



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"**

"PREVALENCIA Y NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON URGENCIA SENTIDA"

TÉSIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ANDREA DE JESÚS VARGAS RUÍZ

ASESOR:

DRA. IVONNE ANALI ROY GARCIA

COORDINADOR DE PROGRAMAS MÉDICOS, MÉDICO FAMILIAR

DRA. CLAUDIA YESSICA TORRES TORRES

MÉDICO ESPECIALISTA EN URGENCIAS MEDICO-QUIRÚRGICAS

CIUDAD DE MÉXICO, JULIO DEL 2019



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
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACION DE ENLACE Y PLANEACION INSTITUCIONAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

AUTORIZACIÓN DE TESIS

**"PREVALENCIA Y NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON URGENCIA
SENTIDA"**

DRA. MARÍA ALEJANDRA PÉREZ YÉPEZ
Directora de la Unidad de Medicina Familiar

DRA. LOURDES GABRIELA NAVARRO SUSANO
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

DR. NAZARIO URIEL ARELLANO ROMERO
Profesor Titular de la Especialidad en Medicina Familiar

“PREVALENCIA Y NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON URGENCIA SENTIDA”

Este trabajo fue realizado en el servicio de Urgencias de la Unidad de Medicina Familiar “Gabriel Mancera” bajo la dirección de la Dra. Ivonne Analí Roy García con el apoyo de Dra. Claudia Yessica Torres Torres quienes orientaron y aportaron a la conclusión de este trabajo.

RESPONSABLES DEL PROYECTO:

DRA. ANDREA DE JESUS VARGAS RUIZ

Residente de 3er año de Medicina Familiar

DRA. IVONNE ANALÍ ROY GARCIA

Médico Especialista en Medicina Familiar
Coordinador de programas médicos
División de Desarrollo de investigación CMN Siglo XXI

DRA. CLAUDIA YESSICA TORRES TORRES

Especialista en Medicina de Urgencias Médico-Quirúrgicas
Adscrita al servicio de Urgencias de la UMF No. 28 “Gabriel Mancera”

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por haberme puesto en este lugar, en el tiempo perfecto y en la mejor familia que puede haber tenido...

A mis Abuelitos José, Abenamar, Nelita y Andrea que me sirvieron de inspiración, me inculcaron valores como la humildad, respeto, responsabilidad y perseverancia.

Gracias a mis padres y hermanos por su amor y apoyo incondicional que me ha ayudado a crecer como persona en el ámbito profesional, emocional, psicológico y espiritual.

Sin la colaboración, dedicación y conocimientos aportados por la Dra. Ivonne Analí Roy y la Dra. Lourdes Gabriela Navarro Susano, que no me dejaron claudicar en momentos que caí en conflicto y confiaron en mí, la realización de este trabajo no hubiera sido posible.

Mi reconocimiento a mis profesores: Dra. Torres, Dra. Blanco, Dr. Garrido, Dr. Aragón, Dr. Zamorano, por todos sus consejos, enseñanzas y experiencias compartidas.

Agradezco a mis amigos: Yuri, Marian, Ixchel, Pera, Fili, Raquel, Froy, Ricardo que siempre estuvieron ahí, apoyándome siempre en la buenas y en las malas... los quierooo

Y en especial a un hombre que ha sido mi inspiración como ser humano, médico, terapeuta y amigo el Dr. Mario Gómez, que me ha enseñado la importancia de la salud mental, de que hay tantas personas en este mundo que nos necesitan: les llamamos ¿locos? ¿hipocondriacos? ¿Histéricos? ¿acelerados?... me hizo reflexionar sobre que quería investigar y así llegué a este trabajo.

“siempre me siento feliz ¿sabes porque? Porque no espero nada de nadie; esperar siempre duele. Los problemas no son eternos, siempre tienen solución. Lo único que no se resuelve es la muerte. La vida es corta, por eso ámala, se feliz y siempre sonrío, solo vive intensamente, antes de hablar, escucha. Antes de escribir, piensa.

Antes de herir, siente, antes de rendirte, intenta. Antes de morir, vive” William

Shakespeare

ÍNDICE

1. RESUMEN	8
2. INTRODUCCION	9
3. MARCO TEÓRICO	11
3.1 URGENCIAS	
3.1.1 Sistema de salud en México	
3.1.2 Servicio de urgencias	
3.1.3 Triage	
3.1.4 Urgencia Real y Urgencia sentida	
3.1.5 Principales motivos de consulta de urgencias en UMF 28	
3.2 ANSIEDAD	
3.2.1 Definición	
3.2.2 Criterios diagnósticos y clasificación	
3.2.3 Estadística	
3.2.4 Fisiopatología y factores asociados a la ansiedad	
3.2.5 Inventario de Beck	
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
5. PREGUNTA DE INVESTIGACION	21
6. JUSTIFICACION	21
7. OBJETIVOS	23
7.1. Objetivo general	
7.2. Objetivos específicos	
8. HIPÓTESIS	23
9. MATERIALES Y MÉTODOS	23

9.1.	Sede de estudio	
9.2.	Periodo de estudio	
9.3.	Tipo de estudio	
9.4.	Universo de estudio	
9.5	Lugar de estudio	
10.	TAMAÑO DE MUESTRA	24
11.	CRITERIOS DE SELECCIÓN	24
11.1	Inclusión	
11.2	No inclusión	
11.3.	Eliminación	
12.	VARIABLES DEL ESTUDIO Y DEFINICIONES CONCEPTUALES	25
13.	ESTRATEGIA DE ESTUDIO	28
14.	ANALISIS ESTADISTICO	29
15.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
16.	RECURSOS Y FINANCIAMIENTO	31
17.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	32
18.	RESULTADOS	33
19.	DISCUSION	36
20.	CONCUSIONES	37
21.	ANEXOS	38
22.	BIBLIOGRAFIA	42

TABLAS

1	Niveles de clasificación Manchester System Triage	10
2	Motivos de demanda en urgencias de unidades de medicina familiar a nivel nacional	12

ABREVIATURAS

Instituto Mexicano del Seguro Social	IMSS
Manchester Triage System	MTS
Unidad de Medicina Familiar	UMF
Área de informática Médica y Archivo Clínico	ARIMAC
Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales	DSM4

1. RESUMEN

PREVALENCIA Y NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON URGENCIA SENTIDA

Vargas-Ruíz Andrea de Jesús ¹, Torres-Torres Claudia Yessica ², Roy-García Ivonne Analí ³, ¹ Residente de 2do año de Medicina Familiar UMF No. 28; ² Médico Especialista en Urgencias-Médico-Quirúrgicas, Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera", ³ Coordinador de Programas Médicos, Médico Familiar, División de Desarrollo de la investigación, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción.

La ansiedad afecta a 40 millones de personas en Norteamérica y de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México hasta el 14.3% de la población mexicana presenta trastorno de ansiedad. Así mismo existen enfermedades somáticas que pueden provocar ansiedad de forma directa como consecuencia fisiopatológica de la propia enfermedad, de manera indirecta como reacción psicológica al enfermar o como efecto secundario del tratamiento farmacológico.

Objetivo General. Se determinó la prevalencia y nivel de ansiedad en pacientes con urgencia sentida a través del inventario de Beck.

Material y métodos. Se realizó un estudio no experimental, Transversal, Prospectivo, descriptivo en el servicio de Urgencias de la Unidad de Medicina Familiar la UMF No. 28 Gabriel Mancera. Se utilizó una muestra de 267 pacientes que acudieron al servicio de urgencias en la UMF no. 28 por urgencia sentida, catalogados por el sistema de Triage de Manchester y que aceptaron y firmaron el consentimiento informado, la recolección de datos se realizó a través de la aplicación del inventario de Beck y posteriormente se elaboró una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 25, en el periodo comprendido de enero-marzo de 2019

Resultados. Se obtuvo una muestra de 267 pacientes, 158 (50.2%) fueron mujeres, al evaluar la variable edad, se identificó una mediana de 45 (RIC 31-64) años, el estado civil predominante fue ser soltero con 109 (40.8%) pacientes, la escolaridad dominante en la población fue la Licenciatura en 108 (40.5%) pacientes, de acuerdo al índice de masa corporal; el sobrepeso sobresalió en 111 (41.6%) pacientes. Se observó una mediana de TAS, TAD y PAM de 110; 80 y 83.30 (RIC: 110-120; 70-80 y 83.3-93.3) mmHg respectivamente, el tabaquismo y alcoholismo 179 (67%) y 158 (59.1%) pacientes respectivamente.

