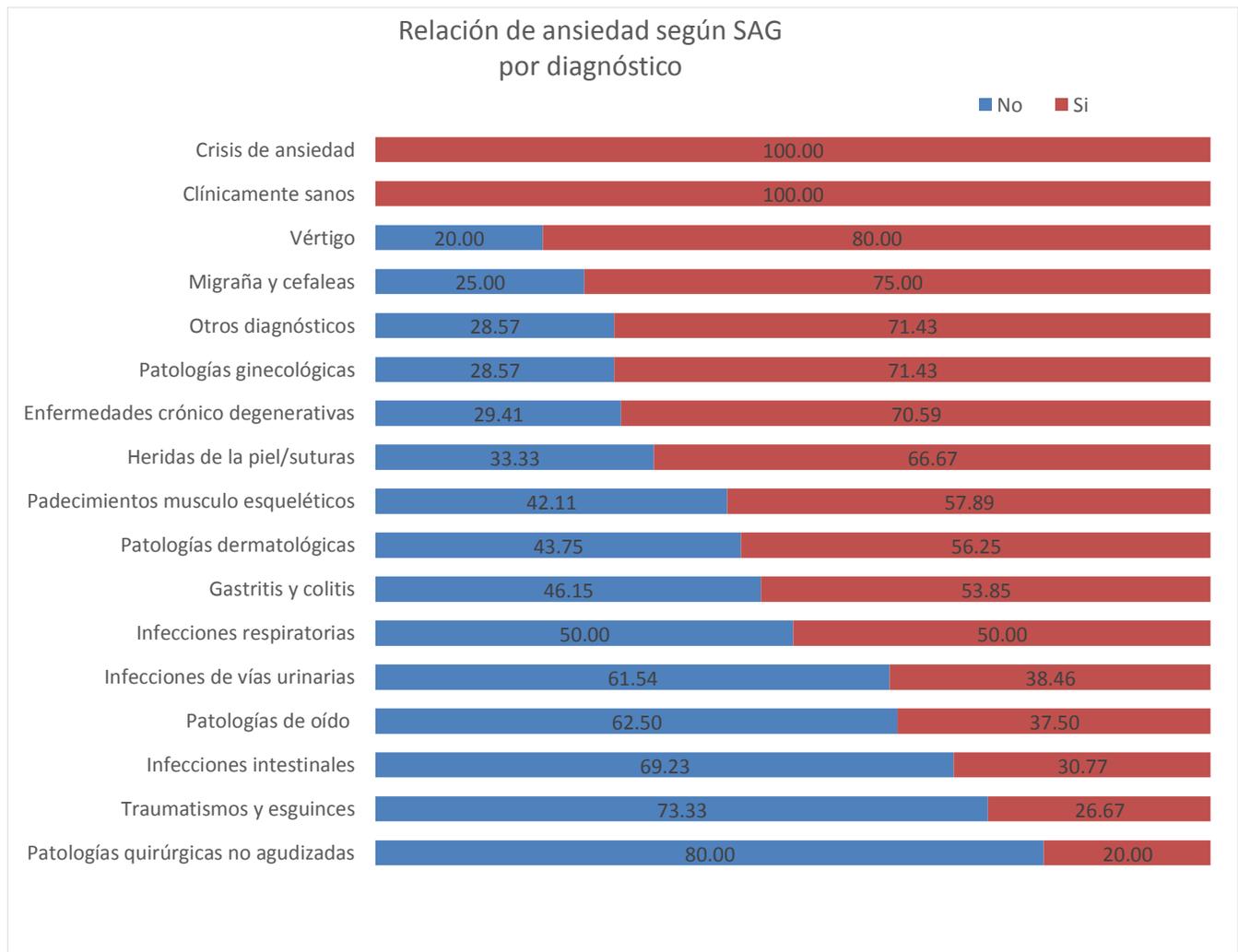


Gráfica No. 9. Relación de ansiedad según SAG por sexo.

En cuento a cada padecimiento y su relación con la presencia de ansiedad podemos observar que el 100% de los pacientes con diagnóstico de crisis de ansiedad y los clínicamente sanos tienen ansiedad según la subescala de ansiedad de Goldberg, así como el 80% de pacientes con vértigo, el 75% de pacientes con migraña o cefalea, 71.43% de los pacientes con otros diagnósticos y patologías ginecológicas, el 70.59% de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas, 66.67% de los pacientes con heridas de la piel o que requirieron sutura, el 57.89% de los pacientes con padecimientos musculoesqueléticos, el 56.89% de los pacientes con patologías dermatológicas, el 53.85% de los pacientes con gastritis o colitis, el 50% de los pacientes con infecciones respiratorias, el 38.46% de pacientes con infecciones de vías urinarias, el 37.5% de los pacientes con patologías de oído, el 30.77% de pacientes con infecciones intestinales, el 26.67% de pacientes con traumatismos y esguinces y el 20% de pacientes con patologías quirúrgicas no agudizadas.

Diagnósticos	Ansiedad según SAG			
	No	Porcentaje	Si	Porcentaje
1. Crisis de ansiedad	0	0.00%	5	100.00%
2. Clínicamente sanos	0	0.00%	4	100.00%
3. Vértigo	1	20.00%	4	80.00%
4. Migraña y cefaleas	4	25.00%	12	75.00%
5. Otros diagnósticos	2	28.57%	5	71.43%
6. Patologías ginecológicas	2	28.57%	5	71.43%
7. Enfermedades crónico degenerativas	5	29.41%	12	70.59%
8. Heridas de la piel/suturas	1	33.33%	2	66.67%
9. Padecimientos musculoesqueléticos	8	42.11%	11	57.89%
10. Patologías dermatológicas	7	43.75%	9	56.25%
11. Gastritis y colitis	12	46.15%	14	53.85%
12. Infecciones respiratorias	21	50.00%	21	50.00%
13. Infecciones de vías urinarias	8	61.54%	5	38.46%
14. Patologías de oído	5	62.50%	3	37.50%
15. Infecciones intestinales	9	69.23%	4	30.77%
16. Traumatismos y esguinces	22	73.33%	8	26.67%
17. Patologías quirúrgicas no agudizadas	4	80.00%	1	20.00%

Tabla No. 21. Ansiedad según SAG por diagnóstico.

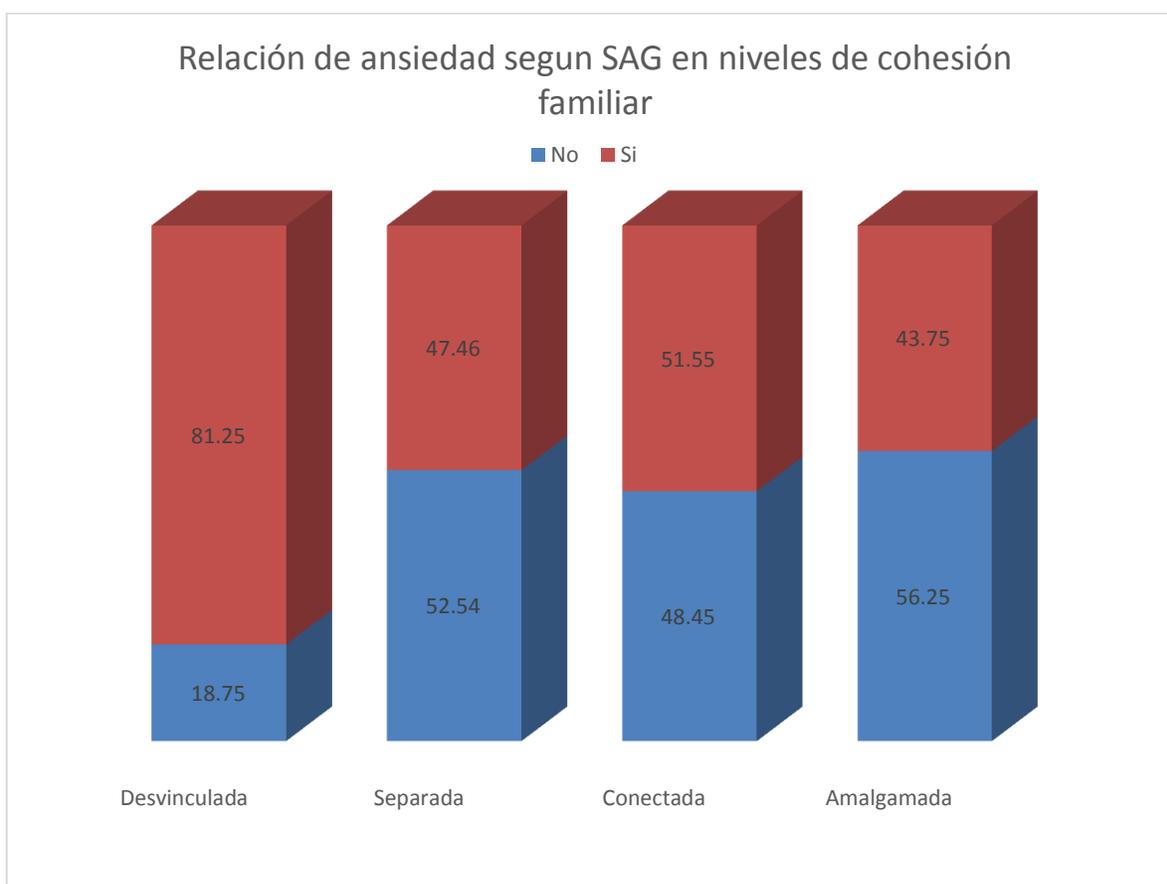


Gráfica No. 10. Ansiedad según SAG por diagnóstico.

