



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADOS
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION COAHUILA
HGZ/UMF No. 18
TORREON COAHUILA**

TESIS

Características Psicopatológicas en pacientes con Crisis Hipertensiva en el Servicio de Urgencias del HGZ/UMF No 18 de la Ciudad de Torreón Coahuila

**Para obtener el grado de
Especialista en Medicina de Urgencias**

Presenta

Dr. Israel Moreno Del Real

Investigador responsable

Médico Familiar matricula 99105213.

Médico Familiar adscrito al servicio de urgencias del TV en el HGZ/UMF 18.

Email ismory@hotmail.com

Torreón, Coahuila. Tel (871) 7 12 02

Torreón, Coahuila 2017



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADOS
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION COAHUILA
HGZ/UMF No. 18
TORREON COAHUILA

TESIS

Características Psicopatológicas en pacientes con Crisis Hipertensiva en el Servicio de Urgencias del HGZ/UMF No 18 de la Ciudad de Torreón Coahuila

Presenta

Dr. Israel Moreno Del Real

Director de tesis

Asesor de tesis

Torreón Coahuila, Enero 2017



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 506

H GRAL ZONA -MF- NUM 24, COAHUILA

FECHA 29/12/2015

DR. ISRAEL MORENO DEL REAL

P R E S E N T E

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

Características Psicopatológicas en pacientes con Crisis Hipertensiva en el Servicio de Urgencias del HGZ/UMF No 18 de la Ciudad de Torreón Coahuila

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

Núm. de Registro
R-2015-506-17

ATENTAMENTE

DR.(A). RAFAEL TOMÁS PÉREZ PÉREZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 506

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

COMITÉ REVISOR

Este trabajo está basado en el protocolo revisado y aprobado por el comité local de investigación No 506 del H.GRAL ZONA MF NUM 24, COAHUILA con número de registro R-201-506-17,. Llevando por título: **Características Psicopatológicas en pacientes con Crisis Hipertensiva en el Servicio de Urgencias del HGZ/UMF No 18 de la Ciudad de Torreón Coahuila**



DR. ISRAEL MORENO DEL REAL
TESISTA

Alumno del tercer año del Curso de Especialización en Medicina de Urgencias del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 18

Torreón Coahuila



DR. JESUS MANUEL SILERIO SARALEGUI
Investigador Asociado

MEDICO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No66

TORREÓN COAHUILA

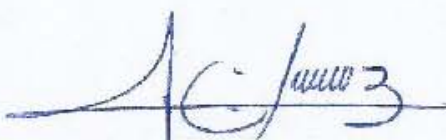
AUTORIDADES



DRA.LETICIA ISABEL SAMANIEGO RIOS

DIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA
FAMILIAR No18

TORREON, COAHUILA



DR.JESUS JOSE MORALES ALVAREZ

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DEL
HOSPITAL GENERAL CON MEDICINA FAMILIAR No18

TORREON, COAHUILA



DRA.TERESA DEL CARMEN FRAYRE PEREZ

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDCINA DE
URGENCIAS DE HOSPITAL GENERAL DE ZONA No 18 TORREON, COAHUILA

IDENTIFICACION DE LOS AUTORES

Características Psicopatológicas en pacientes con Crisis Hipertensiva en el Servicio de Urgencias del HGZ/UMF No 18 de la Ciudad de Torreón Coahuila

TESISTA

Dr. Israel Moreno del Real. Médico familiar adscrito al servicio de Urgencias

HGZMF 18 Turno vespertino. Torreón Coahuila

Matricula 99105213.

E-mail ismory@hotmail.com

Tel. (871) 7 12 02 71

DEDICATORIA

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis hijos por su paciencia y comprensión

A mi padre y a mi madre

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por su gran ejemplo de superación y valioso apoyo en todo momento desde el inicio de mis estudios de posgrado, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis maestros.

Dra. Teresa Frayre, por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios de posgrado y para la elaboración de esta tesis; Dr. Martínez valle por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional, y por apoyarnos en su momento, la Dra. Brenda Rodríguez por su ayuda cuando me enfrentaba con ciertos problemas por sus consejos y apoyo en realizar esta tesis

Y a un grato agradecimiento a una persona muy especial por todo su apoyo incondicional en estos tres años a la licenciada Rosa María Contreras Laguna

AGRADECIMIENTOS

A mi esposa Tity, Porque querer es poder, y detrás de un gran hombre hay una gran mujer, me alegra ser tu apoyo en todo momento, y sencillamente hoy me toca a mí agradecerte todas las cosas buenas que has hecho por mí, porque simplemente me has aportado cosas gracias por tu genialidad, intelecto y amor incondicional. Siempre me sentí respaldado por ti, cubriéndome con mis deberes en el hogar, incluso ayudándome con gastos en la universidad.

Por estas razones siempre estaré agradecido con mi esposa por apoyarme a lograr mis objetivos y metas.

INDICE

RESUMEN	Pág. 2
MARCO TEORICO	Pág. 3
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	Pág. 10
OBJETIVO	Pág. 14
HIPOTESIS	Pág.12
JUSTIFICACION	Pág. 13
MATERIAL Y METODOS	Pág. 14
RESULTADOS	Pág. 19
DISCUSION	Pág. 21
CONCLUSIONES	Pág. 23
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	Pág. 24
RECURSOS HUMANOS Y FISICOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	Pág. 25
ASPECTOS ETICOS	Pág. 26
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	Pág. 29
BIBLIOGRAFIA	Pág. 30
ANEXOS	Pág. 32

RESUMEN

Título: Características Psicopatológicas en pacientes con Crisis Hipertensiva en el Servicio de Urgencias del HGZ/UMF No 18 de la Ciudad de Torreón Coahuila

Dr. Israel Moreno Del Real. Investigador responsable. Médico Familiar matricula 99105213. Médico Familiar adscrito al servicio de urgencias del TV en el HGZ/UMF 18. Email ismory@hotmail.com. Tel. (871) 7 12 02 71 Torreón, Coahuila

Introducción. La prevalencia de hipertensión arterial en México es de 33.3% según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012; y aproximadamente el 1% de los pacientes hipertensos llegarán a presentar algún tipo de crisis hipertensiva (urgencia hipertensiva en 76% y la emergencia en 24%). Existen múltiples causas que desencadenan las crisis hipertensivas, tanto físicas como psicosociales. Existen herramientas que son capaces de detectar malestar emocional y posible morbilidad psiquiátrica debido a la necesidad de detectar comorbilidad psicológica-psiquiátrica que se asocian a otros problemas de salud entre ellos enfermedades crónicas no controladas.

Objetivo: Determinar la prevalencia de características psicopatológicas de los pacientes con diagnóstico de crisis hipertensiva del servicio de urgencias del HGZ/UMF No 18

Material y Métodos. Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, realizado en el HGZ/UMF No. 18 del IMSS en Torreón, Coahuila, México, el cual se llevó a cabo de Febrero a Octubre del 2016. Se aplicó el Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ28, que mide síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave, a pacientes con diagnóstico de crisis hipertensiva en el servicio de urgencias del HGZMF 18, quienes contaran con diagnóstico previo de hipertensión arterial, derechohabientes a la institución, excluyendo aquellos pacientes con hipertensión arterial secundaria y/o diagnóstico y tratamiento de algún trastorno psiquiátrico. El punto de corte para GHQ fue 5/6 para definir no caso/caso. Se eliminaron expedientes incompletos.

Resultados. Se incluyeron un total de 118 pacientes con diagnóstico de crisis hipertensiva valorados en el servicio de urgencias del HGZMF 18. La prevalencia de malestar emocional y posible morbilidad psiquiátrica considerada como característica psicopatológica de acuerdo al Cuestionario de salud General de Goldberg (GHQ28) fue de 15.3%. Predomino el sexo femenino (62%) y la media de edad fue de 39 ± 6 años. Se presentaron alteraciones en las 4 subescalas: 12% en síntomas somáticos, 12% con ansiedad e insomnio, 13% con disfunción social y 12% con depresión grave. 11 de 18 pacientes con alteraciones emocionales presentaron alteraciones en las 4 subescalas del instrumento. Al comparar sexo y edad de acuerdo a las subescalas alteradas no hubo diferencia de estas variables entre los grupos.

Conclusiones. La prevalencia de características psicopatológicas de los pacientes con diagnóstico de crisis hipertensiva del servicio de urgencias del HGZ/UMF No 18 fue de 15.3%. fue más frecuente en el sexo femenino (62%) en pacientes con edad promedio de 39 ± 6 años. La afección se presentó en las 4 subescalas.

Palabras clave: Crisis hipertensiva, instrumento de salud general (GHQ_28).

MARCO TEÓRICO

CRISIS HIPERTENSIVA

En México, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), la prevalencia de hipertensión arterial resultó en 33.3% para los hombres y 30.8% para las mujeres. Afecta aproximadamente a un billón de personas a nivel mundial y causa en promedio 7.1 millones de muertes por año. Se ha estimado una proyección de 1.56 billones de personas con hipertensión para el año 2025. La hipertensión arterial sistólica y diastólica, aumenta de forma independiente, el riesgo de eventos vasculares cerebrales, infartos agudos al miocardio, así como enfermedad renal crónica terminal, falla cardíaca y enfermedad arterial periférica. Según la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de las Crisis Hipertensivas en los tres niveles de atención (2012), aproximadamente, el 1% de los pacientes hipertensos llegará a presentar algún tipo de crisis hipertensiva (urgencia hipertensiva en 76% y la emergencia en 24%). (1)

Las crisis hipertensivas fueron descritas por Volhard y Fahr en 1914; estos autores vieron pacientes con hipertensión severa acompañada de lesión vascular en corazón, cerebro, retina y riñón. Este síndrome tenía un curso rápidamente fatal hacia la falla cardíaca o renal o al evento vascular cerebral. Fue hasta 1939 cuando se publicó el primer estudio a gran escala acerca de la historia natural de las emergencias hipertensivas. Ese estudio señaló que las emergencias hipertensivas no tratadas tenían un índice de mortalidad a 1 año de 79%, con una sobrevivencia media de 10.5 meses. Antes de la introducción de los medicamentos antihipertensivos, aproximadamente 7% de los pacientes hipertensos tenían una emergencia hipertensiva. (2)

La gran mayoría de los pacientes con crisis hipertensivas tiene un diagnóstico previo de hipertensión y han recibido algún tratamiento. Sin embargo, en muchos de estos pacientes el control previo de la presión arterial ha sido inadecuado. La falla o falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo ha sido asociado al desarrollo de la crisis hipertensiva. (3)

El término crisis hipertensiva se refiere a un síndrome con dos características principales: aumento agudo, casi siempre grave, de la presión arterial y riesgo alto de complicaciones que ponen en peligro la vida del paciente. Por tradición se han descrito dos síndromes clínicos de crisis hipertensiva: emergencia hipertensiva y urgencia hipertensiva.

En cuanto al término emergencia hipertensiva, se habla de él cuando existe aumento agudo de la presión arterial acompañado de daño orgánico en evolución, esencialmente en los riñones, el cerebro, el corazón, los ojos y el sistema vascular. Después de realizar el diagnóstico de una genuina urgencia hipertensiva mayor debe hospitalizarse al paciente en la unidad de terapia intensiva para administrar el antihipertensivo por vía intravenosa y reducir la presión arterial en los siguientes minutos a valores que no produzcan mayor daño. El objetivo inicial del tratamiento de la hipertensión no es lograr una presión arterial normal sino alcanzar una reducción progresiva y controlada para minimizar el riesgo de hipoperfusión cerebral, coronaria y renal. En estos pacientes se recomienda que la reducción inicial en la presión arterial no sea mayor del 20 al 25% por debajo de los valores pretratamiento o aproximadamente la diastólica entre 100 y 110 mmHg en los primeros 30 a 60 minutos. (4)

Por otra parte, el término de urgencia hipertensiva, se refiere a un aumento agudo o crónico de la presión arterial, pero no se relaciona con daño agudo a un órgano blanco. Por lo general no requiere atención intrahospitalaria y su tratamiento se basa en medicamentos orales y vigilancia médica. (5)

Las causas de una crisis hipertensiva son muy variadas, se resumen en la siguiente tabla:

- Hipertensión esencial
- Enfermedad parenquimatosa renal
 - glomerulonefritis aguda
 - vasculitis
 - síndrome urémico hemolítico
 - púrpura trombocitopénica trombótica
 - lupus eritematoso sistémico
- Enfermedad reno-vascular
 - estenosis de la arterial renal (aterosclerosis o displasia fibromuscular)
 - arteritis de Takayasu
 - infarto renal
- Embarazo
 - eclampsia
- Enfermedades endocrinas
 - feocromocitoma
 - síndrome de Cushing
 - tumores secretores de renina
- Fármacos
 - cocaína, anfetaminas, eritropoyetina, ciclosporina, retiro de antihipertensivos (clonidina)
 - interacciones con inhibidores de la monoaminooxidasa (tiramina), anfetaminas, intoxicación por plomo
- Hiperreactividad autonómica
 - síndrome de Guillain-Barré, porfiria intermitente aguda
- Alteraciones del sistema nervioso central
 - traumatismo craneal, infarto cerebral, hemorragia cerebral
- Tumores
 - cerebrales, carcinoma de células renales, tumor de Wilms, linfoma
- Coartación de la aorta

No está muy claro cuáles son los factores iniciadores de las crisis hipertensivas, pero un aumento rápido de la presión arterial, aunado a mayor resistencia vascular, pudiera ser la alteración inicial. De cualquier manera, la función endotelial se altera con el incremento de la liberación de vasoconstrictores que han demostrado ser tóxicos para la pared de los vasos, como la angiotensina II y la norepinefrina. Durante el aumento inicial de la presión arterial, el endotelio intenta compensar los cambios en la resistencia vascular mediante la liberación de sustancias vasodilatadoras, como el óxido nítrico; pero a medida que la hipertensión es sostenida o grave, esta respuesta compensadora deja de funcionar, lo que ocasiona una elevación adicional de la presión arterial y daño endotelial; y entonces se desencadena un círculo vicioso de insuficiencia

homeostática con incremento progresivo de la resistencia vascular y disfunción endotelial mayor. Se desconoce el mecanismo celular exacto que ocasiona la pérdida de la función endotelial, pero existe una gran cantidad de sustancias proinflamatorias, algunas de las más importantes son: citocinas, proteína quimiotáctica de monocitos, concentraciones altas de calcio en el citosol de las células endoteliales, liberación de endotelina 1 y moléculas de adhesión endotelial. Estas últimas, entre las que se incluyen la selectina-P, selectina-E y molécula de adhesión intracelular 1, promueven la inflamación local y la pérdida adicional de la función del endotelio. Por último, estos cambios incrementan la permeabilidad endotelial con inhibición de la actividad fibrinolítica local y la activación de la cascada de la coagulación. La agregación plaquetaria y su desgranulación sobre el endotelio dañado promueven más inflamación, trombosis y vasoconstricción (6)

Existen situaciones clínicas muy comunes emergencia hipertensiva, principalmente las siguientes:

- Encefalopatía hipertensiva
- Hipertensión con síndromes cerebrovasculares agudos (hemorragia cerebral, subaracnoidea o infarto)
- Hipertensión con síndromes coronarios agudos (angina, infarto agudo del miocardio), insuficiencia cardíaca o edema pulmonar
- Hipertensión con disección de la aorta
- Hipertensión con retinopatía hipertensiva grave (hipertensión maligna)
- Hipertensión con preeclampsia grave
- Hipertensión con eclampsia. (7)

Las manifestaciones clínicas de las crisis hipertensivas se relacionan a la disfunción de un órgano blanco, por lo que el cuadro clínico es variable. Se han reportado como los signos más frecuentes en una emergencia hipertensiva el dolor torácico (27%), disnea (22%) y déficit neurológico (21%). La disfunción de órganos no es común con una presión arterial diastólica menor de 130 mm Hg, excepto en niños y en la gestación (8)

Los pacientes con crisis hipertensiva habitualmente acuden a una revisión médica debido a la aparición de un nuevo síntoma relacionado a la hipertensión aguda. La mayoría de los pacientes con hipertensión severa (presión sistólica de 160 mm Hg, presión diastólica de 110 mm Hg) no tienen en una evaluación inicial, evidencia de daño a órgano blanco y por tanto tienen una urgencia hipertensiva. En estos pacientes, la medicación oral para disminuir la presión arterial gradualmente en 24 a 48 horas es la mejor estrategia. La reducción rápida de la presión arterial puede asociarse con una morbilidad significativa en la urgencia hipertensiva debida a la desviación a la derecha de la curva de autorregulación presión/flujo en lechos arteriales críticos (cerebral, coronario, renal). La corrección rápida de la presión severamente elevada por debajo del rango autorregulador de estos lechos vasculares puede ocasionar una marcada reducción en la perfusión lo que ocasiona isquemia e infarto. Por tanto, la presión arterial debe ser reducida en una forma lenta y controlada para prevenir la hipoperfusión de órganos. Existe una variedad de agentes intravenosos de acción rápida que están disponibles para el uso en pacientes con emergencia hipertensiva; la selección del agente depende de las manifestaciones del daño a órgano blanco. Estos agentes no deberán ser usados sin la monitorización adecuada para prevenir descensos bruscos de la presión arterial que pueden tener una morbilidad y mortalidad significativa. El objetivo inmediato es reducir la presión diastólica en un 10 a 15% o aproximadamente a 110 mm Hg en un período de 30 a 60 minutos. (9)

DETECCIÓN DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES

Como se mencionaba anteriormente, existen múltiples causas que desencadenan las crisis hipertensivas, tan físicas como psicopatológicas. No se ha establecido una relación clara entre problemas psicosociales de los enfermos que padecen hipertensión arterial y desarrollan crisis hipertensivas. Sin embargo, es bien conocido por el personal de salud que atiende a ésta población vulnerable, que muchos de ellos se encuentran atravesando situaciones para normativas en su

vida cotidiana que alteran el equilibrio psicológico, pudiendo contribuir al mal control de sus enfermedades.

El paciente forma parte de varios sistemas sociales y para conocerlo realmente es necesario entender su situación personal, familiar y social de la manera más completa posible. (10)

Entre los motivos de consulta, por su frecuencia e implicaciones diagnósticas y terapéuticas, se encuentran los denominados problemas psicosociales, que De la Revilla definió «como las situaciones de estrés social que producen o facilitan la aparición, en los individuos afectados, de enfermedades somáticas, psíquicas o psicosomáticas, dando lugar también a crisis y disfunciones familiares con alteraciones de la homeostasis familiar, capaces de generar manifestaciones clínicas en algunos de sus miembros. (11)

De aquí la importancia de estudiar los acontecimientos estresantes que pudieran rodear a pacientes susceptibles de la salud como los que aqueja una crisis hipertensiva. La dificultad para detectar de forma rápida las demandas que pueden tener su origen en PPS obliga a buscar sistemas que sirvan para descubrir a los pacientes que presentan estrés de origen social. El General Health Questionnaire (GHQ-28) de Goldberg ha demostrado ser un buen instrumento para detectar problemas de disfunción social, psicosomáticos, ansiedad y depresión. (12)

El General Health Questionnaire es una técnica elaborada por David Golberg, en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, en la década del 70, con el fin de evaluar el grado de salud general. El GHQ es un cuestionario para evaluar salud autopercebida, o sea la evaluación que hace el individuo de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. El cuestionario inicial consistía en 60 preguntas. Posteriormente se han elaborado versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems respectivamente. Este cuestionario fue elaborado por Golberg con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide es salud mental y no el estado de salud general que tendría que incluir el autorreporte de sintomatología física. Recorre cuatro áreas psiquiátricas

fundamentales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondria. Algunos de los ítems fueron tomados de la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor, del Inventario de Personalidad de Eysenc y del Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota. Un primer paso en la selección de los ítems fue realizado mediante un proceso de grupos criterios. Luego mediante un análisis de componentes principales se establecieron los componentes que explicaban el 55,5 % de la varianza total, siendo atribuible al primero el 45,6 % de tal varianza. Esta escala, en cualquiera de sus versiones (60, 30, 28 ó 12 ítems), consta de proposiciones que deben ser respondidas escogiendo una de las posibles respuestas, planteadas al sujeto en escala Likert. Así se obtiene un estimado del grado de severidad de la ausencia de salud mental, cuyo puntaje total es la sumatoria de los valores obtenidos en cada uno de los ítems. Para la calificación del GHQ existe otro método, que es el método original de Golberg y consiste en asignar un 0 a las 2 primeras respuestas de cada enunciado y un 1 a las 2 últimas. De esta manera el autor obtenía un puntaje total, que era indicativo de disturbios mentales más severos, mientras mayor fuese su valor. En esta forma de calificación se establece un punto de corte por encima del cual se consideran "casos", o personas con disturbios psiquiátricos, y por debajo del cual se consideran "no casos", o personas sanas (13).

En general, este cuestionario ha sido recomendado tanto en la investigación epidemiológica como en el trabajo clínico, siempre que se pretenda evaluar un estado general de salud mental o bienestar. La mayoría de los autores reconocen que la mejor utilización del GHQ es precisamente en estudios epidemiológicos, poblacionales en los que se requiera una evaluación de la salud mental desde la perspectiva de la medicina a nivel primario, preventivo. Existe una abundante literatura acerca de la aplicación del GHQ en estudios epidemiológicos, de screening, con la intención de evaluar salud mental a nivel de población general, así como en ciertos grupos específicos de población tales como los jóvenes estudiantes, los ancianos, las mujeres embarazadas y puérperas, y los familiares y cuidadores de enfermos crónicos. (14)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de características psicopatológicas de los pacientes con diagnóstico de crisis hipertensiva del servicio de urgencias del HGZ/UMF No 18?

OBJETIVOS

Objetivo principal

Determinar la prevalencia de características psicopatológicas de los pacientes con diagnóstico de crisis hipertensiva del servicio de urgencias del HGZ/UMF No 18

HIPÓTESIS

No requirió de hipótesis por tratarse de un estudio descriptivo

JUSTIFICACIÓN

En México, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), la prevalencia de hipertensión arterial resultó en 33.3% para los hombres y 30.8% para las mujeres. Según la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de las Crisis Hipertensivas en los tres niveles de atención (2012), aproximadamente, el 1% de los pacientes hipertensos llegará a presentar algún tipo de crisis hipertensiva (urgencia hipertensiva en 76% y la emergencia en 24%).

Es innegable que resulta necesario conocer las condiciones psicopatológicas de todos los pacientes que padezcan enfermedades crónico-degenerativas, y más en aquellos susceptibles a padecer complicaciones de dichas patologías que pudieran comprometer la vida, como es la crisis hipertensiva. Esto con el fin de brindar una mejor atención al paciente, sobre todo para conocer su percepción de bienestar, identificar si existe algún trastorno social o mental, y así poder intervenir en algún trasfondo que estuviera alterando la salud del enfermo.

El siguiente trabajo determinará la prevalencia de las características psicopatológicas en nuestra población derechohabiente buscando en forma intencionada algún trastorno mental con el fin de identificar el fondo de su problema de salud.

El presente estudio fue totalmente factible, ya que solamente se utilizaron instrumentos previamente validados, los recursos económicos fueron mínimos, además de contar con una aceptable población blanco, candidata a ser estudiada en un hospital regional de segundo nivel en el área de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

LUGAR.

Este estudio se realizó en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 18 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Torreón, Coahuila, México.

UNIVERSO.

Pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial Sistémica atendidos en el H.G. Z/UMF No 18 son 3250 pacientes.

POBLACION BLANCO.

Pacientes atendidos en el servicio de Urgencias del HGZ/UMF No. 18 con diagnóstico de Crisis Hipertensiva del 01 de Enero del 2015 al 30 de Junio del 2015

TAMAÑO DE MUESTRA

Se estimó el tamaño de muestra con un nivel de Confianza del 95% y con un intervalo de confianza de 5% dando como resultado una muestra de 85 pacientes con diagnóstico de crisis Hipertensiva, redondeando a 100 pacientes como muestra.