Conclusiones: La prevalencia de ansiedad fue de 194 (72.7%) pacientes que acudieron al servicio de urgencias, con urgencias sentida, predominantemente Triage verde 121 (67.6%) pacientes y con un nivel de ansiedad leve en 90 (33.7%) pacientes, a través del inventario de Beck.

Dentro de los factores de riesgo que tuvieron asociación con ansiedad, podemos observar que la presencia de comorbilidades incrementa 1.83 (IC: 1.09, 3.09) veces más el riesgo de padecer ansiedad ($p=0.021$), mientras que el uso de medicamentos lo haría 2.44 (IC: 1.44, 4.11) veces ($p=0.001$)

2. INTRODUCCIÓN

El Instituto Mexicano del Seguro Social es responsable de la salud y seguridad social de 58 millones de derechohabientes, se atienden cerca de 500 mil consultas médicas y 50 mil atenciones de urgencia, esta atención de urgencias se brinda de acuerdo al nivel de gravedad de los padecimientos, a través del modelo triage que establece el tipo y área de atención para los usuarios de estos servicios.

El motivo de atención a urgencias es clasificado de acuerdo al modelo triage, en urgencias reales (nivel 1, 2, 3) y urgencias sentidas (4, 5).

De acuerdo a lo anterior las Urgencias sentidas son padecimientos de orden agudo o crónico agudizado, que el paciente percibe o siente que amenaza su vida, casi nunca es grave y puede ser atendido por consulta externa, entre los motivos de consulta a menudo se encuentran los relacionados a un síntoma físico y/o somático como la lumbalgia, cefalea inespecífica, trastornos intestinales, mareos, fatiga, diferentes sensaciones corporales desagradables o preocupantes que afectan funciones físicas básicas como las de sueño (insomnio e hipersomnia), apetito (hiporexia o polifagia) astenia y adinamia.

De acuerdo a Cassem EH en 1990, Zaubler TS y colaboradores en 1998, Gratacós M (2001) en sus respectivos estudios sobre ansiedad y síntomas somáticos concuerdan en que los pacientes con enfermedades somáticas presentan elevadas tasas de ansiedad.

La ansiedad afecta a 40 millones de personas en Norteamérica y de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México hasta el 14.3% de la población mexicana presentan trastorno de ansiedad, otros autores señalan que está presente hasta en el 25.8% de la población general.

Se han propuesto diferentes hipótesis para explicar la relación entre la ansiedad y las enfermedades somáticas. Existen enfermedades somáticas que pueden provocar ansiedad de forma directa como consecuencia fisiopatológica de la propia enfermedad, de manera indirecta como reacción psicológica al enfermar o como efecto secundario del tratamiento farmacológico; asimismo se ha observado que la

ansiedad puede exacerbar enfermedades somáticas ya diagnosticadas. Otra explicación es que los pacientes con trastornos de ansiedad presentan temores hipocondríacos y buscan más atención médica en especial en los servicios de urgencias diagnosticándoles frecuentemente enfermedades somáticas

Para valorar los síntomas de ansiedad se usa el inventario de ansiedad de Beck que está integrado por 21 ítems, que engloban diversos síntomas de ansiedad, la interpretación se basa en un sistema de puntuaciones que determinarán el nivel de ansiedad en: leve, moderado y grave. Este instrumento se puede utilizar repetidamente durante el proceso terapéutico para monitorizar los progresos del paciente y evaluar los resultados de la terapia.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 URGENCIAS

3.1.1 SISTEMA DE SALUD EN MEXICO

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es responsable de la salud y seguridad social de 58 millones de derechohabientes, diariamente se atienden cerca de 500 mil consultas médicas y 50 mil atenciones de urgencia¹

3.1.2 SERVICIO DE URGENCIAS

En los servicios de urgencias del IMSS se garantiza y prioriza la atención médica a los derechohabientes de acuerdo al nivel de gravedad de sus padecimientos, a través del modelo triage que establece el tipo y área de atención para los usuarios de estos servicios.²

3.1.3 TRIAGE

Según Cook y Sinclair, el triage es el proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso de salud apropiado para su cuidado; el paciente es clasificado de acuerdo a prioridades²

El triage es un proceso formal e inmediato de evaluación y clasificación de pacientes que acuden al servicio de urgencias, el cual nos permite valorar el riesgo clínico y así manejar adecuadamente y con seguridad a los enfermos cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos humanos y al espacio físico en las unidades médicas³

Actualmente se reconocen cinco modelos de triage, entre ellos encontramos: La Australian Triage Scale (ATS), The Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), The Manchester Triage System (MTS), Emergency Severity Index (ESI) y finalmente el Sistema Español de Triage (SET) ³

En nuestra Institución se utiliza actualmente el MTS que es un método de priorización de pacientes, sencillo de aprender y utilizar, rápido en su ejecución que

nos permite clasificar en 5 niveles la atención médica y a cada uno de estos se le atribuye un número, un color y un nombre; es un modelo válido, reproducible y aplicable, tiene una buena concordancia, identifica de manera adecuada a los pacientes críticos y es aplicable a pacientes adultos y pediátricos ^{3,4}

Cuenta con los siguientes niveles de clasificación:

- **NIVEL I (rojo):** Son patologías que requieren atención inmediata ya que la condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico.⁵
- **NIVEL II (naranja):** Son situaciones de alto riesgo, con inestabilidad fisiológica y/o dolor severo que puede evolucionar hacia un rápido deterioro o muerte o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano.⁵
- **NIVEL III (amarillo):** La patología es urgente, pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital, no inmediato, requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias, estos pacientes necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, pero pueden empeorar si no se actúa a tiempo.⁵
- **NIVEL IV (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. Entre las patologías que se pueden encuadrar en este apartado tenemos: cefalea brusca, ingesta medicamentosa accidental, hipertensión arterial descontrolada, hemorragia digestiva alta inactiva, vértigo con afectación vegetativa, síncope sin alteración de constantes vitales, síndromes piramidales, dolor torácico de características no isquémicas, urgencias psiquiátricas: psicosis agresivas, dolor abdominal, intolerancia a la vía oral,

diarrea aguda sin deshidratación, quemaduras de primer grado, heridas sin signos de gravedad, contusiones craneales leves. ⁵

- **NIVEL V (azul):** Son aquellos usuarios que presentan procesos que pueden requerir asistencia médica, pero no urgente, dentro de los cuales podemos encontrar: otalgias, dolores inespecíficos leves, traumatismos y esguinces leves, miembros dolorosos sin signos de isquemia, dolores osteomusculares sin signos de fractura, procesos respiratorios altos agudos⁵

Niveles de clasificación del Manchester Triage Group			
Número	Nombre	Color	Tiempo máximo (min)
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. 1: Niveles de clasificación Manchester System Triage ³

3.1.4. URGENCIA REAL Y URGENCIA SENTIDA

La percepción del paciente de que su padecimiento sea una urgencia real o sentida dependerá de las características del usuario, el acceso o disponibilidad a los servicios de consulta externa y de urgencias ²

La Ley General de Salud en su capítulo 72 define como **urgencia real** a todo evento médico o quirúrgico que pone en peligro la vida, la integridad o la funcionalidad de un órgano si no se atiende en forma inmediata. Considera todo padecimiento de orden agudo o crónicamente 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, lo que incluye las siguientes situaciones:⁶

- Dificultad respiratoria repentina (disnea súbita).
- La hemorragia activa por cualquier vía.