La presencia de ansiedad en cada nivel de cohesión familiar, según FACES III, se encontró en 26 (81.25%) familias desvinculadas, 28 (47.46%) familias separadas, 50 (51.55%) familias conectadas y 21 (43.75%) familias amalgamadas.

Cohesión familiar	Ansiedad según SAG			
	No	Porcentaje	Sí	Porcentaje
<b>Desvinculada</b>	6	18.75%	26	81.25%
<b>Separada</b>	31	52.54%	28	47.46%
<b>Conectada</b>	47	48.45%	50	51.55%
<b>Amalgamada</b>	27	56.25%	21	43.75%

Tabla No. 22. Ansiedad según SAG en niveles de cohesión familiar.

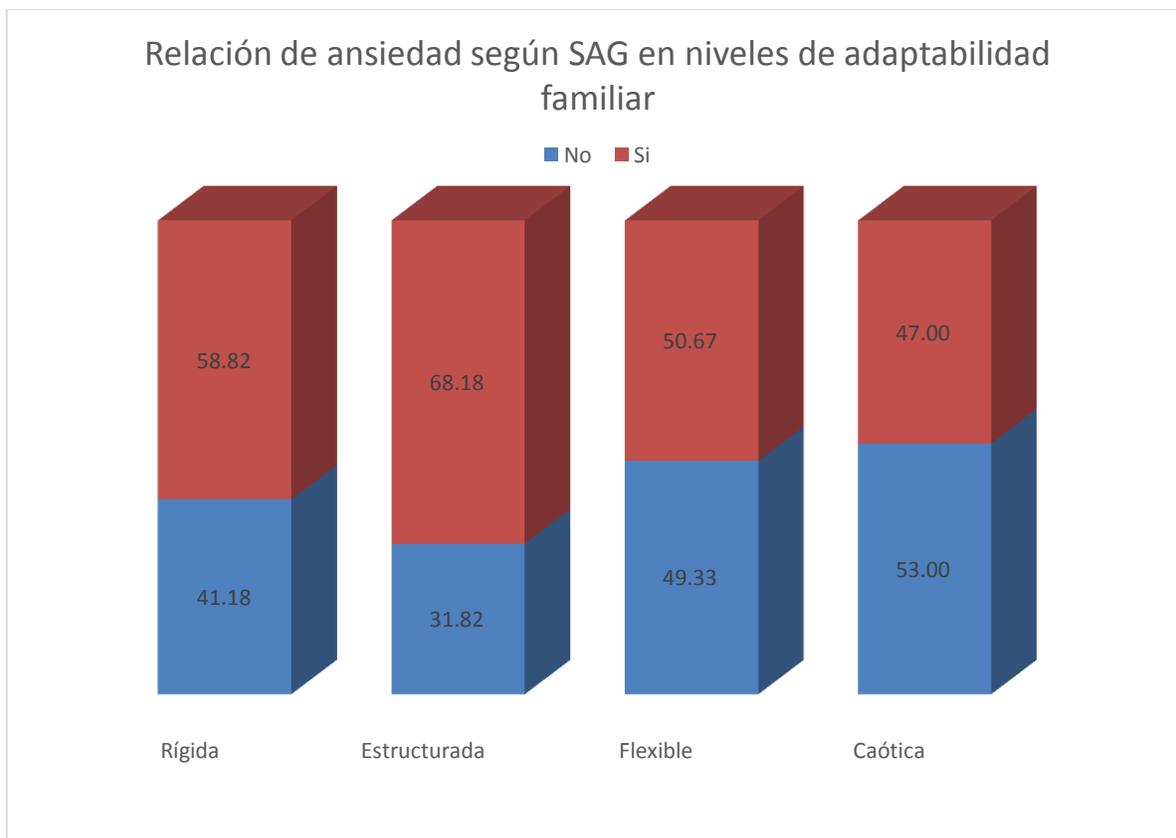


Gráfica No. 11. Ansiedad según SAG en niveles de cohesión familiar.

La presencia de ansiedad en cada nivel de adaptabilidad familiar, según FACES III, se encontró en 10 (58.82%) familias rígidas, 30 (68.18%) familias estructuradas, 38 (50.67%) familias flexibles y 47 (47%) familias caóticas.

Adaptabilidad familiar	Ansiedad según SAG			
	No	Porcentaje	Sí	Porcentaje
<b>Rígida</b>	7	41.18%	10	58.82%
<b>Estructurada</b>	14	31.82%	30	68.18%
<b>Flexible</b>	37	49.33%	38	50.67%
<b>Caótica</b>	53	53.00%	47	47.00%

Tabla No. 23. Ansiedad según SAG en niveles de adaptabilidad familiar.

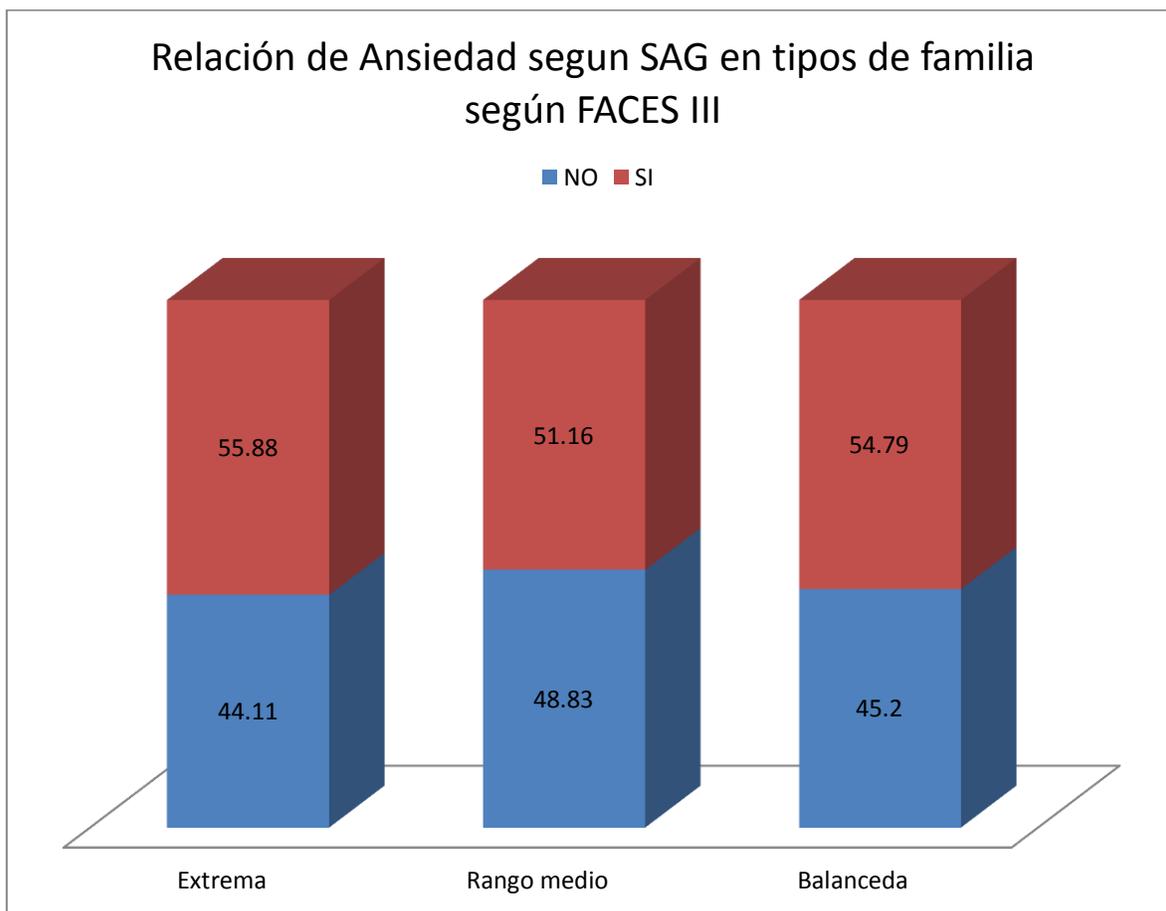


Gráfica No. 12. Ansiedad según SAG en niveles de adaptabilidad familiar.

