



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA

**RELACIÓN DE LA SEVERIDAD DEL VERTIGO PERIFÉRICO CRÓNICO Y
LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DEL
HOSPITAL CENTRAL**

DRA. ROXANA GABRIELA JIMÉNEZ ARRIETA

DIRECTOR CLÍNICO
DR. CÉSAR GUILLERMO GONZÁLEZ SALINAS

DIRECTOR METODOLÓGICO
DRA. MARÍA FERNÁNDEZ OLVERA
DR. VÍCTOR ROMÁN SÁNCHEZ BALDERAS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

CLINICA PSIQUIATRICA "DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Psiquiatría

**RELACIÓN DE LA SEVERIDAD DEL VERTIGO PERIFÉRICO CRÓNICO Y
LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DEL
HOSPITAL CENTRAL**

Dra. Roxana Gabriela Jiménez Arrieta

No. de CVU del CONACYT: 107240; Identificador de ORCID: 0000-0003-4407-7870

DIRECTOR CLÍNICO

Dr. César Guillermo González Salinas

No. de CVU del CONACYT: 478956; Identificador de ORCID

DIRECTOR METODOLÓGICO

Dra. María Fernández Olvera

No. de CVU del CONACYT: 601103; Identificador de ORCID

Dr. Víctor Román Sánchez Balderas

No. de CVU del CONACYT 301651; Identificador de ORCID: 0000-0002-6958-4249

SINODALES

Dr. Luis Alfonso Grageda Foyo

Presidente

Dra. María Esther Jiménez Cataño
Sinodal

Dra. María del Rosario Narváez
Sinodal

Dra. Ilse Paulina López de la Mora
Suplente

Febrero 2022



"Relación de la severidad del vértigo periférico crónico y los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes del Hospital Central" por Roxana Gabriela Jiménez Arrieta se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

RESUMEN.

Introducción: El vértigo se define como una alucinación de movimiento, de la persona o el entorno, y puede ser causado por alteraciones de distintos sistemas, entre ellos el aparato vestibular. Es un síntoma frecuente en población urbana y produce discapacidad, así como disminución en la calidad de vida de los pacientes que lo presentan, ya que los ataques de vértigo son impredecibles y perturban las actividades diarias.

Objetivos: Evaluar la relación entre la severidad del vértigo periférico crónico, determinado por el Inventario de Discapacidad por Vértigo, con la presencia y severidad de síntomas de depresión y ansiedad, determinado por la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, en pacientes del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”.

Sujetos y métodos: Estudio transversal analítico, ambilectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años de edad que acudieron a la consulta externa de otorrinolaringología del Hospital Central con diagnóstico de vértigo periférico crónico. Se midió la severidad de vértigo mediante el Inventario de Discapacidad por Vértigo, la presencia y severidad de síntomas de depresión y ansiedad mediante la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, se tomaron variables de interés como edad, sexo, y comorbilidades.

Resultados: Se encontró relación entre la subescala de ansiedad (HADS-A) de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y edad ($p = < 0.001$), así como entre HADS-A y los resultados del Inventario de Discapacidad por Vértigo (DHI) ($p = < 0.01$) No se encontró relación de HADS-A y sexo ($p = > 0.05$), ni entre HADS-A y presencia de comorbilidades ($p = > 0.05$). Se encontró relación entre la subescala de depresión de la HADS (HADS-D) y DHI ($p = < 0.001$).

Conclusiones: El vértigo es un padecimiento que impacta distintas dimensiones de la vida del paciente. La severidad del síntoma es uno de los principales factores

que afectan el estado emocional del individuo, hay una asociación entre este y la aparición de los síntomas psiquiátricos explorados, sobre todo de ansiedad.

Palabras clave: Vértigo, Ansiedad, Depresión, Trastornos afectivos.

ÍNDICE

RESUMEN.	I
ÍNDICE	III
ÍNDICE DE FIGURAS.	IV
DEDICATORIAS.	VI
AGRADECIMIENTOS.	VII
ANTECEDENTES.	1
TIPOS DE VÉRTIGO:	2
IMPACTO DEL PADECIMIENTO:	3
VÉRTIGO, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN:	5
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:	6
JUSTIFICACIÓN.	9
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	10
HIPÓTESIS.	11
OBJETIVOS.	12
SUJETOS Y MÉTODOS.	13
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.	15
ÉTICA.	16
RESULTADOS.	17
DISCUSIÓN.	21
LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN.	26
CONCLUSIONES.	28
BIBLIOGRAFÍA.	29
ANEXOS.	33

ÍNDICE DE FIGURAS.

Gráfica 1. Relación entre HADS-A y DHI.

Gráfica 2. Relación entre HADS-A y edad.

Gráfica 3. Relación entre HADS-D y DHI

Gráfica 4. Prevalencia de ansiedad y depresión en la población estudiada.



LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS.

DHI: Inventario de discapacidad por vértigo (Dizzines Handicap Inventory).

HADS: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale).

HADS-A: Subescala de la escala HADS para evaluación de síntomas de ansiedad.

HADS-D: Subescala de la escala HADS para evaluación de síntomas de depresión.

MV: Migraña vestibular.

VPPB: Vértigo postural paroxístico benigno.



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Medicina
Tesis para obtener el Diploma de la Especialidad en

DEDICATORIAS.

Dedicada a mi hermano Carlos, gracias por todo el apoyo.



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Medicina
Tesis para obtener el Diploma de la Especialidad en

AGRADECIMIENTOS.

Agradezco a todos mis maestros de estos cuatro años de especialidad, a mis compañeros residentes, y al departamento de Otorrinolaringología del Hospital Central.

ANTECEDENTES.

Se define al vértigo como la sensación ilusoria de movimiento; puede ser objetivo, cuando el paciente percibe un movimiento rotatorio del ambiente, o subjetivo, cuando la sensación de la persona es la de estar en movimiento con un entorno fijo. Las consecuencias de este padecimiento afectan el ámbito personal y el social, siendo uno de los principales diez motivos por los que pacientes acuden a atención médica, esto a nivel mundial (1). Se calcula que aproximadamente de un 2 a un 3% de la población mundial consulta por vértigo cada año (1). Se ha estimado que la prevalencia general de vértigo durante la vida es de 3 a 7%, aunque se ha reportado hasta 17 a 30% para mareo u otros síntomas similares de presentación más imprecisa, pero lo suficientemente intensos para alterar la vida cotidiana. Asimismo, es de destacar que estas estadísticas aumentan significativamente con la edad (2).

El vértigo es una de las causas más frecuentes de consulta médica (3). Se define como una alucinación de movimiento, de la persona o el entorno, y puede ser provocado por una gran variedad de alteraciones de diferentes sistemas del organismo, entre ellos el sistema vestibular (4). Su valoración suele ser difícil, debido a que se trata de un síntoma subjetivo (5), además de que, un término común para denominarlo, "mareo", es poco específico y posee una amplia variedad de diagnósticos diferenciales (6). Debido a esto, los datos de anamnesis y la exploración física sientan las bases para diferenciar el vértigo verdadero de una sensación de mareo, como la que es causada por un episodio sincopal, trastornos locomotores o por ansiedad (7).

El vértigo se presenta en una gran variedad de padecimientos, ya que el equilibrio requiere el funcionamiento coordinado de distintos mecanismos, principalmente del vestíbulo, la visión y la propiocepción. Una afección ya sea en estos, o en los centros integradores del sistema nervioso, puede cursar con vértigo (8), de ahí que la presencia de este síntoma indique una afectación que puede estar localizada en los órganos vestibulares terminales, la división vestibular del VIII par craneal o los núcleos vestibulares en el tallo cerebral. Las características del vértigo, la presencia

de otros signos y síntomas, además de las pruebas de función laberíntica, pueden proporcionar más información para lograr precisar en cuál de estas estructuras se encuentra el problema. Contar con un diagnóstico correcto es el primer paso para establecer el manejo más adecuado y con ello aumentar las probabilidades de éxito del tratamiento (5,7,8).

TIPOS DE VÉRTIGO:

El vértigo se puede clasificar en agudo o crónico, éste último está definido por una duración mayor a un mes, y es más frecuentes en pacientes ancianos (9). El vértigo también puede clasificarse en vértigo periférico o central, de acuerdo a sí la afectación compromete el aparato vestibular, en el sistema nervioso central o ambos, (10,1), el vértigo periférico se debe a un problema del oído interno, mientras que el vértigo central tiene su origen en mecanismos neurológicos alterados. Las causas más comunes de vértigo periférico son el vértigo postural paroxístico benigno, la neuritis vestibular, la enfermedad de Ménière y la otoesclerosis. Dentro de los padecimientos de origen central, pueden considerarse la enfermedad cerebrovascular y los meningiomas de fosa posterior o cerebelo-pontinos (10, 1).

Es importante diferenciar una enfermedad central, la cual puede tener un origen más severo y potencialmente letal, de una de carácter periférico. La exploración siempre debe enfocarse en los aspectos que distinguen estas dos posibilidades. Entre las principales características del vértigo de origen periférico, está que por lo general se presenta de manera súbita, tiene una intensidad severa, dura segundos a minutos, se relaciona con la posición y puede acompañarse de síntomas auditivos, mientras que el vértigo de origen central tiene por lo general, un inicio más gradual, suele ser más leve y tiene una duración de semanas a meses, no hay relación con la posición y los síntomas que lo acompañan son de tipo neurológico o visuales (4). Asimismo, pueden observarse las características del nistagmo, en el caso del vértigo de origen periférico el nistagmo es horizontal y la fijación visual lo inhibe,

mientras que en el de origen central el nistagmo es típicamente vertical y la fijación visual no lo inhibe (4).

Aunque el vértigo de origen neurológico es una posibilidad que siempre debe ser tomada en consideración, es una realidad que el origen más común del vértigo es otológico. Depende del diagnóstico específico si se trata de una forma autolimitada o de una crónica, por ejemplo, la neuritis vestibular consiste en una inflamación del nervio vestibular, de causa idiopática y que carece de sintomatología auditiva, produce un cuadro que dura pocas semanas (4); mientras que el vértigo postural paroxístico benigno, cuya característica principal es que se relaciona con movimientos específicos que lo desencadenan, suele durar tres semanas, pero en ocasiones puede volverse recidivante o crónico (4, 11). En la enfermedad de Ménière, se presentan crisis recurrentes de vértigo, así como hipoacusia unilateral (8). Otra causa frecuente de vértigo es la migraña vestibular, una variante de migraña cuyos principales síntomas son vestibulares, esto es, ataques de vértigo y migraña. Aunque la migraña es un síndrome neurológico, el origen del vértigo está en el aparato vestibular, debido a alteraciones a nivel vascular. Es raro que tenga un aura y afecta predominantemente a mujeres (12, 13).