- El dolor torácico súbito y persistente (aunque no sea coronario).
- Pérdida del conocimiento sin recuperación espontánea.
- Heridas externas y/o amputación o ambas.
- Crisis convulsivas.
- Parálisis súbita de cualquier extremidad.
- Ingestión de sustancias tóxicas.
- Presencia de cuerpos extraños en vías respiratorias o digestivas.
- Retención aguda de orina.
- Mordeduras o piquetes de animales venenosos.
- Quemaduras de primer grado +15%, segundo grado +10%, tercer grado +5% de superficie corporal total.
- Quemaduras en cara, articulaciones, genitales, aún con menos porcentaje.⁶

Las urgencias sentidas son padecimientos de orden agudo o crónico agudizado, que el paciente percibe o siente que amenaza su vida, casi nunca es grave y puede ser atendido por consulta externa. Entre las razones más comunes, se encuentran: infecciones de vías respiratorias altas (como amigdalitis, faringitis, y rinitis), trastornos gastrointestinales como diarreas sin deshidratación, lumbalgias, vértigo y otitis las cuales no requieren una atención urgente.⁶

3.1.5. PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA DE URGENCIAS EN UMF 28

Durante el 2017 en la UMF 28 Gabriel Mancera se reportaron 33797 consultas en urgencias, de las cuales; 258 (0.76%) fueron urgencias reales y 33539 (99.23%) urgencias sentidas lo anterior nos impide garantizar el acceso a los casos de urgencia real, disminuye la calidad de atención y se consume gran cantidad de recursos que elevan los costos del sistema de salud.

Los principales motivos de consulta de urgencias sentidas a menudo se encuentran relacionados a un síntoma físico y/o somático. Los síntomas físicos incluyen lumbalgia, cefalea inespecífica, trastornos intestinales, mareos, palpitaciones, fatiga entre otros. Los denominados síntomas somáticos son diferentes sensaciones

corporales que una persona percibe como desagradables o preocupantes y que afectan las funciones físicas básicas como las de sueño (insomnio e hipersomnias); del apetito (hiporexia o polifagia), astenia y adinamia.⁷

Los registros del año 2017 del servicio ARIMAC de la UMF 28 se identifican que la 3ª causa de consulta en urgencias fueron las gastroenteritis y colitis de causa no especificada, datos que concuerdan con el estudio realizado según Cassem EH en 1990, Zaubler TS y colaboradores en 1998, Gratacós M (2001) que establecen en sus respectivos estudios sobre ansiedad y síntomas somáticos como cefalea,

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

Tabla No. 2: motivos de demanda en urgencias de unidades de medicina familiar a nivel nacional¹⁰

síntomas respiratorios o digestivos, presentan elevadas tasas de ansiedad ⁸

En la siguiente tabla se encuentran motivos de demanda en urgencias de unidades de medicina familiar a nivel nacional⁹

Al realizar el análisis de la tabla previa podemos observar que ocupan el 5to lugar de atención los signos, síntomas y estados morbosos mal definidos, que son considerados urgencias sentidas.

3.2 ANSIEDAD

3.2.1 DEFINICION

La ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura (DSM4), es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos que pueden presentarse como una reacción adaptativa o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.

Dónde el sistema nervioso simpático permite que el sujeto afronte situaciones de riesgo, con una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva.¹¹

3.2.2 CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Dentro de los criterios diagnósticos encontramos que se manifiesta en un periodo de tiempo mayor a los 6 meses, al individuo le es difícil controlar su preocupación, se asocian a tres o más de los 6 síntomas siguientes (inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño) causan malestar clínicamente significativo, deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, la alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.¹²

3.2.3 ESTADISTICA

Es una condición que afecta aproximadamente a 40 millones de personas en Norteamérica, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México hasta el 14.3% de la población mexicana presentan trastorno de ansiedad, otros autores señalan que este padecimiento está presente hasta en el 25.8% de la población general y que es común en el primer nivel de atención¹³¹⁴

3.2.4 FISIOPATOLOGÍA Y FACTORES ASOCIADOS A LA ANSIEDAD

Muchos de los pacientes con otras enfermedades o “médicamente enfermos” padecen ansiedad como un trastorno no necesariamente relacionado con la experiencia de estar “médicamente enfermos”. La ansiedad, como tal, puede reflejar un trastorno de ansiedad pero también puede ser parte de otra enfermedad psiquiátrica, como la depresión.

En la literatura actual se han propuesto diferentes hipótesis para explicar la naturaleza de la relación entre la ansiedad y las enfermedades somáticas. Existen enfermedades somáticas que pueden provocar ansiedad de forma directa como consecuencia fisiopatológica de la propia enfermedad, por ejemplo hipertiroidismo, enfermedades metabólicas o tumores cerebrales, de manera indirecta como reacción psicológica al enfermar o como efecto secundario del tratamiento farmacológico como en el caso del uso de los corticoides o la L-Dopa, así mismo la ansiedad puede exacerbar enfermedades somáticas previamente diagnosticadas entre ellas la psoriasis o úlcera gástrica).

Los pacientes con trastornos de ansiedad presentan temores hipocondríacos, que motivan a recibir atención médica en los servicios de urgencias, donde se les diagnostica frecuentemente enfermedades somáticas.⁷

José Luis Montero y colaboradores en el año 2006 mencionan que pacientes que los pacientes acuden al servicio de urgencias de primer nivel de atención establece ciertas características como son: pacientes con sexo femenino, con antecedentes psiquiátricos y que han acudido en el último mes con mareo como síntoma principal que se relaciona con una mayor prevalencia de ansiedad,¹⁵

En el estudio realizado por Mérida-Rodríguez -López et al. en Cali, Colombia asocian el trastorno ansioso y el perfil del paciente frecuentador de los servicios de urgencias encontrándose; ser del sexo femenino, edad 45-60 años, con escolaridad preparatoria, tener pareja, ser profesionista, así como viajar en transporte público.¹⁶

El estudio de cohorte 1966 a la fecha, publicado por The International Journal of Psychiatry por Tero S Kujanpa et al. en Finlandia, sobre la asociación de trastorno de ansiedad generalizada y síntomas somáticos con asistencia frecuente a los servicios de atención de salud se encontró asociación con sexo femenino, el sobrepeso, el consumo de alcohol y con predominio en obreros. ¹⁷

3.2.5 INVENTARIO DE BECK

Para realizar la valoración de los síntomas de ansiedad existen diferentes escalas, en nuestro estudio utilizaremos el inventario de ansiedad de Beck conocido por el acrónimo de su nombre original en inglés BAI (Beck Anxiety Inventory), elaborado por Aaron T. Beck y Robert A. Steer, en 1988 y estandarizado para la población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez en 2001, es un instrumento de auto-reporte que consta de 21 reactivos que determinan la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales. El BAI ha demostrado una alta consistencia interna (alfas superiores a 0.90), validez divergente moderada (correlaciones menores a 0.60) y validez convergente adecuada (correlaciones mayores a 0.50).^{18,19}

Las propiedades psicométricas del BAI en población mexicana presentan una alta consistencia interna (alfas de Chorach de 0.84 y 0.83), un alto coeficiente de confiabilidad test-retest ($r=0.75$), y una estructura factorial de cuatro factores principales denominados: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico.¹⁸

Es un cuestionario autoaplicado formado por 21 ítems, en los que figuran diversos síntomas de ansiedad como son: 1. Hormigueo o entumecimiento. 2. Sensación de calor. 3. Temblor de piernas. 4. Incapacidad de relajarse. 5. Miedo a que suceda lo peor. 6. Mareo o aturdimiento. 7. Palpitaciones o taquicardia. 8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física. 9. Terrores. 10. Nerviosismo. 11. Sensación de ahogo. 12. Temblores de manos. 13. Temblor generalizado o estremecimiento. 14. Miedo a perder el control. 15. Dificultad para respirar. 16. Miedo a morir. 17. Sobresaltos. 18. Molestias digestivas o abdominales. 19. Palidez. 20. Rubor facial. 21. Sudoración (no debida al calor)²⁰

El sujeto ha de indicar en cada uno de los síntomas de ansiedad, el grado en que se vio afectado por ellos durante la última semana y en el momento actual. Con tal fin, debe elegir de entre las siguientes respuestas la que mejor se corresponda con la intensidad de los síntomas:(0) en absoluto. (1) Levemente, no me molesta mucho. (2) Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo. (3) Severamente, casi no podía soportarlo.¹⁹

La interpretación de las puntuaciones del BAI se suele basar en unas puntuaciones de corte que definen diferentes niveles de gravedad de sintomatología ansiosa de acuerdo al puntaje obtenido: 0-7 sin ansiedad. 8-15 ansiedad leve, 16-25 ansiedad moderada y 26-63 ansiedad grave. ¹⁹.