Acerca de la ansiedad y su presencia en las familias según la clasificación del FACES III, podemos observar que está presente según la subescala de ansiedad de Goldberg en 19 de 34 (55.88%) familias extremas, en 66 de 129 (51.16%) familias de rango medio y en 40 de 73 (54.79%) familias balanceadas.

Tipo de familia según FACES III	Ansiedad según SAG			
	No	Porcentaje	Si	Porcentaje
<b>Extrema</b>	15	44.11%	19	55.88%
<b>Rango medio</b>	63	48.83%	66	51.16%
<b>Balanceada</b>	33	45.2%	40	54.79%

Tabla No. 24. Ansiedad según SAG en tipos de familia según FACES III.



Gráfica No. 13. Ansiedad según SAG en tipos de familia según FACES III.

Con el objetivo de comprobar la hipótesis sobre la existencia de una diferencia significativa en la presencia de ansiedad en las familias clasificadas como extremas de cohesión y adaptabilidad familiar según FACES III en pacientes con urgencia tipo sentida en comparación con las demás clasificaciones de familia, se realizaron tres pruebas de hipótesis.

Hipótesis nula	Prueba	Significancia	Decisión
La distribución de subescala de ansiedad de Goldberg es la misma entre las categorías de Cohesión.	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	0.012	Rechace la hipótesis nula
La distribución de subescala de ansiedad de Goldberg es la misma entre las categorías de Adaptabilidad.		0.611	Conserve la hipótesis nula
La distribución de subescala de ansiedad de Goldberg es la misma entre las categorías de clasificación de familia según FACES III.		0.689	Conserve la hipótesis nula

Tabla No.25. Resumen de contraste de hipótesis. Nota: El nivel de significancia es de 0.05

Para la comparación de las medianas del puntaje de ansiedad para cada una de las categorías de cohesión, se utilizó la prueba Kruskal Wallis para la comparación con un valor de  $p= 0.012$ , con diferencias significativas, siendo mayores los puntajes de ansiedad en las familias con cohesión extrema.

Para la comparación de las medianas del puntaje de ansiedad para cada una de las categorías de adaptabilidad, se utilizó la prueba Kruskal Wallis para la comparación con un valor de  $p= 0.611$ , sin encontrarse diferencias significativas, por tanto podemos afirmar que se trata de variables independientes no relacionadas.

Para la comparación de las medianas del puntaje de ansiedad para cada una de las categorías de clasificación de familias de acuerdo a FACES III se utilizó la prueba Kruskal Wallis para la comparación con un valor de  $p= 0.869$ , sin encontrarse diferencias significativas, por tanto podemos afirmar que se trata de variables independientes no relacionadas.

## **9. Discusión**

### **9.1. Variables sociodemográficas**

Según lo reportado por el Instituto Mexicano del Seguro Social<sup>3</sup> en su artículo acerca de la demanda de servicio en urgencias, el 41% de éstas fue en el grupo de edad de 20 a 59 años, 29.5% a adultos mayores y 23% de 0 a 9 años. En nuestro estudio, subdividimos el grupo de edad de 20 a 39 y de 40 a 59 años, siendo los porcentajes de 24.58 y 29.66% respectivamente, y coinciden con ser los de mayor frecuencia. De igual manera es el grupo de 60 años o más el que sigue en orden decreciente. Sin embargo, al ser nuestro estudio realizado en pacientes quienes pertenecen a una familia con hijos, es esperado que el grupo de edad de 20 a 39 y de 40 a 59 años sea el más encontrado, siendo este último el primero en frecuencia.

En el mismo artículo se hace mención de que el 54.4% de las consultas fueron otorgadas a pacientes del sexo femenino, cercano al resultado de nuestro estudio encontrando que estas pacientes corresponden al 57.6% de la muestra.

En cuanto al estado civil podemos observar que son más frecuentes los pacientes solteros con 36.4% de la muestra. Esto podría corresponder a lo mencionado acerca de los grupos de edad, considerando que los pacientes de 20 a 39 años, hayan sido los hijos de familia que se encuentren aun en etapa del ciclo vital de extensión completa, según la OMS, cuando aún el hijo no abandona el hogar. Y los pacientes quienes hayan contestado como padres de familia, probablemente pertenecientes al grupo de edad de 40 a 59 años, sean casados o en unión libre que es el segundo y tercer lugar de frecuencia con 31.4 y 15.3% respectivamente.

### **9.2. Motivos para acudir a urgencias**

Como mencionamos en el marco teórico algunos de los motivos para asistir al servicio de urgencias son por la idea de recibir atención inmediata. Este motivo ya ha sido encontrado en estudios como el de Pasarín et al.<sup>11</sup> También el artículo realizado por Coleman, et al<sup>14</sup> menciona ciertos motivos como la creencia de necesitar una radiografía o la percepción del paciente de tener un problema grave, siendo estos los motivos más frecuentes encontrados en su estudio.

Esto es el equivalente al resultado que obtuvimos siendo la razón más frecuente para acudir al servicio de urgencias de la Unidad de Medicina Familiar No 28, la percepción del paciente de necesitar atención inmediata con un 32.6% de los pacientes encuestados. Además si tomamos en cuenta que hablando de los diagnósticos finales otorgados a los pacientes, el segundo lugar es por traumatismos y esguinces. Esto podría corresponder a que los pacientes también hayan considerado necesitar una radiografía, como se menciona en el documento de Coleman, et al.<sup>14</sup>

Otros motivos mencionados en el estudio mencionado son que después de tres días de antibiótico no presentaban mejoría y que no estaban satisfechos con la valoración del médico general. Nosotros clasificamos estas respuestas como falta de respuesta a tratamiento previo, la cual ocupa el quinto lugar en frecuencia con un 6.4% de los pacientes encuestados y calidad deficiente en la atención del médico familiar, siendo el sexto lugar con 4.2% de frecuencia.

El segundo lugar en frecuencia con un 21.6% de pacientes es debido que inician su padecimiento actual fuera de la hora o día de la consulta. En estos casos la mayoría de los pacientes acudieron en fin de semana o en el turno nocturno al servicio de urgencias. Sin embargo, al ser urgencias de

tipo sentida, deberían haber acudido a con su médico familiar a consulta. Hubiera sido importante que especificaran el motivo de no poder esperar hasta la hora o día de la consulta, ya que bien podrían haber correspondido a pacientes cuya percepción de igual manera era necesitar de atención inmediata o no querer esperar a la consulta por encontrarse este servicio saturado.

Le siguen en tercer y cuarto lugar los motivos clasificados como servicio de consulta externa saturado (17.8%) y labora en la hora o día de la consulta (8.1%). Esto podría atribuirse a que la mayoría de los pacientes son trabajadores, como podemos observar en la gráfica no. 4, los pacientes empleados, obreros o con otra ocupación, en total pertenecen a un 39.83% de la muestra. Podrían corresponder estos pacientes a dos escenarios, cuando lo expresa de manera explícita: “no alcanzo consulta como paciente espontáneo” o, el segundo, que lo digan de manera indirecta: “no puedo esperar que me toque consulta porque trabajo”. Sin embargo, en ambos casos pudieran referirse a lo comentado en el marco teórico acerca de la saturación en la consulta externa y que debido a que no cubre la demanda de atención, el servicio de urgencias funciona indebidamente como un complemento de ésta.

En el documento de Pasarín et al<sup>11</sup> hacen referencia al uso inapropiado de los servicios de urgencias ya que realizan tareas propias de la atención primaria. Uno de los motivos principales, además del ya mencionado, percepción de atención inmediata, es la existencia de barreras de acceso a otros servicios, en este caso a el servicio de consulta externa ya que en nuestra Unidad de Medicina Familiar, como en la mayoría, se encuentre saturado debido a la gran cantidad de pacientes con control mensual por enfermedades crónico degenerativas, dejando poco o nulo espacio para los pacientes que acuden por un padecimiento agudo no urgente.

