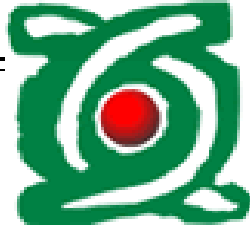




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA  
SECRETARÍA DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

ESPECIALIDAD EN: AUDIOLOGÍA, OTONEUROLOGÍA Y  
FONIATRÍA

“CORRELACIÓN DEL GRADO DE DEPRESION/ANSIEDAD  
CON EL GRADO DE DISCAPACIDAD PERCIBIDA POR EL  
PACIENTE CON ENFERMEDAD VESTIBULAR CRÓNICA.”

**T E S I S**  
PARA OBTENER EL GRADO DE MÉDICO  
ESPECIALISTA EN:

**AUDIOLOGÍA, OTONEUROLOGÍA Y FONIATRÍA.**

P R E S E N T A:

ANA LILIA DOMÍNGUEZ GUZMÁN

PROFESORA TITULAR:  
MARTHA B, VALDIVIA MUÑOZ

ASESORES:  
CINDY RODRIGUEZ BANDALA

Cd. De México, Noviembre de 2016



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## DIRECTORIO

---

DRA. MATILDE L. ENRIQUEZ SANDOVAL  
DIRECTORA DE EDUCACION EN SALUD

---

DRA. XOCHIQUETZAL HERNANDEZ LOPEZ  
SUBDIRECTORA DE EDUCACION MEDICA

---

DR ALBERTO UGALDE REYES RETANA  
JEFE DE SERVICIO DE EDUCACION MEDICA

---

DRA. MARTHA B. VALDIVIA MUÑOZ  
ASESOR CLINICO

---

DRA. CINDY RODRIGUEZ BANDALA  
ASESOR METODOLOGICO

## INDICE

RESUMEN DEL PROTOCOLO .....	5
MARCO TEÓRICO.....	
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA .....	8
JUSTIFICACIÓN .....	8
HIPÓTESIS .....	9
OBJETIVO GENERAL .....	10
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
Universo de trabajo .....	11
Criterios de inclusión.....	11
Criterios de eliminación .....	11
Criterios de exclusión .....	11
Tamaño de muestra.....	12
Descripción de las variables de estudio, unidades de medida y escalas de medición .....	12
Análisis estadístico .....	12
Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información.....	12
Definición de las unidades de observación .....	13
DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS.....	14
ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	14
Recursos humanos.....	14
Recursos materiales .....	14
Financiamiento externo.....	15
ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD.....	15
RESULTADOS.....	16
DISCUSIÓN .....	23
CONCLUSIÓN .....	25
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	
ANEXOS.....	28
Carta de consentimiento informado.....	28
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	30
Dizziness Handicap Inventory .....	30
CUESTIONARIO HADS.....	31
Anexo 2 .....	

## RESUMEN DEL PROTOCOLO

El vértigo es uno de los síntomas más frecuentemente encontrados en la práctica general, con una prevalencia aproximada de 20-30% a lo largo de la vida. Este se encuentra asociado con otras comorbilidades físicas y psicológicas. El Dizziness Handicap Inventory (DHI) identifica problemas específicos de orden funcional, emocional y físico relacionados con trastornos del equilibrio. Permite conocer el grado de discapacidad emocional percibida por el paciente, sin embargo no es un instrumento que nos informe si existe ansiedad o depresión en el paciente con vértigo. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) es una herramienta para identificar desordenes emocionales en pacientes no psiquiátricos dentro de un entorno hospitalario.

**Objetivo:** Determinar si existe correlación entre el grado de ansiedad-depresión obtenida con la HADS y el grado de discapacidad emocional obtenida con el DHI en pacientes con enfermedad vestibular crónica.

**Material y métodos:** Investigación descriptiva, transversal, ambielectiva, que se realizó en pacientes que acudieron al instituto nacional de rehabilitación al servicio de otoneurología, que cumplían criterios de enfermedad vestibular crónica en el período de tiempo de diciembre de 2015 a junio del 2016. Se aplicaron las encuestas de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y el Dizziness Handicap Inventory (DHI) utilizando solo la escala emocional.

**Resultados:** Se estudiaron a 205 pacientes con enfermedad vestibular crónica (EVCr); El 51.5% tenían alguna comorbilidad. La EVCr más frecuente fue la Disfunción vestibular con el 62.3%, seguido del VPPB con el 23%. El 19.6% de los sujetos tuvieron ansiedad, 12.7% tuvieron depresión de acuerdo a HADS. En el DHI 19.1% presento discapacidad moderada y el 12.7% severa. Para el diagnóstico de ansiedad el puntaje HADS y de DHI correlacionaron ( $Rho=0.55$ ,  $p=0.0001$ ) teniendo el 55% discapacidad emocional moderada o severa. Por tipo de patología vestibular, la correlación solo se observó en el VPPB ( $Rho=0.44$ ,  $p=0.002$ ) y disfunción vestibular ( $Rho=0.62$ ,  $p=0.0001$ ). Depresión medida por HADS tuvo correlación ( $p<0.05$ ) con DHI, teniendo 57.7% discapacidad emocional moderada o severa. 71.4% de los pacientes con HAS y depresión tienen discapacidad emocional moderada-severa en DHI ( $p<0.05$ ), aquellos con HAS y ansiedad presentan una discapacidad emocional severa ( $p<0.05$ ). El coeficiente de correlación intraclase entre HADS y DHI fue de 0.69 ( $p=0.0001$ ).

**Conclusiones:** En pacientes con discapacidad severa en DHI debemos buscar intencionadamente ansiedad y/o depresión ya que existe correlación significativa. El riesgo se incrementa al padecer HAS por lo que debe haber especial atención. El DHI no sustituye el diagnóstico clínico de ansiedad/depresión pero puede ser usado como herramienta de tamizaje

## MARCO TEÓRICO

El vértigo es uno de los síntomas más frecuentemente encontrados en la práctica general [1] [2], con una prevalencia aproximada de 20-30% [3] y su incidencia anual incrementa junto con la edad. [4] El vértigo está asociado con otras comorbilidades físicas y psicológicas [5]. Su origen puede ser vestibular, neurológico, cardiovascular o psicológico [6]. Los trastornos del equilibrio pueden ser referidos como mareo, presíncope, desequilibrio, o síntomas no específicos como desorientación o inestabilidad; la confirmación del vértigo como una ilusión rotatoria predice significativamente una enfermedad vestibular, específicamente cuando coexiste con náusea o vómito [7] [8] El mareo es una sensación subjetiva de desorientación o movimiento involuntario, aunque algunos describen este último como vértigo [6]. Ten Voorde y colaboradores en 2012 encontraron que en pacientes con vértigo de origen vestibular: el 70% buscan atención médica, 41% son incapaces de ir a trabajar, 40% no pueden realizar sus actividades diarias, y 19% están confinados en su casa. [6]

El vértigo como un síntoma psicológicamente incapacitante por al menos 3 razones: primero es difícil de identificar físicamente, por lo tanto, los pacientes fácilmente fallan en localizar la fuente [9], y así se vuelven propensos a la somatización. Segundo como la presentación del vértigo es imprevisible, el miedo a un segundo episodio es probablemente la queja más común en pacientes con enfermedad vestibular [10], y la tendencia a la ansiedad y pánico está bien establecida como se demostró por Eagger y colaboradores en 1992 y más recientemente por Lahmann y colaboradores en 2015. [11] [12], Tercero, produce un profundo involucro tanto del cuerpo como de sensaciones mentales [13]. También la sensación subjetiva del vértigo se ve influenciada por la personalidad del paciente, así como la ansiedad por la recurrencia imprevisible, síntomas asociados y la evolución impredecible de la enfermedad de base. Por lo cual esta sensación subjetiva está pobremente relacionada una evaluación objetiva. [14] Debido a que el vértigo afecta la calidad de vida aun durante periodos asintomáticos, la sola evaluación de los síntomas no es suficiente: el paciente estará más preocupado por la anticipación del siguiente episodio impredecible de vértigo que por el síntoma en sí [15] En general no existe un examen clínico aceptado que mida la sensación vestibular o la discapacidad subjetiva vestibular resultante de una función vestibular alterada [16].