Dado que el BAI contiene solo 21 ítems que se pueden responder en 5-10 minutos, es posible aplicarlo durante el proceso terapéutico para monitorizar los progresos del paciente. Además de que nos resulta adecuado para una población donde la aplicación de instrumentos de screening extensos de manera rutinaria es poco recomendable. El BAI se puede utilizar repetidamente durante el proceso terapéutico para monitorizar los progresos del paciente y evaluar los resultados de la terapia. ^{19,21}

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años se ha incrementado gradualmente la demanda de atención en urgencias por padecimientos o motivos de consulta que no son considerados una urgencia real, si no urgencias sentidas las cuales son padecimientos de orden agudo o crónico agudizado, que el paciente percibe o siente que amenaza su vida, en gran número de ocasiones casi nunca son graves y puede ser atendidos por consulta externa lo que provoca el uso inapropiado del servicio de urgencias que impiden garantizar la atención prioritaria a las urgencias reales, disminuyendo la calidad de atención, y el empleo inadecuado de recursos humanos y materiales que elevan los costos del sistema de salud.

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los padecimientos de salud mental más frecuentes en el primer nivel de atención, su prevalencia va del 14.3% al 25.8% en México y más de la mitad de los pacientes con un problema psiquiátrico, reciben tratamiento para sus síntomas de manera aislada sin saber realmente cuál es su padecimiento de base por lo que tienden a presentar una discapacidad considerable y deterioro de la actividad diaria.

El estudio de casos y controles realizado por Juan Carlos Pascal y cols. Que fue realizado en el instituto de Atención Psiquiátrica en Barcelona España, establece que los pacientes con trastornos de ansiedad presentan mayor riesgo de presentar enfermedades somáticas en comparación con pacientes sin trastornos de ansiedad, los síntomas que mayormente se presentaron fueron cefalea, enfermedades osteomusculares y enfermedades digestivas.

Que concuerdan con los datos obtenidos en el servicio de ARIMAC de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 28 durante el 2017, que establece que la 3ª causa de consulta en urgencias son las gastroenteritis y colitis de causa no especificada

La finalidad de este estudio es determinar la frecuencia y nivel de ansiedad en pacientes que acuden al servicio de urgencias de la UMF 28, con padecimientos

catalogados como urgencia sentida por parte del médico de urgencias. De acuerdo a los resultados obtenidos de este estudio establecer estrategias para brindar atención médica y apego terapéutico en este tipo de población. Si se identifican de manera primaria en las salas de urgencias se les podría dar seguimiento, en especial a pacientes hospitalizados en quienes los síntomas somáticos podrían confundirse con el estado general del paciente. Es importante Identificar, tratar y referir adecuadamente los procesos mentales de nuestros pacientes ya que adquieren cada vez mayor importancia por su frecuencia, porque las estimaciones del “Global Burden of disease Study” sitúan a los trastornos mentales como la segunda causa de enfermedad e incapacidad en el mundo para el año 2020. y así evitamos la sobrecarga del servicio de urgencias, por pacientes con síntomas relacionados a esta patología.

Por lo que surge, con los datos anteriores la siguiente pregunta de investigación:

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia y nivel de ansiedad en pacientes con urgencias sentidas?

6. JUSTIFICACIÓN

En México, el uso inapropiado de los servicios de salud por urgencias sentidas es de más del 60%. Durante el 2017 se reportaron en la UMF 28 Gabriel Mancera 33797 consultas en urgencias, de las cuales; 258 (0.76%) fueron urgencias reales y 33539 (99.23%) urgencias sentidas, esto nos impide garantizar el acceso a casos de urgencia real, disminuir la calidad de atención y consumir gran cantidad de recursos que elevan costos al sistema de salud.

Dentro de los principales motivos de consulta a urgencias sentidas, se encuentran los relacionados a un síntoma físico y/o somático.

Como los signos y síntomas morbosos mal definidos a nivel nacional y la colitis de origen desconocido dentro de la UMF 28 durante el 2017, que a su vez pueden estar relacionados con ansiedad.

Este estudio permitirá determinar si existe una asociación entre ansiedad y las visitas a los servicios de urgencias, por síntomas físicos o somáticos, que son catalogados como urgencias sentidas, por medio de la auto aplicación del inventario de Beck que evalúa el grado de ansiedad a través de la existencia de síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad. Secundariamente se identificarán las patologías más frecuentes por las que los pacientes acuden al servicio de urgencias, así como la relación por sexo, edad, ocupación, escolaridad y comorbilidades asociadas.

y al término del estudio se sugerirá el envío a los servicios especializados (psicología o psiquiatría) a aquellos pacientes que resulten con ansiedad moderada- severa con la finalidad de realizar un manejo integral del paciente.

7. OBJETIVOS

7.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia y nivel de ansiedad en pacientes con urgencias sentidas a través del inventario de Beck.

7.2 Objetivos específicos

- 1.-Identificar los motivos de consulta más frecuentes en pacientes con urgencia sentida.
- 2.-Conocer la diferencia entre el número de visitas a urgencias de los pacientes con y sin ansiedad.
- 3.-Determinar en los motivos de consulta más frecuentes en pacientes con ansiedad.

8. HIPÓTESIS

La prevalencia de ansiedad en pacientes con urgencias sentidas es del 25.8%. El nivel de ansiedad predominante es moderado.

9. MATERIAL Y MÉTODOS

9.1 Sede de estudio

Unidad de Medicina Familiar No. 28, Gabriel Mancera

9.2 Periodo de estudio

Enero – Marzo del 2019

9.3 Tipo de estudio

Estudio Transversal, descriptivo.

9.4 Universo de estudio

Pacientes adultos que acuden al servicio de urgencias en la UMF no. 28 por urgencia sentida, que presenten nivel 4 o 5 según el sistema de Triage de Manchester que acepten y firmen el consentimiento.

9.5 Lugar

Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera” Servicio de Urgencias; el cual cuenta con 23 camas censables y 1 área de choque, 4 consultorios y 1 área de Triage. Ubicada en Av. Gabriel Mancera 88, esq. San Borja, Col. del Valle, 03100 Delegación Benito Juárez México, D.F.

10. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se desea estudiar la frecuencia de ansiedad en pacientes que acuden al servicio de urgencias de la UMF No. 28 con urgencia sentida, para poner en evidencia la frecuencia y su magnitud, se diseñó un estudio transversal prospectivo; por lo cual la fórmula para calcular el tamaño de la muestra es para el contraste de hipótesis. Seleccionando la fórmula para comparar una proporción infinita, con un nivel de confianza del 95%, con una frecuencia esperada del 25.8 % y una precisión del 5%.

Con la formula siguiente:

$$n = \left(\frac{NZ\alpha^2 pq}{d^2(N-1) + Z\alpha^2 pq} \right)$$

En donde:

n= es el número de sujetos necesarios en cada una de las muestras.

N: Población total

Z α^2 = es el valor correspondiente al riesgo α (95%).

p es la proporción esperada es del 25.8%

q es el valor que se obtiene de 1-p²

d es la precisión deseada en este caso es de 5%.

Tamaño de la muestra: Con los cálculos anteriores se requieren un total de 267 pacientes para obtener una precisión adecuada

11. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión

Pacientes adultos que acuden al servicio de urgencias UMF 28, con **urgencia sentida que presenten nivel 4 como** (cefalea brusca, vértigo con afectación vegetativa, síncope sin alteración de constantes vitales, dolor torácico de características no isquémicas, dolor abdominal, intolerancia a la vía oral, diarrea aguda sin deshidratación **o 5** (otalgias, dolores inespecíficos leves, miembros

dolorosos sin signos de isquemia, dolores osteomusculares sin signos de fractura, procesos respiratorios altos agudos **según el Sistema de Triage de Manchester**. Que acepten participar en el estudio mediante firma de carta de consentimiento bajo información.

Criterios de no inclusión

- Pacientes que ya cuenten con diagnóstico de ansiedad
- Pacientes con otros padecimientos psiquiátricos (esquizofrenia, delirio, depresión)
- Pacientes con padecimientos neurológicos (demencia, trastornos cognitivos)

Criterios de eliminación

Cuestionarios resueltos de manera incompleta.

Clasificación y definición de variables

Se presentan a continuación las variables del estudio, su clasificación y definición.

12. VARIABLES DE ESTUDIO

ANSIEDAD:

1. Definición conceptual: Es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos que pueden presentarse como una reacción adaptativa o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos
2. Definición operacional: La ansiedad para fines de este estudio será determinada a través el inventario ansiedad de Beck **fue creado por Aaron T. Beck en la década de los 80**, y se trata de un cuestionario de opción múltiple de **21 ítems** que mide la gravedad de la ansiedad actual en adultos y adolescentes. Describe los **síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad**, siendo una prueba muy adecuada para **discriminar la ansiedad de la depresión**. Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos.

Tipo de variable: cuantitativa, para el análisis estadístico la variable será analizada como una variable ordinal, con las siguientes categorías.

Indicador: puntaje total, de forma adicional se harán grupos para medir la frecuencia de los niveles de ansiedad.

0= sin ansiedad: Puntaje 0-7

1=ansiedad leve: Puntaje 8-15

2= ansiedad moderada: Puntaje 16-25

3= ansiedad grave: Puntaje 26-63

*Para determinar la prevalencia de ansiedad, se considerará los pacientes con ansiedad con puntaje igual o mayor a 8, entre el total de los pacientes incluidos en el estudio.

NIVEL DE URGENCIA SENTIDA MANCHESTER TRIAGE GROUP

Definición conceptual: son padecimientos de orden agudo o crónico agudizado, que el paciente percibe o siente que amenaza su vida, casi nunca es grave y puede ser atendido por consulta externa.

Definición operacional: la urgencia sentida para fines prácticos será medida mediante la Manchester Triage System que es un método de priorización de pacientes que los clasifica en 5 niveles y a cada uno de estos se le atribuye un número, un color y un nombre que se define en términos de tiempo, clave o tiempo máximo para el primer contacto. NIVEL I (rojo) encontramos patologías que requieren atención inmediata, NIVEL II (naranja) son situaciones de alto riesgo, con inestabilidad fisiológica y/o dolor severo que puede evolucionar hacia un rápido deterioro o muerte, NIVEL III (amarillo) patologías estables desde el punto de vista fisiológico, pero pueden empeorar si no se actúa a tiempo. NIVEL IV (verde): Incluye situaciones menos urgentes o urgencias menores, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. NIVEL V (azul): encontramos a aquellos usuarios que presentan procesos que pueden requerir asistencia médica, pero no urgente.

La finalidad de este estudio es conocer la frecuencia de urgencias sentidas por lo que será utilizado para fines prácticos los niveles IV y V del Manchester Triage System.

Tipo de variable: cualitativa nominal dicotómica

Indicador: nivel de urgencia sentida, Nivel 4 o 5 según el sistema de Triage de Manchester.

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIZACIÓN	CODIFICACIÓN DE DATOS
MOTIVO DE CONSULTA	Es la expresión del paciente por la que solicita atención sanitaria al profesional de salud.	Cualitativa.	Nominal.	Diagnóstico registrado en nota médica: Síntomas gastrointestinales. Respiratorios. Síntomas inespecíficos. Crisis de ansiedad. Otros.
NÚMERO DE VISITAS A URGENCIAS EN EL ÚLTIMO AÑO	Número de visitas a urgencias en el último año.	Cuantitativa.	Discreta (número de visitas).	Número de visitas al servicio de urgencias en el último año. Se obtendrá del interrogatorio del paciente.
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha, medido en años.	Cuantitativa.	Discreta (Años cumplidos).	Edad en años
GÉNERO	Roles socialmente contruidos, los comportamientos, actividades y atributos que una sociedad dada considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Cualitativa.	Nominal	1. Masculino 2. Femenino
ESTADO CIVIL	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia.	Cualitativa.	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Viudo
OCUPACIÓN	Trabajo, oficio, profesión o empleo.	Cualitativa.	Nominal.	1. Estudiante 2. Hogar 3. Profesional 4. Desempleado 5. Jubilado
COMORBILIDADES	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.	Cualitativa.	Nominal.	1. Si 0. No Tipo de comorbilidad: Hipertensión arterial Diabetes Mellitus Dislipidemia: Enfermedades cardíacas: Enfermedades renales: Enfermedades pulmonares: Otras. Especifique cual.
PESO	Es el valor de la masa del cuerpo expresada en kilogramos	Cuantitativa.	Continua (Kilogramos).	Se tomará de hoja de valoración inicial de urgencias
TALLA	Longitud del cuerpo expresado en centímetros	Cuantitativa.	Continua (centímetros).	Se tomará de Hoja de valoración inicial de urgencias.
IMC	Medida de asociación entre peso y talla de un individuo	Cualitativa	Nominal	1) Bajo peso 2) Normal 3) Sobre peso 4) Obesidad
PRESIÓN ARTERIAL	Presión que ejerce la sangre sobre la pared de las arterias.	Cuantitativa.	Continua (mmHg).	Se tomará de Hoja de valoración inicial de urgencias.

13. ESTRATEGIA DE ESTUDIO

Se realizó un estudio no experimental, transversal, prospectivo, descriptivo en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS de la ciudad de México, en el periodo comprendido de septiembre-noviembre de 2018, posteriormente se envió al comité local de investigación para su aprobación.

Al obtener folio de aceptación se procedió a realizar la invitación para participar en el estudio a pacientes que acudieron al servicio de urgencias, UMF. 28 del IMSS en la Ciudad de México con una urgencia sentida

Tras la firma de carta de consentimiento bajo información, se llenó una ficha de identificación con los siguientes datos: edad, género, estado civil, ocupación y comorbilidades asociadas, y se procedió a la aplicación del inventario de ansiedad de Beck. Por parte del médico de urgencias, en aquellos pacientes que en la nota inicial contaron con un triage de Manchester azul o verde al inicio de la consulta,

Una vez obtenida y capturada la información, se clasificó el grado de ansiedad, de acuerdo a su puntuación; **0 y 7** se interpretaron sin ansiedad, de **8 a 15** como ansiedad leve, de **16 a 25** como ansiedad moderada y de 26 a 63 como ansiedad grave.

Posteriormente con la información obtenida se elaboró una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 25 y se analizaron los resultados obtenidos que nos llevaron a responder la pregunta de investigación y los objetivos planteados.

Al término de la aplicación de cada instrumento se dieron a conocer los resultados obtenidos a los pacientes participantes de manera individualizada, proporcionando dicho informe a sus médicos familiares sobre la puntuación y los resultados obtenidos, se les sugirió él envió a los servicios especializados (psicología o psiquiatría) a aquellos pacientes que resultaron con ansiedad moderada- severa con la finalidad de realizar un manejo integral del paciente.

14. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis de resultados se realizó estadística descriptiva, para las variables cualitativas como presencia de ansiedad, sexo, etc. y se calcularon frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas como edad, TAS, IMC, puntaje de ansiedad se determinó el tipo de distribución, en caso de distribución normal se calculó media y Desviación Estándar, para variables con libre distribución se calculó mediana y RIC. Para determinar si existía diferencia entre el número de visitas a urgencias en los pacientes con y sin ansiedad se calculó la prueba t de Student y U Mann Whitney de acuerdo al tipo de distribución. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

15. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El siguiente protocolo de investigación se realizó con pacientes que desearon de forma voluntaria participar, previa firma de carta de consentimiento informado y sujetos a la normativa especificada a continuación:

1. Este protocolo plantea una investigación de riesgo mínimo de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, ya que se realiza con la aplicación de tres cuestionarios de evaluación de manera directa con el paciente, dichos cuestionarios se otorgan de manera directa para contestar, se otorgarán los resultados de dichas evaluaciones al final de su contestación, en esta investigación no existen riesgos potenciales para los pacientes que acepten y deseen participar en dicha investigación.
2. Este estudio no contraviene al Reglamento de la Ley General de Salud (1987) en materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1964 enmendada en Edimburgo en el año 2000.

Para el presente protocolo se realizó un formato de consentimiento informado mediante el cual se le hizo la invitación a participar en esta investigación a los pacientes que acudieron a los servicios de urgencias de la UMF 28, se les explicó

en qué consistía dicha investigación y sus posibles beneficios para cada uno de ellos. Únicamente se incluyeron a los pacientes que firmaron y aceptaron previa explicación de los procedimientos, riesgos y beneficios de su participación en forma voluntaria

3. Las contribuciones de este estudio para los participantes y la sociedad fue la detección y tratamiento oportuno de los pacientes diagnosticados con ansiedad moderada - severa que acudieron a los servicios de urgencias evitando con ello la saturación de dichos servicios para proporcionar una atención de calidad a nuestros derechohabientes, se generaron estrategias para la canalización prioritaria a los servicios de psicología médica o psiquiatría. El beneficio individual de esta investigación fue la identificación de patologías de forma oportuna además de que se les dará apoyo con atención médica especializada por los servicios de psicología y/o psiquiatría.
4. El balance riesgo / beneficio estuvo inclinado hacia el beneficio, ya que fue un estudio de riesgo mínimo y con contribuciones derivadas de la investigación. La participación fue voluntaria y los sujetos del estudio pudieron retirarse cuando así lo decidieron, no hubieron repercusiones en el acceso a los servicios de salud ni en su atención médica.
5. La información obtenida en esta investigación fue estrictamente confidencial, y a cada paciente se le asignó un número de folio, los datos completos de los participantes estuvieron bajo el resguardo de los investigadores de este proyecto.

16. RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

Recursos humanos

1. Un médico residente de 2° año de la especialidad de Medicina Familiar.
2. Un asesor clínico.

Gasto de inversión:

● Laptop 1	\$ 5,999.00
● Impresora Hp laser 1	\$ 1,600.00
● Tinta de impresora 1	\$ 350.00
Total	\$ 8949.00

Gasto corriente:

● Hojas de papel tamaño carta 500	\$ 100.00
● Clips 1	\$ 40.00
● Bolígrafo paquete	\$ 50.00
● Folder tamaño carta 2	\$ 6.00
● Copias fotostáticas 200	\$ 200.00
Total	\$ 396.00
Total:	\$ 8345.00

Financiamiento

El presente trabajo no recibe dinero derivado de alguna convocatoria o industria.

El protocolo será costado por el investigador.

17. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	ABRI 2017	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENE 2018	FEB- JUL	AGOSTO-DIC	ENE 2019	FEBRERO	MARZO
Elección del tema de investigación	X														
Caratula	X	X													
Título del proyecto	X	X	X												
Marco teórico			X	X	X	X	X	X	X						
Planteamiento del problema						X	X	X							
Justificación							X	X							
Objetivos								X	X						
Hipótesis								X	X						
Metodología: Tipo de estudio Población, lugar y tiempo Muestra Criterios de inclusión, exclusión y eliminación								X	X	X					
VARIABLES: Definición conceptual y Operacional								X	X	X					
Instrumentos de medición								X	X	X					
Elección estadística									X	X	X				
Consideraciones éticas										X	X				
Anexos: Consentimiento informado										X	X				
Registro de protocolo ante el SIRELCIS												X			
Aplicación de instrumentos													X		
Procesamiento de la información														X	
Análisis e interpretación de datos															X
Formulación de conclusiones															X
Redacción de informe final															X

18. RESULTADOS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS BASALES DE LA POBLACION	
Total de la población estudiada	267
VARIABLES GENERALES	n %
SEXO ^b	
Hombre	109(40.8)
Mujer	158(59.2)
EDAD (años) ^a	45 (31,64)
ESTADO CIVIL ^b	
Soltero	109(40.8)
Unión libre	22(8.2)
Casado	98(36.7)
Separado	9(3.4)
Viudo	29(10.9)
ESCOLARIDAD ^b	
Sabe leer y escribir	8(3)
Primaria	24(9)
Secundaria	30(11.2)
Preparatoria	89(33.3)
Licenciatura	108(40.4)
Posgrado	8(3)
INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)(Kg/m2) ^b	
Bajo peso	8(3)
Peso normal	81(30.3)
Sobrepeso	111(41.6)
Obesidad I	48(18)
Obesidad II	9(3.4)
Obesidad III	10(3.7)
Presión Arterial Sistólica (PAS) (mmHg) ^a	110 (110-120)
Presión Arterial Diastólica (PAD) (mmHg) ^a	70 (70-80)
Presión Arterial Media (PAM) (mmHg) ^a	83.3(83.3-93.3)
COMORBILIDADES ^b	
Si	130(48.7)
No	137(51.3)
USO DE MEDICAMENTOS ^b	
Si	160(59.9)
No	107(40.1)
TABAQUISMO ^b	
Ausente	179(67)
Presente	70(26.2)
No actualmente	18(6.7)
ALCOHOLISMO ^b	
Ausente	158(59.1)
Presente	84(31.5)
No actualmente	25(9.4)
HOSPITALIZACION ^b	
Ausente	258 (96.6)
Presente	9(3.3)
TRIAGE ^b	
Azul	91(34.1)
Verde	175(65.5)
Amarillo	1 (0.4)
ANSIEDAD ^b	
Ausente	74(27.7)
Leve	90 (33.7)
Moderada	66(24.7)
Severa	37(13.9)

^a Los datos se presentan en mediana y RIC (rango intercuantil, percentil 25-75). ^b Datos presentados en frecuencias y porcentajes.

En la Tabla 1. Se observan las características generales de la población al inicio del estudio; se obtuvo una muestra de 267 pacientes, 158 (50.2%) fueron mujeres, al

evaluar la variable edad se identificó una mediana de 45(RIC 31-64) años, el estado civil predominante fue ser soltero con 109 (40.8%) pacientes, la escolaridad dominante en la población fue la licenciatura en 108 (40.5%) pacientes, de acuerdo al índice de masa corporal; el sobrepeso sobresalió en 111(41.6%)pacientes. Se observó una mediana de TAS, TAD y PAM de 110; 80 y 83.30 (RIC: 110-120; 70-80 y 83.3-93.3) mmHg respectivamente, 137(51.3%) de los pacientes no se correlacionaron con ninguna comorbilidad, y 160 (59.9%) pacientes no usaban medicamentos, respecto a algunos factores de riesgo estudiados; el tabaquismo y alcoholismo 179 (67%) y 158 (59.1%) pacientes respectivamente, se encontraron ausentes, el Triage dominante fue el verde en 175 (65.6%)pacientes y la prevalencia de ansiedad fue de 193 (72%) pacientes de predominio leve en 90 (33.7%) pacientes.

TABLA 2. RELACION DE ANSIEDAD CON ALGUNAS VARIABLES			
VARIABLE	CON ANSIEDAD	SIN ANSIEDAD	VALOR DE P
N %	179(67)	88 (33)	
EDAD (años) ^a	46 (31,64)	38(30,62)	P= 0.159
SEXO ^b			
Hombre	71(39.7)	38(43.2)	
Mujer	108(60.3)	50(56.8)	
ESTADO CIVIL ^b			P=0.224
Soltero	67(37.4)	42(47.7)	
Unión libre	15(14.7)	7(8.0)	
Casado	66(36.9)	32(36.4)	
Separado	5(2.8)	4(4.5)	
Viudo	26(14.5)	3(3.4)	
ESCOLARIDAD ^b			P=0.411
Sabe leer y escribir	7(3.9)	1(1.1)	
Primaria	18(10.1)	6(6.8)	
Secundaria	20(11.2)	10(11.4)	
Preparatoria	64(35.8)	25(28.4)	
Licenciatura	65(36.3)	43(48.9)	
Posgrado	5(2.8)	3(3.4)	
INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)(Kg/m2) ^b			P=0.352
Bajo peso	5(2.8)	3(3.4)	
Peso normal	51(28.5)	30(34.1)	
Sobrepeso	77(43)	34(38.6)	
Obesidad I	30(16.8)	18(20.5)	
Obesidad II	7(3.9)	2(2.3)	
Obesidad III	9(5)	1(1.1)	
TABAQUISMO ^b			P= 0.836
Ausente	115(64.2)	64(72.7)	
Presente	49(27.4)	21(23.9)	
No actualmente	15(8.4)	3(3.4)	
HOSPITALIZACION ^b			P=0.487
Ausente	172(96.1)	86(97.7)	
Presente	7(3.9)	2(2.3)	
TRIAGE ^b			P=0.241
Azul	57(31.8)	34(38.6)	
Verde	121(67.6)	54(61.4)	
Amarillo	1(0.6)	0(0.0)	

a= mediana, RIC, U- Mann Whitney b= Frecuencia, Porcentaje, Chi Cuadrada

En la **Tabla 2** se muestran las diferencias en las características de la población a lo largo del estudio respecto a la presencia o no de ansiedad.