### **9.3. Diagnósticos**

Como se encontró en la revisión del IMSS<sup>3</sup>, los motivos de consulta en el servicio de urgencias de las unidades de medicina familiar fueron, en orden de frecuencia, infecciones agudas de vías respiratorias superiores (25%), traumatismos y envenenamientos (17.4%) e infecciones intestinales (9.5%), como se muestra en la tabla no. 1. Coincidiendo esto con nuestros resultados en los dos primeros lugares en frecuencia con infecciones respiratorias (17.8%) y traumatismos y esguinces (12.7%), con la diferencia únicamente en que no contamos con casos de envenenamiento. Sin embargo al ser similares los resultados de resto de las patologías vistas en urgencias con las patologías más frecuentes en urgencia de tipo sentido, nos hace pensar que son los padecimiento no graves los que predominan en general en el servicio de urgencias.

Si tomamos en cuenta lo comentado por otros autores como Marsiglia<sup>17</sup> quien reporta encontrar con frecuencia manifestaciones asociadas a ansiedad, como se observa en la tabla no. 4, podemos observar que algunas de ellas, como las gastrointestinales (acidez, dolor abdominal y colon irritable, entre otros), pueden asociarse a nuestro tercer lugar en frecuencia encontrado que son gastritis y colitis con un 11% de la muestra. Otras manifestaciones que menciona son los dolores musculares, atribuibles en nuestro estudio a los padecimiento musculo esqueléticos que se encuentran en cuarto lugar con un 8.1% de frecuencia.

Así mismo, menciona cefalea difusa y mareos como otras manifestaciones y González et al<sup>19</sup> habla en su artículo acerca de los síntomas somáticos encontrados en pacientes mexicanos como dolores de cabeza, menstruales y de espalda. En nuestros resultados de igual manera encontramos padecimiento como cefaleas y migrañas, patologías ginecológicas y vértigos.

Podemos observar que solo en 2.1% de los casos se diagnosticó una crisis de ansiedad. Sin embargo, según los hallazgos al aplicar la subescala de Ansiedad de Goldberg, podemos observar muchos pacientes con presencia de ansiedad. Esto nos hace pensar que a pesar de que la ansiedad no se manifieste claramente como para realizar el diagnóstico de crisis o trastorno de ansiedad, son muchas las manifestaciones somáticas que se pueden presentar debido a la presencia de ansiedad, como ya mencionaron los autores citados.

Además, De La Revilla<sup>22</sup> concluye que es a través de manifestaciones clínicas mal definidas que el paciente comunica al médico su situación de disfunción familiar y Watzlawick<sup>28</sup> concibe al síntoma como comunicación en la Teoría de la Comunicación.

#### **9.4. Clasificación de familia según FACES III**

En cuanto a lo encontrado en los pacientes con urgencia tipo sentida en la población de la Unidad de Medicina Familiar No. 28 según el cuestionario FACES III, podemos observar que, los pacientes pertenecen con mayor frecuencia a familias en rango medio (54.7%), y en orden decreciente, a familias balanceadas (30.9%) y extremas (14.4%). Recordemos que esto nos habla de la funcionalidad familiar (tomando en cuenta cohesión y adaptabilidad familiar), siendo entonces el resultado de nuestro estudio que la mayoría de los pacientes cuentan con una funcionalidad en rango medio. No existe en la actualidad literatura previa que hable de la relación entre funcionalidad familiar y urgencia tipo sentida, sin embargo contamos con los siguientes antecedentes:

Montalban<sup>13</sup> y De La Revilla<sup>22</sup> han planteado la posibilidad de que los pacientes hiperconsultores presenten mayor disfunción familiar. Por lo tanto cabría esperar que los pacientes con urgencia tipo sentida tuvieran una funcionalidad alterada, en un nivel extremo. Sin embargo, resultado en nuestro estudio arroja que fueron estas familias las de menor frecuencia en la población que acude por urgencia tipo sentida a nuestra unidad.

Según lo comentado en los estudios de Pasarín et al<sup>11</sup> y Kozio-Mclain<sup>12</sup> et al, es la ansiedad la que lleva a los pacientes a la demanda de atención, siendo los servicios de salud los que tienen el papel de contención de ansiedad, cuando antes éste era desempeñado por la familia o amigos. El estudio de Kozio-Mclain<sup>12</sup> muestra que 30% de los pacientes acuden al servicio de urgencias por la sensación de ansiedad que les ocasiona su padecimiento. Esto nos hace pensar que los pacientes que no cuentan con el entorno social adecuado para la contención de su ansiedad, busca esta atención en los servicios de salud, y siendo el servicio de urgencias el que se encuentra disponible en cualquier hora y día, acuden a éste.

Si recordamos que cohesión familiar se refiere al vínculo emocional que los miembros de una familia tienen entre sí, y éstos lazos están debilitados, como sería en el caso de una familia desvinculada (nivel muy bajo de cohesión), se esperaría que no existiera apoyo familiar que contuviera su ansiedad y por ende acudiera al servicio de urgencias. Sin embargo en nuestro estudio se encontró con mayor frecuencia niveles altos a bajos de cohesión familiar como la familia conectada (41.1%) y separada (25%), siguiendo en frecuencia el nivel muy alto de cohesión, la familia amalgamada (20.3%) y en último lugar el nivel muy bajo de cohesión, la desvinculada (13.6%), lo opuesto a lo esperado.

En el documento de Ortiz Gómez<sup>23</sup> se define la salud familiar como la salud del conjunto de los miembros en términos de funcionamiento efectivo de la misma, el cumplimiento de funciones para

el desarrollo de los integrantes y la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el crecimiento y desarrollo individual. En el artículo de González<sup>24</sup> se menciona que la propia familia puede crear un ambiente propicio para ajustarse a diversas situaciones, permitiendo la participación de sus miembros para identificar el problema e ir en la búsqueda de la solución ayudándose unos a los otros.

Esto, tomando en cuenta la definición de Olson et al<sup>29</sup>, hace referencia a la adaptabilidad familiar, la cual se refiere a la habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, relaciones de rol, normas y reglas de relación en función de las demandas situacionales y del desarrollo. Entonces, cuando el paciente se encuentra ante una crisis familiar, la cual sea incapaz de superar por un nivel extremo de adaptabilidad, buscará en el médico, de forma reiterada, el apoyo extrafamiliar que necesita, como se mencionada en el artículo de De La Revilla, quien menciona también que es lógico pensar que la disfunción familiar se expresa con la demanda de atención en los servicios de salud.<sup>22</sup>

Ahora, si una familia se ve amenazada, puede tratar de mantener el equilibrio haciendo que un miembro de ella desarrolle síntomas, se enferme o comience a expresar el conflicto, según lo mencionado por Huerta.<sup>26</sup> El trabajo de Herrera también habla de la familia disfuncional como factor de riesgo para la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros.<sup>27</sup> Entonces, esperaríamos que este integrante de la familia “enfermo” acudiera a un servicio médico por un padecimiento no grave, solicitando atención inmediata. Además estos síntomas mal definidos o que se presentan como manifestaciones somáticas, equivalentes a la expresión de disfunción familiar, son los que llevan al paciente a acudir al servicio de urgencias por padecimientos como colitis, gastritis, cefalea o dolores musculares, entre otros, comentados por Marsiglia.<sup>17</sup>

En nuestro estudio podemos observar que los pacientes que presentan una urgencia tipo sentida provienen con mayor frecuencia de una familia con nivel extremo de adaptabilidad: la caótica (42.2%), lo cual coincide con lo mencionado anteriormente. Sin embargo la familia rígida, otro nivel extremo, fue la menor frecuente presentada por los pacientes (7.2%). Los niveles medios se presentaron, en orden decreciente de frecuencia, como la familia flexible (31.8%) y la estructurada (18.6%).

## **9.5. Ansiedad**

Según lo revisado en la literatura, las pacientes del sexo femenino son las que acuden con mayor frecuencia al servicio de urgencia, lo cual para Montalban,<sup>13</sup> lleva a la conclusión de que son más propensas a desarrollar angustia y por lo tanto solicitar atención por un padecimiento no urgente. También menciona en su artículo que ser del sexo femenino es factor de riesgo para presentar ansiedad. Nuestro estudio coincide con que las pacientes del sexo femenino fueron las que presentaron mayor frecuencia de ansiedad según la subescala de ansiedad de Goldberg encontrándose en un 56.62% en comparación con un 48% de pacientes del sexo masculino. Además también se mencionó en los antecedentes un predominio del sexo femenino en una proporción de 3 a 1 en la presencia de crisis de ansiedad.