IMPACTO DEL PADECIMIENTO:

El vértigo es frecuente en población urbana y produce serias limitaciones a los individuos que lo padecen (14), así como una percepción de disminución en la calidad de vida, ya que los ataques de vértigo son impredecibles y perturban las actividades diarias. Es común que se acompañe de náusea, vómito, inestabilidad para andar e incluso puede provocar la sensación de muerte inminente (15, 16). Asimismo, estos trastornos están asociados a mayor frecuencia de caídas, lo que puede resultar en accidentes que involucren lesiones en la cabeza o fracturas, sobre todo en ancianos, en quienes el síntoma se presenta más frecuentemente (17, 18).

El vértigo suele ser una experiencia estresante y puede ser desencadenada por miedo o ansiedad (19). Se han informado altas tasas de comorbilidad entre los síndromes vestibular y psiquiátrico, principalmente con trastornos de ansiedad y depresión (19). Podemos considerar que el principal motivo de esta asociación tiene raíz en aspectos relacionados con una afectación en la calidad de vida debido a los síntomas del vértigo, y la coexistencia de los trastornos psiquiátricos con el vértigo podría generar un círculo vicioso y afectar gravemente la eficacia del tratamiento, así como la calidad de vida (20).

Por ejemplo, en el vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) es el trastorno vestibular más común, los episodios se presentan como ataques de vértigo repentinos e inesperados que se acompañan de miedo o ansiedad (fenómenos neurovegetativos) y se desencadenan por movimientos y cambios de posición de la cabeza (19); los síntomas pueden ocurrir con fuerza después de que la cabeza haya estado en una posición estable durante un tiempo (18). Se ha sugerido que el VPPB se asocia con trastornos psiquiátricos, como depresión, ataques de pánico y otros trastornos de ansiedad, en individuos predispuestos. La ansiedad se ha estudiado como uno de los síntomas más relacionados con el vértigo; al parecer, el vértigo vestibular puede desencadenar síntomas de ansiedad a través de circuitos neuronales en el núcleo parabraquial, que comparten de manera parcial (21). Otros tipos de vértigo periférico pueden mantenerse durante períodos más prolongados, lo que provoca que las personas afectadas pueden experimentar una mayor dificultad cuando realizan determinadas acciones en casa, y por ejemplo, para los pacientes con episodios sostenidos de vértigo, como aquellos con enfermedad de Ménière o neuritis vestibular, sólo acostarse puede ser una posición segura y tolerable durante el episodio. Debido al carácter impredecible del vértigo, sobre todo en la enfermedad de Ménière y en la migraña vestibular, se produce en los pacientes temor y ansiedad constantes (20).

Estudiar el impacto en la calidad de vida de los pacientes con estos síntomas es complejo, ya que el concepto de la misma es subjetivo y complejo (22). Se han realizado estudios, como el de Mendel y colaboradores, que estudió a 99 pacientes

con vértigo, con el objetivo de evaluar el impacto del padecimiento en su vida cotidiana. Se observó que los pacientes experimentaban limitación sobre todo para la actividad física y para sus interacciones sociales, esto aunado a una percepción de una deficiencia en su calidad de vida (23).

Otro estudio, realizado por Vélez León y colaboradores en mujeres con vértigo, encontró que las pacientes con trastorno vestibular periférico percibían una disminución en su calidad de vida debido a las limitaciones en sus actividades cotidianas, asimismo, hubo en las pacientes una percepción de discapacidad, en aspectos físicos, funcionales y emocionales (22).

VÉRTIGO, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN:

Aunque es frecuente que existan trastornos psiquiátricos en pacientes que acuden a consulta por otros síntomas, gran parte del tiempo estos no son detectados ya que no se buscan intencionadamente, y terminan constituyendo lo que se conoce como «morbilidad psiquiátrica oculta» (24). Ésta situación tiene un impacto significativo en la calidad de vida del paciente, que podría beneficiarse de una atención oportuna de la comorbilidad. Se ha reportado que un gran porcentaje de pacientes con vértigo vestibular desarrolla trastornos psiquiátricos durante el curso de su enfermedad (3,18). Debido a que los déficits vestibulares son factores de riesgo para el desarrollo de trastornos psiquiátricos secundarios, se ha sugerido una hipótesis somatopsíquica. Por otro lado, los pacientes con trastornos psiquiátricos en ocasiones informan presencia de vértigo o mareos como un fenómeno presente en su enfermedad. Los factores psiquiátricos como la ansiedad y los trastornos depresivos pueden afectar las presentaciones clínicas y los resultados terapéuticos en pacientes con problemas vestibulares y del equilibrio (20).

Se ha sugerido que la relación entre el mareo, en sus variadas manifestaciones, y la ansiedad es bidireccional (20, 25). Un cuerpo sustancial de evidencia de investigaciones prospectivas de pacientes con mareos crónicos indica que los

síntomas de pánico y las conductas fóbicas pueden ser una consecuencia de eventos neurotológicos u otros eventos médicos, en lugar de la condición primaria (26). Asimismo, se ha informado de la aparición de síntomas secundarios de ansiedad en una gran proporción de pacientes con vértigo posicional paroxístico benigno (26). Por otra parte, un estudio retrospectivo de Zi-Jun Chen y colaboradores, encontró que la probabilidad de desarrollar vértigo postural paroxístico benigno era significativamente mayor en pacientes con trastornos de ansiedad (27).

En cuanto a los aspectos neurofisiológicos, se ha observado la importancia del núcleo parabraquial, ya que sus vías podrían mediar los efectos de la ansiedad en la función vestibular (20). La red del núcleo parabraquial reúne información tanto visceral como vestibular, está involucrada tanto en la interocepción como en el miedo condicionado; al parecer, este sistema, en gran medida modulado por acción de la serotonina, se encargaría de regular las respuestas emocionales a una súbita interrupción de la función vestibular (28).

Estos trastornos también pueden tener un impacto en el tratamiento del vértigo. Un estudio reciente de Wei Wei y colaboradores encontró que un estado ansioso-depresivo redujo significativamente la eficacia de las maniobras de reacomodación canalicular de primera vez. El estudio se realizó en 127 pacientes consecutivos diagnosticados con VPPB idiopático, y encontró que la prevalencia de síntomas de ansiedad y/o depresión en estos pacientes fue del 49,61%. Asimismo se observó que los pacientes con síntomas psiquiátricos tenían significativamente más probabilidades de experimentar recurrencias dentro de los primeros seis meses tras una maniobra de reacomodación exitosa (29).

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN:

Si bien, los diagnósticos de depresión y de ansiedad se obtienen a través de evaluación psiquiátrica, existen herramientas que permiten determinar la presencia

de sus síntomas, y pueden ayudar a detectar casos probables de estos padecimientos. Uno de los instrumentos más utilizados para investigar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con padecimientos crónicos, es la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), diseñada para la detección de estrés psicológico, enfocándose en síntomas cognitivos y conductuales, no así en síntomas somáticos (30). Ésta herramienta posee una sensibilidad y especificidad de .80 de promedio, según los puntos de corte recomendados por los propios autores (ocho para casos posibles y >10 para casos probables en ambas subescalas) (31). Se ha mostrado en estudios previos, que el análisis factorial del HADS puede indicar tanto las dos dimensiones, así como más de dos, o una sola (30). Esta escala se ha utilizado ampliamente en México para evaluar la presencia de sintomatología ansioso/depresiva en pacientes con padecimientos crónicos, como el estudio realizado por Noguera y colaboradores, que evaluó a través de esta escala a 150 pacientes con diagnóstico de VIH, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, y en el cual se sugirió el HADS como un parámetro clínico que puede ser de gran utilidad en la detección temprana y el tratamiento de la ansiedad y la depresión, así como sus complicaciones (30).

Asimismo, se cuenta con el Inventario de Discapacidad por Vértigo, para la evaluación del vértigo. Esta escala tiene un total de 25 preguntas, que se pueden utilizar para evaluar la extensión del daño en función de tres categorías, los aspectos emocionales, funcionales y físicos de los pacientes con vértigo. De acuerdo con los estándares de calificación establecidos por Whitney, pacientes con una puntuación entre 0 y 30 deberán clasificarse en el grupo de trastornos menores, 31 a 60 se clasifican como moderados y los que obtengan una puntuación de 61 a 100 se clasifican en el grupo grave (32). Un estudio de Ceballos y colaboradores utilizó esta escala para evaluar a 159 pacientes con vértigo del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI (33). El autor señaló en el mismo estudio que la discapacidad emocional es, probablemente, la menos atendida en el paciente. De acuerdo con lo señalado con este autor, los trastornos de ansiedad, depresión y la despersonalización,



originados por el vértigo, tienden a producir un círculo vicioso en donde hace su aparición el vértigo psicógeno, aunado al vértigo de origen orgánico (33).

JUSTIFICACIÓN.

El vértigo es un síntoma frecuente en la población del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, puede afectar la calidad de vida de los pacientes, llegando a ser una causa de ausentismo laboral y escolar. Tales repercusiones pueden incidir de manera profunda y ser causas de depresión y ansiedad, que pueden no ser diagnosticados en los pacientes si no son buscados intencionadamente. Como se menciona en los antecedentes, la presencia de estos síntomas puede asociarse a un menor apego al tratamiento prescrito, lo que complica el manejo de estos pacientes. De acuerdo con los estudios revisados, estos síntomas pueden estar directamente causados por la percepción personal de discapacidad y disminución de la calidad de vida, debido a la limitación en actividades diarias, desde el trabajo y hasta la convivencia social, lo cual puede llevar a la aparición de síntomas de ansiedad y depresión.

La principal utilidad de este trabajo es el ayudar a visibilizar la afección emocional de los pacientes que sufren de los distintos tipos de vértigo, lo cual permitirá una visión más global de su padecimiento y una atención más completa. Por esta razón, consideramos importante evaluar la relación entre la intensidad de vértigo con la presencia y severidad de síntomas de ansiedad y depresión, ya que no existen estudios previos en la población de este hospital para evaluar aspectos de esta relación.