En los pacientes que presentaron ansiedad se encontró una mediana de edad de 46(RIC: 31,64) años en comparación con una edad de 38 años (RIC: 30, 62), (p=0.159). No se encontraron diferencias significativas en las variables de sexo, estado civil, escolaridad, índice de masa corporal, tabaquismo, hospitalizaciones así como el nivel de Triage.

TABLA 3. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ANSIEDAD (OR no ajustados)				
VARIABLE	CON ANSIEDAD	SIN ANSIEDAD	VALOR DE P	OR (IC: 95%)
N %	179(67)	88 (33)		
COMORBILIDADES^a				
Si	96(53.6)	34(38.6)	P=0.021	1.83 (1.09,3.09)
No	83(46.4)	54(61.4)		
USO DE MEDICAMENTOS^a				
Si	120(67)	40(45.5)	P=0.001	2.44 (1.44,4.11)
No	59(33)	48(54.5)		

^a Datos presentados en frecuencias y porcentajes.

En la Tabla 3, encontramos los factores de riesgo que tuvieron asociación con ansiedad, podemos observar que la presencia de comorbilidades muestra un OR de 1.83 (IC: 1.09, 3.09), (p=0.021), mientras que el uso de medicamentos presenta un OR de 2.44 (IC: 1.44, 4.11), (p= 0.001).

TABLA 4. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ANSIEDAD (Modelo de Regresión logística ajustado)		
FACTORES DE RIESGO	VALOR DE P	OR (IC: 95%)
COMORBILIDADES^b	P= 0.917	1.03 (0.51, 2.11)
USO DE MEDICAMENTOS^b	P=0.016	2.38 (1.17,4.82)

^b Los datos se presentan en mediana y RIC (rango intercuantil, percentil 25-75).

En la Tabla 4 se muestran los factores de riesgo asociados a ansiedad en un modelo de regresión multivariado, en el encontramos que el uso de medicamentos obtuvo un OR de 2.38 (P= 0.016), mientras que la variable de comorbilidades muestra un OR de 1.03 (IC: 0.51, 2.11) (p=0.917)

19. DISCUSION

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia y nivel de ansiedad en pacientes con urgencia sentida a través del inventario de Beck. Los resultados obtenidos muestran una prevalencia de 194 (72.7%) pacientes; de los cuales 90 (33.7%) pacientes presentaron un nivel de ansiedad leve, seguidos del 74 (27.7%) pacientes sin ansiedad, 66 (24.7%) pacientes con ansiedad moderada y finalmente 37 (13.9%) pacientes con ansiedad Grave.

Al contrastar nuestros resultados con lo reportado en la literatura observamos un incremento en la ansiedad tal como podemos identificar en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica que reporta que el tipo de trastornos más frecuente son los trastornos de ansiedad con una prevalencia de 14.3%, Kessler y Cols en 2005, afirmaron que de los trastornos mentales que cuentan con mayor prevalencia fueron los trastornos de ansiedad de 13.6% a 28%.²²

Al evaluar las diferencias entre los pacientes con y sin ansiedad, encontramos asociación de comorbilidades en 96 (53.6%) pacientes ($p= 0.021$) y el uso de medicamentos 120 (67%) en los pacientes con ansiedad ($p=0.001$). Probablemente secundario a que estos pacientes tienen una mayor percepción de severidad de la sintomatología expresada y presentan baja tolerancia al dolor que los hacen tomar más medicamentos, ocasionando a su vez múltiples comorbilidades, dentro de las que predominaron los problemas gastrointestinales y la hipertensión arterial comparada con la bibliografía que aunque es española, nos refiere que existe una asociación de ansiedad con enfermedades osteomusculares, cefalea, hipertensión arterial problemas gastrointestinales y dermatológicos ⁸

Dentro de las fortalezas de este estudio se encuentra el uso de un instrumento el inventario de Beck que se encuentra ya validado y con un alto coeficiente de confiabilidad test-retest ($r=0.75$) fue práctico, rápido de aplicar y sencillo de entender para los pacientes, los cuales además se mostraron muy interesados en el tema. El cálculo de tamaño de muestra se llevó a cabo de acuerdo al objetivo de la investigación.

Dentro de las limitaciones del estudio encontramos que el instrumento se aplicó a pacientes que acudieron al servicio de urgencias en la jornada matutina y no en la vespertina, ni en la nocturna, el diseño de estudio al no ser longitudinal no nos permite evaluar temporalidad, no sabemos si es la ansiedad lo que condiciona mayor número de comorbilidades y toma de medicamentos o bien la presencia de comorbilidades y tratamiento médico lo que condiciona la presencia de ansiedad.

En perspectiva para futuras investigaciones, podemos continuar indagando acerca de las causas que están ocasionando la elevada prevalencia en estos pacientes en servicios de urgencias.

Sería importante considerar otras variables como la realización o no de actividad física, el número de horas que trabajan al día, si viven solos o acompañados, y la presencia de problemas económicos o emocionales.

20. CONCLUSIONES

La prevalencia de ansiedad fue de 194 (72.7%) pacientes que acudieron al servicio de urgencias, con urgencias sentida, predominantemente Triage verde 121 (67.6%) pacientes y con un nivel de ansiedad leve en 90 (33.7%) pacientes, a través del inventario de Beck.

Dentro de los factores de riesgo que tuvieron asociación con ansiedad, podemos observar que la presencia de comorbilidades incrementa 1.83 (IC: 1.09, 3.09) veces más el riesgo de padecer ansiedad ($p=0.021$), mientras que el uso de medicamentos lo haría 2.44 (IC: 1.44, 4.11) veces ($p= 0.001$)

**18. ANEXOS.
ANEXO 1**

CARTA DE 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:	PREVALENCIA Y NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON URGENCIA SENTIDA
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera". 2018
Número de registro:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me explicó que la importancia del presente trabajo radica en la detección oportuna de trastorno de ansiedad "angustia, sudoración, miedo, que lata mi corazón rápido, temblor, que no pueda respirar", que no pueda dormir. Esta enfermedad puede estarme llevando a que acuda frecuentemente a urgencias El fin de este estudio es conocer la presencia y el grado de ansiedad que padezco y que puede estar afectando mi vida diaria.
Procedimientos:	Mi participación consistirá en contestar unas preguntas sobre mis datos generales como nombre, estado civil, edad, escolaridad, si padezco alguna enfermedad, además del cuestionario: Inventario de Beck que nos dirá si tengo síntomas de ansiedad. Medirán el peso, la estatura y la presión.
Posibles riesgos y molestias:	Implicará invertir 15 minutos de mi tiempo, puedo tener síntomas como tristeza o nerviosismo por la aplicación del cuestionario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Detección y tratamiento oportuno de ansiedad. Si tengo alguna alteración me enviarán a psicología o psiquiatría., en caso de ser necesario, para mejorar mi estado de salud, y evite acudir frecuentemente a urgencias sin recibir una solución a mis padecimientos.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al término de la encuesta el investigador Andrea de Jesús Vargas Ruíz me dará el resultado obtenido, si tengo ansiedad se me enviará a los servicios de psicología o psiquiatría
Participación o retiro:	En cualquier momento, sin afectar mi atención médica.
Privacidad y confidencialidad:	Los datos que proporcionó son totalmente confidenciales, la información será cuidada y resguardada por los investigadores de este estudio.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Si presento ansiedad se me proporcionará tratamiento médico oportuno, envío a Psicología y/o apoyo de otras Especialidades, en caso de ser necesario, para mejorar mi estado de salud y evitar acudir frecuentemente a urgencias sin recibir una solución de mis padecimientos
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador responsable:	Claudia Yessica Torres Torres, Especialista en Medicina de Urgencias Médico-Quirúrgicas Adscrita al servicio de Urgencias de la, Unidad de Medicina Familiar No. 28 "Gabriel Mancera", Matrícula: 11587008, Tel: 5591994681, correo electrónico: yessurg@yahoo.com.mx .
Colaboradores:	Ivonne Analí Roy García , Especialista en Medicina Familiar, División de Desarrollo de la investigación, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Matrícula: , 99377372 Tel: 55 22 70 47 60 correo electrónico: ivonne3316@gmail.com Andrea de Jesús Vargas Ruíz, Matrícula: 99137541, teléfono celular: 7712169426, correo electrónico: anievaru@hotmail.com
En caso de preguntas sobre sus derechos como participante de este estudio puede consultar a la Comisión de Ética de Investigación de CNIC del IMSS ubicada en Avenida Cuauhtémoc 330 4to piso Bloque B de la unidad de Congresos, Col. Doctores. Ciudad de México., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx	
<p>_____ Nombre y firma del sujeto</p> <p>_____ Testigo 1 Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p>Andrea de Jesús Vargas Ruíz Matrícula: 99137541 Tel. 7712169426, UMF 28, Consulta externa-urgencias Correo electrónico: anievaru@hotmail.com</p> <p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p>_____ Testigo 2 Nombre, dirección, relación y firma</p>