En lo que se refiere al padecimiento diagnosticado en los pacientes con ansiedad, según la subescala de ansiedad de Goldberg, encontramos al 100% de pacientes con crisis de ansiedad, como era de esperarse. Sin embargo, también se encontró en el 100% de los pacientes diagnosticados como clínicamente sanos. Esto llama la atención ya que lo más probable es que

hayen acudido presentando sintomatología difusa que no logro realizar una impresión diagnóstica patológica.

En el artículo de Vía<sup>15</sup> se comenta que los trastornos de ansiedad son las enfermedades psiquiátricas de mayor prevalencia en la población y se encuentran en hasta el 20% de los pacientes que acuden a la consulta y que son los servicios de urgencias los que constituyen sitios en donde los desórdenes de ansiedad representan consultas frecuentes y repetidas. Cabe señalar que en nuestro estudio se encontró una prevalencia mayor a la señalada por el autor previo, casi triplicando la prevalencia hallada con un 56% en pacientes del sexo femenino y un 48% de pacientes del sexo masculino.

Retomando lo mencionado por Marsiglia<sup>17</sup> podemos traducir los siguientes padecimientos de nuestro estudio relacionados con ansiedad, según la subescala de ansiedad de Goldberg, como manifestaciones somáticas. Por ejemplo, el vértigo, presentado ansiedad en un 80% y migraña o cefalea asociado en un 75% con ésta. Otras patologías relacionadas con menor frecuencia a ansiedad pero que podrían haberse presentado como las manifestaciones ya comentados, son las patologías ginecológicas, como dismenorrea (71.43%), padecimiento musculo esqueléticos, como lumbalgias (57.89%) y gastritis o colitis (53.85%).

En cuanto a lo concerniente al nivel de cohesión familiar, según FACES III, y su relación con ansiedad, según la subescala de ansiedad de Goldberg, observamos que esta última se encontró en un 81.25% de las familias desvinculadas, nivel extremo de cohesión. Además según la prueba de Kruskal Wallis, se encontraron diferencias significativas, confirmando que fue más frecuente la ansiedad en las familias con cohesión extrema.

En los otros tipos de cohesión familiar se halló la presencia de ansiedad en 51.55% de familias conectadas, 47.46% de familias separadas y en 43.75% de familias amalgamadas.

Recordando la definición de cohesión familiar, según Olson et al,<sup>29</sup> ésta se define como el vínculo emocional que los miembros de un sistema tienen entre sí. Una familia desvinculada se va a caracterizar por separación emocional, respuesta afectiva infrecuente y limitada cercanía, como lo observamos en la tabla no. 6. Es esperado que un integrante de ésta familia cuente con la presencia de ansiedad. El estudio realizado por López et al<sup>37</sup> presentó resultados similares, encontrando que las familias con cohesión y adaptabilidad baja, presentan ansiedad al percibirse aislados, sin vínculos emocionales importantes con los demás integrantes de la familia y la rigidez que impide modificar situaciones problemáticas.

En cuanto a la presencia de ansiedad en los niveles de adaptabilidad familiar las más relacionadas fueron las familias estructuradas (68.18%) y las familias rígidas (58.82%) y las menos relacionadas, las familias flexibles (50.67%) y las familias caóticas (47%).

Observamos que los que presentaron mayor porcentaje de ansiedad según la subescala de ansiedad de Goldberg son niveles bajos y muy bajos de adaptabilidad. Este tipo de familias se caracteriza por un liderazgo autoritario, consecuencias rígidas o predecibles, decisiones impuestas o hechas por los padres, roles estrictos o estables y reglas establecidas, mencionadas en la tabla no. 5.

Una familia con un nivel adecuado de adaptabilidad familiar debe ser capaz de aplicar los patrones de solución de problemas, usar las alternativas adecuadas, para de esa forma facilitar y promover

el bienestar y la salud familiar, señalado por González.<sup>24</sup> Sin embargo un nivel extremo de adaptabilidad ocasionara que no se logren ajustes ni el equilibrio para desarrollarse y enfrentar las crisis de manera adecuada presentado, por lo tanto, ansiedad, como lo encontrado en el estudio realizado por López et al,<sup>37</sup> donde se demostró que los familiares que presentaron puntajes más altos para ansiedad perciben una baja adaptabilidad en sus familias

Sin embargo, en nuestro estudio, los resultados de la prueba Kruskal-Wallis para la comparación de ansiedad y adaptabilidad no muestran diferencias significativas y no podríamos afirmar que se encuentren relacionadas.

Ahora, tomando en cuenta la clasificación de familia según FACES III, encontramos la presencia de ansiedad con mayor frecuencia en las familias extremas (55.88%) y en segundo y tercer lugar las familias balanceadas (54.7%) y familias de rango medio (51.16%).

Nuestros resultados coinciden con los de López et al<sup>37</sup> quienes reportan que en los pacientes con los niveles más elevados de ansiedad se presentaron niveles extremos de cohesión y adaptabilidad. De igual manera, el estudio de Bögels et al<sup>38</sup> expone que los niños con alto grado de ansiedad retratan a sus familias en niveles extremos de cohesión y adaptabilidad.

En nuestro estudio al análisis con la prueba Kruskal-Wallis para la comparación de ansiedad y las categorías de familia de acuerdo a FACES III no se encontraron diferencias significativas y no es posible afirmar que se encuentren relacionadas estas variables.

## 10. Conclusiones

El presente estudio cumplió sus objetivos al haber determinado la relación entre la presencia de ansiedad y los niveles de cohesión y adaptabilidad familiar. Sin embargo solo se encontraron diferencias significativas en cuanto a la presencia de ansiedad, según la subescala de ansiedad de Goldberg y los niveles extremos de cohesión familiar, según FACES III.

Estos resultados nos pueden ayudar a buscar de manera intencionada la presencia de ansiedad en los pacientes que provengan de una familia con cohesión extrema, en particular, la familia separada. Como médicos familiares estamos obligados a conocer a nuestros pacientes, no únicamente en su patología de consulta, si no en su entorno familiar. Al identificar pacientes con niveles extremos de cohesión familiar podemos buscar la presencia de ansiedad con la subescala de ansiedad de Goldberg u otro cuestionario de tamizaje para ansiedad, para de esta manera incidir en estos pacientes y dar el manejo adecuado.

Otro resultado que resaltó es que pacientes quienes perciben su familia como caótica, nivel extremo de adaptabilidad familiar, acudieron con mayor frecuencia al servicio de urgencias por un padecimiento no grave, en comparación con otros niveles de adaptabilidad. Al identificar también a estos pacientes en el consultorio podemos, además de llevar al paciente y su familia a un nivel de rango medio de adaptabilidad, hacer mención de los motivos adecuados para acudir a un servicio de urgencias, y explicarles que los padecimientos que no sean de gravedad se deberán atender en la consulta. No es, tal vez, necesario recalcar que para que el paciente quiera acudir a la consulta de medicina familiar debe existir una buena relación médico-paciente.

Retomando lo antes mencionado, también se recabaron los motivos principales por los cuales los pacientes acuden al servicio de urgencias, siendo el más frecuente por la percepción del paciente de necesidad de atención inmediata a pesar de que el padecimiento no era grave. En este aspecto, me parece que lo que más hace falta en la población de nuestra Unidad de Medicina Familiar y en México, es información respectiva a lo que es el Triage. La gente debe conocer lo que es un padecimiento grave y cuáles son los no graves. A pesar de que creen necesitar atención inmediata, si se les da a conocer cuáles son los padecimientos que ameritan una atención urgente, podrán darse cuenta que su cefalea, su dolor de espalda o su faringitis no es algo que requiera un servicio de urgencias.

Una recomendación es otorgar pláticas o colocar murales informativos, en salas de espera, tanto de consulta externa como del servicio de urgencias acerca del Sistema de Triage. Los pacientes podrán entonces identificar el nivel de atención que requiere su padecimiento. Un aspecto más que la mayoría de los pacientes no conoce, es que el servicio de urgencias solo otorga el tratamiento inicial del padecimiento por el que acuden que usualmente no es grave (faringitis, colitis, etc.), o que los paraclínicos para estudiar la etiología de su padecimiento se deben realizar por la consulta externa o con envío a segundo o tercer nivel (cefalea, vértigo, etc.).