El Dizziness Handicap Inventory (DHI) fue creado en 1990 por Jacobson como una herramienta para cuantificar el efecto de la discapacidad autopercebida en pacientes con vértigo, mareo o inestabilidad. Es un instrumento ampliamente difundido y usado en todo el mundo. [17] Identifica problemas específicos de orden funcional, emocional y físico relacionados con trastornos del equilibrio. Permite conocer el grado o nivel de discapacidad debido a la presencia de síntomas observado desde la perspectiva del mismo paciente; sin embargo no es un instrumento que nos informe si existe ansiedad o depresión en el paciente con vértigo. [18] Esto es importante porque los pacientes con vértigo frecuentemente restringen sus actividades diarias. Debido a memorias a corto plazo de inestabilidad desagradables y miedo a caer derivado de los ataques de vértigo, estos pacientes frecuentemente desarrollan conductas de evitación, como ambientes que incrementan la desorientación espacial tales como supermercados o estacionamientos y evitan actividades que involucran movimientos de la cabeza; también se muestran renuentes a salir sin alguien que los asista. Esto resulta en una limitación de las actividades de la vida diaria y una subsecuente declinación de la calidad de vida, llevando a depresión en muchos casos. [19]

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) fue creada en 1980 como una herramienta para identificar desordenes emocionales en pacientes no psiquiátricos dentro de un entorno hospitalario. Es el tercer cuestionario autoaplicado más comunmente usado como screening, con mayor número de citas por año. [20]

Diversos estudios han demostrado y confirmado la validez interna, las propiedades psicométricas y la capacidad de diferenciación entre ansiedad y depresión del HADS, mediante los métodos de test-retest, sensibilidad y especificidad, correlación reactivo-puntuación total, estructura y análisis factorial en diversos tipos de pacientes [21]. En México se ha realizado la aplicación y validación de la escala en sujetos farmacodependientes, quemados, ancianos, pacientes con insuficiencia renal crónica, mujeres con embarazo de alto riesgo, así como en obesidad y pacientes oncológicos [22] [23].



La escala consta de 14 reactivos (siete reactivos intercalados para cada subescala) cuyas calificaciones oscilan entre valores de 0 a 3. En el encabezado del cuestionario se pide a los pacientes que describan los sentimientos que han experimentado durante la última semana. [20] [22]

## DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

En pacientes adultos con enfermedad vestibular crónica ¿Es posible encontrar correlación entre el grado de ansiedad y depresión y el DHI en escala emocional?

## JUSTIFICACIÓN

El vértigo es una de las causas principales causas de consulta en primer nivel de atención en nuestro país. El Instituto Nacional de Rehabilitación, es un hospital de referencia a nivel nacional para pacientes con vértigo. Durante el año pasado se solicitaron 10316 consultas por esta causa, se atendieron 7930 pacientes con vértigo en el servicio de otoneurología. Dentro de las escalas que se aplican al paciente en consulta se encuentra el Dizziness Handicap Inventory el cual contiene una escala emocional en la que se describe el problema en la vida diaria del paciente; pero no se mide si este problema emocional está relacionado con ansiedad o depresión o si el paciente necesita intervención farmacológica para la misma. Al encontrar correlación del puntaje emocional con el HADS se realizara una búsqueda dirigida y más eficaz de ansiedad/depresión de tal forma que mejoraremos sustancialmente la calidad de la atención a nuestros pacientes y por lo tanto su calidad de vida mediante intervenciones tempranas. El HADS no es utilizado en México en pacientes con vértigo, es una escala autoaplicada sencilla, de aplicación en poco tiempo y aplicarla no implica un costo. Este proyecto es viable debido a que pertenece a dos líneas prioritarias de investigación, la primera en el área de órganos sensoriales como el sistema vestibular, la segunda en el área de neurorehabilitación.

## HIPÓTESIS

En base a la experiencia del INR creemos que en pacientes con enfermedad vestibular crónica el grado de discapacidad emocional medido por el DHI es directamente proporcional al grado de ansiedad y depresión medido por el HADS

## OBJETIVO GENERAL

Correlacionar el grado de ansiedad- depresión obtenida con la HADS y el grado de discapacidad emocional obtenida con el DHI en pacientes con enfermedad vestibular crónica

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar grado de ansiedad mediante la escala de HADS

Determinar grado de depresión mediante la escala de HADS

Registrar escala emocional del DHI

Correlacionar la escala del HADS correspondiente a ansiedad con la escala emocional del DHI

Correlacionar la escala del HADS correspondiente a depresión con la escala emocional del DHI

# MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal, ambilectivo.

## Universo de trabajo

Pacientes que acudieron al servicio de otoneurología en el instituto nacional de rehabilitación, que tenían enfermedad vestibular crónica, comprendido en el período de diciembre de 2015 a junio de 2016.

## Criterios de inclusión

- Pacientes que acudieron al servicio de otoneurología refiriendo enfermedad vestibular crónica (mayor a 3 meses de evolución).
- De cualquier sexo
- Edad de más de 20 años
- Sepan leer y escribir
- Firmen consentimiento informado

## Criterios de eliminación

- Que no sea llenado el cuestionario de manera completa
- Que el paciente no desee participar en el estudio
- Pacientes que tomen frenadores laberínticos para el tratamiento de vértigo

## Criterios de exclusión

- Pacientes con vértigo central o con disfunción vestibular bilateral
- Que el expediente se encuentre incompleto o que no cuente con diagnóstico de otoneurología

## Tamaño de muestra

Se incluyeron pacientes que acudieron al servicio de otoneurología en el período de tiempo comprendido de noviembre de 2015 a abril del 2016

## Descripción de las variables de estudio, unidades de medida y escalas de medición

Tabla 1

<b>Variable</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala</b>	<b>Unidad de medición</b>
<b>Edad</b>	Cuantitativa	Discreta	Años
<b>Sexo</b>	Cualitativa	Nominal Dicotomica	Masculino/Femenino
<b>Dizziness Handicap inventory (DHI) escala emocional</b>	Cuantitativa	Nominal Discreta	Números enteros
<b>Hospitalary Anxiety and Depression Scale (HADS)</b>	Cuantitativa	Nominal Discreta	Números enteros
<b>Enfermedad vestibular crónica</b>	Cualitativa	Nominal Ampliada	Enfermedad de Meniere VPPB Disfunción vestibular Migraña Vestibular

## Análisis estadístico

Se calcularon medias y desviaciones estándar, frecuencias y porcentajes. Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, Chi cuadrada, U de Mann Whitney, Kruskal Wallis, Correlación de Spearman, Coeficiente de Correlación intraclase y el análisis estratificado de Mantel-Haenszel. Todos los datos se procesaron con el programa SPSS v19. Se tomó un error alfa del 5%.

## Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información.

Los datos fueron obtenidos mediante dos encuestas autoaplicadas, el resto de datos se obtuvieron por medio de revisión de expediente electrónico de cada paciente mediante el sistema de acceso a la información hospitalaria (SAIH). Posteriormente se recolectó la información en la base de datos por medio de hoja de cálculo de Excel.

## Definición de las unidades de observación

Tabla 2

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>
<b>Edad</b>	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha actual
<b>Sexo</b>	Características genotípicas del individuo, relativas a su papel reproductivo
<b>Enfermedad vestibular crónica</b>	Afección vestibular de más de 3 meses de evolución: VPPB, Enfermedad de Meniere, Migraña Vestibular, Disfunción vestibular.

## DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

Se recolectaron los datos de los meses Noviembre a Febrero posteriormente se procedió a la selección de los pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión del estudio, los pacientes fueron captados en la consulta externa de otoneurología, durante la consulta de manera directa e individual su médico tratante les propuso la participación a esta investigación, que consistía en contestar dos cuestionarios al término de la consulta, en caso de mostrarse interesados se les explicó que el estudio tiene fines académicos y de investigación al aceptar se les entregó un formato de consentimiento informado mediante el cual, con su nombre y firma, aceptaron su participación voluntaria. Al término del llenado se continuó con la recolección de datos de cada paciente mediante el expediente clínico para conocer el resto de las variables a estudiar.

## ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

### Recursos humanos

Médicos Adscritos al servicio de otoneurología: Dra Marla Trujillo, Dra Martha B. Valdivia Muñoz, Dr. Daniel Ramos Maldonado: Consulta externa y aplicación de encuestas.

Médico Residente Ana Lilia Domínguez Guzmán: redacción de anteproyecto, presentación de protocolo, recolección de información, análisis de la información, redacción de tesis.

Asesor clínico: Dra. Martha B. Valdivia Muñoz, revisión de protocolo y análisis clínico.

Asesor metodológico: Dra. Cindy Rodríguez Bandala, revisión de protocolo y análisis estadístico.

### Recursos materiales

- Se requirió de personal que labora en el Instituto Nacional de Rehabilitación en el área de otoneurología, quienes proporcionaron el cuestionario al paciente dentro de la consulta externa del servicio

- Instalaciones para la revisión de expedientes clínicos
- Expedientes clínicos electrónicos.

### Financiamiento externo.

No se requirió inversión económica ya que los recursos humanos propuestos laboran en la institución sede, no hay necesidad de transporte, ni de gasto alguno.

## ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD

Este trabajo de investigación fue aceptado en el comité de investigación con un registro definitivo 41/16 (ver en anexos)



## RESULTADOS

Se estudiaron a 205 pacientes con enfermedad vestibular crónica; el 79.4% (162 casos) eran del sexo femenino. El promedio de la edad fue de  $54.9 \pm 14.42$  años para ambos sexos, sin embargo fue mayor en las mujeres en relación a los hombres ( $56.01 \pm 14.31$  vs  $50.62 \pm 14.17$  años,  $p=0.03$ ).

El 51.5% (105 casos) tenían alguna comorbilidad, el 15.2% tenía Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), el 25% Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) y el 19.6% Dislipidemia. Otro aspecto que se tomó en cuenta fue el diagnóstico previo de depresión/ansiedad, solo el 11.8% refirió este antecedente.

Respecto al tipo de enfermedad vestibular crónica, la más frecuente fue la Disfunción vestibular con el 62.3% (127 casos), la VPPB con el 23% (47 casos), la enfermedad de Meniere con el 8.3% (17 casos) y la migraña vestibular, otoesclerosis, neuritis vestibular con el 4.4% (9 casos), 1.5% (3 casos) y 0.5% (1 caso) respectivamente. La patología vestibular crónica, no se asoció al sexo ni tampoco a comorbilidades ( $p>0.05$ ), sin embargo, se encontró diferencia ( $p<0.05$ ) en relación a la edad (ver **Tabla 3**).

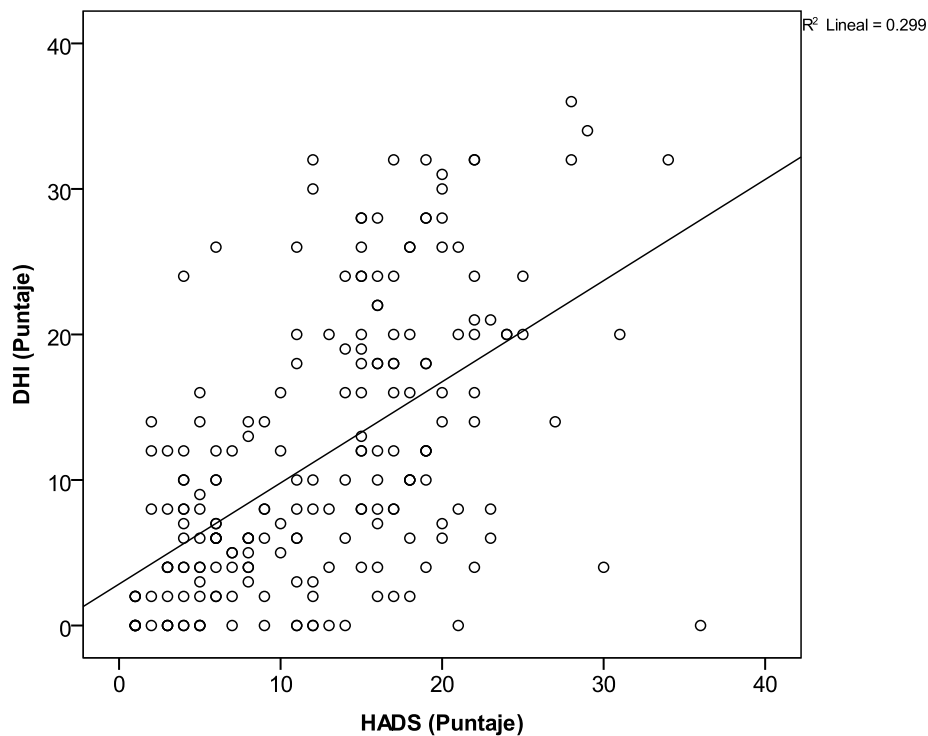
<b>Tabla 3. Edad (años) de los pacientes en relación al tipo de Enfermedad Vestibular Crónica</b>				
<b>P=0.0001</b>	<b>Media+D.E.</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Rango</b>
Enfermedad de Meniere	$50.94 \pm 10.41$	38	74	36
VPPB	$60.21 \pm 11.94$	26	82	56
Disfunción Vestibular	$54.91 \pm 14.09$	20	86	66
Migraña Vestibular	$36.67 \pm 22.6$	20	73	53
Neuritis Vestibular	50			
Otoesclerosis	$50 \pm 7.81$	45	59	14

D.E.=Desviación Estándar, VPPB= Vértigo Postural Paroxístico Benigno

Con lo referente a la evaluación de la escala HADS, se vio que el 19.6% (40 casos) tuvieron ansiedad, el 27.5% (56 casos) resultaron con duda y el resto sin ansiedad; mientras que el 12.7% (26 casos) tuvieron depresión, el 11.3% (23 casos) resultaron con duda y el resto sin depresión.

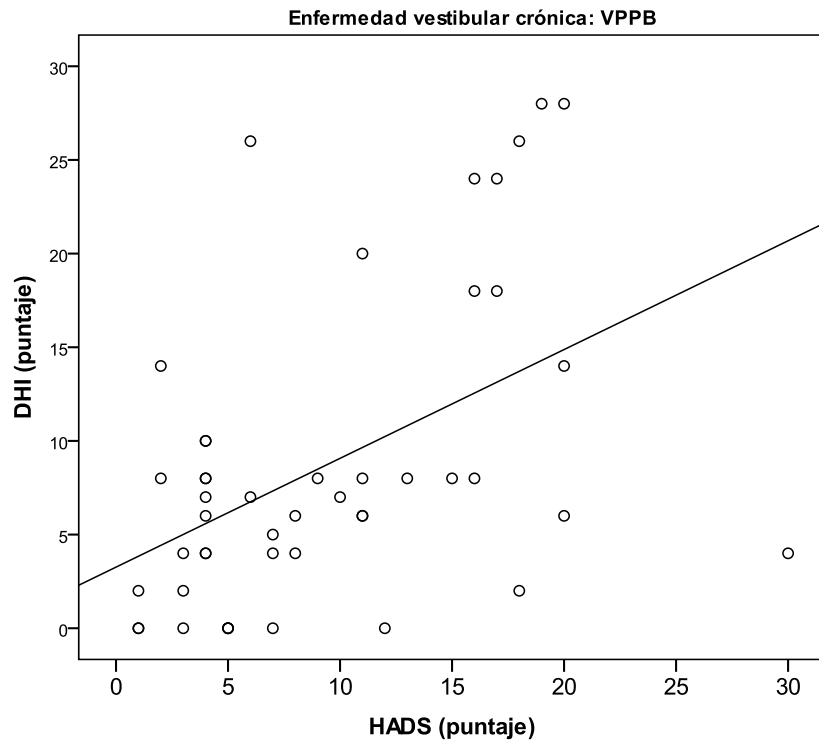
Respecto al resultado de la escala de DHI, se obtuvo que el 68.1% (139 casos) no tuvieron discapacidad, el 19.1% (39) presento discapacidad moderada y el 12.7% (26) discapacidad severa.

Se encontró correlación positiva ( $Rho=0.55$ ,  $p=0.0001$ ) entre el puntaje de la escala HADS (ansiedad/depresión) y la escala DHI (discapacidad). Este resultado se muestra en la **Figura 1**.

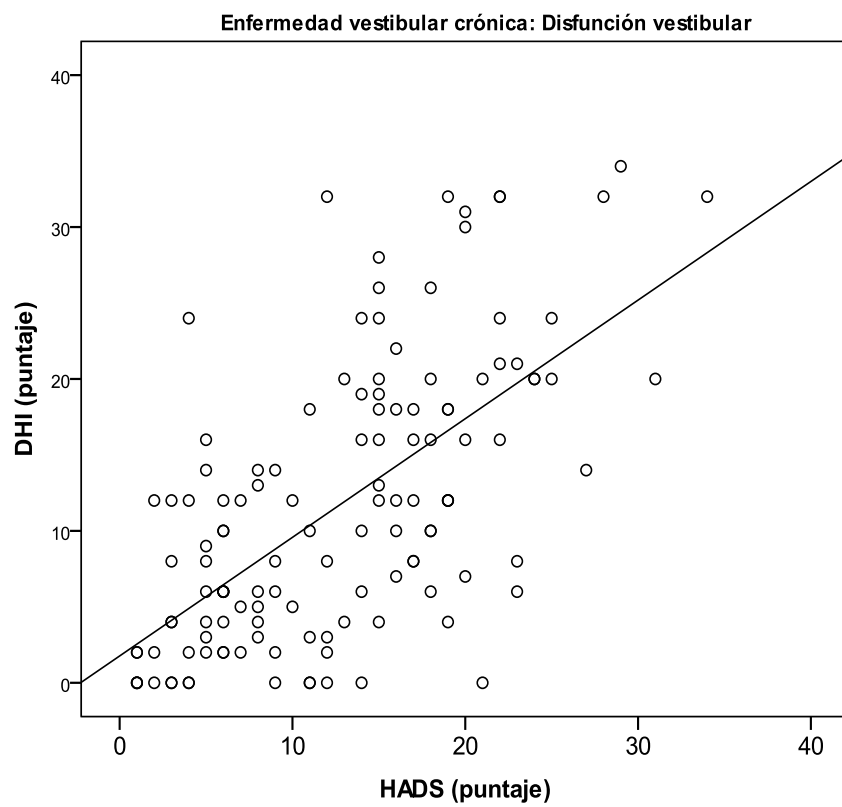


**Figura 1.** Correlación de la escala HADS con la escala DHI evaluadas en pacientes con enfermedad vestibular crónica.

La correlación positiva entre la escala de DHI y la escala de HADS en relación al tipo de patología vestibular crónica, solo se observó en el VPPB ( $Rho=0.44$ ,  $p=0.002$ ) y en la disfunción vestibular ( $Rho=0.62$ ,  $p=0.0001$ ). Cabe mencionar que en el caso de la migraña vestibular, la escala de DHI se correlacionó a la edad de manera importante ( $Rho=0.87$ ,  $p=0.002$ ). Ver figura 2 y 3.



**Figura 2.** Correlación de la escala HADS con la escala DHI evaluadas en pacientes con VPPB.



**Figura 3.** Correlación de la escala HADS con la escala DHI evaluadas en pacientes con Disfunción vestibular.

En la Tabla 4 se muestra la asociación significativa entre el resultado de la escala HADS para diagnóstico de Ansiedad y el resultado de la escala DHI ( $p < 0.05$ ). En los pacientes con ansiedad, el 55% tuvo una discapacidad emocional moderada o severa.

**Tabla 4. Relación del resultado de la Escala HADS para diagnosticar Ansiedad y el resultado de la escala DHI**

P=0.0001		DHI		
		Sin discapacidad (n=139)	Moderada (39)	Severa (26)
HADS Ansiedad	Si	45.0% (18)	27.5% (11)	27.5% (11)
	Duda	51.8% (29)	32.1% (18)	16.1% (9)
	No	85.2% (92)	9.3% (10)	5.6% (6)

En la tabla 5 se muestra la asociación significativa entre el resultado de la escala HADS para diagnóstico de Depresión y el resultado de la escala DHI ( $p < 0.05$ ). En los pacientes con depresión, el 57.7% tuvo una discapacidad emocional moderada o severa.

**Tabla 5. Relación del resultado de la Escala HADS para diagnosticar Depresión y el resultado de la escala DHI**

P=0.0001		DHI		
		Sin discapacidad (n=139)	Moderada (39)	Severa (26)
HADS Depresión	Si	42.3% (11)	26.9% (7)	30.8% (8)
	Duda	34.8% (8)	47.8% (11)	17.4% (4)
	No	77.4% (120)	13.5% (21)	9.0% (14)

El coeficiente de correlación intraclase entre el puntaje obtenido con la escala de HADS (depresión-ansiedad) y la escala de DHI fue de 0.69 en cuanto a las medidas promedio ( $p = 0.0001$ ). En la tabla 6 se muestra la relación del resultado de la escala HADS para diagnosticar ansiedad y el resultado de la escala DHI en relación al tipo de enfermedad vestibular crónica.

**Tabla 6. Relación del resultado de la Escala HADS para diagnosticar Ansiedad y el resultado de la escala DHI según el tipo de enfermedad vestibular crónica**

			DHI			
			Sin discapacidad (n=139)	Moderada (39)	Severa (26)	Total
Enfermedad vestibular crónica	Enfermedad de Meniere	HADS Ansiedad Si	33.3% (1)	0	66.7% (2)	100% (3)
		Duda	50.0% (4)	12.5% (1)	37.5% (3)	100% (8)
		No	66.7% (4)	0	33.3% (2)	100% (6)
		Total	52.9% (9)	5.9% (1)	41.2% (7)	100% (17)
VPPB p=0.04	HADS Ansiedad	Si	50.0% (2)	25.0% (1)	25.0% (1)	100% (4)
		Duda	66.7% (6)	33.3% (3)	0	100% (9)
		No	88.2% (30)	2.9% (1)	8.8% (3)	100% (34)
		Total	80.9% (38)	10.6% (5)	8.5% (4)	100% (47)
Disfunción vestibular P=0.0001	HADS Ansiedad	Si	44.4% (12)	33.3% (9)	22.2% (6)	100% (27)
		Duda	50.0% (18)	33.3% (12)	16.7% (6)	100% (36)
		No	85.9% (55)	12.5% (8)	1.6% (1)	100% (64)
		Total	66.9% (85)	22.8% (29)	10.2% (13)	100% (127)
Migraña Vestibular	HADS Ansiedad	Si	50.0% (2)	25.0% (1)	25.0% (1)	100% (4)
		Duda	0	100.0% (2)	0	100% (2)
		No	100.0% (3)	0	0	100% (3)
		Total	55.6% (5)	33.3% (3)	11.1% (1)	100% (9)
Neuritis Vestibular	HADS Ansiedad	Duda	100.0% (1)			100% (1)
	Total		100.0% (1)			100% (1)
Otosclerosis	HADS Ansiedad	Si	50.0% (1)	0	50.0% (1)	100% (2)
		No	0	100.0% (1)	0	100% (1)
		Total	33.3% (1)	33.3% (1)	33.3% (1)	100% (3)

En la tabla 7 se muestra la relación del resultado de la escala HADS para diagnosticar depresión y el resultado de la escala DHI en relación al tipo de enfermedad vestibular crónica.

**Tabla 7. Relación del resultado de la Escala HADS para diagnosticar Depresión y el resultado de la escala DHI según el tipo de enfermedad vestibular crónica**

			DHI			
			Sin discapacidad (n=139)	Moderada (39)	Severa (26)	Total
Enfermedad de Meniere	HADS	Si	100% (3)	0	0	100.0%(3)
	Depresión	No	42.9% (6)	7.1% (1)	50.0% (7)	100.0% (14)
	Total		52.9% (9)	5.9% (1)	41.2% (7)	100.0% (17)
VPPB P=0.001	HADS	Si	33.3% (1)	.0% (0)	66.7% (2)	100.0% (3)
	Depresión	Duda	66.7% (2)	.0% (0)	33.3% (1)	100.0% (3)
		No	85.4% (35)	12.2% (5)	2.4% (1)	100.0% (41)
	Total		80.9% (38)	10.6% (5)	8.5% (4)	100.0% (47)
Disfunción vestibular P=0.0001	HADS	Si	29.4% (5)	41.2% (7)	29.4% (5)	100.0% (17)
	Depresión	Duda	23.5% (4)	58.8% (10)	17.6% (3)	100.0% (17)
		No	81.7% (76)	12.9% (12)	5.4% (5)	100.0% (93)
	Total		66.9% (85)	22.8% (29)	10.2% (13)	100.0% (127)
Migraña Vestibular	HADS	Si	66.7% (2)	0	33.3% (1)	100.0% (3)
	Depresión	Duda	66.7% (2)	33.3% (1)	0	100.0% (3)
		No	33.3% (1)	66.7% (2)	0	100.0% (3)
	Total		55.6% (5)	33.3% (3)	11.1% (1)	100.0% (9)
Neuronitis Vestibular	HADS	No	100.0% (1)			100.0% (1)
	Depresión					
	Total		100.0% (1)			100.0% (1)
Otoesclerosis	HADS	No	33.3% (1)	33.3% (1)	33.3% (1)	100.0% (3)
	Depresión					
	Total		33.3% (1)	33.3% (1)	33.3% (1)	100.0% (3)

En la tabla 8 se muestra la relación del resultado de la escala HADS para diagnosticar depresión y el resultado de la escala DHI y su relación con Hipertensión Arterial Sistémica. Se puede ver que el 71.4% de los pacientes con HAS y resultado de la escala HADS para evaluar depresión positivo, presentan una discapacidad emocional moderada-severa ( $p < 0.05$ ), siendo el 57.1% de los casos de tipo severa.

**Tabla 8. Relación del resultado de la Escala HADS para diagnosticar Depresión y el resultado de la escala DHI en pacientes con HAS y sin HAS**

HAS	p=0.0001		DHI			Total
			Sin discapacidad	Moderada	Severa	
Si	HADS Depresión	Si	28.6% (2)	14.3% (1)	57.1% (4)	100.0% (7)
		Duda	12.5% (1)	62.5% (5)	25.0% (2)	100.0% (8)
		No	80.6% (29)	16.7% (6)	2.8% (1)	100.0% (36)
	Total		62.7% (32)	23.5% (12)	13.7% (7)	100.0% (51)
No	HADS Depresión	Si	47.4% (9)	31.6% (6)	21.1% (4)	100.0% (19)
		Duda	46.7% (7)	40.0% (6)	13.3% (2)	100.0% (15)
		No	76.5% (91)	12.6% (15)	10.9% (13)	100.0% (119)
	Total		69.9% (107)	17.6% (27)	12.4% (19)	100.0% (153)

En la tabla 9 se muestra la relación del resultado de la escala HADS para diagnosticar ansiedad, el resultado de la escala DHI y su relación con Hipertensión Arterial Sistémica. Se puede ver que el 62.5% de los pacientes con HAS y resultado de la escala HADS para evaluar ansiedad positivo, presentan una discapacidad emocional severa ( $p < 0.05$ ).

**Tabla 9. Relación del resultado de la Escala HADS para diagnosticar Ansiedad y el resultado de la escala DHI en pacientes con HAS y sin HAS**

HAS	p=0.01		DHI			Total
			Sin discapacidad	Moderada	Severa	
Si	HADS Ansiedad	Si	37.5% (3)	0% (0)	62.5% (5)	100.0% (8)
		Duda	44.4% (8)	50.0% (9)	5.6% (1)	100.0% (18)
		No	84.0% (21)	12.0% (3)	4.0% (1)	100.0% (25)
	Total		62.7% (32)	23.5% (12)	13.7% (7)	100.0% (51)
No	HADS Ansiedad	Si	46.9% (15)	34.4% (11)	18.8% (6)	100.0% (32)
		Duda	55.3% (21)	23.7% (9)	21.1% (8)	100.0% (38)
		No	85.5% (71)	8.4% (7)	6.0% (5)	100.0% (83)
	Total		69.9% (107)	17.6% (27)	12.4% (19)	100.0% (153)

## DISCUSIÓN

Neuhauser encontró que al igual que en nuestro estudio los afectados con enfermedad vestibular crónica tienen una marcada prevalencia en el sexo femenino, especialmente en migraña vestibular y vértigo postural paroxístico benigno. [24] Así mismo Teggi y cols encontraron un riesgo relativo 4.4 veces mayor en el sexo femenino en un cohorte de 2672 sujetos. [25] La población anciana se comporta de manera diferente como lo demuestra Yuan-Yang quién encontró una menor prevalencia en pacientes femeninos y mayores de 65 años. [19] De la misma forma Kurre y cols. describen un 18% menor prevalencia en el género femenino comparado con el masculino [26]

Por otro lado, la prevalencia del tipo de enfermedad vestibular crónica se comporta de manera parecida a lo descrito en la literatura internacional, ya que en una cohorte con seguimiento de un año se vio que la prevalencia en población general es igual a la de este estudio en cuanto a migraña vestibular; siendo este el cuarto diagnóstico en nuestro estudio por orden de frecuencia, precedido por el diagnóstico de disfunción vestibular, Vértigo Postural Paroxístico Benigno (VPPB) y Enfermedad de Ménière. La prevalencia de VPPB tuvo una diferencia del 20% más en el presente estudio; encontrándose en segundo lugar en ambos estudios. Todo esto puede deberse a que la patología evaluada en el INR es patología seleccionada para tercer nivel por lo que se puede extrapolar solo de forma parcial a la epidemiología de la población general. [24]

Ahora bien, las edades de presentación de los diversos tipos de EVC (enfermedad vestibular crónica) son diferentes a lo encontrado por Teggi y cols. quienes describen el primer ataque de vértigo 15 años antes que en nuestro estudio; esto puede ser debido a que las patologías principales en este estudio fueron: disfunción vestibular seguida por VPPB, las cuales se encuentran en estos rangos de edades. [25]

Se encontró una correlación positiva en el puntaje total del DHI y la encuesta HAD, lo cual significaría que el catalogar a un paciente con discapacidad severa de acuerdo al DHI lo coloca en un riesgo incrementado de ansiedad o depresión, esto corresponde a lo reportado por Yuan-Yang y cols. [19], sin embargo, cuando analizamos los puntajes de manera individual de acuerdo al tipo de EVC solo encontramos correlación con VPPB



y disfunción vestibular, de lo cual no existen reportes anteriores; puesto que en estudios en los que se comparan las dos escalas no se hace distinción por tipo de enfermedad vestibular. Esto resalta la utilidad del DHI para tamizaje; independientemente del tipo de población.

Es importante mencionar que más de la mitad de los pacientes tenían alguna enfermedad crónica degenerativa; aunque, no se relacionaron directamente con la patología vestibular crónica, si analizamos las comorbilidades de manera individual la HAS aunada a enfermedad vestibular crónica tiene relevancia al colocar a los pacientes en un riesgo incrementado de depresión, ansiedad y una discapacidad severa medida por DHI en la escala emocional. Esta asociación aun no es clara, algunos artículos sugieren un vínculo entre estas (vértigo, depresión y factores de riesgo cardiovascular), la evidencia ha sido insuficiente para demostrar esta asociación, debido a los múltiples factores confusores. [24] Di tullio y cols. [27] analizaron la asociación de hipertensión con la medicación para HAS con la frecuencia de cefalea, vértigo, epistaxis, acufeno, debilidad y somnolencia. Los resultados mostraron que la edad de los sujetos, el género femenino y el saberse con Hipertensión fueron los factores asociados para los síntomas, sin importar la hipertensión en sí o el tratamiento utilizado. Contrario a lo encontrado por Middeke y cols. [28] quienes observaron que los pacientes con hipertensión descontrolada son quienes presentan mayor sintomatología como mareo y cefalea. Los pacientes que recibían medicación tendían a tener más sintomatología en comparación con los que no, esto atribuido a las consecuencias psicológicas de la hipertensión [29].

En la práctica clínica se considera que, los pacientes que sufren de hipertensión los síntomas auditivos y vestibulares pueden ser parte de los síntomas de una disfunción circulatoria en el oído interno. [30] Debido a que toda la evidencia es contradictoria se abre espacio para una nueva línea de investigación que busque relacionar estos factores.

## CONCLUSIÓN

Cuando el DHI cataloga a los pacientes con discapacidad severa estamos obligados a evaluar intencionadamente la existencia de ansiedad y/o depresión ya que existe una correlación significativa. El riesgo se ve incrementado cuando el paciente padece HAS por lo que debemos poner especial atención a este grupo. El DHI no sustituye el diagnóstico clínico de la ansiedad y depresión pero puede ser usado como una herramienta de tamizaje

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] J. Bird, G. Beynon, A. Prevost y D. Baguley, «An analysis of referral patterns for dizziness in the primary care setting.,» *Br J Gen Pract.*, vol. 437, nº 48, pp. 1828-1832, 1998.
- [2] H. K. Neuhauser , A. Radtke , M. von Brevern y F. Lezius, «Burden of dizziness and vertigo in the community,» vol. 169, nº 1, pp. 2118-21124, 2009.
- [3] L. Yardley , N. Owen , I. Nazareth y L. Luxon, «Prevalence and presentation of dizziness in a general practice community sample of working age people.,» *Br J Gen Pract.*, vol. 429, nº 48, pp. 1131-1135, 1998.
- [4] A. Davis y P. Moorjani, The epidemiology of hearing and balance disorders. Textbook of Audiological Medicine, Londres, 2003, pp. 89-99.
- [5] P. D. Sloane , «Dizziness in primary care. Results from the National Ambulatory Medical Care Survey.,» *J Fam Pract.*, vol. 29, nº 1, pp. 33-38, 1989.
- [6] M. Ten Voorde , H. J. van der Zaag-Loonen y van Leeuwen, «Dizziness impairs health-related quality of life.,» *Qual Life Res*, vol. 21, nº 6, pp. 961-966, 2012.
- [7] H. Karena, O. Tom y C. Niall, «A systematic review of vertigo in primary,» *Br J Gen Pract.*, pp. 666-671, agosto 2001.
- [8] A. Nguyen-Huynh, «Evidence-Based Practice, Management of vertigo,» *Otolaryngol Clin N Am*, nº 45, pp. 925-940, 2012.
- [9] R. G. Jacob, J. M. Furman, D. B. Clark y J. D. Durrant, «Vestibular symptoms, panic and phobia. Overlap and possible relationships,» *Ann Clin Psychiatry*, nº 4, pp. 163-174, 1992.
- [10] L. Yardley y J. Putnam, «Quantitative analysis of factors contributing to handicap and distress in vertiginous patients: a questionnaire study.,» *Clin Otolaryngol* , vol. 17, nº 3, pp. 231-236, 1992.
- [11] C. Lahmann, P. Henningsen, M. Strupp, Jahn y M. Dieterich, «Psychiatric comorbidity and psychosocial impairment among patients with vertigo and dizziness,» *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, vol. 86, pp. 302-308, 2015.
- [12] S. Eagger , L. M. Luxon, R. A. Davies, A. Coelho y M. A. Ron, «Psychiatric morbidity in patients with peripheral vestibular disorder: a clinical and neuro-otological study.,» *J Neurol Neurosurg Psychiatry.*, vol. 55, nº 5, pp. 383-387, 1992.
- [13] L. Yardley, S. M. Medina, C. S. Jurado y T. P. Morales, «Relationship between physical and psychosocial dysfunction in mexican patients with vertigo: a cross-cultural validation of the vertigo symptom scale,» *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 46, nº 1, pp. 63-74.
- [14] C. Best, A. Eckhardt-Henn, R. Tschan y M. Dieterich, «Psychiatric morbidity and comorbidity in different vestibular vertigo syndromes,» *J Neurol*, pp. 58-65, 2009.
- [15] F. Gomez y K. Jauregui, «Psychological Symptoms and Spatial Orientation During the First 3 Months After Acute Unilateral Vestibular Lesion,» *Archives of Medical Research*, vol. 42, pp. 97-103, 2011.
- [16] M. Duracinsky, I. Mosnier, D. Bouccara, O. Sterkers y O. Chassany, «Literature Review of Questionnaires Assessing Vertigo and Dizziness, and Their Impact on Patients' Quality of Life,» *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, vol. 10, nº 4, pp. 273-284, 2007.

- [17] R. Ceballos y A. Vargas , «Aplicación y utilidad del Dizziness Handicap Inventory en pacientes con vértigo del Servicio de Otorrinolaringología de Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI,» *An Med Asoc Med Hosp ABC*, vol. 49, n° 4, pp. 176-183, 2004.
- [18] B. Caldara , A. Asenzo, G. Brusotti, E. Ferreri, R. Gomez, M. Laiz y M. Luques, «Adaptación cultural y validación del Dizziness Handicap Inventory: versión Argentina,» *Acta Otorrinolaringol Esp.* , vol. 63, n° 2, pp. 106-114, 2012.
- [19] C. Yuan-Yang , K. Chia-Hua y H. Wan-Ling , «Anxiety, depression and quality of life (QoL) in patients with chronic dizziness,» *Archives of Gerontology and Geriatrics* , vol. 54, p. 131–135, 2012.
- [20] A. S. Zigmond y R. P. Snaith, «The hospital anxiety and depression scale,» *Acta Psychiatr Scand.* , vol. 67, n° 6, pp. 361-370, jun 1983.
- [21] M. Johnston, B. Pollard y P. Hennessey, «Construct validation of the hospital anxiety and depression scale with clinical populations,» *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 48, n° 6, p. 579–584, 2000.
- [22] J. C. López-Alvarenga y v. Vázquez-Vela, «Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD),» vol. 54, n° 5 (pp 403-409), 2002.
- [23] O. Galindo, C. Benjet, F. Juarez, E. Rojas y A. Riveros , «Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos,» *Salud Mental*, vol. 38, n° 4, pp. 253-258, 2015.
- [24] H. K. Neuhauser, «Epidemiology of vertigo,» *Curr Opin Neurol*, vol. 40, n° 6, pp. 40-46, 2007.
- [25] R. Teggi, M. Manfrin, C. Balzanelli, O. Gatti y F. Mura, «Point prevalence of vertigo and dizziness in a sample of 2672 subjects and correlation with headaches.,» *Acta Otorhinolaryngol Ital*, vol. 36, n° 3, pp. 215-219, 2016.
- [26] A. Kurre, D. Straumman y C. van Gool, «Gender differences in patients with dizziness and unsteadiness regarding self-perceived disability, anxiety, depression, and its associations.,» *BMC Ear, Nose and Throat Disorders*, vol. 2, n° 12, pp. 1-12, 2012.
- [27] M. Di Tullio, C. Alli y F. Avanzini , «Prevalence of symptoms generally attributed to hypertension or its treatment: study on blood pressure in elderly out patients,» *J Hypertens.*, vol. 6, pp. 87-90, 1988.
- [28] M. Middeke, B. Lemmer y B. Schaaf, «Prevalence of hypertension-attributed symptoms in routine clinical practice: a general practitioners-based study,» *Journal of Human Hypertension*, vol. 22, pp. 252-258, 2008.
- [29] M. Macdonald, D. Sackett y R. Haynes, «Labelling in hypertension: a review of the behavioural and psychological consequences,» *J Chronic Dis*, vol. 12, n° 37, pp. 933-942, 1984.
- [30] C. Esparza, K. Jauregui Renaud, C. Morelos y M. Mendez, «Systemic high blood pressure and inner ear dysfunction: a preliminary study,» *Clin. Otolaryngol.*, vol. 32, pp. 173-178, 2007.

# ANEXOS

SECRETARÍA DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

*Proyecto de Investigación*

**“Correlación del grado de depresión/ansiedad con el grado de discapacidad percibida por el paciente con enfermedad vestibular crónica”.**

## Carta de consentimiento informado

El (La) que suscribe, Sr(a). \_\_\_\_\_,

declara: que he sido informado(a) del objetivo del proyecto de investigación **“Correlación del grado de depresión/ansiedad con el grado de discapacidad percibida por el paciente con enfermedad vestibular crónica”**. Dicho estudio se está llevando a cabo en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR). Y tiene como objetivo el conocer si los pacientes adultos (20 años en adelante) del servicio de otoneurología presentan ansiedad y depresión mediante la escala de ansiedad y depresión hospitalaria, de tal forma mejoraremos sustancialmente la calidad de la atención a nuestros pacientes y por lo tanto su calidad de vida mediante intervenciones tempranas. Mi participación durará el tiempo necesario para completar el test, sin que haya ningún beneficio, compensación económica, riesgo, complicación, procedimiento o modificación adicional por la aplicación de dicho test.

Estoy enterado de que mi participación en el estudio no tiene costo para mí y consiste en lo siguiente:

Procedimientos:

- Acudiré a la consulta externa de otoneurología del INR, siguiendo las indicaciones de los investigadores.
- Me entregarán por escrito los cuestionarios a estudiar.
- Me será realizada una exploración otoneurológica de rutina
- Me entrevistará un médico para recabar información acerca de mi salud y mis síntomas otoneurológicos
- Estoy enterado (a) de que la exploración física la realizará personal calificado y con amplia experiencia.
- Como beneficio se me informará el resultado de la exploración física y de los cuestionarios por lo que se me indicará si se encuentra dentro de normalidad.
- Entiendo que mi participación en el estudio no cubre los gastos del diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Estoy consciente, en base a la explicación que se me ha dado, que la encuesta que se me realizará no implicarán ningún riesgo para mi salud, y que no se me realizará ningún estudio o tratamiento en contra de mi voluntad, siendo innecesario algún tratamiento o indemnización por efectos colaterales debidos a la investigación. En caso de solicitarlo, recibiré la información necesaria para aclarar cualquier duda posterior con respecto a este estudio, de parte del personal cuyos datos se refieren al final de esta carta, comprometiéndome a seguir acudiendo a consulta para seguimiento de mi enfermedad de base.

También declaro estar consciente de que mi participación es voluntaria, confidencial, respetando mi privacidad, con la libertad para abandonar el estudio en cualquier momento, sin que esto implique que se modifique o demerite la calidad de la atención médica institucional que se proporciona y sin que haya

algún tipo de penalización. Asimismo, entiendo que si no cumpliera con mi parte del compromiso, acudiendo puntualmente a los estudios programados, el médico responsable podrá decidir la interrupción de mi participación

Por consiguiente, estoy de acuerdo con mi participación en esta experiencia.

Esta carta se expide por duplicado, recibiendo una copia

Firma del participante:

---

Nombre, firma y dirección, Testigo 1:

---

Nombre, firma y dirección, Testigo 2:

---

Investigador Principal Dra. Martha Valdivia Muñoz; teléfono 5999-1000, ext. 18210.

Contacto 1: Dra. Ana Lilia Domínguez Guzmán; teléfono 5999-1000, ext. 18218

Contacto 2: Dra. Cindy Rodríguez Bandala; teléfono 5999-1000, ext.

# INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

## Dizziness Handicap Inventory

1. El mirar hacia arriba ¿incrementa su problema? (Fi)
2. Debido a su problema ¿se siente usted frustrado (a)? (E)
3. Debido a su problema ¿restringe usted sus viajes de negocios o placer? (F)
4. El caminar por el pasillo de un supermercado ¿incrementa su problema? (Fi)
5. Debido a su problema ¿tiene usted dificultad de acostarse o levantarse de la cama? (F)
6. ¿Su problema restringe significativamente su participación en actividades sociales tales como salir a cenar, ir al cine o ir a fiestas? (F)
7. Debido a su problema ¿tiene usted dificultad para leer? (F)
8. El realizar actividades más complejas como deportes o tareas domésticas (barrer o guardar los platos), ¿incrementa sus problemas? (Fi)
9. Debido a su problema ¿tiene miedo de dejar su casa sin tener a alguien que le acompañe? (E)
10. Debido a su problema, ¿se ha sentido usted desconcertado(a) frente a los otros? (E)
11. Los movimientos rápidos de su cabeza ¿incrementan su problema? (Fi)
12. Debido a su problema ¿evita usted las alturas? (F)
13. Al levantarse de la cama, ¿se incrementa su problema? (Fi)
14. Debido a su problema ¿es difícil para usted realizar trabajos domésticos o de jardinería? (F)
15. Debido a su problema ¿tiene usted miedo de que la gente piense que está ebrio(a)? (E)
16. Debido a su problema, ¿es difícil para usted caminar solo? (F)
17. Caminar sobre una banqueta ¿incrementa su problema? (Fi)
18. Debido a su problema ¿es difícil para usted concentrarse? (E)
19. Debido a su problema ¿es difícil para usted caminar dentro de su casa en la oscuridad? (F)
20. Debido a su problema ¿tiene miedo de estar solo(a) en casa? (E)
21. Debido a su problema ¿se siente incapacitado(a)? (E)
22. Su problema ¿ha generado dificultades en sus relaciones con miembros de su familia o amigos? (E)
23. Debido a su problema ¿se siente usted deprimido(a)? (E)
24. Su problema ¿interfiere con su trabajo o con sus responsabilidades de familia? (F)
25. Al levantarse ¿se incrementa su problema? (Fi)

Aspectos emocionales (9): 2 9 10 15 18 20 21 22 23

Aspectos funcionales (9): 3 5 6 7 12 14 16 19 24

Aspectos físicos (7): 1 4 8 11 13 17 25

## CUESTIONARIO HADS

Marque la respuesta que mejor describa su estado de ánimo en las últimas 2 semanas:

**1. Me siento tenso y ansioso**

- 3 casi todo el día
- 2 gran parte del día
- 1 De vez en cuando
- 0 Nunca

**2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre**

- 0 Igual que antes
- 1 no tanto como antes
- 2 Solamente un poco
- 3 Ya no disfruto con nada

**3. Siento una especie de temor, como si algo malo fuera a suceder**

- 3 Si y muy intenso
- 2 Si, pero no muy intenso
- 1 SI, pero no me preocupa
- 0 No siento nada de eso

**4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas**

- 0 Igual que siempre
- 1 Actualmente algo menos
- 2 Actualmente mucho menos
- 3 Actualmente en absoluto

**5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones**

- 3 Casi todo el día
- 2 Gran parte del día
- 1 De vez en cuando
- 0 Nunca

**6. Me siento alegre**

- 3 Nunca
- 2 Muy pocas veces
- 1 En algunas ocasiones
- 0 Gran parte del día

**7. Soy capaz de permanecer sentado, tranquilo y relajado**

- 0 Siempre
- 1 A menudo
- 2 Raras veces

- 3 Nunca

**8. Me siento lento y torpe**

- 3 Gran parte del día
- 2 A menudo
- 1 A veces
- 0 Nunca

**9. Experimento una desagradable sensación de nervios y hormigueos en el estomago**

- 0 Nunca
- 1 Solo en algunas ocasiones
- 2 A menudo
- 3 Muy a menudo

**10. He perdido interés en mi aspecto personal**

- 3 Completamente
- 2 No me cuido como debería hacerlo
- 1 Es posible que no me cuide como debería
- 0 me cuido como siempre lo he hecho

**11. Me siento inquieto como si no pudiera parar de moverme**

- 3 Realmente mucho
- 2 Bastante
- 1 No mucho
- 0 En absoluto

**12. Espero las cosas con ilusión**

- 0 Como siempre
- 1 Algo menos que antes
- 2 Mucho menos que antes
- 3 En absoluto

**13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor**

- 3 Muy a menudo
- 2 Con cierta frecuencia
- 1 Raramente
- 0 Nunca

**14. Soy capaz de disfrutar un buen libro o un buen programa de televisión**

- 0 A menudo
- 1 Algunas veces
- 2 Pocas veces
- 3 Casi nunca



## Anexo 2

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



Instituto Nacional  
de Rehabilitación

Comité de Investigación

"2016. Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal"

INR/CI/129/16

Ciudad de México a 03 de Junio 2016.

**Dra. Martha Valdivia Muñoz**  
**Investigador responsable.**  
Presente.

En respuesta a la solicitud que usted amablemente envió a este comité para la revisión del proyecto de investigación titulado **"Correlación del grado de depresión/ansiedad con el grado de discapacidad percibida por el paciente con enfermedad vestibular crónica."**

Le informo que el Comité de Investigación decidió aprobarlo otorgándole registro definitivo **41/16**

**Estatus del proyecto: APROBADO**

**Investigador**  
**Responsable:** **Martha Valdivia Muñoz**

**Participantes:**  
Ana Lilia Domínguez Guzmán      Cindy Rodríguez Bandala

Cabe señalar, que de acuerdo con los datos declarados en el **cronograma de actividades del proyecto de investigación**, éste tiene una **vigencia de 6 meses**; siendo la fecha de término **31 de Diciembre de 2016**, es requisito informar los avances del mismo cada 6 meses, en el formato F01-PR-DI-04 Seguimiento de Protocolos, el cual se encuentra disponible en la página electrónica del INR, así como cualquier otro asunto relacionado con el mismo.

No omito comentar que en el caso de los protocolos que incluyan pacientes, un requisito adicional de la Dirección de Investigación es dar cumplimiento a la Encuesta de Satisfacción de Pacientes en protocolo F01-PR-DI-08 que se encuentra disponible en la página del INR en la Sección de Documentos ISO en el apartado de Investigación. <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/Formatos/F01-PR-DI-08.doc>.

En caso de ser un protocolo con financiamiento de la industria éste deberá contar con convenio administrativo el cual debe ser sancionado por el área jurídica de este Instituto.

1/2



Registro Certificado  
Comité de Salud Pública General  
2012-2015



Departamento de Rehabilitación Ortopédica  
Centro Coordinador de la FOPRODIS para la  
Integración y Rehabilitación de México  
2011-2015



Comité de EI-MIN (55-005)  
ISO 9001:2008  
2012-2015

Calle Mexico No. 289, Col. Anáhuac de Guadalupe, C.P. 14389, Delegación Tlalpa, México, D.F.  
Tel. (55) 99961000 - [www.inr.gob.mx](http://www.inr.gob.mx)

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD



Instituto Nacional  
de Rehabilitación


Comité de Investigación

"2015, Año del Nuevo Sistema de Justicia Penal"

Agradeciendo su contribución y con la seguridad de que se traducirá en aportaciones científicas relevantes, fortaleciendo así la misión y visión en materia de investigación del INR.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarte un cordial saludo.

Atentamente

  
**Dr. Carlos Pineda Villaseñor**  
Presidente