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (FICHA DE IDENTIFICACIÓN)

Número de folio:	
Número de seguridad Social:	
Edad:	Años
Sexo:	1.Hombre 2.Mujer
Estado civil:	1. Soltero(a): 2.Casado(a): 3.Viudo (a): 4. Unión libre: 5. Separado (a):
Escolaridad:	1.Primaria: 2. Secundaria: 3.Bachillerato/preparatoria: 4.Licenciatura: 5.Posgrado: 6. Sabe leer y escribir:
Peso:	Kilogramos
Talla:	Centímetros
IMC:	Kg/cm ²
T/A:	mm/Hg
¿Padece alguna otra enfermedad?	1. Hipertensión arterial: 2. Dislipidemia: 3. Enfermedades cardíacas: 4. Enfermedades renales: 5. Enfermedades pulmonares: 6. Otras. Especifique cual.
¿Fuma?	1. sí 2. No
Número de visitas en el año:	Especifique el o los motivos: _____ _____ _____

ANEXO 3.

INVENTARIO DE ANSIEDAD (adaptado de Beck)-

• Nombre:

• Edad:

• Fecha:

Indicaciones: En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy. Marca con una "x" en que grado le afecta en la columna correspondiente de las celdas de la derecha

#	SINTOMAS	Que tanto te molesta ?			
		Nunca	Leve	Moderado	Severo
1	Entumecimiento u hormigueo				
2	Acalorado				
3	Con temblor en las piernas				
4	Incapaz de relajarse				
5	Con temor a que ocurra lo peor				
6	Mareado. O que se le va la cabeza				
7	Con latidos del corazón fuertes o acelerados				
8	Inestable				
9	Atemorizado o asustado				
10	Nervioso				
11	Con sensación de sofocación				
12	Con temblores en las manos				
13	Inquieto, inseguro				
14	Con miedo a perder el control				
15	Con sensación de ahogo				
16	Con temor de morir				
17	Con miedo				
18	Con problemas digestivos				
19	Con desvanecimientos				
20	Con rubor facial				
21	Con sudores fríos o calientes				
Puntuación =					

ANEXO 4. CARTA DE AUTORIZACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL CENTRO
DELEGACION SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28 "GABRIEL MANCERA"

Ciudad de México, 2019.

Dra. Susana Trejo Ramírez

Directora de la UMF No. 28 "Gabriel Mancera"

Presente:

Asunto: Carta de Autorización para la ejecución para el proyecto de investigación

Por medio de la presente solicito a usted la autorización para realizar el proyecto e investigación en el servicio de urgencias que se titula: **PREVALENCIA Y NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON URGENCIA SENTIDA.**

Este proyecto se llevará a cabo en las instalaciones de esta unidad, en el servicio de urgencias y responde a una necesidad de atención de nuestra población derechohabiente.

ADD: La recolección de encuestas se realizará a partir de haber obtenido el folio de autorización del protocolo.

Atentamente:

Dra. Andrea de Jesús Vargas Ruiz

Médico Residente de 2° año
de Medicina Familiar

Dra. Ivonne Analí Roy García

Asesor Clínico

19. BIBLIOGRAFIA

- ¹ Programa institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018, Gobierno de la República, México.
- ² Vázquez I., Fuentes MC., Relación de urgencias reales y sentidas en un Servicio de Urgencias Pediátricas. Arch Inv Mat Inf 2011;III(1):19-23
- ³ Soler W., Gómez M., Bragulat E., Álvarez A., El Triage: herramienta fundamental en urgencias y emergencias, An. Sist. Sanit. Navar. 2010; 33, Suplemento
- ⁴ <http://www.triagemanchester.com>, Manchester Grupo Español de Triage.
- ⁵ Sierra S., Vives M., Cuello L. Guía para el Triage de Urgencias. Disponible en línea:http://www.clinicamarcaribe.com/images/PDF/ProtocolosClinica/PROTOCOLOS/TRIAGE/CM-C-UR-GI-001GUIA_PARA_EL_TRIAGE_DE_URGENCIAS-ilovepdf-compressed-ilovepdf-compressed.pdf
- ⁶ A. Villatoro M. Definiciones en medicina de Urgencias, Manual de medicina de Urgencia. El Manual moderno. México 2011.
- ⁷ Generalised anxiety disorder in adults. Disponible en línea: <http://www.NHS.uk/Conditions/Anxiety/Pages/Symptoms.aspx>
- ⁸ Pascual JC, Castaño J, Espluga N. Enfermedades somáticas en pacientes con trastornos de ansiedad. Med Clin (Barc). 2008;130(8):281-5
- ⁹ Fernández-Cantón S., El IMSS en Cifras. La demanda de servicios en urgencias, 2004, Rev Med Inst Mex. Seguro Soc 2006; 44 (3):261-273.
- ¹⁰ Fernández-Cantón S., El IMSS en Cifras. La demanda de servicios en urgencias, 2004, Rev Med Inst Mex. Seguro Soc 2006; 44 (3):261-273.
- ¹¹ Guía de práctica clínica, Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México, Secretaria de Salud, 2010
- ¹² DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- ¹³ Anxiety Disorders Association of America. [January 3, 2012] Facts & statistics. <http://www.adaa.org/about-adaa/press-room/facts-statistics>. Published 2010
- ¹⁴ Vilchis-Águila IA., Secí R. Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental e identificación por el médico de urgencias. Med Int Mex 2010;26(1):5-10
- ¹⁵ Montero JL, Pérula LA, Larrea M J. Mareo y su relación con la ansiedad y la depresión en un servicio de urgencias de atención primaria. Aten Primaria. 2006;38(4):200-5.
- ¹⁶ Mérida Rodríguez-Lopez, Marcela Arrivillaga, Jorge Holguín, Hoover León, d, Alfonso Ávila, e, Carlos Hernández, Hernán G. Rincón-Hoyos. Perfil del paciente hiperfrecuentador y su asociación con el trastorno ansioso depresivo en servicios de atención primaria de Cali, Colombia. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2016;33(3):478-88.

¹⁷ Tero S Kujanpa, Jari Jokelainen, Juha P Auvinen, and Markku J Timonen, The association of generalized anxiety disorder and Somatic Symptoms with frequent attendance to health care services: A cross-sectional study from the Northern Finland Birth Cohort 1966, *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 2017, Vol. 52(2) 147–159

¹⁸ Consejo General de Colegios oficiales de Psicólogos, Evaluación del inventario BAI, EFPA.

¹⁹ Robles R, Varela R, Jurado S, Páez F, Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades psicométricas. *Rev. Med Psicol* 2001; 18:211-8.

²⁰ Beck, A.T.; Brown, G.; Epstein, N. y Steer, R.A. 1988, inventario de ansiedad de beck.

²¹ Sanz J. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clín Salud* 2014;25: 39-48 Doi: 10.1017/S1138741600004637.

²² Kessler R.C, Berglund, P Demler O, Jin R Merikangas KR, Walters EE, Prevalence and Age-of-onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005b;62(6): 593-602