No es raro que posterior a recibir consulta por un padecimiento no grave y ser enviado a continuar tratamiento y seguimiento por la consulta externa, el paciente se queje y comente que para eso fue al servicio de urgencias, para no ir a la consulta. Si ofreciéramos esta información a su llegada al servicio de urgencias, con la asistente médica, pláticas de trabajo social, con folletos o carteles en sala de espera, tal vez la mayoría de los pacientes preferiría no esperar durante horas con el conocimiento de que el día de mañana tendrá que presentarse con su médico familiar de cualquier manera.

El segundo punto mencionado por los pacientes como motivo para acudir al servicio de urgencias es debido a que su padecimiento se presentó fuera de la hora o día de la consulta. La mayoría de estos pacientes acudieron a la consulta en fin de semana, el resto en el turno nocturno. Tal vez ambos grupos acudieron en esos momentos a urgencias por la misma razón, creer que necesitaban atención inmediata. Hubiera sido posible conocer mejor la razón si en lugar de dejar la respuesta abierta se indicara marcar una de las opciones previamente definidas.

De cualquier manera, tal vez una de las soluciones para evitar que los pacientes que acuden en fin de semana a urgencias, sería que hubiera consulta de medicina familiar en sábado y domingo. En algunas unidades de medicina familiar existen consultorios abiertos los días sábados, sería importante analizar si en esas unidades ha disminuido asistencia de pacientes con urgencia tipo sentido al servicio de urgencias.

Cabe señalar que estos consultorios que permanecerían disponibles los fines de semana fueran únicamente para pacientes espontáneos, ya que si se citan pacientes esos días caeríamos en el problema ya mencionado de la saturación de la consulta externa, lo cual también es el tercer lugar en los motivos para acudir al servicio de urgencias en lugar de con el médico familiar.

Las citas para pacientes crónicos u otros que requieren control mensual, como pacientes embarazadas o control del niño sano, abarcan todos los horarios en la agenda del médico familiar, dejando a los pacientes espontáneos lugares escasos o inexistentes, o en otros casos, en espera de que un paciente citado no asista.

La solución podría ser que existiera un horario dentro de la agenda de cada consultorio que se reservara únicamente para pacientes espontáneos, con conocimiento de los pacientes de que si llegaran fuera de este horario ya no sería posible recibir consulta ese día. Este sistema se utiliza actualmente en los Hospitales Rurales del programa IMSS Prospera, aparentemente con buenos resultados, reservando el horario de atención de consulta externa para pacientes espontáneos de 8:00 a 10:00 horas y posteriormente atendiendo pacientes con cita previa.

Algunas de las limitantes del estudio fueron que debido a que el cuestionario FACES III está dirigido a familias que tengan hijos, éste fue uno de los criterios de inclusión del estudio, quedando excluidos el resto. Por tanto, no se pudo identificar la presencia de ansiedad ni los motivos por los cuales acuden a urgencias estos últimos pacientes, ya sea que se encontraran en etapa del ciclo vital de formación (del matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo), de contracción completa (desde la salida del primer hijo del hogar hasta la muerte del primer cónyuge) o en disolución (inicia con la muerte del primer cónyuge), según la OMS, lo cual reduce considerablemente el universo de estudio. Además este aspecto pudo haber sesgado el resultado de la relación por grupo de edad de los pacientes con urgencia tipo sentida.

Otra característica que pudiera modificarse para próximos estudios, al conocer los principales motivos por los cuales acuden al servicio de urgencias, sería ofrecer opciones de respuestas a esta pregunta en lugar de permitir una respuesta abierta, como en el caso de nuestro estudio. Esto podría evitar la duda, ya comentada en el apartado de discusión, acerca de los pacientes que mencionaban acudieron al servicio de urgencias ya que su padecimiento inicio fuera del día u hora de la consulta, lo cual no podía saberse a ciencia cierta si es porque percibían requerir atención inmediata u otra razón, como por ejemplo el cuarto motivo en frecuencia, por que laboran en el día u hora de la consulta.

Una cuestionante más se presentó al observar que dentro de los principales padecimientos por los que acudieron al servicio de urgencias es por traumatismos y esguinces. La literatura consultada menciona que uno de los motivos más comunes para buscar atención en el servicio de urgencias es debido a la creencia de necesitar una radiografía. Esta podría ser una opción más a ofrecer a la interrogante ¿Por qué acude al servicio de urgencias?

Podemos concluir entonces que únicamente las familias con cohesión extrema, como las separadas, se relacionan significativamente con la presencia de ansiedad. También que las familias con adaptabilidad extrema, como las caóticas, acuden con mayor frecuencia al servicio de urgencias por una urgencia tipo sentida. Estos aspectos de las familias deben ser identificados por el médico familiar. Debemos ser capaces de entender el lenguaje no verbal del paciente y percibir al síntoma como comunicación, mencionado dentro de la Teoría de la Comunicación. Incidir en los pacientes para identificar la presencia de ansiedad y evitar que por este motivo u otros ya ampliamente mencionados acudan por un padecimiento no grave al servicio de urgencias.

Sin embargo se demostró estadísticamente que los tipos de familias extremas, tomando en cuenta tanto cohesión como adaptabilidad, según FACES III y la presencia de ansiedad, según SAG, no son variables relacionadas, a pesar de lo encontrado en la literatura en relación a disfunción familiar y ansiedad. Por lo tanto debemos buscar también otras causas de ansiedad que es lo que está llevando a los pacientes a presentar urgencias de tipo sentida, sobre todo, debido al hallazgo de la gran prevalencia de ansiedad en comparación con la reportada en los artículos efectuados previamente.

Se tendrían que realizar estudios a futuro para conocer cuál es la prevalencia de ansiedad en la población en general. Sería tal vez adecuado utilizar otro instrumento para medir la presencia de ansiedad, ya que la subescala de ansiedad de Goldberg consta únicamente de 9 preguntas acerca de síntomas no definidos exclusivamente para ansiedad, como nerviosismo, preocupación, irritabilidad entre otros, y pudiera haberse sobre-diagnosticado la presencia de ansiedad.

Además este test tampoco clasifica la ansiedad en grados para poder definir que pacientes necesitan tratamiento. Sería de igual importancia conocer la causa de la presencia de ansiedad para poder incidir en ella y evitar que se presenten manifestaciones somáticas tan frecuentes y variadas como las observadas en este estudio.

Finalmente para poder atender con calidad y calidez a todos estos pacientes por la consulta externa de medicina familiar, es importante trabajar en los puntos ya comentados y sugeridos para disminuir la saturación de la atención de primer nivel. Solo de ésta manera, con una buena relación médico paciente y haciendo del conocimiento de los pacientes el sistema de Triage, se podrá disminuir la gran demanda que existe en los servicios de urgencias. Queda mencionar que se espera este estudio incite o inspire a la realización de otros para responder las interrogantes presentadas y lograr una mejor atención en general a la población.