TIEMPO.

Este estudio se realizó del 01 de Febrero del 2016 al 30 de Octubre del 2016.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión.

- Pacientes con diagnóstico previo de hipertensión arterial derechohabientes del HGZ/UMF No. 18 de la ciudad de Torreón Coahuila.
- Pacientes atendidos en el servicio de Urgencias con el Diagnóstico de Crisis Hipertensiva

Criterios de Exclusión.

- Pacientes menores de 18 años y mayores de 80 años
- Pacientes con diagnóstico de enfermedad terminal o daño crónico a órgano blanco (Cáncer, Enfermedad Renal)
- Pacientes con Diagnóstico y tratamiento de Trastornos psiquiátricos.
- Pacientes con imposibilidad mental o física para contestar la encuesta

Criterios de Eliminación.

- Pacientes que no contesten la encuesta completa
- Pacientes que no deseen participar en el estudio

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE. Crisis Hipertensiva

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo	Escala
Edad	Tiempo transcurrido en años a partir del nacimiento de la persona	Número de años consignado en la última nota del expediente	Cuantitativa	Discreta
Sexo	Género de la persona	El consignado en la nota médica, masculino o femenino	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Unión libre	Cualitativa	Nominal policotómica
Crisis Hipertensiva	La crisis hipertensiva es una elevación aguda de la presión arterial (PA) capaz de producir lesiones en órganos diana	Se considere como crisis hipertensiva a todos los pacientes que acudan con TA sistólica igual o mayor a 140 y TA diastólica igual o mayor a 90		

VARIABLE DEPENDIENTE. Características Psicopatológicas

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo	Escala
Característica Psicopatología	Es aquella referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicológico. En este caso ansiedad, depresión o síntomas somáticos.	Se utilizara el Instrumento Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ28. Se trata de un cuestionario auto administrado de 28 ítems divididas en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) D (depresión grave). Como instrumento sugerido para detectar problemas de nueva aparición. La puntuación (GHQ) se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para GHQ se sitúa en 5/6 (no caso/caso).	Cualitativa	Nominal dicotómica A (síntomas somáticos), Presente Ausente B (ansiedad e insomnio), Presente Ausente C (disfunción social) Presente Ausente D (depresión grave). Presente Ausente

Descripción General del Estudio

Posterior a la aprobación de este estudio por parte del Comité de Investigación 506 se realizó el presente estudio en los meses de Febrero del 2016 al Mes de Abril del 2016, en la ciudad de Torreón, Coahuila, en el HGZ 18; se solicitó autorización para la realización de este estudio de investigación al director del Hospital y jefe del servicio de Urgencias médicas. Los autores de este estudio identificaron pacientes con el diagnóstico de crisis hipertensiva en el servicio de urgencias y que cumplieran los criterios de selección. Posteriormente con previo consentimiento informado, se procedió a la aplicación del instrumento de investigación.

Se determinó la prevalencia de pacientes con crisis hipertensiva y que cursen con alguna alteración psicopatológica de acuerdo al instrumento cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ2 que determina: ansiedad, depresión, disfunción social y síntomas somáticos. El punto de corte para GHQ se sitúa en 5/6 (no caso/caso), o sea que en caso que tenga 5 puntos o menos se considera característica psicopatológica (síntoma somático, ansiedad, disfunción social y depresión) no presente y en el escenario que presente 6 puntos o más se considerara como característica psicopatología (síntoma somático, ansiedad, disfunción social y depresión) presente.

Una vez que se realizó la recolección de datos, la información se capturo en Excel 2007 con posterior análisis con el programa SPSS. Se realizó análisis de tipo descriptivo presentándose los resultados en gráficas y tablas.

RESULTADOS

Se aplicaron 140 cuestionarios para evaluar el estado de bienestar general en pacientes hospitalizados en el área de urgencias del HGZMF 18 con diagnóstico de crisis hipertensiva, sin embargo se excluyeron 32 pacientes por falta de información. De los 118 pacientes en quienes se les realizó el análisis estadístico se identificó una prevalencia del 15.3% con malestar emocional y posible morbilidad psiquiátrica; es decir 19 pacientes presentaron angustia emocional y alteración en algún dominio del Cuestionario General de Salud (GHQ 28)

En la tabla 1 se muestran las principales características de los pacientes: el 62% fueron del sexo femenino, la edad promedio fue de 39 ± 6 años. A través del análisis del Cuestionario general de salud, dividido en sus 4 subescalas, los síntomas somáticos están presentes en 12% de los pacientes, ansiedad e insomnio en 13%, disfunción social en el 12% y depresión grave en 12%.

3 personas presentaron alteración en al menos una subescala del instrumento; 2 pacientes presentaron 2 alteración en 2 dominios, 2 pacientes presentaron alteración en tres dominios y llama la atención que hasta 11 pacientes presentaron alteración en los 4 dominios.

Tabla 1.- Características generales de los pacientes

Característica	n = 118
Sexo, n(%)	
Femenino	73 (62%)
Masculino	45 (38%)
Edad (años), $\chi \pm DE$	39 \pm 6
Características psicopatológicas, n(%)	
Si	18 (15.3%)
No	100 (87.4%)
Características psicopatológicas, n(%)	
Síntomas somáticos	14 (12%)
Ansiedad e insomnio	15 (13%)
Disfunción social	14 (12%)
Depresión grave	14 (12%)
Numero de dominios alterados, n(%)	
Una	3 (2.5%)
Dos	2 (1.7%)
Tres	2 (1.7%)
Cuatro	11 (9.3%)

Al comparar el sexo y la edad por dominio alterado del cuestionario general de salud, el sexo femenino fue mayor en los 4 grupos con prevalencias similares entre los grupos; así como la media de edades entre los grupos fue muy similar sin existir una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

Tabla 2.- Comparación de edad y sexo por dominio psicopatológico alterado

	Síntomas somáticos n= 14	Ansiedad e insomnio n= 15	Disfunción social n= 14	Depresión grave n= 14
Sexo, n(%)				
Femenino	9 (64%)	10 (67%)	9 (64%)	9 (64%)
Edad (años), $\chi \pm DE$	40 \pm 5	39 \pm 4	39 \pm 4	40 \pm 5

DISCUSION

En el presente estudio identificamos una prevalencia de 15.3% de malestar emocional y posible morbilidad psiquiátrica en pacientes que ingresaron al servicio de urgencias del HGZMF 18 con diagnóstico de crisis hipertensiva de acuerdo con el cuestionario general de salud (GHQ 28)

Al igual que otras series en donde se dan a conocer las principales características epidemiológicas de pacientes que acuden al servicio de urgencias con diagnóstico de crisis hipertensiva, el sexo femenino fue quien predomina en nuestro estudio en el 62% de los casos al igual que otros estudios en donde reportan del 66%⁽¹⁵⁾ a 54%⁽¹⁶⁾.

En relación a la edad en nuestro estudio el promedio fue de 39 ± 6 años siendo más jóvenes en comparación con otras series reportadas de pacientes con crisis hipertensivas en los servicios de urgencias: en el estudio de Arnéz en 2008 el principal grupo etáreo afectado fue entre los 60-80 años (70%)⁽¹⁵⁾; Monteiro en 2007 reporta un promedio de edad de 53 ± 15 años⁽¹⁶⁾. Sin duda la edad es un factor relevante para la presentación de crisis hipertensiva, urgencia o emergencia; sin embargo en nuestro estudio no fue posible dar seguimiento con el fin de identificar aquellos pacientes con urgencias o emergencia hipertensiva.

De igual manera es importante destacar del presente estudio que el diagnóstico previo o conocido de hipertensión arterial formó parte de los criterios de inclusión por lo que ningún paciente del estudio fue incidente ya que todos se conocían portadores de la enfermedad. Sin embargo también no se aplicó algún instrumento de adherencia terapéutica a tratamiento con el fin de evaluar la asociación de ésta con la presentación de la crisis hipertensiva.

Existen estudios que exploran la asociación entre comorbilidad y crisis hipertensiva, sin embargo en el presente estudio tuvimos la limitación de que solo se aplicó el cuestionario general de salud, por lo que desconocemos si alguna comorbilidad estuviera asociada con la presentación de la crisis, urgencias y/o emergencia hipertensiva.

Finalmente, es necesario aprovechar todas las oportunidades para identificar posibles casos de hipertensión en pacientes que consulta a servicios de urgencia por cualquier motivo de consulta, explorar la asociación entre algunas comorbilidades médicas frecuentes y la presentación de crisis hipertensiva (urgencia o emergencia), así como la aplicación de instrumentos que nos orienten a la identificación de factores que pueden ser predisponentes para un difícil control de la hipertensión e incluso pseudohipertension por componente emocional; así pues la aplicación de instrumentos como el cuestionario general de salud nos orientara a redirigir el tratamiento médico no solo con fines antihipertensivos, sino en forma integral la valoración multidisciplinaria en ámbitos emocionales y/o psiquiátricos que cada paciente requiera.

CONCLUSIONES

La prevalencia de malestar emocional y posible morbilidad psiquiátrica considerada como característica psicopatológica en pacientes con crisis hipertensiva en el servicio de urgencias del HGZMF 18 fue de 15.3%.

Las 4 subescalas estuvieron afectadas en similares proporciones del 12-13%: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave.

El sexo femenino predominó en el 62% de los pacientes tanto en la muestra general y en la afectación de las subescalas. La edad promedio fue de 39 ± 6 años con similar promedio de edad en los grupos de subescalas afectados.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Existen varias limitaciones en el presente estudio, dentro de ellas tener un grupo control de comparación, es decir conocer la prevalencia y características generales de pacientes que no cursen con crisis hipertensiva y aplicar el instrumento general de salud con el fin de identificar la posible asociación de alteraciones emocionales y/o psiquiátricas en pacientes con y sin crisis hipertensiva.

Otra limitación del estudio fue que no fue posible dar seguimiento a los casos que ingresaban al servicio de urgencia con diagnóstico de crisis hipertensiva y clasificar la misma en urgencia o emergencias hipertensiva. La recolección de datos se limitó a la aplicación del instrumento general de salud, por lo que se desconocen los comorbidos, tiempo de evolución de la enfermedad, tratamiento y adherencia terapéutica; factores de riesgo predisponentes y determinantes para el desarrollo de crisis hipertensivas.

RECURSOS HUMANOS Y FISICOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:

Investigador principal : Dr. Israel Moreno Del Real
Tesista: Dr. Israel Moreno Del Real

Material

1	Hojas papel	bond tamaño carta	500
2	Lápices	de grafito del número 2	25
3	Impresora	Hp Laser Jet 2420d	1
4	Computadora Personal	con programa estadístico SPSS versión 19.0	2
5	Memoria USB	Sony 8 GB	1
6	Baumanometro	De Mercurio	1
7	Estetoscopio	Littmann	1

Recursos financieros

Recurso Proporcionados por el Investigador Principal.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio consideró los aspectos éticos en la declaración de Helsinki, en su última modificación por la 48 asamblea Médica mundial en el año 2000. Así como los aspectos de normatividad de la Ley General de Salud en sus capítulos I, II y III, y los estatutos de IMSS que en materia de investigación establecen.

Título segundo. De los aspectos éticos de investigación en seres humanos: capítulo I, artículos 13, 14, 16 y 17.

ARTÍCULO 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y a la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14. La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- III. Se deberá realizar solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predichos.
- V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este reglamento señala.
- VI. Deberá ser realizado por profesionales de la salud a que refiere el artículo 114 de este reglamento con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención de salud que actué bajo la supervisión de las autoridades sanitarias, competentes y que cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- VII. Contará con el dictamen favorable de las comisiones de investigación, ética y la bioseguridad.

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y en su caso, de la secretaria, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71 y 88 del reglamento.

ARTÍCULO 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17. Se considera como riesgo la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Para efectos de este reglamento, la investigación se clasifica en la siguiente categoría:

I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de conducta.

II.- De investigación en comunidades: Artículos 28, 29, 30, 31 y 32.

ARTÍCULO 28. Las investigaciones referidas a la salud humana en comunidades serán admisibles cuando el beneficio esperado para esta sea razonablemente asegurado y cuando los estudios efectuados en pequeña escala no hayan producido resultados concluyentes.

ARTÍCULO 29. En las investigaciones en comunidades, el investigador principal deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de consentimiento informado de los individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer la información a que se refieren los artículos 21 y 22 de este reglamento.

ARTICULO 30. Cuando los individuos que conforman una comunidad no tengan la capacidad para comprender las implicaciones de participar en una investigación ,la comisión de ética de la institución a la que pertenece el investigador principal, podrá autorizar o no que el escrito de consentimiento informado de los sujetos sea obtenida a través de una persona confiable con autoridad moral sobre la comunidad. En caso de no autorizarse por la comisión, la investigación no se realizará. Por otra parte, la participación de los individuos será enteramente voluntaria y cada uno estará en libertad de abstenerse o dejar de participar en cualquier estudio.

Así también fue evaluado y aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud con registro de autorización: R-201-506-17

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Características Psicopatológicas en pacientes con Crisis Hipertensiva en el Servicio de Urgencias del HGZ/UMF No 18 de la Ciudad de Torreón Coahuila

Actividad	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Noviembre 2015	Diciembre 2015	Enero 2016	Febrero 2016	Marzo 2016	Abril 2016	Mayo 2016	Junio 2016	Julio 2016	Agosto 2016	Septiembre 2016	Octubre 2016	
Revisión de literatura	■	■	■																
Elaboración del protocolo		■	■																
Revisión del proyecto			■	■	■	■	■	■											
Aprobación por el comité									■										
Etapas de ejecución										■	■	■							
Elaboración de base de datos													■						
Captura y análisis de datos														■					
Elaborar el informe final															■	■	■		
Entrega de tesis																			■
Publicación																			

INVESTIGADOR PRINCIPAL DR. ISRAEL MORENO DEL REAL MEDICO FAMILIAR ADSCRITO AL SERVICIO DE URGENCIAS TV DEL HGZ/UMF No. 18 IMSS TORREÓN, COAHUILA. MATRICULA 99105213. ismory@hotmail.com
Tel. (871) 7 12 02 71

BIBLIOGRAFÍAS.

1. J. Gutiérrez, J. Rivera, T. Shamah, S. Villalpando, A. Franco, L. Cuevas, M. Romero, M. Hernández. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Internet Explorer. Consultado en 12 Mayo 2015.
2. Diagnóstico y tratamiento de las crisis hipertensivas en adultos en los tres niveles de atención; México: Secretaria de salud. Internet Explorer. Consultado el 12 Mayo 2015.
3. C. Mendoza, M. Rosas, C. Lomelí, L. Méndez, J Martínez. Elevación extrema de la presión arterial (crisis hipertensiva): Recomendaciones para su abordaje clínico-terapéutico. Archivos de Cardiología de México. 2008; 78(2): 74-81.
4. J Tisdale, M Haung, S Borszak. Risk factors for hypertensive crisis: importance of outpatient blood pressure control. Fam Pract. 2004; 21: 420-424.
5. A. Jiménez. Comité de Consensos Cardiovasculares de México. Consenso Nacional de Hipertensión Arterial. Urgencias hipertensivas. Rev Mex Cardiol. 2001; 12(1):38-41.
6. S Fonseca, J Parra. Diagnóstico y tratamiento de la crisis hipertensiva. Med Int Mex. 2003; 19(3):165-74.
7. R Santamaría, M Redondo, C Valle, P Aljama. Urgencias y emergencias hipertensivas: tratamiento. NefroPlus. 2009;2(2):25-35.
8. C Vaughan, Delanty N. Hypertensive emergencies. Lancet 2000; 356:411-7.
9. J Varon, P Marik. The diagnosis and management of hypertensive crises. Chest 2000; 118: 214-227.

10. G. Stephens. The intellectual basis of family medicine. *J Fam Pract* 1975; 2:423-8.
11. L. De la Revilla. Modelos explicativos de la atención familiar. En: De la Revilla L, editor. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Barcelona: Doyma, 1994. Internet Explorer. Consultado el 05 Junio 2015.
12. L. De la Revilla, A Ríos, J Luna. Utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 2004; 33(8):417-25.
13. C García. Manual para la utilización del Cuestionario de Salud General de Goldberg. Adaptación Cubana. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1999; 15(1):88-97.
14. J. Bensing, P Verhaak. Mental problems in family practice more variable and diffuse than in psychiatry. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1994; 138(3):13-5.
15. Arnéz Terrazas R., Rodríguez Quiroga SA., Rocha JF. Clinical and Epidemiological aspect of hypertensive crises in patients of the Worker Hospital Nro 2 – CNS Cochabamba. *Gac Med Bol* 2008; 31(1): 25-30.
16. Chagas Monteiro FJ, Costa Anunciação FA, Filho NS, et al. Prevalence of True Hypertensive Crises and Appropriateness of the Medical Management in Patients with High Blood Pressure Seen in a General Emergency Room. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88 (5): 579-84.

ANEXOS

1. Operacionalizacion de las variables
2. Cronograma de actividades
3. Consentimiento del Estudio
4. Instrumento de Trabajo

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Características Psicopatológicas en pacientes con Crisis Hipertensiva en el Servicio de Urgencias del HGZ/UMF No 18 de la Ciudad de Torreón Coahuila

VARIABLE INDEPENDIENTE. Crisis Hipertensiva

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo	Escala
Edad	Tiempo transcurrido en años a partir del nacimiento de la persona	Número de años consignado en la última nota del expediente	Cuantitativa	Discreta
Sexo	Género de la persona	El consignado en la nota médica, masculino o femenino	Cualitativa	Nominal Dicotómica
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a Unión libre	Cualitativa	Nominal policotómica
Crisis Hipertensiva	La crisis hipertensiva es una elevación aguda de la presión arterial (PA) capaz de producir	Se considere como crisis hipertensiva a todos los pacientes que acudan con TA sistólica igual o		

	lesiones en órganos diana	mayor a 140 y TA diastólica igual o mayor a 90		
--	---------------------------	--	--	--

VARIABLE DEPENDIENTE. Características Psicopatológicas

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo	Escala
Característica Psicopatología	Es aquella referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno psicológico. En este caso ansiedad, depresión o síntomas somáticos.	Se utilizara el Instrumento Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ28 Se trata de un cuestionario auto administrado de 28 ítems divididas en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfunción social) D (depresión grave). Como instrumento sugerido para detectar problemas de nueva aparición. La puntuación (GHQ) se realiza asignando los valores 0, 0, 1,	Cualitativa	Nominal dicotómica A (síntomas somáticos), Presente Ausente B (ansiedad e insomnio), Presente Ausente C (disfunción social) Presente Ausente D (depresión grave). Presente Ausente

		1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para GHQ se sitúa en 5/6 (no caso/caso).		
--	--	---	--	--

INVESTIGADOR PRINCIPAL DR. ISRAEL MORENO DEL REAL MEDICO FAMILIAR ADSCRITO AL SERVICIO DE URGENCIAS TV DEL HGZ/UMF No. 18 IMSS TORREÓN, COAHUILA. MATRICULA 99105213. ismory@hotmail.com
Tel. (871) 7 12 02 71

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Características Psicopatológicas en pacientes con Crisis Hipertensiva en el Servicio de Urgencias del HGZ/UMF No 18 de la Ciudad de Torreón Coahuila

Actividad	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015	Septiembre 2015	Octubre 2015	Noviembre 2015	Diciembre 2015	Enero 2016	Febrero 2016	Marzo 2016	Abril 2016	Mayo 2016	Junio 2016	Julio 2016	Agosto 2016	Septiembre 2016	Octubre 2016
Revisión de literatura																		
Elaboración del protocolo																		
Revisión del proyecto																		
Aprobación por el comité																		
Etapas de ejecución																		
Elaboración de base de datos																		
Captura y análisis de datos																		
Elaborar el informe final																		
Entrega de tesis																		
Publicación																		

INVESTIGADOR PRINCIPAL DR. ISRAEL MORENO DEL REAL MEDICO FAMILIAR ADSCRITO AL SERVICIO DE URGENCIAS TV DEL HGZ/UMF No. 18 IMSS TORREÓN, COAHUILA. MATRICULA 99105213. ismory@hotmail.com
Tel. (871) 7 12 02 71

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Características Psicopatológicas en pacientes con Crisis Hipertensiva en el Servicio de Urgencias del HGZ/UMF No 18 de la Ciudad de Torreón Coahuila

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL							
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO							
ANEXO 5. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN							
Nombre del estudio:	Características Psicopatológicas en pacientes con Crisis Hipertensiva en el Servicio de Urgencias del HGZ/UMF No 18 de la Ciudad de Torreón Coahuila						
Patrocinador externo (si aplica)*:	No aplica						
Lugar y fecha:	HGZ C UMF #18. Torreón, Coahuila. 01 / 01 / 2016						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	El siguiente trabajo trata de determinar la prevalencia de las características psicopatológicas en nuestra población derechohabiente y con ello no solo buscar intencionada de algún trastorno mental, sino que además de pueda ser referido a un servicio de psiquiatría para que sea tratado de fondo su problema de salud.						
Procedimientos:	Se tomara la Presión Arterial con Baumanometro de Mercurio y se aplicara el instrumento del estudio						
Posibles riesgos y molestias:	Es un estudio donde se someterá al paciente a solo riesgo mínimo						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El paciente se beneficiará al recibir su presión arterial y sus características psicopatológicas en caso de ser presente o en caso de ser ausente.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador se compromete a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.						
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.						
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador responsable se compromete y asegura que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autorizo que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autorizo 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.
<input type="checkbox"/>	No autorizo 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):	El Investigador Responsable se compromete a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como aclarar cualquier duda acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.						
Beneficios al término del estudio:	Se le informará el resultado y conclusiones del estudio, con las contribuciones correspondientes a la mejora de la atención de la enfermedad de Hipertensión arterial.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	INVESTIGADOR PRINCIPAL DR. ISRAEL MORENO DEL REAL MEDICO FAMILIAR ADSCRITO AL SERVICIO DE URGEBCIAS TV DEL HGZ/UMF No. 18 IMSS TORREÓN, COAHUILA. MATRICULA 99105213. ismory@hotmail.com Tel. (871) 7 12 02 71						
Colaboradores:							
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación							

de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

**INVESTIGADOR PRINCIPAL DR. ISRAEL MORENO DEL REAL MEDICO FAMILIAR ADSCRITO AL SERVICIO DE URGENCIAS TV DEL HGZ/UMF No. 18 IMSS TORREÓN, COAHUILA. MATRICULA 99105213. ismory@hotmail.com
Tel. (871) 7 12 02 71**

INSTRUMENTO DE TRABAJO

Características Psicopatológicas en pacientes con Crisis Hipertensiva en el Servicio de Urgencias del HGZ/UMF No 18 de la Ciudad de Torreón Coahuila

FOLIO	
EDAD	
SEXO	
ESTADO CIVIL	
CRISIS HIPERTENSIVA CON TA DE:	

Cuestionario de Salud General De Goldberg -GHQ28-

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias.

EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:

A	B
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?	B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	B.7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No mas que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.

C	D
C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	D.1. ¿ Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
<input type="checkbox"/> Más activo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
<input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?
<input type="checkbox"/> Más satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
<input type="checkbox"/> Más útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual de útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, no
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Me parece que no
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, lo he pensado

INVESTIGADOR PRINCIPAL DR. ISRAEL MORENO DEL REAL MEDICO FAMILIAR ADSCRITO AL SERVICIO DE URGENCIAS TV DEL HGZ/UMF No. 18 IMSS TORREÓN, COAHUILA. MATRICULA 99105213. ismory@hotmail.com
Tel. (871) 7 12 02 71