En caso de encontrar una asociación clara entre estos síntomas en nuestra población, el contar con este antecedente puede facilitar una atención enfocada en su detección oportuna y envío a las áreas correspondientes, para que la búsqueda intencionada de la patología sea parte del manejo integral de estos pacientes, permitiendo una mejor calidad en la atención hospitalaria y salud mental.



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Medicina
Tesis para obtener el Diploma de la Especialidad en Psiquiatría

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Habrá asociación entre la mayor severidad del vértigo crónico y una mayor presencia de síntomas de ansiedad y depresión?



HIPÓTESIS.

A mayor severidad del vértigo periférico crónico, mayor presencia y severidad de los síntomas de ansiedad y depresión.

OBJETIVOS.

Objetivo general: Evaluar la relación entre la severidad del vértigo periférico crónico, determinado por el Inventario de Discapacidad por Vértigo, con la presencia y severidad de síntomas de depresión y ansiedad, determinado por la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, en pacientes del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”.

3.1. Objetivos específicos

- Evaluar la severidad del vértigo con el Inventario de Discapacidad por Vértigo en pacientes con vértigo periférico crónico en el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”.
- Evaluar la presencia y severidad de síntomas de depresión y ansiedad con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en pacientes con vértigo crónico de origen periférico en el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”
- Relacionar la escala de Ansiedad y Depresión Intrahospitalaria con el Inventario de Discapacidad por Vértigo.

3.2. Objetivos secundarios

- Evaluar si existe relación entre la edad de los pacientes con la presencia del vértigo.

SUJETOS Y MÉTODOS.

Tipo de estudio: Transversal analítico con recolección de información ambilectivo.

Lugar de realización: Consulta externa de Otorrinolaringología del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”.

Universo de trabajo: Pacientes adultos con vértigo periférico crónico que acuden a la consulta externa del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”.

Criterios de selección:

- Inclusión: Pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años con presencia de vértigo crónico (de más de cuatro semanas de duración) de origen periférico.
- Exclusión: Pacientes con diagnóstico previo de padecimientos psiquiátricos o en tratamiento con psicofármacos.
- Eliminación: Anulación de la encuesta debido a respuestas incompletas de las escalas.

Variables en el estudio

Variable	Definición operacional	Valores posibles	Tipo de variable
Ansiedad y Depresión	<i>Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria:</i> Consta de dos subescalas para detectar síntomas de depresión y ansiedad. Anexo	0/42	Continua
Severidad del Vértigo	<i>Inventario de Discapacidad por Vértigo:</i> Evalúa el impacto del síntoma en la vida cotidiana, desde la perspectiva del paciente. Anexo	0/100	Continua

Variable	Definición operacional	Valores posibles	Tipo de variable
Comorbilidades	Presencia de enfermedad crónico degenerativa de cualquier origen	Sí/No	Dicotómico
Sexo	Género al que pertenece el paciente	M/F	Dicotómico
Edad	Años de vida que tiene el paciente	18+	Continua

Tipo de muestreo.

No probabilístico, consecutivo por conveniencia

Cálculo del tamaño de la muestra

Se calculó el tamaño de la muestra para un análisis multivariado de regresión lineal. En el modelo se incluyó el puntaje de ansiedad depresión mediante la escala HAD como variable dependiente y como variables explicativas el puntaje de severidad del vértigo crónico mediante el Inventario de Discapacidad por Vértigo, presencia de enfermedad neurológica y el sexo. Se cuenta con tres variables, con cuatro grados de libertad, con un mínimo de 40 pacientes y un máximo de 80 de acuerdo a Concato y Feinstein (34).



ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Análisis descriptivo en el que se tomaron las variables continuas, se tomó la media con su desviación estándar y las variables categóricas por porcentajes y se hicieron análisis con un índice de confianza del 95 %. Se realizó la prueba de Shapiro Wilk para evaluar la normalidad de los residuos. De ser normales se usaría un correlación de Pearson y de no ser normal la distribución de los residuos una correlación de Spearman. Para evaluar el papel de las variables confusoras en la asociación se realizó un regresión lineal múltiple con el siguiente modelo: $HAD \sim DHI + \text{Presencia de comorbilidad} + \text{Sexo} + \text{Edad}$. Se llevaron a cabo todas las pruebas estadísticas con el programa R.

$HAD \sim DHI + \text{Presencia de comorbilidad} + \text{Sexo} + \text{Edad}$

Se realizó una prueba de concordancia en Kappa, con 20 sujetos, con un estimado de 0.63 (mínimo de 0.51, máximo de 0.81).



ÉTICA.

Este estudio se apegó a la Ley General de Salud de México en cuyo Título Quinto Capítulo único de investigación para la salud Artículo 100 referente a la investigación en seres humanos, que señala “los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica”.

La aplicación de escalas se considera dentro del apartado de investigación sin riesgo, según el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, no requiere de consentimiento informado. La aplicación de las escalas mencionadas no implica riesgo para el paciente, por lo que no se trasgreden las normas de la Conferencia de Helsinki de 1964 con la enmienda en la 64th WMA General Assembly, Fortaleza, Brasil de Octubre de 2013. Evaluado por el comité de postgrado de la especialidad, se sometió a evaluación por los Comités de Investigación y Ética en Investigación del HC.

Aun así, contamos con un formato de consentimiento informado.

RESULTADOS.

Se incluyeron 51 pacientes 18 de los cuales fueron del sexo masculino (35.3%) y 33 del sexo femenino (64.7%). El promedio de edad fue de 51.2 ± 16.3 años con un mínimo de edad de 18 y un máximo de edad de 88 años. El diagnóstico más común fue Vértigo Postural Paroxístico Benigno encontrado en 43 pacientes (84.3%), después fue la enfermedad de Ménière en cuatro pacientes (7.8%), la neuronitis vestibular se encontró en un paciente (1.9%) y otras en tres pacientes (5.8%).

Se encontró un promedio de HAD-A de 7.9 ± 5.2 con un mínimo de 0 y un máximo de 20. En cuanto a HAD-D se encontró un promedio de 4.8 ± 4.1 con un mínimo de 0 y un máximo de 15. EL DHI tuvo un promedio de 42.7 ± 5.2 con una mínima de 4 y una máxima de 92.

Del total de pacientes, 27 contaban con al menos una comorbilidad (52.9%) y veinticuatro pacientes no contaban con ninguna comorbilidad (47%). 17 pacientes contaban con solo una comorbilidad (33.3%). Cinco paciente referían DM2 (9.8%). 17 presentaban HAS (33.3%), cinco alguna enfermedad reumatológica (9.8%) y 9 pacientes padecían alguna otra enfermedad (17.6%).

Se encontró relación entre HAD-A y DHI ($p = < 0.01$), como se muestra en la Figura 1, así como entre HAD-A y edad ($p = < 0.001$), como aparece en la Figura 2. No se encontró relación de HAD-A y sexo ($p = > 0.05$), ni entre HAD-A y presencia de comorbilidades ($p = > 0.05$). Se encontró relación entre HAD-D y DHI ($p = < 0.001$), como se muestra en la Figura 3. No se encontró relación de HAD-D y sexo, así como entre HAD-D y edad ni con presencia de comorbilidades ($p = > 0.05$).

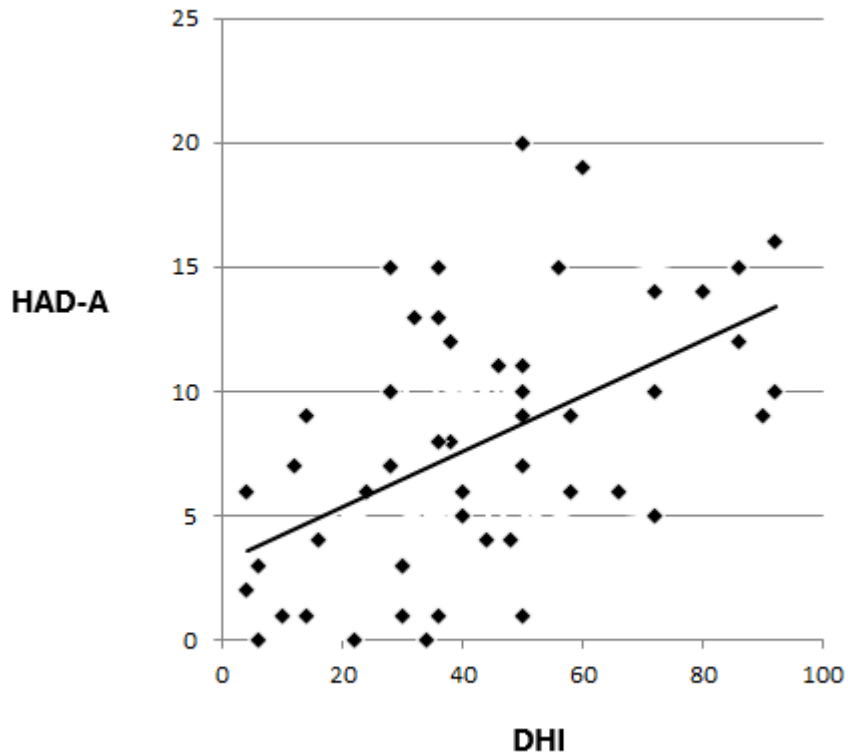


Figura 1. Relación entre HADS-A y DHI. Se observa una correlación positiva entre resultados más altos en el Inventario de Discapacidad por Vértigo y la subescala correspondiente a ansiedad (HADS-A) de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.

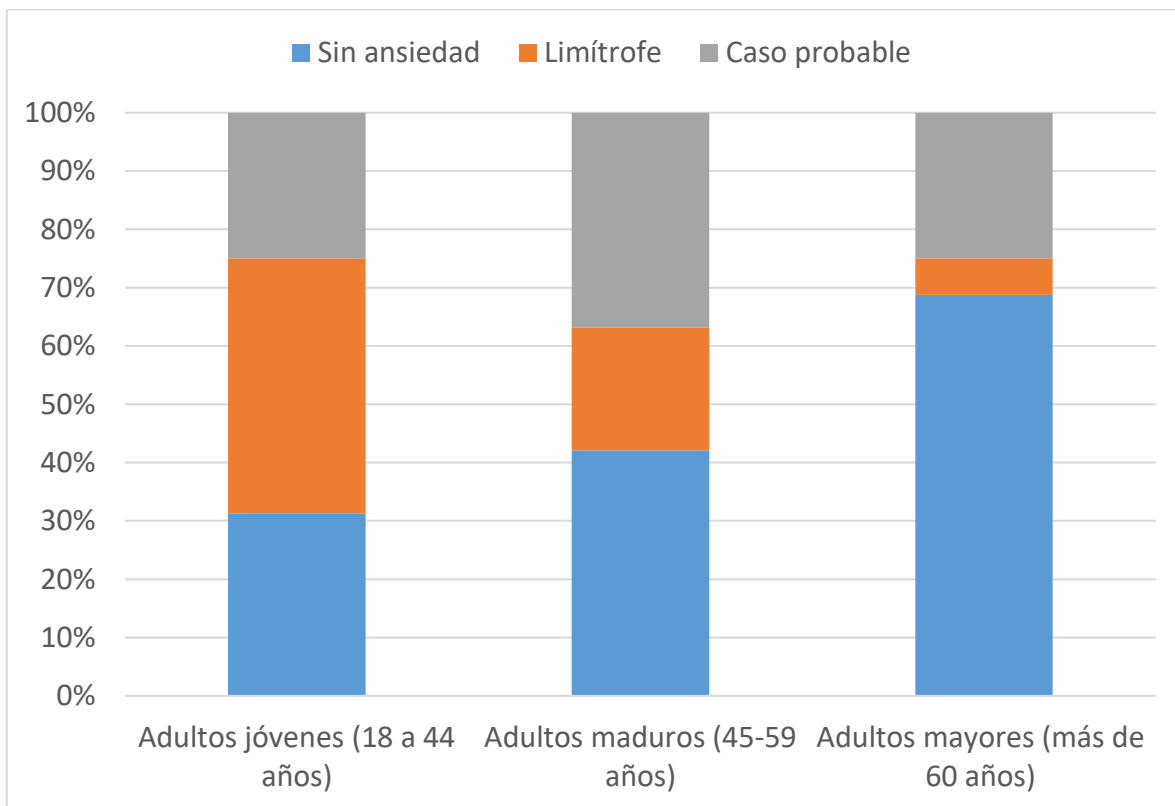
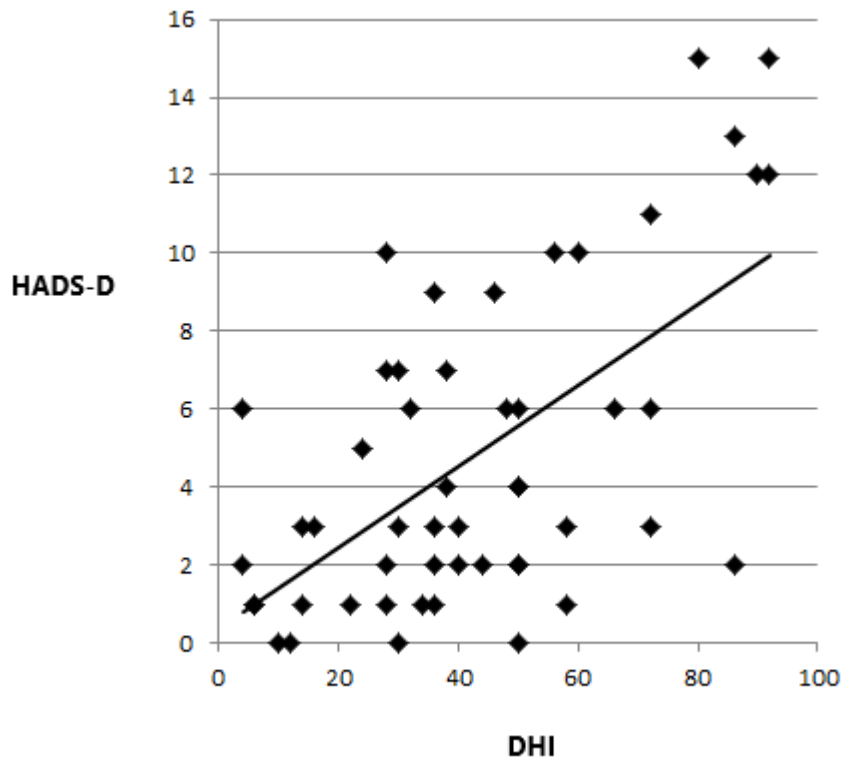


Figura 2. Relación entre grupo etario y resultados de la subescala HADS-A, en los que se observa que hay mayor presencia de sintomatología ansiosa en los pacientes clasificados como adultos jóvenes, en contraste con los adultos mayores.



Gráfica 3. Relación entre HADS-D y DHI. En éste diagrama también se aprecia una correlación positiva entre resultados más altos en el Inventario de Discapacidad por Vértigo y la subescala correspondiente a depresión (HADS-A) de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, si bien no es tan significativa como en el caso de la de ansiedad.

DISCUSIÓN.

El Inventario de Discapacidad por Vértigo es una escala que mide la severidad del vértigo de acuerdo a una escala subjetiva. Este instrumento posee la ventaja de que, a través de sus subescalas, permite una evaluación amplia del impacto de este padecimiento en tres ámbitos, los cuales son el funcional, el emocional y físico. Un estudio previo, realizado por Vélez León y colaboradores, mediante la aplicación de este inventario en mujeres con vértigo con el objetivo de evaluar cuál de estos tres ámbitos era el más afectado, encontró que la categoría que presentó con mayor frecuencia discapacidad severa fue la física en un 73,3% de pacientes, seguida del aspecto funcional en un 50% y, en menor medida, el aspecto emocional, con un 16,6% (22). Otro estudio, realizado en población mexicana, encontró que la discapacidad física fue el aspecto más frecuentemente afectado, con un 82%, seguido por la discapacidad funcional con 55% y la emocional, con 48% (32).

Si bien, en ambos estudios mencionados se observa una diferencia notoria entre el porcentaje de pacientes que reportaron un impacto emocional significativo, es consistente en ambos que este ámbito es el menos afectado, en comparación con el físico y el funcional. Sin embargo, esto no resta importancia a esta área, ya que las consecuencias emocionales del vértigo son un aspecto poco abordado de este padecimiento, y poseen consecuencias significativas en la evolución y pronóstico del mismo.

La subescala del inventario que evalúa el impacto emocional determina la presencia de sentimientos de temor, tristeza, frustración o vergüenza, específicamente relacionados con el vértigo, así como un posible impacto en las relaciones sociales, directamente asociado al padecimiento. Sin embargo, no es un instrumento diseñado para la exploración de sintomatología ansioso-depresiva, y el reportar la presencia de una respuesta emocional importante ante las síntomas y dificultades que genera el vértigo no necesariamente es sinónimo de la presencia de un trastorno por ansiedad o depresión. Para este estudio, utilizamos el Inventario de Discapacidad por Vértigo para evaluar de manera global la severidad de este

padecimiento, a través de la discapacidad por vértigo percibida por el mismo sujeto, con la puntuación total de las tres subescalas.

En este estudio, se encontró una relación entre los pacientes que padecían episodios más severos e incapacitantes de vértigo, y la presencia de sintomatología significativa en ambas subescalas de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). En la HADS, las puntuaciones mayores de 10 indican presencia de sintomatología ansioso-depresiva. Un resultado de 8-10 se considera limítrofe, y puntuaciones por debajo de 8 se interpretan como una ausencia de síntomas significativos (35). Del total de la población estudiada, un 49% tuvo datos de sintomatología ansiosa, y un 21.6% reportó síntomas depresivos en un grado significativo, en ambos casos se encontró relación con la severidad del vértigo. Asimismo es importante resaltar que en todos los pacientes que presentaban síntomas depresivos existía asimismo sintomatología ansiosa (Figura 4).

Estos resultados son consistentes con lo encontrado en estudios previos que compararon éstas escalas. Un estudio realizado en España por Cruz-Zorrilla y colaboradores, también utilizó las escalas HADS y DHI, evaluó la asociación entre estas escalas y el Cuestionario de Impacto Emocional del Vértigo (CIEV) y la escala de Severidad de Síntomas Vertiginosos (VSS). El estudio también encontró una prevalencia elevada de rasgos de ansiedad y depresión en una población con vértigo por causas diversas. De acuerdo con los autores, la gravedad y la discapacidad percibida por el paciente están principalmente influenciados por lo impredecible de los síntomas (36).

La presencia de síntomas de ansiedad en esta población puede ser multicausal y es posible abordarla desde distintas dimensiones. Se ha encontrado en estudios previos que existen vías neuronales compartidas, las cuales explican la frecuente presencia de síntomas como inestabilidad, mareo y vértigo en pacientes con trastornos de ansiedad. Por un lado, vías monoaminérgicas del sistema vestibular median los efectos de la ansiedad en la función vestibular; mientras que la red del núcleo parabraquial regula las respuestas emocionales a la interrupción de la función vestibular (32).

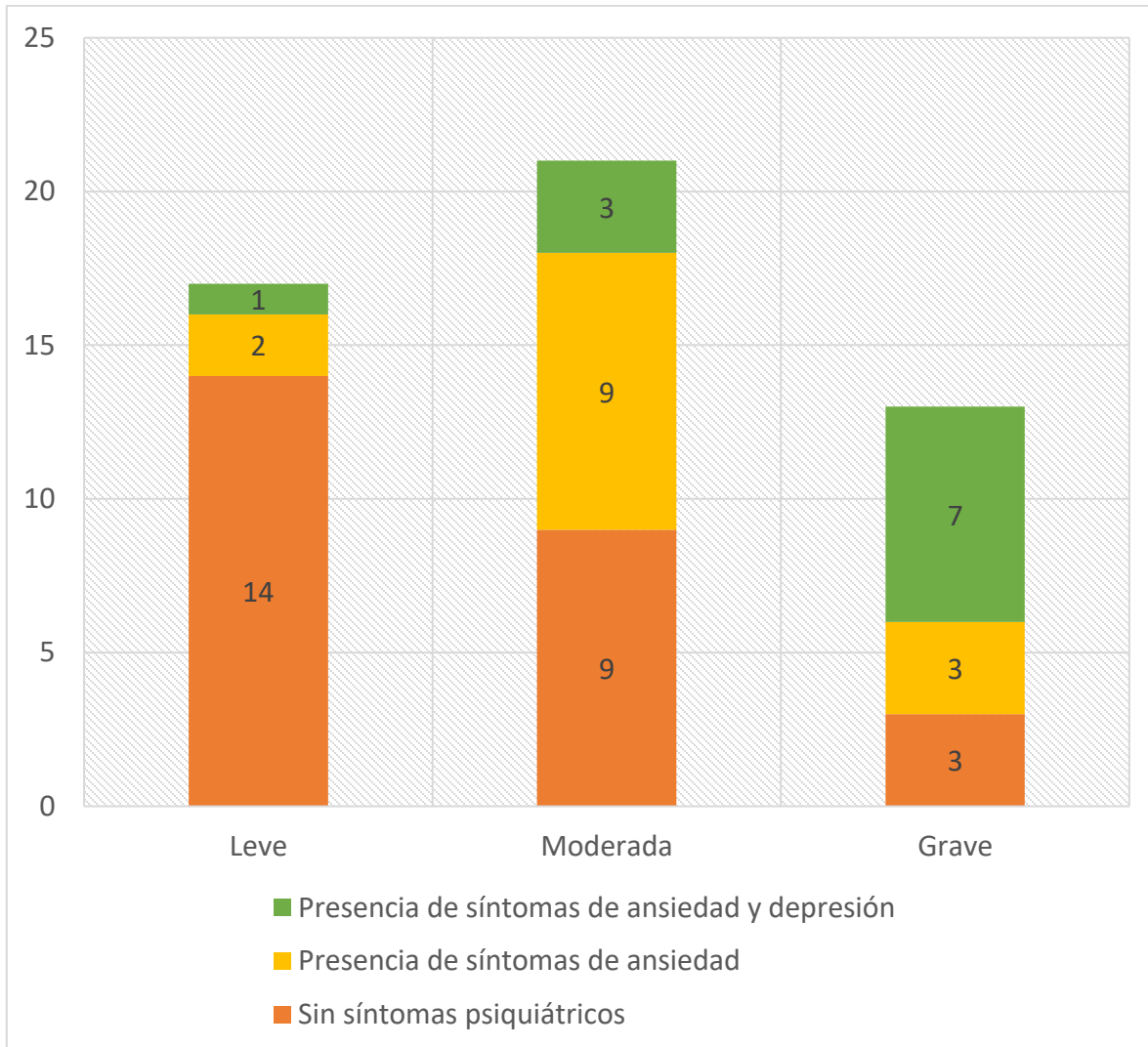


Figura 4. Prevalencia de sintomatología ansioso-depresiva, de acuerdo con la severidad del vértigo, clasificada en leve, moderada y grave. En el primer grupo (leve) es donde menos pacientes presentaron síntomas psiquiátricos. Se observa una mayor presencia de estos síntomas en las secciones correspondientes a los pacientes con vértigo de severidad moderada, y aún más en el grave. Destaca que en estos últimos grupos se encuentran afectados más de la mitad de los pacientes.

Asimismo, en los síndromes vertiginosos, la crisis suele desencadenarse de manera intensa y súbita, lo cual puede generar en el paciente un estado de temor constante. Los pacientes con vértigo postural paroxístico, que conformaron el 84.3% de nuestra población estudiada, se enfrentan a un síntoma de inicio imprevisto y repentino, usualmente desencadenado por movimientos cotidianos de la cabeza, lo anterior provoca una profunda limitación física y un impacto significativo en los pacientes, su calidad de vida, e incluso en su respuesta al tratamiento. Por el miedo al paroxismo, los pacientes generalmente no se atreven a intentar sus actividades diarias y pueden depender de un cuidador (32).

No encontramos relación con base en el sexo o el diagnóstico específico del paciente, pero sí se observó una relación con la edad, con una mayor presencia de sintomatología ansiosa en pacientes más jóvenes. Esto puede estar relacionado a que la población de este grupo etario es por lo general autónoma, los individuos son capaces de realizar sus actividades cotidianas y trabajar, y esto puede verse abruptamente limitado debido al vértigo, causando incertidumbre ante el futuro. Aun así, un aspecto importante a tomar en cuenta respecto a lo anterior es que las enfermedades psiquiátricas pueden presentarse de maneras distintas en diferentes momentos de la vida. Una revisión sistemática llevada a cabo por Therrien y colaboradores, con el objetivo de evaluar las escalas de medición de ansiedad en adultos mayores, encontró que la gran mayoría de escalas no tenían la misma precisión cuando se usaban en este grupo etario (37); esto puede explicarse en parte debido a que los trastornos de ansiedad en estos pacientes pueden manifestarse con síntomas diferentes a los encontrados en otros grupos. Asimismo, se ha observado que los pacientes de mayor edad pueden mostrarse más renuentes a hablar de este tipo de síntomas, debido a que antes existía un estigma aún mayor hacia los padecimientos psiquiátricos (38).

Se encontró una relación significativa entre una mayor severidad del vértigo con la presencia de síntomas depresivos. Estos síntomas, aunque no fueron tan comunes como los de ansiedad, también están presentes de forma importante. Según datos



de la OMS, la depresión se encuentra en aproximadamente un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años (39). Sin embargo, estudios previos han detectado que la prevalencia de depresión en pacientes con mareo inespecífico alcanza hasta un 45.7%, y específicamente en pacientes con vértigo debido a enfermedad de Ménière, llega a ser del 40 al 60% (40).

Considerando lo anterior, es importante que no utilizamos la escala HADS con el objetivo de establecer un diagnóstico psiquiátrico, sino como una herramienta de detección útil para detectar síntomas psiquiátricos en los dos dominios más relevantes en pacientes con vértigo. De acuerdo a los resultados obtenidos, podemos considerar que los pacientes con vértigo manifiestan problemas emocionales, como la ansiedad y la depresión, que se relacionan directamente con el grado del vértigo.

LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN.

En el presente estudio utilizamos el Inventario de Discapacidad por Vértigo para evaluar de manera global la severidad de este padecimiento, por lo que una de las principales limitaciones es el tener una escala que toma en cuenta datos subjetivos, explorando las emociones, y relacionarla con una escala que también mide aspectos similares, ya que esto puede crear el sesgo de relacionar dos elementos muy parecidos, en la que un paciente con un mayor impacto emocional debido al vértigo aparecería en los resultados con un vértigo más severo.

Aunado a lo anterior, la subescala de funcionalidad determina la presencia de conductas evitativas. Estas pueden ser especialmente incapacitantes y se deben a la ansiedad ante la posibilidad de presentar un episodio de vértigo en una situación en la que no haya apoyo disponible, por ello, el paciente limita viajes, evita participar en actividades de ocio y las alturas. Debido a lo anterior, un paciente que experimente mayor ansiedad ante la posibilidad de presentar episodios de vértigo, tendrá una puntuación más alta en el resultado global del inventario. Aunque es importante tener lo anterior en cuenta, es necesario resaltar que aunque el Inventario de Discapacidad por Vértigo permite identificar la presencia de un impacto emocional debido al padecimiento, no es una herramienta específicamente diseñada para detectar síntomas de ansiedad y depresión, el cual es el objetivo del presente estudio.

El Inventario de Discapacidad por Vértigo es una escala que toma en cuenta aspectos subjetivos de la experiencia del paciente, y la manera en la que percibe las consecuencias de su padecimiento. Una posible ventaja de esta característica, es que podemos considerar que, aunque puede haber otras circunstancias vitales, la sintomatología ansioso-depresiva detectada en la segunda escala está relacionada más específicamente al vértigo.

Una limitación importante es que el tamaño de la muestra es pequeño, por lo que no podemos generalizar los resultados. Por otro lado, este estudio no cuenta con una variedad en las causas de vértigo, fuera de algunas excepciones, la gran mayoría tenía diagnóstico de vértigo postural.



Investigaciones futuras podrían beneficiarse de un estudio a mayor escala, dirigido a evaluar y comparar distintos resultados al valorar una gama más amplia de distintos síndromes vertiginosos, así como de utilizar escalas de evaluación más amplias o la realización de una entrevista estructurada dirigida a establecer un diagnóstico de ansiedad o depresión, considerando también otras variables que influyen resultados clínicos. Asimismo, es importante tomar en cuenta que la rehabilitación vestibular puede tener un impacto importante en la mejoría, no solo de los síntomas de vértigo, sino también en los síntomas psiquiátricos, por lo que un estudio prospectivo que evalúe estos mismos aspectos en distintos momentos del tratamiento del paciente, permitiría una mejor comprensión de cómo se interrelacionan estos padecimientos.

CONCLUSIONES.

El vértigo es un padecimiento que impacta profundamente distintas dimensiones de la vida del paciente. La severidad del mismo es uno de los principales factores que afectan el estado emocional del individuo, esto también podría estar relacionado con la percepción que el paciente tiene de su enfermedad y el temor generado por lo impredecible de los síntomas. Esta experiencia está asociada de manera importante con la aparición de síntomas psiquiátricos, sobre todo ansiedad.

De acuerdo con lo estudiado, los síndromes vertiginosos se asocia a una mayor probabilidad de presentar síntomas ansioso-depresivos, y estos están directamente relacionados con la severidad del vértigo. Tanto la depresión como la ansiedad afectan la capacidad del paciente para experimentar motivación, lo cual limita su capacidad para llevar a cabo su autocuidado. Esto es muy importante, ya que rehabilitación en pacientes con vértigo requiere de planes y estrategias con participación activa del paciente, como es el caso de los ejercicios vestibulares en caso del VPPB.

Muchas veces, los síntomas psiquiátricos no son considerados ni explorados en la práctica cotidiana. El reconocer el impacto emocional generado por la incapacidad y limitación funcional, así como el detectar de manera temprana la posibilidad de un síndrome psiquiátrico debe ser fundamental, ya que se ha demostrado con anterioridad que estos factores tienen influencia en la evolución, el tratamiento y el pronóstico. La detección temprana de estos síntomas de un permite que se pueda instalar un tratamiento y seguimiento oportunos, previniendo así que estos síntomas se vuelvan crónicos, evitando así un mayor deterioro de la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Young P, Castillo-Bustamante M, J Almirón C, E. Bruetman J, C. Finn B, A. Ricardo M, et al. Enfoque del paciente con vértigo. *MEDICINA*. 2018;78(6):410–6.
2. Breinbauer HA. EVALUACIÓN VESTIBULAR EN 2016. PUESTA AL DÍA. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2016 Nov;27(6):863–71.
3. Bisdorff A, Bosser G, Gueguen R, Perrin P. The Epidemiology of Vertigo, Dizziness, and Unsteadiness and Its Links to Co-Morbidities. *Frontiers in Neurology*. 2013;4.
4. Sauma Rodríguez J, Villalobos Garita A. “MANEJO DEL VÉRTIGO EN LA MEDICINA GENERAL” (Revisión Bibliográfica). *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA*. 2007;64(579):107–11.
5. Alcalá Villalón T, Lambert García M, Suárez Landrean A. Enfoque clínico del vértigo desde la Atención Primaria de Salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2014;13(3):394–405.
6. Post RE, Dickerson LM. Dizziness: A Diagnostic Approach. *American Family Physician* [Internet]. 2010;82(4):361–8. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2010/0815/p361.html>
7. Derebery J. Diagnóstico y tratamiento del vértigo. *Rev Cubana Med*. 2000; 39(4), 238-253.
8. Murillo González F, Viquez Pineda ZM. Vertigo: una visión otorrinolaringológica para la medicina general. *Acta Médica Costarricense*. 2009 Jun 1;44(1).
9. Kaylie D. Mareo y vértigo [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD; 2019. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-otorrinolaringol%C3%B3gicos/abordaje-del-paciente-con-problemas-auditivos/mareo-y-v%C3%A9rtigo>
10. L H, Sirmans SM, James E. Dizziness: Approach to Evaluation and Management. *American Family Physician* [Internet]. 2017;95(3):154–62. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2017/0201/p154.html>
11. Silva C, Amorim AM, Paiva A. Benign Paroxysmal Positional Vertigo – A Review of 101 Cases. *Acta Otorrinolaringologica (English Edition)*. 2015 Jul;66(4):205–9.
12. Salmito MC, Morganti LOG, Nakao BH, Simões JC, Duarte JA, Ganança FF. Vestibular migraine: comparative analysis between diagnostic criteria. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2015 Sep;81(5):485–90.

13. Morganti LOG, Salmito MC, Duarte JA, Sumi KC, Simões JC, Ganança FF. Vestibular migraine: clinical and epidemiological aspects. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2016 Jul;82(4):397–402.
14. Gutiérrez-Márquez A, Jáuregui-Renaud K, Viveros-Renteria L, Villanueva-Padrón LA. Discapacidad por enfermedad auditiva y vestibular en un centro de atención especializada. *Gaceta Médica de México*. 2005;141(2):105–10.
15. Pérez Alcázar M. Vértigo y mareo. Equilibrio difícil. *Farmacia Profesional* [Internet]. 2002 Mar 1;16(3):78–81. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-vertigo-mareo-equilibrio-dificil-13028025#:~:text=Las%20causas%20de%20la%20aparici%C3%B3n>
16. Grunfeld EA, Gresty MA, Bronstein AM, Jahanshahi M. Screening for depression among neuro-otology patients with and without identifiable vestibular lesions. *International Journal of Audiology* [Internet]. 2003 Apr 1 [cited 2021 Apr 18];42(3):161–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12705781/>
17. Kimura Y, Tsunoda A, Tanaka K, Anzai T, Ikeda K, Tsunoda R, et al. Burden of vertigo at home: Risks for patients with vertigo. *Journal of International Medical Research*. 2020 Jun;48(6): 1–7.
18. Kim SK, Kim YB, Park I-S, Hong SJ, Kim H, Hong SM. Clinical Analysis of Dizzy Patients with High Levels of Depression and Anxiety. *Journal of Audiology and Otology*. 2016 Dec 20;20(3):174–8.
19. Ozdilek A, Yalinay Dikmen P, Acar E, Ayanoglu Aksoy E, Korkut N. Determination of Anxiety, Health Anxiety and Somatosensory Amplification Levels in Individuals with Benign Paroxysmal Positional Vertigo. *The Journal of International Advanced Otology*. 2019 Dec 19;15(3):436–41.
20. Yuan Q, Yu L, Shi D, Ke X, Zhang H. Anxiety and Depression Among Patients With Different Types of Vestibular Peripheral Vertigo. *Medicine*. 2015 Feb;94(5):e453.
21. Kozak HH, Dündar MA, Uca AU, Uğuz F, Turgut K, Altaş M, et al. Anxiety, Mood, and Personality Disorders in Patients with Benign Paroxysmal Positional Vertigo. *Archives of Neuropsychiatry* [Internet]. 2018 Mar 19 [cited 2021 Oct 24];55(1):49–53. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6045803/#:~:text=It%20has%20been%20suggested%20that>
22. Vélez V, Gutiérrez VL, Escobar C, Ramirez-Velez R. Relationship between health-related quality of life and disability in women with peripheral vértigo. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 2010. 61(4):255–261.

23. Mendel B, Bergenius J, Langius A. Dizziness symptom severity and impact on daily living as perceived by patients suffering from peripheral vestibular disorder. *Clinical Otolaryngology and Allied Sciences*. 1999 Aug;24(4):286–93.
24. Montero Monterroso JL, Pérula de Torres LÁ, Larrea Barroso MJ. Mareo y su relación con la ansiedad y la depresión en un servicio de urgencias de atención primaria. *Atención Primaria*. 2006 Sep;38(4):200–5..
25. Eckhardt-Henn A, Best C, Bense S, Breuer P, Diener G, Tschan R, et al. Psychiatric comorbidity in different organic vertigo syndromes. *Journal of Neurology*. 2008 Mar;255(3):420–8.
26. Staab JP, Ruckenstein MJ. Which comes first? psychogenic dizziness versus otogenic anxiety. *The Laryngoscope*. 2010 Sep 3;113(10):1714–8.
27. Chen Z-J, Chang C-H, Hu L-Y, Tu M-S, Lu T, Chen P-M, et al. Increased risk of benign paroxysmal positional vertigo in patients with anxiety disorders: a nationwide population-based retrospective cohort study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2016 Jul 15 [cited 2020 Jan 10];16(1). Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0950-2>
28. Balaban CD, Jacob RG, Furman JM. Neurologic bases for comorbidity of balance disorders, anxiety disorders and migraine: neurotherapeutic implications. *Expert Rev Neurotherap*. 2011;11:379–394
29. Wei W, Sayyid ZN, Ma X, Wang T, Dong Y. Presence of Anxiety and Depression Symptoms Affects the First Time Treatment Efficacy and Recurrence of Benign Paroxysmal Positional Vertigo. *Frontiers in Neurology*. 2018 Mar 21;9.
30. Noguera Orozco MJ, Pérez Terán B, Barrientos Casarrubias V, Robles García R, Sierra Madero JG. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por vih. *Psicología Iberoamericana*. 2013 Dec 31;21(2):29–37.
31. Terol-Cantero MC, Cabrera-Perona V, Martín-Aragón M. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología*. 2015 Apr 25;31(2):494.
32. Zhu C, Li Y, Ju Y, Zhao X. Dizziness handicap and anxiety depression among patients with benign paroxysmal positional vertigo and vestibular migraine. *Medicine* [Internet]. 2020 Dec 24 [cited 2021 Aug 24];99(52):e23752. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33350759/>
33. Ceballos Lizárraga R, Vargas Aguayo AM. Aplicación y utilidad del Dizziness Handicap Inventory en pacientes con vértigo del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. *Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC*. 2004;49(4):176–83.



34. Kramer MS, Feinstein AR. Clinical biostatistics. LIV. The biostatistics of concordance. *Clin Pharmacol Ther.* 1981 Jan;29(1):111–23.
35. De Las Cuevas Castresana C., García-Estrada Pérez A, González De Rivera J. "Hospital Anxiety and Depression Scale" y Psicopatología Afectiva. *Anales de Psiquiatría.* 1995; 11, 126-130.
36. Cruz-Zorrilla GE, Pérez-Fernández N, Hernández-Palestina M, Carrillo-Mora, P. Vértigo: correlación entre los indicadores objetivos y subjetivos de gravedad, incapacidad y limitación funcional. *Anales de Otorrinolaringología Mexicana.* 2014; 59, 181-186.
37. Therrien Z, Hunsley J. Assessment of anxiety in older adults: A systematic review of commonly used measures. *Aging & Mental Health.* 2012 Jan;16(1):1–16.
38. Symptoms | Anxiety and Depression Association of America, ADAA [Internet]. adaa.org. [cited 2022 Feb 10]. Available from: <https://adaa.org/living-with-anxiety/older-adults/symptoms>
39. OMS. Depresión. Diciembre 2021, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Generalidades,personas%20tienen%20depresi%C3%B3n%20\(1\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Generalidades,personas%20tienen%20depresi%C3%B3n%20(1))
40. Ahmadzai N, Cheng W, Wolfe D, Bonaparte J, Schramm D, Fitzpatrick E, et al. Pharmacologic and surgical therapies for patients with Meniere's disease: a protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews.* 2019 Dec;8(1).

ANEXOS.

Cuestionario de Vértigo: Dizziness Handicap Inventory (DHI)

(Jacobson GP, Newman CW. The development of the Dizziness Handicap Inventory. Arch Otolaryngol Head Neck Sur. 1990;116:424-427)

Instrucciones: El propósito de ésta escala es identificar las dificultades que Vd. pueda experimentar debido a su vértigo o falta de equilibrio. Por favor conteste “sí”, “no” o “a veces” a cada pregunta. Conteste a cada una de las preguntas según se refieran al problema de su vértigo o falta de equilibrio.

P1. ¿Levantar la vista aumenta su problema?

E2. ¿Se siente frustrado a causa de su problema?

F3. A causa de su problema ¿decide limitar sus viajes de negocios o de ocio?

P4. ¿Caminar por el pasillo de un supermercado aumenta su problema?

F5. A causa de su problema ¿experimenta dificultades al acostarse y levantarse de la cama?

F6. ¿Su problema limita de forma significativa su participación en actividades de ocio tales como cenar fuera de casa, ir al cine, ir a bailar o ir a fiestas?

F7. A causa de su problema ¿experimenta dificultades al leer?

P8. ¿Realizar actividades más exigentes tales como hacer deporte, bailar, o realizar trabajos domésticos (por ejemplo barrer o recoger platos) aumenta su problema?

E9. A causa de su problema ¿tiene miedo a salir de casa sin que alguien le acompañe?

E10. A causa de su problema ¿ha sentido vergüenza delante de otro?

P11. ¿Los movimientos rápidos de cabeza aumentan su problema?

F12. A causa de su problema ¿evita las alturas?

P13. ¿Aumenta su problema darse la vuelta en la cama?

F14. A causa de su problema ¿le resulta difícil realizar trabajos domésticos agotadores?



E15. A causa de su problema ¿tiene miedo a que la gente piense que está ebrio?

F16. A causa de su problema ¿le resulta difícil pasear sólo?

P17. ¿Caminar por la cera aumenta su problema?

E18. A causa de su problema ¿le resulta difícil concentrarse?

F19. A causa de su problema ¿le resulta difícil caminar por su casa a oscuras?

E20. A causa de su problema ¿tiene miedo a quedarse sólo en casa?

E21. A causa de su problema ¿se siente incapacitado?

E22. ¿Su problema ha dificultado las relaciones con sus familiares y amigos?

E23. A causa de su problema ¿se siente deprimido?

F24. ¿Influye negativamente su problema en sus responsabilidades domésticas o laborales?

P25. ¿Aumenta su problema al agacharse?

"si": 4 puntos; "a veces": 2 puntos; "no": 0 puntos

Total*:.....



Escala De Ansiedad Y Depresión Hospitalaria

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

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

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0. Ciertamente, igual que antes
1. No tanto como antes
2. Solamente un poco
3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3. Sí, y muy intenso
2. Sí, pero no muy intenso
1. Sí, pero no me preocupa
0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado positivo de las cosas:

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

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando



0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

3. Nunca

2. Muy pocas veces

1. En algunas ocasiones

0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

0. Siempre

1. A menudo

2. Raras veces

3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3. Gran parte del día

2. A menudo

1. A veces

0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:

0. Nunca

1. Sólo en algunas ocasiones

2. A menudo

3. Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3. Completamente

2. No me cuido como debería hacerlo

1. Es posible que no me cuide como debiera



0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

- 3. Realmente mucho
- 2. Bastante
- 1. No mucho
- 0. Nunca

D.6. Espero las cosas con ilusión:

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

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

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

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

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

Total*: _____

*Las puntuaciones mayores de 10 se consideran indicativas de morbilidad. Una puntuación de 8-10 se interpreta como caso borderline o fronterizo, y las puntuaciones inferiores a 8 indican ausencia de morbilidad significativa.



ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA CON INTERVENCIÓN DE BAJO RIESGO

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE HOSPITAL CENTRAL “DR. IGNACIO MORONES PRIETO” DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

PACIENTE ADULTO

TÍTULO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	
Relación de la severidad del vértigo periférico crónico y los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes del Hospital Central	
Nº REGISTRO DEL PROTOCOLO AUTORIZADO ANTE EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN	PERIODO DE EJECUCIÓN DEL PROTOCOLO AUTORIZADO
59-21	24 de agosto 2021 – 24 de agosto 22
INVESTIGADOR PRINCIPAL	ADSCRIPCIÓN DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL
Dra. María Fernández Olvera	Departamento de Otorrinolaringología División de Cirugía Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”
CO-INVESTIGADOR	ADSCRIPCIÓN DEL CO-INVESTIGADOR
Dr. César Guillermo González Salinas	Departamento de Psiquiatría División de Medicina Interna Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”
FECHA DE LA PRESENTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Nº DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	

El Departamento de Otorrinolaringología del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto está realizando la investigación mencionada, con el objetivo de aplicar el Inventario de la Discapacidad por Vértigo y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria a los pacientes con vértigo crónico, este estudio se realizará en las instalaciones del hospital antes mencionado. Si usted acepta participar en el estudio le pediremos que responda una serie de preguntas sobre su diagnóstico y su estado de ánimo, en el área de Consulta Externa.

Información para el paciente

El vértigo es una de las causas más frecuentes de consulta médica. Es una alucinación de movimiento, de la persona o el entorno, y es provocado por alteraciones de diversos sistemas del organismo. Es un síntoma frecuente y puede producir disminución en la calidad de vida de los pacientes que lo presentan, ya que los ataques de vértigo son impredecibles y perturban las actividades diarias. El propósito del presente estudio es investigar la presencia y severidad de síntomas

de ansiedad y depresión en pacientes con vértigo periférico crónico, y su relación con la severidad de éste último. Existen herramientas que permiten determinar la presencia de la sintomatología típica, y pueden ayudar a detectar casos de estos padecimientos, que podrían estar pasando desapercibidos. El Dizziness Handicap Inventory se trata de un cuestionario diseñado para evaluar el impacto del vértigo en la vida diaria, desde la perspectiva del propio paciente, mientras que la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria consta de dos subescalas para detectar síntomas de depresión y ansiedad.

Procedimientos a los que se someterá la paciente.

Usted ha sido invitado a participar en este estudio porque fue diagnosticado con alguna forma de vértigo periférico crónico. Su participación en este estudio de investigación es completamente voluntaria y si usted acepta participar, en el estudio de investigación, le pediremos que lea cuidadosamente el presente documento de consentimiento informado y que haga todas las preguntas necesarias al médico investigador responsable, la Dra. María Fernández Olvera, para que pueda resolver sus dudas.

Las escalas son una serie de preguntas, éstas están orientadas a evaluar sus síntomas, el Inventario de Discapacidad por Vértigo nos permite conocer más respecto a cómo este síntoma le afecta en su vida cotidiana, mientras que la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria es para detectar síntomas de estos padecimientos psiquiátricos. Así también, sería necesario obtener información de su expediente. Cuando ya no tenga alguna duda con respecto a lo que se hará en este estudio, le pediremos que firme su aceptación de participar, al final de este documento y nos de su autorización para recabar información, a través de la aplicación de escalas que permitirán valorar la severidad de sus síntomas, así como la posibilidad de presentar ansiedad o depresión.

Beneficios para el paciente:

Un beneficio puede ser que se buscará intencionadamente la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, los cuales pueden ser más frecuentes en pacientes con vértigo. De encontrarlos datos importantes de un padecimiento psiquiátrico severo, se canalizará con el departamento de psiquiatría. Además, estará colaborando con el área de investigación de los Departamentos de Otorrinolaringología y Psiquiatría del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, para detectar de manera más temprana los trastornos ansiosos y depresivos relacionados con el vértigo periférico crónico

Beneficios para la sociedad:

Este estudio de investigación ayudará a poder establecer una nueva manera de complementar el diagnóstico temprano de los problemas mentales relacionados con el vertigo, para conocer mejor las necesidades de los usuarios de estos servicios, y brindar una atención mejorada y más completa, y ayudar a prevenir las complicaciones debidas al desarrollo de trastornos psiquiátricos.



Potenciales riesgos para el paciente:

Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir incómodo, tiene el derecho de no responderla. El personal que realiza el estudio está altamente capacitado. En el caso de que existiera algún daño secundario generado por la investigación, es necesario hacerlo saber para que ocurran las medidas pertinentes. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio y tampoco implicará un costo hacia su persona.

Confidencialidad.

La información personal y médica obtenida de usted en este estudio es de carácter confidencial y será utilizada únicamente por el equipo de investigación de este proyecto para analizar y complementar los resultados obtenidos y no estará disponible para ningún otro propósito. Esta información se conjuntará con la de otros participantes para realizar el presente estudio. Con la finalidad de mantener el anonimato, se le asignará un código para el uso de sus datos. Todos sus datos serán confidenciales. Se dará la debida confidencialidad con un código numérico en estos documentos, sin la publicación, identificación o divulgación de sus datos personales. Los datos que se publiquen serán de manera científica.

De acuerdo a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y a Ley de Protección de Datos Personales del estado de San Luis Potosí, sus datos personales no podrán tratarse, transferirse o utilizarse para fines no descritos expresamente en este documento, a menos que sea estrictamente necesario para el ejercicio y cumplimiento de las atribuciones y obligaciones expresamente previstas en las normas que regulan la actuación de los investigadores responsables del estudio; se dé cumplimiento a un mandato legal; sea necesarios por razones de seguridad pública, orden público, salud pública o salvaguarda de derechos de terceros.

Cualquier otro uso que se requiera para el uso de sus datos o análisis o manejo de sus muestras y/o resultados de los análisis que se describen en este documento, deberá ser informado y solicitado con la debida justificación al Comité de Ética en Investigación de este Hospital, quien determinará la pertinencia de la solicitud y en su caso, autorizará un uso diferente para sus datos, muestras y/o productos derivados de sus muestras y/o resultados. Siempre en apego a los lineamientos y normas legislativos nacionales e internacionales y en beneficio y protección de la integridad de los actores participantes.

Existen instituciones u organismos mexicanos como la Secretaría de Salud, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos sanitarios (COFEPRIS), la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOETICA) o incluso el Comité de Ética en Investigación (CEI) de este hospital, que se encargan de vigilar el buen manejo de los datos personales y médicos que usted y los demás pacientes han autorizado para que sean utilizados en la realización de estudios de investigación como el



presente. Estas instituciones u organismos pueden solicitar en cualquier momento a los investigadores de este estudio, la revisión de los procedimientos que se realizan con su información y con sus mediciones, con la finalidad de verificar que se haga un uso correcto y ético de los mismos; por lo que podrán tener acceso a esta información que ha sido previamente asignada con un código de identificación, cuando así lo requieran.

Participación o retiro:

Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria y usted ha sido invitada a participar debido a las características de su enfermedad. La participación en este estudio es absolutamente voluntaria y usted ha sido seleccionada aleatoriamente. Usted está en la libertad de negarse a participar y en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el consentimiento que ahora firma. Su decisión de participar o no, no afectará de ninguna forma el trato que reciba en la Institución.

Si decide terminar su participación en este estudio, deberá comunicarlo a la **Dra. María Fernández Olvera, al Dr. César Guillermo González Salinas o a la Dra. Roxana Gabriela Jiménez Arrieta**, quienes le proporcionarán un documento (formato) muy sencillo en el que usted pondrá algunos de sus datos e indicará que ya no desea participar en el estudio. Su decisión de participar o no, no afectará de ninguna forma el trato médico que reciba en la institución para su enfermedad.

Se le entregará copia de este consentimiento informado donde se incluyen los datos del responsable de este estudio y del Comité de Ética en investigación de este hospital para aclarar cualquier duda que pudiese surgir.

Consideraciones Éticas:

Este estudio se considera de bajo riesgo debido ya que los investigadores responsables de este estudio no tomarán decisiones referentes a su tratamiento y únicamente le solicitarán los autorice a realizar las escalas mencionadas. Se le entregará una copia de este consentimiento informado, firmada por el investigador responsable donde se incluyen sus datos de contacto y los datos del Comité de Ética en Investigación de este hospital para aclarar cualquier duda que pudiese surgir.

Compromiso de respuesta a preguntas y dudas:

Para realizar cualquier pregunta, duda o aclaración sobre este estudio, usted puede comunicarse con:

Dra. María Fernández Olvera

Departamento de Otorrinolaringología
Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto"
Av. Venustiano Carranza 2395,
Col. Zona Universitaria, San Luis Potosí, S.L.P., C.P. 78290,



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Medicina
Tesis para obtener el Diploma de la Especialidad en Psiquiatría

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a sus derechos como participante en el estudio de investigación, también puede ponerse en contacto con una persona no involucrada con el equipo de investigadores de este estudio:

Dr. Juan José Ortiz Zamudio

Presidente del Comité de Ética en Investigación
Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”
Av. Venustiano Carranza 2395,
Col. Zona Universitaria, San Luis Potosí, S.L.P., C.P. 78290,



Aceptación del documento de Consentimiento Informado

Si usted desea participar de manera voluntaria en esta investigación, por favor proporcione su nombre, firma y fecha este documento en los espacios proporcionados en la parte inferior. Su firma significa que usted acepta lo siguiente:

1. Se me ha dado la información completa y adecuada en forma verbal y por escrito sobre el objetivo del estudio y me han explicado los riesgos y beneficios de participar en lenguaje claro.
2. Se me ha informado que puedo retirar mi consentimiento y terminar mi participación en este estudio en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención médica.
3. Es mi responsabilidad preguntar para aclarar cualquier punto que no entienda en relación a mi participación en este estudio. He hecho todas las preguntas a la persona que realiza el proceso de consentimiento y he recibido respuestas satisfactorias.
4. No he ocultado o distorsionado cualquier condición médica actual o cualquier antecedente médico relacionado con mi salud. He respondido todas las preguntas en relación a mi salud en forma precisa y verdadera.
5. Soy mayor de edad y legalmente capaz de dar este consentimiento.
6. Acepto participar en este estudio de manera voluntaria sin que me haya presionado u obligado. Entiendo que mi negación a participar o la discontinuación de mi participación en cualquier momento, no implicará penalidad o pérdida de beneficios a los que de otra forma tengo derecho.
7. Entiendo y estoy de acuerdo en que la información obtenida a partir del presente estudio puede ser utilizada para la publicación de estos resultados con fines académicos como parte de la divulgación científica y como apoyo a la práctica clínica, pero que en todo momento se utilizará un código asignado para mantener mi anonimato y la confidencialidad de mis datos.
8. Me han explicado que la información personal y clínica que he consentido en proporcionar, conservará mi privacidad y que se utilizará solo para los fines que deriven de este estudio.
9. Los investigadores que participan en este proyecto se han comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio en el momento en el que lo solicite y me entregarán una copia de este documento de consentimiento informado.

Por medio del presente documento de consentimiento informado acepto participar en el estudio médico denominado "Relación de la severidad del vértigo periférico crónico y los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes del Hospital Central" de manera libre y voluntaria.



Autorización para informar a mi médico tratante de mi participación en este estudio de investigación y para que mis resultados sean incluidos en mi expediente clínico.

Se le solicita que indique su acuerdo o desacuerdo para que los investigadores responsables de este estudio de investigación le informen a su médico tratante, la Dra. María Fernández Olvera, que ha aceptado participar en este estudio con el número de registro _____ ante el CEI de este hospital y para que los resultados obtenidos sean incluidos en su expediente clínico para que puedan ser utilizados como referencia para su tratamiento por su médico tratante. Marque con una X su respuesta:

____ Sí, doy mi autorización a los investigadores para que informen a mi médico tratante de mi participación en este estudio de investigación y para que se incluyan mis resultados en mi expediente, de acuerdo a lo anterior mencionado y como me han explicado.

____ No doy mi autorización a los investigadores para que informen a mi médico tratante de mi participación en este estudio de investigación y para que se incluyan mis resultados en mi expediente, de acuerdo a lo anterior mencionado y como me han explicado.

Por medio del presente documento de consentimiento informado acepto participar en el estudio de investigación denominado **“Relación de la severidad del vértigo periférico crónico y los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes del Hospital Central”** de manera libre y voluntaria.

NOMBRE DEL PACIENTE	FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL PACIENTE
FECHA DE LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (si es necesario)	FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL
FECHA DE LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	PARENTESCO



DIRECCIÓN / TELÉFONO DE CONTACTO DEL REPRESENTANTE LEGAL	

NOMBRE DEL TESTIGO 1		FIRMA DEL TESTIGO 1	
FECHA		PARENTESCO	
DIRECCIÓN / TELÉFONO DE CONTACTO DEL TESTIGO 1			

NOMBRE DEL TESTIGO 2		FIRMA DEL TESTIGO 2	
FECHA		PARENTESCO	
DIRECCIÓN / TELÉFONO DE CONTACTO DEL TESTIGO 2			

Dra. Roxana Gabriela Jiménez Arrieta (nombre y firma de quien obtiene el consentimiento informado) INVESTIGADOR PARTICIPANTE EN EL PROTOCOLO

Dra. María Fernández Olvera	Dr. César Guillermo González Salinas
------------------------------------	---



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Medicina
Tesis para obtener el Diploma de la Especialidad en Psiquiatría

<p>INVESTIGADOR PRINCIPAL Departamento de Otorrinolaringología División de Cirugía Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” CÉDULA PROFESIONAL 3412333</p>	<p>CO-INVESTIGADOR Departamento de Psiquiatría División de Medicina Interna Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” CÉDULA PROFESIONAL 9188764</p>
--	---



REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto al Investigador Principal, la Dra. María Fernández Olvera, que es mi voluntad revocar el consentimiento informado que he aceptado el día _____, para participar en el protocolo de Investigación titulado **“Relación de la severidad del vértigo periférico crónico y los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes del Hospital Central”**. Es mi derecho solicitar que mis datos clínicos y personales, así como los resultados de las pruebas que me han realizado hasta el momento sean eliminadas de esta investigación y ya no sean incluidas en los resultados finales y los reportes o publicaciones que se generarán de este estudio de investigación.

NOMBRE DEL PACIENTE	FIRMA DEL PACIENTE
FECHA DE LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	

NOMBRE DEL TESTIGO 1	FIRMA DEL TESTIGO 1
FECHA DE LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	

NOMBRE DEL TESTIGO 2	FIRMA DEL TESTIGO 2
FECHA DE LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	

Dra. María Fernández Olvera INVESTIGADOR PRINCIPAL Departamento de Otorrinolaringología División de Cirugía Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” CÉDULA PROFESIONAL 3412333



HOSPITAL CENTRAL
"DR. IGNACIO
MORONES PRIETO"

San Luis Potosí, S.L.P., a 28 de julio 2021

Dra. María Fernández Olvera
Presente.-

Por este medio se le comunica que su protocolo de investigación titulado:

**Relación de la severidad del vértigo crónico y los síntomas de ansiedad y
depresión en pacientes del Hospital Central**

fue evaluado por el Comité de Investigación, con Registro en COFEPRIS 17 CI 24
028 093 y fue dictaminado como:

APROBADO

De acuerdo a los estatutos por parte del comité de investigación y ética de nuestro hospital, después de la evaluación por pares miembros de dichos comités. Por lo que se dará seguimiento a cada etapa del desarrollo del proyecto de investigación hasta su difusión de los resultados.



Atentamente

28 JUL. 2021

Dr. María Aurelia Martínez Jiménez
Presidente del Comité de Investigación

COMITE INVESTIGACION

c.c.p. Archivo



HOSPITAL CENTRAL
"DR. IGNACIO
MORONES PRIETO"

San Luis Potosí, S.L.P., a 24 de agosto de 2021

Dra. María Fernández Olvera
Investigador principal
PRESENTE.-

Por este medio se le comunica que su protocolo de investigación titulado "Relación de la severidad del vértigo periférico crónico y los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes del Hospital Central", fue evaluado por el Comité de Investigación, con Registro en COFEPRIS 17 CI 24 028 093, así como por el Comité de Ética en Investigación de esta Institución con Registro CONBIOETICA-24-CEI-001-20160427, y fue dictaminado como:

APROBADO

El número de registro es **59-21**, el cual deberá agregar a la documentación subsecuente, que presente a ambos comités.

La vigencia de ejecución de este protocolo es por 1 año a partir de la fecha de emisión de este oficio, de igual forma pido sea tan amable de comunicar a los Comités de Investigación y de Ética en Investigación: la fecha de inicio de su proyecto, la evolución y el informe técnico final.

*Se le recuerda que todos los pacientes que participen en el estudio deben firmar la versión sellada del formato de consentimiento informado.

Atentamente

Dra. María del Socorro Leal
Subdirectora de Educación e Investigación en Salud
Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto"



C.C.P. Archivo



HOSPITAL CENTRAL
"DR. IGNACIO
MORONES PRIETO"

San Luis Potosí, S.L.P., a 24 de agosto de 2021

Dra. María Fernández Olvera
Investigador principal
PRESENTE.

Estimado Investigador:

Por este conducto se le comunica que el protocolo de investigación titulado: "**Relación de la severidad del vértigo periférico crónico y los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes del Hospital Central**", fue evaluado por el Comité de Ética en Investigación de esta Institución, con registro CONBIOETICA-24-CEI-001-20160427. El dictamen para este protocolo fue el siguiente:

APROBADO

El Comité de Ética en Investigación autoriza la vigencia de ejecución de este protocolo por 365 días naturales a partir de la fecha de emisión de este oficio de dictamen.

El investigador principal deberá comunicar a este Comité la fecha de inicio y término del proyecto, y presentar el informe final correspondiente. Asimismo, el Comité de Ética e Investigación podrá solicitar información al investigador principal referente al avance del protocolo en el momento que considere pertinente

Atentamente,



Dr. Juan José Ortiz Zamudio
Presidente del Comité de Ética en Investigación
Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto"

c.c.p. Archivo, Subdirección de Educación e Investigación, Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto"

RELACIÓN DE LA SEVERIDAD DEL VERTIGO PERIFÉRICO CRÓNICO Y LOS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DEL HOSPITAL CENTRAL

INFORME DE ORIGINALIDAD

11%
ÍNDICE DE SIMILITUD

FUENTES PRIMARIAS

1	ninive.uaslp.mx Internet	691 palabras — 9%
2	www.medicinabuenosaires.com Internet	27 palabras — < 1%
3	repositorioinstitucional.uaslp.mx Internet	24 palabras — < 1%
4	www.latindex.org Internet	23 palabras — < 1%
5	ri.uaemex.mx Internet	21 palabras — < 1%
6	hospital.uas.edu.mx Internet	17 palabras — < 1%
7	www.redalyc.org Internet	15 palabras — < 1%

DOCUMENTOS

ACTIVADO

ENCUENTRO

ENCUENTRO

ACTIVADO