## 11. Referencias

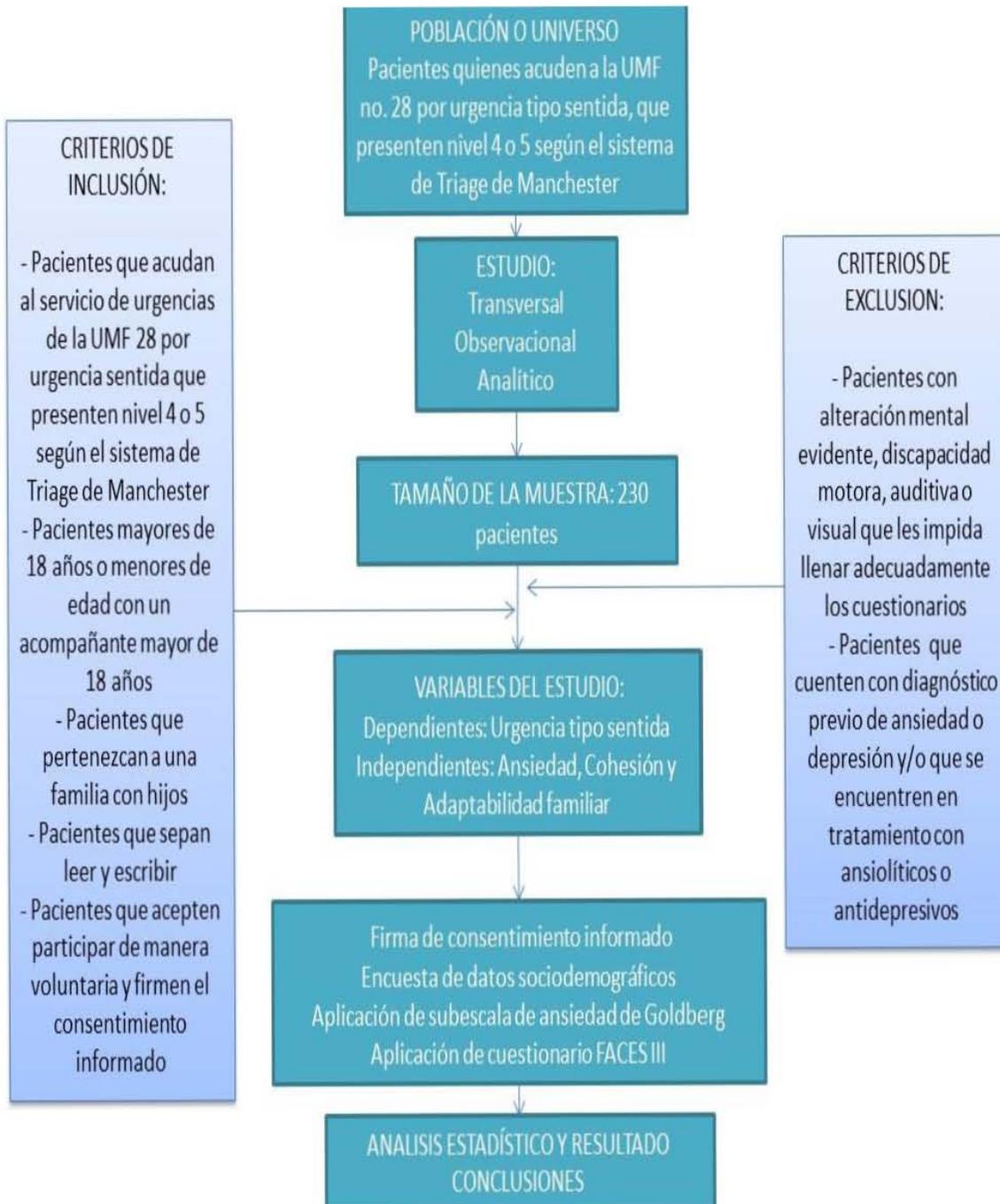
1. Grondona F. Proyecto de atención integral a la urgencia y la emergencia médica para un hospital de excelencia. Facultad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo". Cuba [en línea] 2007 [consultado 3 may 2013]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/proyecto\\_de\\_atencion\\_integral\\_a\\_urgencias\\_y\\_emergencias.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/proyecto_de_atencion_integral_a_urgencias_y_emergencias.pdf)
2. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud. Indicadores de resultado, 2002 Información para la evaluación de los sistemas de salud. Salud Pública de México [en línea] 2004 [consultado 3 may 2013]; 46(4): 351-362. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/106/10646409.pdf>
3. División Técnica de Información Estadística en Salud. El IMSS en cifras. La demanda de servicios de urgencias, 2004. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [en línea] 2006 [consultado 3 may 2013]; 44(3): 261-273. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/nr/imss/dpm/dties>
4. Proyecto de modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica, para quedar como PROY-NOM-027-SSA3-2011 [en línea]. Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica. Diario Oficial de la Federación 22 de febrero 2012 [consultado 3 abr 2013]. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5234874&fecha=22/02/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5234874&fecha=22/02/2012)
5. López R., Montiel E., Licona Q. Triage en el servicio de urgencias. Med Int Mex [en línea] 2006 [consultado 19 abr 2013]; 22: 310-318. Disponible en: <http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx/revistas.html>
6. Soler, Gómez M., Bragulat, Alvarez. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias, An Sist Sanit Navar [en línea] 2010 [consultado 19 abr 2013]; 33 (1): 55-68. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/9391/7014>
7. Manchester Triage Group. Triage de Urgencias Hospitalarias. Editado por Kevin Macway-Jones. Inglaterra: Blackwell Publishing; 2004. p. 29-46. ISBN: 0-7279-1126-0
8. Del Busto P. Triage o clasificación en la atención urgente hospitalaria. En: Jiménez M., Montero P. Medicina de Urgencias y Emergencias. 4° ed. España: Elsevier; 2009. p. 146-165.
9. Villatoro A. Definiciones básicas en medicina de urgencias. México [en línea] 2005 [consultado 19 abr 2013]. Disponible en: <http://www.reeme.arizona.edu/materials/Definiciones%20utiles%20en%20medicina%20de%20urgencia.pdf>
10. Díaz N., Guinart Z. Las urgencias en la atención primaria. Utilización del servicio. Rev Cubana Med Gen Integr [en línea] 2007 [consultado 17 may 2013]; 23(4):1-8. Disponible en: [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=48913&id\\_seccion=799&id\\_ejemplar=4957&id\\_revista=69](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=48913&id_seccion=799&id_ejemplar=4957&id_revista=69)
11. Pasarín, Fernandez S, Calafell, Borrell, Rodríguez, Campasol, et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. Gac Sanit [en línea] 2006 [consultado 14 jun 2013]; 20(2): 91-100. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112006000200002&script=sci\\_arttext&lng=e](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112006000200002&script=sci_arttext&lng=e)

12. Kozió-McLain J, Price DW, Weiss B, Quinn AA, Honigman B. Seeking care for nonurgent medical conditions in the emergency department: through the eyes of the patient. *J Emerg Nurs* [en línea] 2000 [consultado 14 jun 2013]; 26: 554-563. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11106453>
13. Montalban, Sánchez J. Relación entre ansiedad y dinámica familiar. *Aten Primaria* [en línea] 1998 [consultado 19 jul 2013]; 21:29-34. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/relacion-ansiedad-dinamica-familiar-15004-originales-breves-1998?bd=1>
14. Coleman, Irons. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accidental and emergency? *Emerg Med J* [en línea] 2001[consultado 14 jun 2013]; 18 (6): 482-487. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1725697/pdf/v018p00482.pdf>
15. Vía A, Juan. Ansiedad en la consulta de guardia. Departamento de posgrado de la Universidad Nacional de la Plata [el línea] 2011 [consultado 1 jun 2014]; 1-19. Disponible en: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TrabajosCientificos/70.pdf>
16. Galgo N, Gonzalez C. El paciente con ansiedad. *Urgencias en Atención Primaria* [en línea] 2003 [consultado 1 jun 2014]; 65 (1): 9-95. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/65/1500/93/1v65n1500a13055188pdf001.pdf>
17. Marsiglia, G. Estudio clínico y epidemiológico de la ansiedad y la depresión en una muestra de 1,159 pacientes. *Gac Med Carácas* [en línea] 2010 [consultado 1 jun 2014]; 118 (1): 3-10. Disponible en: [http://www.anm.org.ve/FTPANM/online/2010/Gaceta\\_Medica/Enero\\_Marzo/02.%20Marsiglia%20\(3-10\).pdf](http://www.anm.org.ve/FTPANM/online/2010/Gaceta_Medica/Enero_Marzo/02.%20Marsiglia%20(3-10).pdf)
18. Chinchilla M. Los trastornos de ansiedad en la consulta primaria. *Salud mental* [en línea] 2002 [consultado 1 jun 2014]; 2 (1): 1-8. Disponible en: <http://www.elgotero.com/Arquivos%20PDF/Trastorno%20de%20la%20Ansiedad%20en%20Atenci%C3%B3n%20Primaria.pdf>
19. González R, Landeros H, García C. Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Rev Panam Salud Publica* [en línea] 2009 [consultado 1 jun 2014]; 25 (2):141-145. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n2/v25n2a07.pdf>
20. Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria* [en línea] 1993 [consultado 7 jun 2014]; 12: 345-349. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/numeros-anteriores>
21. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J* [en línea] 1988 [consultado 8 jun 2014]; 97:897-899. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1834427/pdf/bmj00306-0033.pdf>
22. De la Revilla L, De los Ríos AM. La utilización de servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. *Aten Primaria* [en línea] 1994 [consultado 14 jun 2013]; 13: 73-76. Disponible en: [http://www.sepeap.org/archivos/Hemeroteca/AtencionPrimaria1994\\_2000/1994/9413\\_073.pdf](http://www.sepeap.org/archivos/Hemeroteca/AtencionPrimaria1994_2000/1994/9413_073.pdf)
23. Ortiz G, Louro B, Jiménez C, Silva A. La salud familiar. Caracterización en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* [en línea] 1999 [consultado 19 jul 2013]; 15(3): 303-309. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000300014&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000300014&script=sci_arttext)

24. González B. Reflexiones acerca de la salud familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* [en línea] 2000 [consultado 19 jul 2013]; 16(5):508-512. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000500015&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000500015&script=sci_arttext)
25. Apolinar M. Conceptos de dinámica familiar. En: Apolinar M, Fernández O, Quiroz P, Rodríguez L. *Familia Introducción al estudio de sus elementos*. 1 ed. México: Editores de textos mexicanos; 2008. p. 107-114
26. Huerta G. La familia como unidad de estudio. En: Huerta G. *Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad*. 1 ed. México: Editorial Alfil; 2005. p. 36-40
27. Herrera S. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* [en línea] 1997 [consultado 26 jul 2013]; 13 (6): 591-595. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251997000600013&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251997000600013&script=sci_arttext)
28. Watzlawick P., Beavin J., Jackson D. *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Editorial Herder; 1985. p. 73-80
29. Olson D., Gorall D. Circumplex Model of Marital and Family Systems. En: Walsh. *Normal Family Processes*. 3ra ed. Nueva York: Guilford; 2003. p. 514-547
30. Schmidt V., Barreyro J., Maglio A. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?. *Escritos de Psicología* [en línea]. 2010 [consultado 05 feb 2014]; 3(2): 30-36. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S198938092010000100004&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S198938092010000100004&script=sci_arttext)
31. Martínez-Pampliega A., Iraurgi L., Galíndez E., Sanz M. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology* [en línea] 2006 [consultado 05 feb 2014]; 6(2): 317-338. Disponible en: [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-180.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-180.pdf)
32. Ponce R., Gómez C., Terán T., Irigoyen C., Landgrave I. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria* [en línea] 2002 [consultado 9 ago 2013]; 30(10): 624-630. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656702791245>
33. Solorzano L., Flores O., Brandt C. *Estudio integral del ser humano y su familia*. Caracas. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar; 2001
34. Ponce R., Gómez C., Irigoyen C., Terán T., Landgrave I., Hernandez G., et al. Análisis de la confiabilidad de FACES III (versión en español). *Aten Primaria* [en línea] 1999 [consultado 14 sept 2013]; 23(8): 479-84 Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/articulo/analisis-confiabilidad-faces-iii-version-14820>
35. 28 Mendoza-Solís L., Soler-Huerta E., Sainz-Vázquez L., Gil-Alfaro I., Mendoza-Sánchez H., Pérez-Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. *Archivos en medicina familiar* [en línea] 2006 [consultado 14 sept 2013]; 8(1): 27-32. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf061d.pdf>
36. 29 Leyva-Jiménez R., Hernández-Juárez A., Nava-Jiménez G., López-Gaona V. Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [en línea] 2007 [consultado 14 sept 2013]; 45(3): 225-232. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im073d.pdf>
37. López J, Barrera V, Cortés S, Guines M, Jaime L. Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Salud Mental* [en línea] 2011 [consultado 21 jun 2014]; 34: 111-120. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58220799004.pdf>
38. Bögels S, Brechman T. Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical psychology review* [en línea] 2006 [consultado 21 jun 2014] 26 (7): 834-856. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735805001625>

## ANEXOS

### A. DISEÑO ESTADÍSTICO



## B. CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

### COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Ansiedad y su relación con cohesión y adaptabilidad en pacientes con urgencias tipo sentida en la UMF 28"
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No 28 Gabriel Mancera. Se llevará a cabo de octubre del 2014 a mayo del 2015
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar si existe una asociación entre los pacientes que presentan ansiedad y los niveles extremos de cohesión y adaptabilidad familiar en los pacientes con urgencias tipo sentida, incidir en los médicos familiares de consulta externa para que orienten y capaciten a sus pacientes acerca de cuáles son los padecimientos que van a ameritar ser tratados en el servicio de urgencias e identificar y tratar la ansiedad.
Procedimientos:	Se llevará a cabo la aplicación de la subescala de ansiedad de Goldberg (SAG) y el instrumento FACES III para cohesión y adaptabilidad familiar en los pacientes y la encuesta de datos sociodemográficos quienes presenten urgencia sentida según el diagnóstico de egreso que se les otorgó durante su consulta en el servicio de urgencias de la Unidad de Medicina Familiar No 28 Gabriel Mancera.
Posibles riesgos y molestias:	No se afectara su integridad física y ni su salud.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Realizar detección temprana niveles extremos de cohesión y adaptabilidad familiar y darles una adecuada educación acerca de los padecimientos que son una urgencia real. De esta manera podemos aspirar a mejorar la funcionalidad familiar de los pacientes y evitar que acudan al servicio de urgencias sin una urgencia tipo real, disminuyendo indirectamente la sobresaturación del servicio.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	
Participación o retiro:	En cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	La información obtenida será totalmente confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes \_\_\_\_\_

Beneficios al término del estudio: \_\_\_\_\_

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador responsable Residente de Medicina Familiar Dra. Sandra Nayelli Velázquez Corales E-mail: cora\_33@hotmail.com

Colaboradores: Dra. Ivonne Analí Roy García, E-mail: ivonne.roy@imss.gob.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Clave: .....

### C. Cuestionario de datos sociodemográficos y motivo de consulta

 <p style="text-align: center;">             UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO              PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS              UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO              INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL              UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"         </p> <p style="text-align: center;"> <b>"Ansiedad y su relación con cohesión y adaptabilidad en pacientes con urgencias tipo sentida en la UMF 28"</b> </p>	FOLIO:															
	FECHA: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">Mes</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table>									Día	Mes				Año	
Día	Mes				Año											

DATOS GENERALES			
Nombre del Paciente:		Iniciales:	
Edad:	Ocupación:		
Número de afiliación:	Consultorio:	Turno:	
Sexo: 1= Femenino 2= Masculino	Estado civil: 1=Soltero 2=Casado 3= Unión libre 4=Divorciado 5= Viudo		
Instrucciones: Lea cuidadosamente cada pregunta y conteste lo que se solicita. Posterior a que se le otorgue su consulta médica entregará los cuestionarios al médico.			
Escriba el motivo por el cual acude el día de hoy al servicio de urgencias. Describa su padecimiento o malestar.		Escriba el motivo por el cual no acude a consulta externa con su médico familiar por el padecimiento o malestar que está presentando.	
Clasificación de Triage:		Diagnóstico de egreso:	

### D. Subescala de Ansiedad de Goldberg (SAG)

(Cuestionario el cual evalúa la presencia de ansiedad)

Instrucciones: Responda las primeras 4 preguntas marcando "si" o "no" si ha presentado los síntomas en las últimas 2 semanas con duración mínima de 2 semanas, si hay más de 2 con respuesta afirmativa continúe con las preguntas 5 a 9.

1.	¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	Si	No
2.	¿Ha estado muy preocupado por algo?	Si	No
3.	¿Se ha sentido muy irritable?	Si	No
4.	¿Ha tenido dificultad para relajarse?	Si	No
<b>(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar respondiendo)</b>			
5.	¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	Si	No
6.	¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	Si	No
7.	¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	Si	No
8.	¿Ha estado preocupado por su salud?	Si	No
9.	¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	Si	No

### **E. Escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar FACES III**

(Cuestionario el cual evalúa la respuesta ante crisis familiares y el vínculo emocional de la familia)

Instrucciones: Responda las preguntas de acuerdo con la escala que se muestra a continuación (escala del 1 al 5), escribiendo el número correspondiente en la línea delante de cada oración, considerando cada aseveración con relación a su familia según como reaccionan en forma habitual, no de la manera que piensa que deberían reaccionar. La información que proporcionen será confidencial.

**1. Nunca    2. Casi nunca    3. Algunas veces    4. Casi siempre    5. Siempre**

- \_\_\_ 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si
- \_\_\_ 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
- \_\_\_ 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
- \_\_\_ 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina
- \_\_\_ 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- \_\_\_ 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad
- \_\_\_ 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
- \_\_\_ 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas
- \_\_\_ 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
- \_\_\_ 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
- \_\_\_ 11. Nos sentimos muy unidos
- \_\_\_ 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- \_\_\_ 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
- \_\_\_ 14. En nuestra familia las reglas cambian
- \_\_\_ 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia
- \_\_\_ 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
- \_\_\_ 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones
- \_\_\_ 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
- \_\_\_ 19. La unión familiar es muy importante
- \_\_\_ 20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar