“BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA”

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 20.
“LA MARGARITA”

“INTERVENCIONES REALIZADAS EN PACIENTES CON ANSIEDAD CON FACTORES ESTRESORES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN:
MEDICINA DE URGENCIAS

PRESENTA:
Dra. Liz del Carmen Tellez Garcia

DIRECTOR:
Dr. Elías Vázquez Vázquez
Médico Urgenciólogo adscrito al Hospital General de Zona No.20

ASESOR:
MCE. Dr. Juan Hernández Domínguez
Medicina Familiar y Maestría en Ciencias de la Educación y
Centro de Investigación educativa y formación docente.

Heroica Puebla de Zaragoza. Febrero 2024

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN Salud

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **2108**.
H GRAL ZONA NUM 20

Registro COFEPRIS **19 CI 21 114 054**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 21 CEI 001 20201117**

FECHA **Martes, 28 de diciembre de 2021**

M.E. elias vazquez vazquez

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **"Intervenciones realizadas en pacientes con ansiedad con factores estresores en el servicio de urgencias"** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2021-2108-100

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. SANTILLANA ARCE JOSE GERMAN
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2108

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL PUEBLA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 20

PUEBLA, PUEBLA; OCTUBRE DEL 2022

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES:
Dr. Elías Vázquez Vázquez
Dr. Juan Hernández Domínguez

DE LA TESIS TITULADA:
"Intervenciones realizadas en pacientes con ansiedad con factores estresores en el servicio de urgencias"

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE:
Dra. Liz del Carmen Tellez García

DE LA ESPECIALIDAD DE**:**
Medicina de Urgencias

HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTÍFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO CON EL NÚMERO DE REGISTRO NACIONAL:

R-2021-2108-100

PROPORCIONADO POR EL SISTEMA NACIONAL DE REGISTRO EN LÍNEA DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (SIRELCIS).

AUTORIZO SU IMPRESIÓN
ASESORES:

Dr. Elías Vázquez Vázquez
NOMBRE, FIRMA Y FECHA

Dr. Juan Hernández Domínguez
NOMBRE, FIRMA Y FECHA

Dr. Francisco Javier Juárez Bernardino
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD
URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS

AGRADECIMIENTOS

Primero quiero agradecer a la vida por darme la oportunidad de seguir aquí luchando por lo que se fueron ya que ellos son mi impulso para continuar este camino que amo.

Segundo a mi familia que en cada uno de ellos, desde mi madre que ha sido una mujer admirable que me ha acompañado siempre cuidando en los días difíciles y siempre dándome una palabra de aliento para seguir. A mi padre por ser el ejemplo a seguir con amor y humanismo para atender a mis pacientes en las situaciones más difíciles. A mis hermanas por ser siempre esa luz en el camino que alegran siempre mis días.

A mi hija que será siempre mi razón para dar lo mejor en lo que hago y pueda estar muy orgullosa de mi.

A mis maestros que me enseñaron y me acompañaron en este rudo camino, orientándome, y apoyándome en todo momento. Siempre gracias por transmitir esa experiencia y amor hacia esta gran especialidad amamos.

A mis compañeros que sin ellos esto no hubiera sido igual, que se convirtieron en mis amigos y mi hombro para seguir adelante, mi mano derecha para trabajar en ese equipo que tanto nos apasiona.

Y por último gracias a todos los que formaron parte de esta tesis y de este camino que culmina con mi formación como especialista espero retribuirles a todos el apoyo que me han brindado.

INDICE

RESUMEN 7
ANTECEDENTES GENERALES. 9
ANTECEDENTES ESPECIFICOS. 11
JUSTIFICACIÓN. 21
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. 21
Pregunta del planteamiento del Problema. 22
HIPÓTESIS. 22
OBJETIVOS 22
Objetivo General 22
Objetivo Específico. 23
MATERIAL Y MÉTODOS. 23
UBICACIÓN ESPACIOTEMPORAL 24
DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE TRABAJO. 24
CRITERIOS DE SELECCIÓN 24
a) Criterios de Inclusión: 24
b) Criterios de exclusión 24
c) Criterios de eliminación 25
ESTRATEGIA DE MUESTREO 25
TAMAÑO DE LA MUESTRA 25
TIPO DE MUESTREO 26
DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN 27
ESTRATEGIA DE TRABAJO 29
RECOLECCIÓN DE DATOS 30
ANÁLISIS ESTADÍSTICO. 30
LOGÍSTICA 31
Recursos humanos 31
Recursos materiales. 31
Recursos financieros 31

Factibilidad 31
ASPECTOS ÉTICOS 31
RESULTADOS 37
DISCUSION 60
CONCLUSION 61
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 62
BIBLIOGRAFIA 64
ANEXOS 66
ANEXO 1 ESCALA DE ANSIEDAD HOSPITALARIA 66
ANEXO 2 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO 67
ANEXO 3 CARTA DE CONFIDENCIALIDAD 69
ANEXO 4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS. 70
ANEXO 5 ESCALA DE FACTORES DE RIESGO HOSPITALARIO 71
ANEXO 6 CARTA DE NO INCOVENIENTE. 72
ANEXO 7 PATOLOGIA ORGANICA QUE PUEDE COMENZAR CON CLINICA DE ANSIEDAD. TABLA 1 (6) 73

RESUMEN

“Intervenciones realizadas en pacientes con ansiedad con factores estresores en el servicio de urgencias”

Autores: Dr. Elías Vázquez Vázquez Médico Urgenciólogo adscrito al Hospital General de Zona número 20*. MCE. Dr. Juan Hernández Domínguez Maestro en Educación Superior. **, Liz del Carmen Tellez García Residente de Urgencias Médicas del Hospital General de Zona número 20***.

Antecedentes: La concurrencia de patología física y psiquiátrica puede complicar el diagnóstico, la evolución y el tratamiento de los pacientes, en el servicio de urgencias nos encontramos con diferentes factores estresantes que pueden originar la ansiedad en los pacientes. El efecto de esta patología lleva a mayores niveles de discapacidad, costos de atención más altos, mayor tiempo de hospitalización, más exámenes diagnósticos innecesarios, mayor frecuencia re hospitalizaciones, más atención del médico y respuesta a los tratamientos menos satisfactoria

Objetivo: Conocer las intervenciones realizadas en pacientes con ansiedad derivado de la relación que guarda con ciertos factores estresores en el servicio de urgencias del HGZ No.20.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, longitudinal, unicentrico, prospectivo, homodémico. Se llevó a cabo en el servicio de Urgencias en el Hospital General de Zona Número 20 “La Margarita” localizado en la ciudad de Puebla de Zaragoza, Puebla. Se incluyeron hombres y mujeres adultos de 30 a 59 años, que ingresaron al servicio de urgencias que no tuvieran patología psiquiátrica. El tipo de muestreo del presente protocolo fue consecutivo no probabilístico. A los participantes se les realizo la encuesta de ansiedad y factores estresores para pacientes en hospitalización previamente firmado consentimiento informado, se obtuvieron datos personales de los pacientes bajo carta de confidencialidad, se analizaron las intervenciones del servicio de Urgencias en cada paciente con ansiedad.

Resultado: se incluyeron 592 pacientes que ingresaron al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No. 20 entre 30 a 59 años. Donde se excluyeron a 304 pacientes que cumplían con los criterios de exclusión. Aplicando la escala de HADs para ansiedad dando como resultado 288 paciente la cantidad de muestra que incluyo con el total de los criterios de inclusión. Se encontró que en la siguientes frecuencia estos tipos de intervenciones: Medica con un 9.7% (n=28) y con una mayor frecuencia ninguna intervención realizada con un 90.3% (n=260).

Conclusión: Se encontró una predominancia de pacientes que sufren de ansiedad en el servicio de urgencias. Encontramos que las intervenciones realizadas en los pacientes no realizan en su mayoría ninguna acción para mejorar la situación que desencadena el trastorno de ansiedad durante su estancia, solo se encontró en una minoría la prescripción de medicamentos ansiolíticos, sin otorgar un seguimiento por algún personal experto en el tema. Tampoco se indicó por escrito al personal de enfermería sobre mejorar las condiciones ambientales y así como poder darle confort al paciente durante su estancia, ya que estudios mencionan que si mejoramos las condiciones que estresan al paciente en la sala de urgencias podremos disminuir los días de estancia y por lo tanto disminuimos costos y aumentamos la calidad en la atención al paciente durante su estancia.

ANTECEDENTES GENERALES.

. La ansiedad se define por la anticipación a una amenaza futura que se presenta por la percepción de estímulos generalmente dañinos, generando un estado de inquietud, agitación, preocupación e hipervigilancia. Podemos englobar a esta situación como un mecanismo de respuesta fisiológica y conductual generada para evitar algún daño. Como tal se le considera una conducta adaptativa, ya que evolucionamos para la supervivencia, generando el mantenerse alejado de situaciones y lugares de riesgo. (1)

La palabra ansiedad deriva de la palabra latina “anxietas” que significa angustia o aflicción. La palabra angustia deriva del término alemán “angst”. Este término fue utilizado por Freud para referirse a un estado afectivo penoso, que aparecía sin estar relacionado por ningún objeto. (2)

Las causas no son totalmente claras, se establece que tanto factores biológicos como ambientales y psicosociales. Entre los factores ambientales se ha encontrado la influencia de determinados estresores ambientales, una mayor hipersensibilidad. Así como factores psicosociales como las situaciones de estrés, el ambiente familiar, las experiencias amenazadoras de vida y las preocupaciones excesivas por temas cotidianos.

Una amplia gama de enfermedades médicas pueden producir síntomas de ansiedad, si bien la diferenciación actual entre trastornos primarios o “debidos” a enfermedad médica, dará paso a “asociados a enfermedad somática”. (3).

La prevalencia de este trastorno en las últimas tres décadas se ha convertido en la séptima condición sin distinción de género o edad.

En el año 2015, la Organización Mundial de la Salud estimó una prevalencia a nivel mundial del 3.6%. En México en el año 2016-2018 varía desde un 8.4-29.8%. Es más frecuentes en mujeres, teniendo dos veces más probabilidad de ser diagnosticadas, considerándose que su inicio puede ser desde la infancia. (3)

La OMS viene advirtiendo desde hace años a todos los países que la salud mental es la gran olvidada de la sanidad, considerando que debe ser prioridad así como cualquier otra enfermedad crónica, esto por el gran impacto en la economía de todos los países. Se pudo constatar que durante las crisis financieras aumentaron los casos de depresión en Atención Primaria un 19% .En la pandemia ya se han duplicado las prevalencias en la población general de los trastornos de ansiedad, la depresión, las somatizaciones o los trastornos del sueño.

En el campo de la medicina podemos definir como intervención, un tratamiento, un procedimiento u otra acción que sirven para prevenir o tratar una enfermedad, o para mejorar la salud de otras formas

La guía española de práctica clínica nos orienta a diferentes intervenciones que se pueden tomar con un nivel de evidencia alto en los pacientes en el servicio de urgencias. Por qué una vez identificados estos pacientes, nuestro siguiente cuestionamiento es que estamos haciendo por ellos durante su estancia, si tomamos en consideración que los síntomas pueden hacerlos sentir una sensación de muerte inminente nosotros como profesionales de la salud debemos de anteponer el bienestar de nuestro paciente y su tranquilidad. Al igual la sintomatología puede enmascarar como ya se mencionó la sintomatología con otra patología orgánica. Y eso enlentece el diagnóstico, y conlleva a

mayores gastos hospitalarios, mayores exámenes médicos. Es importante que la atención a nuestro paciente sea integral. (4)

Las intervenciones breves deben realizarse por personal capacitado y tener unas características comunes de aplicabilidad: ser estructuradas, sencillas y fáciles de aplicar, breves, con tiempos pautados, objetivos concretos y con efectividad descrita

Debemos entender que el método de elección es la entrevista clínica semiestructurada, pero para poder identificar a los pacientes podemos por aplicar varias escalas o cuestionarios (1)

Podemos caer en el infra diagnóstico de la ansiedad por lo que esto ha dado lugar a varios instrumentos o escalas estructuradas que tratan de detectar “posibles casos” la enfermedad, estas nos ayudan a reforzar el diagnóstico clínico y la exploración psicoemocional. (4)

ANTECEDENTES ESPECIFICOS.

Durante la hospitalización el paciente puede padecer ansiedad debido a varios factores dependiente de la percepción del paciente como un ambiente amenazante u hostil, el no tener a un familiar presente o el simple hecho de cambiar su entorno habitual. La ansiedad puede limitar al paciente para enfrentar su enfermedad y así al médico a dar con un diagnóstico y tratamiento ideal para este.

Lo que se ha podido estudiar en base a aplicación de cuestionarios como Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) se pudo identificar que a mayor ansiedad hay mayor vulnerabilidad de presentar depresión. Se estableció que al tener una alta incidencia de este trastorno y el afectar de manera negativa al paciente hospitalizado, se

concluyó que deben de realizarse programas que identifiquen esta situación en el paciente ya que esta enfermedad repercute en la recuperación y apego al tratamiento.

En el Hospital Príncipe de Asturias en Madrid, España se estableció un protocolo de atención para identificar al paciente a su ingreso por medio de un algoritmo y una escala junto con la entrevista clínica dirigida donde se identifiquen ciertas variables sociodemográficas, y que sirva para identificar el nivel de riesgo y así se pueda canalizar e identificar desde su ingreso en el servicio de urgencias. (5)

Algunos pacientes se muestran resistentes a hablar de sus síntomas emocionales debido al estigma o a la falta de interés de sus médicos en tocar el tema. Sin embargo, muchos pacientes se sienten aliviados al hablar de temas psicosociales.

¿Qué se puede hacer en Urgencias? Identificar al paciente que requiere la ayuda, establecer el diagnóstico, aliviar signos y síntomas en fase aguda y orientar en la estrategia terapéutica más adecuada en ese momento así como identificar factores estresores.

Se realizan recomendaciones como que la sala donde se encuentre el paciente debe ser un lugar tranquilo, privado, con amplitud que permita entrevistar tanto al paciente como a sus familiares. No debe hacer objetos que puedan ser armas para causarse algún daño a él o a alguien cercano. La sala de urgencias debe contar con 2 salidas, y un botón de alarma en caso de alguna situación que ponga en riesgo la vida de alguno que se encuentre ahí, así como una cama de contención para los pacientes. (6)

Debemos tener en cuenta que pueden existir tres escenarios que puede presentar el paciente en la sala de urgencias. El primero es que el paciente presente síntomas orgánicos que puedan desencadenar el trastorno de ansiedad como por ejemplo el 25%

del paciente con dolor torácico tiene crisis de ansiedad. El segundo es que el trastorno psiquiátrico pueda producir síntomas físicos. Y el último es que debemos tener en consideración que pueden coexistir ambos. Es importante poder orientar la evaluación hacia un diagnóstico sindromático que permita distinguir lo endógeno, lo psicógeno y lo exógeno (7)

En un estudio se compararon dos instrumentos de medida de ansiedad en pacientes con ventilación mecánica con la escala analógica de EVA. Donde era una orientación vertical, con una escala de 10, con respuestas orientativas como “en absoluto ansioso” en el extremo inferior y “lo más ansioso que nunca he estado” en el extremo superior. En otro estudio se determinaba el nivel de ansiedad del paciente a la llegada a la sala de urgencias y al alta del servicio. Los resultados demostraron que existe una asociación relativa entre la ansiedad y la satisfacción al alta: a menor nivel de ansiedad mayor satisfacción.

En este estudio se evaluó como puede desencadenar un nivel de ansiedad alto en los pacientes por no continuar con su tratamiento habitual. Por lo que es importante recordar que este puede ser un factor que pueda desencadenar dicha insatisfacción por el paciente. (8)

Estas son algunas estrategias que pueden lograr para tratar de identificar al paciente con ansiedad: Valorar aumento o disminución de la PA y/o FC , observar estado de conciencia y grado de orientación, observar apariencia física del paciente, actitud y forma de expresarse, incentivar descripciones subjetivas sobre su estado actual, identificar acciones que desarrolla la persona para afrontar la situación, si es posible entrevistar a

los familiares cercanos para la obtención de datos, identificar personas-recurso cercanas al paciente. (9)

Para la identificación de los pacientes debemos contar con un instrumento que este validado a nivel mundial. El instrumento de evaluación debe tener las siguientes características: fácil de entender por el paciente, rápido de aplicar, y con buenas propiedades psicométricas. La confiabilidad, precisión, y reproductibilidad son directrices para un instrumento certero.

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION HOSPITALARIA. (HADS)

Es una escala que se desarrolló en 1983 para evaluar estado de depresión y ansiedad en el medio hospitalario no psiquiátrico. El coeficiente de confiabilidad de HADS fue de 0.85. Cada subescala muestra un coeficiente de 0.74 y 0.76. Esto garantiza que el uso de las subescalas de manera independiente sea fiable. (10)

Las escalas por sí mismas no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta en las que se sospecha la presencia de patología mental. Además, estos instrumentos sirven para completar una valoración, ya que refuerzan el diagnóstico elaborado tras la entrevista semiestructurada. (11)

En el Instituto Nacional de Cancerología se realizó un estudio donde se evalúa la escala HADS esta se diseñó para excluir síntomas somáticos en los pacientes que pudieran presentarse. Esta escala es auto aplicable con catorce ítems para identificación de ansiedad y depresión en el ambiente hospitalario. Esta escala esta subdivida en 2 apartados de 7 preguntas cada una, una que valora solo el estado de ansiedad generalizada o crisis de ansiedad. Tiene como respuestas: una escala de 0 que significa

no presentar ningún síntoma y 3 que significa presentar el mayor síntoma. Esto se traduce a mayor puntaje mayor probabilidad de presentar el trastorno. Y se estima que un puntaje mayor a 11 en las subsescalas indicaría caso y mayores a 8 caso probable (10-12). Para la subescala de ansiedad: sin ansiedad (0-5), ansiedad leve (6-8), ansiedad moderada (9-11) y ansiedad grave (12 en adelante) Este estudio participaron 400 pacientes, de estos 226 eran mujeres, 174 eran hombres, la edad promedio fue de 47.4 años. Los alfas de Cronbach de cada escala tuvieron un valor de 0.79 y 0.80. La validez por medio de correlación con la medidas concurrentes r Person 0.51 a 0.71, $p < 0.05$. (12)

En España se ha utilizado esta escala tanto en sujetos sanos como enfermos. Se ha utilizado en población oncológica, neumología, cardiología, neurología y en patologías infecciosas con una sensibilidad y especificidad superiores al 70%.

Después de que su versión original fuera publicada en 1983, la HADS ha sido traducida y validada en diversos países e idiomas. En España su validación se realizó en 1986. Y en 2003 se demostró la buena confiabilidad y validez de su versión en español. En México, la escala ha sido validada en poblaciones con infección por VIH, cáncer de mama, otros grupos de pacientes oncológicos, cuidadores de pacientes con cáncer y obesidad (13)

En el hospital Ángeles del Pedregal de aplico esta escala a todos los pacientes que acudieron a la sala de urgencias, se evaluó a quienes acudieron de forma voluntaria previo firma de consentimiento informado. Hubo ciertos criterios de exclusión como retraso mental, alteración del estado cognitivo, alguna enfermedad sistémica que ponía en riesgo su vida. También se incluyeron datos como el motivo de atención en la sala de

urgencias, si necesito de consulta de especialidad y el fin que tuvo el paciente. El resultado de este estudio fue de 96 pacientes que se incluyeron en el estudio se identificó que 32 padecían de ansiedad, 8 de depresión y 59 no tenían síntomas.

La Sociedad Española de Reumatología recomienda la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria para la evaluación clínica de ansiedad y depresión en Fibromialgia. Constan índices de sensibilidad/especificidad sin puntos de corte específicos para fibromialgia. Con el objetivo de comprobar aplicabilidad, propiedades psicométricas y sensibilidad/especificidad del HAD en fibromialgia, se evaluó a 131 pacientes ambulatorios del Hospital de San Vicente, España. Se analizaron ítems, consistencia interna y estructura factorial mediante análisis confirmatorio y puntos de corte con curvas ROC. Se replicó la estructura de dos factores. La fiabilidad es adecuada (HADA=.80, HADD=.85). Se muestran diferentes puntos de corte con sensibilidad/especificidad superior al 70% para cada subescala. (14)

Se realizó otro estudio en pacientes mexicanos, en el hospital Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán», donde se incluyeron a 112 pacientes, a los cuales se les aplico la escala HADS y en donde se valoró características demográficas en pacientes mexicanos con Intestino Irritable. Se han emitido una serie de recomendaciones entre las cuales se encuentra en primer lugar explorar siempre los síntomas de ansiedad y depresión, calificando la HADS como el cuestionario con mejor utilidad y aplicabilidad. (13).

El estudio más significativo realizado en nuestro país fue en el Instituto Nacional de Cancerología con una muestra de 400 pacientes aplicando la escala HADS para validar

su veracidad identificando casos probables de ansiedad. Esta herramienta demostró un índice satisfactorio (□=0.86). Los alfas de Cronbach de cada subescala tuvieron un valor de .79 y .80 que explicaron el 48.04% de la varianza. La validez, por medio de correlación con las medidas concurrentes, mostró resultados significativos (r de Pearson de .51 a .71, $p<0.05$) (12).

En la HADS las puntuaciones medias fueron de 6.48 (±3.70) para ansiedad y de 5.07 (±3.83) para depresión; el puntaje total promedio de la muestra fue de 11.34 (±6.50).

De acuerdo con Herrmann, diversos estudios reportan tasas de respuesta del 95 al 100%. La escala se puede contestar de cinco a seis minutos, lo que hace sencilla su aplicación por parte del trabajador de la salud.

En México, la HADS ha sido validada por Villegas (2004) en mujeres en puerperio complicado, embarazo de alto riesgo, ginecología y oncología; por Rojas (1991) en población geriátrica; por Whaley (1992) en pacientes quemados, y por López-Alveranga et al. (2002) en pacientes obesos.

Se evaluaron más de 72 trabajos elaborados donde se aplica la escala de HADS donde 13 estudios presentan resultados de los análisis factoriales realizados con las subescalas. En siete trabajos se presentan datos acerca de los puntos de corte, sensibilidad y especificidad del HAD y otros seis abundan en las propiedades de validez concurrente y/o predictiva.

En la subescala de ansiedad, en cuatro estudios el ítem de menor correlación es el 7 (“Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente”) con coeficientes entre .36 y .60. En cinco estudios es el ítem 13 (“Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor”) el de mayor coeficiente de correlación oscilando entre .57 y .80. Se identificó que las subescalas por separado podrían obtener mejores resultados

en diferentes aspectos de los trastornos afectivos o tal vez compartir constructos como anhedonia, afectividad negativa o inquietud (15).

Una vez que identificamos al paciente debemos identificar los factores que le causan la ansiedad a nuestro paciente o que hace su trastorno se exacerbe más. Para evaluar la ansiedad se eligió el cuestionario de espesores hospitalarios adaptado por Richart e t al., que es un cuestionarlo elaborado a partir de la escala de espesores hospitalarios de Vollcer y Bohanon. Este instrumento es mucho más sensible al contener específicamente ítems para conocer qué acontecimientos o circunstancias estresantes hospitalarias que generan distintos niveles de ansiedad, también por la validez y el grado de fiabilidad. Esta escala consta de un listado de 38 espesores (ítems) con un doble sistema de respuesta, por una parte se responde a si el estresor ha ocurrido o no durante la hospitalización y, en caso afirmativo, se señala el grado de preocupación o malestar asociado, utilizando para ello una escala de cinco puntos desde "nada" a "mucho". Se han excluido tres ítems.

En este estudio en el Servicio de Urgencias del Hospital de Medina del Campo en Valladolid, España se evaluaron a 212 pacientes, el 49% presentaron una patología asociada a medicina interna. (16)

El instrumento de mayor utilidad y validez es la realizada por Judith E. Meissner el cual evalúa los factores estresores y cuál es el que causa mayor ansiedad. Está basado en 49 eventos que causan estrés en los pacientes, esta herramienta esta validada tanto para pacientes hospitalizados como pacientes quirúrgicos. Esta herramienta es auto aplicable, y de igual forma puede ayudarse al paciente a leérsela mientras él contesta de forma verbal. Al evaluar cada elemento se podrá evaluar de forma individual y compararlo para ver cuál es el de mayor efecto estresante. (17)

Se realizó un estudio con búsqueda intencionada de artículos en las bases de datos LILACS, Scielo, PubMed y BDENF publicados entre 1997 a 2015.

En este estudio se identificaron los factores mencionados por los pacientes como los aspectos estructurales. La intervención del personal de salud es cualquier tratamiento, basado en el juicio y en el conocimiento clínico realizado por un agente capacitado para realizarlo para mejorar el bienestar del paciente.

En este estudio se evalúan los estresores ambientales en donde encontramos el de mayor predominancia fue el no poder dormir con un 53.8 %, escuchar ruidos intermitentes 15.4%. Dentro de la evaluación psicológica y emocional encontramos que el factor estresante más relevante fue sentir miedo de morir 23%, tener preocupación financiera 15.4%, no tener privacidad 30.8%. También se encontró el aspecto social que evalúa un aspecto muy importante como extrañar a la familia 53.8%, y dentro del aspecto fisiológico dentro de los muchos que se evaluaron fue el sentir dolor 38.5%, al igual que una limitación del lenguaje o el no poderse comunicar abarca el 38.4%. (18)

En este estudio se evaluaron los factores estresantes que sufren los niños que acuden al servicio de urgencias del Hospital Los Angeles, California. Los resultados: Cien pacientes completaron el estudio: la edad media fue 13,3 años; Factores estresantes notables fueron: cambio en la ubicación de la escuela (24%), desempeño en la escuela (29%), muerte de un familiar (33%) y separación matrimonial / divorcio (48%). Se encontraron correlaciones significativas entre la edad y el estado de ansiedad. (r, j0.21; P G 0.05), edad (r, j0.38; P G 0.001), estado de ansiedad (r, 0,20; P G 0,05). Pacientes con estado clínico de ansiedad (36%) tenían más probabilidades de estar en el servicio de urgencias con una queja de dolor y / o trauma, tenían significativamente más ansiedad (t, 2.1; P G 0.05), y se preocupan por los padres

Separación (W2, 5.5; P G 0.05) y análisis de sangre (W2, 4.9; P G 0.05) que pacientes con estado subclínico de ansiedad. Conclusiones: La experiencia produce miedo / ansiedad, particularmente en pacientes más jóvenes con una queja principal al dolor y / o trauma. (19)

Se puede observar que las situaciones que mayor ansiedad producen al llegar a una sala de urgencias son las relacionadas con el dolor, el miedo a las secuelas de la patología y la falta de información hacia ésta. En la investigación después de aplicar los 3 cuestionarios se obtuvo un porcentaje elevado. (20).

La conciliación de medicación es obligatoria según los Objetivos Nacionales de Seguridad de Paciente de The Joint Comission. El objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre el nivel de ansiedad referido por los pacientes y su seguridad en la trasmisión de la información sobre la medicación que estaban tomando de forma habitual. Se observaron diferencias significativas en los niveles medios de ansiedad en los distintos momentos (momento 1 = 35,7; momento 2 = 31,1; momento 3 = 23,8; $p < 0,0001$) y una mayor seguridad en la precisión de la transmisión de la información acerca de la medicación habitual (momento 1 = 90,1; momento 2 = 92,6; momento 3 = 95,4; $p < 0,0016$). Muchos pacientes recuerdan su medicación habitual de forma diferente de cómo la informan a la llegada a urgencias; un 69,3% la recordaban diferente en el momento 2 y un 89,3% en el momento 3 ($p < 0,0001$).

Los resultados demuestran la existencia de una relación estrecha entre el nivel de ansiedad del paciente (menor ansiedad a la salida que a la llegada a urgencias o después de la primera atención) y su grado de seguridad en la precisión de la transmisión de información sobre su medicación habitual (más seguros al alta). (21)

JUSTIFICACIÓN.

La pandemia y la situación de acudir a un hospital ha elevado la presencia de ansiedad en los pacientes esto conlleva a un mayor número de días de estancia hospitalaria, a mayor número de estudios paraclínicos para hacer diagnósticos diferenciales y esto conlleva a mayores costos intrahospitalarios. El paciente se ve enfrentado a un ambiente hostil y sobre todo nada familiar y habitual, desconocido que origina que los sistemas de alerta naturales en el cuerpo se activen y produzcan síntomas somáticos que pueden enmascarar alguna otra patología.

En ocasiones, los clínicos no saben cómo enfrentar la parte emocional de la enfermedad de sus pacientes y le temen a la respuesta que puede generar el hecho de indagar acerca de este punto con respecto a la enfermedad.

Esto ayudara a establecer intervenciones que mejoren la estancia del paciente en el servicio de urgencias, así como establecer un plan de acción que ayude en su trastorno de ansiedad y mejore las condiciones para que su patología tenga la mejor resolución y en el más corto tiempo sin que esta condición nos empeore el pronóstico del paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se estableció una búsqueda intencionada de intervenciones realizadas en pacientes con ansiedad derivado de la relación que guarda con ciertos factores estresores en el servicio de urgencias. Existen muchos factores que se agregan a esta situación como la carga de trabajo, la corta estancia en el servicio y el ambiente que puede ocasionar la sala de urgencias. Por lo que el identificar a un paciente con ciertas características o con este cuadro clínico lo hace aún más difícil.

Es necesario utilizar métodos rápidos y precisos de identificación de síntomas afectivos en general en ambientes hospitalarios sin que los síntomas somáticos los opaquen, al identificar al paciente debemos de identificar los factores estresores que está causando el nivel de ansiedad que producen, al igual que intervenciones se están tomando para mejorar la situación del paciente durante su estancia en el servicio de urgencias.

Pregunta del planteamiento del Problema.

¿Cuáles son las intervenciones realizadas en pacientes con ansiedad derivado de la relación que guarda con ciertos factores estresores en el servicio de urgencias del HGZ No.20.?

HIPÓTESIS.

Hipótesis Nula: No se realiza ninguna intervención en los pacientes con ansiedad derivado de la relación que guarda con ciertos factores estresores en el servicio de urgencias del HGZ No. 20

Hipótesis Alterna: Si se realiza intervención en pacientes con ansiedad derivado de la relación que guarda con ciertos factores estresores en el servicio de urgencias del HGZ No.20.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar las presencia de intervenciones realizadas en pacientes con ansiedad derivado de la relación que guarda con ciertos factores estresores en el servicio de urgencias del HGZ No. 20”

Objetivo Específico.

Conocer la presencia de trastorno de ansiedad en los pacientes adultos de 30-59 años en la sala de urgencias mediantes la escala de HADS.

Identificar mediante la escala de factores estresores cuales están presentes en los pacientes en la sala de urgencias y cuál es el de mayor relevancia en cada paciente.

Conocer el motivo de atención del paciente a urgencias.

Conocer los datos sociodemográficos de los pacientes como sexo, edad, estado civil y ocupación.

Conocer si el paciente que padece de trastorno de ansiedad padece de alguna enfermedad crónica.

Conocer que intervención por parte del servicio de urgencias se está aplicando en el paciente para mejorar su trastorno de ansiedad.

MATERIAL Y MÉTODOS.

- Por el objetivo general: Descriptivo.
- Por maniobra que realizará el investigado: Observacional.
- Por la temporalidad: Transversal
- Por la conformación: Unicentrico.
- Por la obtención de los datos: Prospectivo.
- Por número de centros a participar: Homodémico.

UBICACIÓN ESPACIOTEMPORAL

La investigación se efectuó en el servicio de Urgencias en el Hospital General de Zona Número 20 “La Margarita” localizado en la ciudad de Puebla de Zaragoza, Puebla, a partir de la autorización de este protocolo de Diciembre 2021 a Julio 2022.

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE TRABAJO.

Población de estudio: Derechohabientes adultos de 30 a 59 años del Instituto Mexicano del Seguro Social que acudan a los servicios de Urgencias del Hospital General de Zona Número 20 “La Margarita” localizado en la ciudad de Puebla de Zaragoza, Puebla, Diciembre 2021 a Julio 2022 .

CRITERIOS DE SELECCIÓN

a) Criterios de Inclusión:

- Pacientes tanto del género masculino como femenino.

- Pacientes que ingresen a la sala de observación urgencias con cualquier diagnóstico.

- Paciente que comprendan una edad entre 30 a 59 años.

- Que acepten participar en el estudio y firmen carta de consentimiento informado.

b) Criterios de exclusión

- Pacientes que tengan algún deterioro neurológico.

- Paciente que no sepa leer y escribir.

- Pacientes que no puedan contestar el cuestionario.

- Pacientes que tengan alguna enfermedad que ponga en riesgo inminente de muerte.

- Pacientes con retraso mental.

- Pacientes con apoyo mecánico ventilatorio.

- Pacientes que cuenta con diagnóstico previo de Ansiedad.

- Pacientes que tengan alguna enfermedad psiquiátrica ya diagnosticada previa o que tomen algún medicamento psiquiátrico.

c) Criterios de eliminación

- Datos incompletos en la hoja de recolección de datos.

ESTRATEGIA DE MUESTREO

TAMAÑO DE LA MUESTRA

- Se calculará el tamaño de la muestra de pacientes de 30 a 59 años registrados con ingreso al servicio de urgencias del HGZ 20 con

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

- Donde N es el total de la población correspondiente a 1161 pacientes registrados en urgencias durante el mes de julio 2021.

- Error alfa (α) es igual 0.05

- Nivel de confianza (1-α) 0.95

- Z de (1-α) es igual 1.96

- Prevalencia de la enfermedad (p) 0.50

- Complemento de p (q) 0.50

- Presicion (d) 0.05

Tamaño de la muestra: 288 pacientes.

TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo del presente protocolo será consecutivo no probabilístico.

DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Valor o medida
Género	Características fenotípicas que diferencia a un hombre de una mujer.	Diferencias físicas entre hombres y mujeres que encontramos durante la exploración física.	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. Hombre 2. Mujer
Edad	Tiempo de vida de un ser vivo desde que nace hasta la fecha.	Número de años vividos hasta el día de su atención médica.	Cuantitativa	Razón	1. Años
Ocupación	Actividad que produce remuneración económica para subsistir.	Trabajo en el que se desempeña el paciente para obtener un sueldo.	Cualitativa	Nominal politómica	1. Empleado 2. Autoempleado 3. Ama de casa 4. Jubilado o pensionado 5. Desempleado
Comorbilidades	Existencia de enfermedades en el ser humano que pueden complicar la evolución de enfermedades agudas,	Diagnóstico de enfermedades previas que requieren tratamiento y control periódico y que pueden desencadenar una evolución tórpida de infecciones agudas en el paciente.	Cualitativa	Nominal politómica	1. Diabetes 2. Hipertensión 3. Cancer 4. Cardiopatia 5. Ninguna
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos o deberes.	Situación que guarda el individuo dentro de una relación afectiva.	Cualitativa	Nominal politomica	1. Casado(a) 2. Soltero(a) 3. Viudo (a) 4. Separado (a)
Motivo de acudir a urgencias	Causa que determina el paciente que lo lleva al servicio de urgencias	Motivo de ingreso al servicio.	Cualitativa	Nominal politomica	1. Espontaneo 2. Referido por UMF
Tiempo de estancia en urgencias	Permanencia de una persona en algún lugar, durante	Tiempo en horas desde el arribo a la unidad hasta la	cuantitativa	Razón	Horas

	un **tiempo** determinado y por diversas causas.	realización de las encuestas.			
Ansiedad.	La ansiedad es un estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.la cual será evaluada atraves de la escala HADS sirven para valorar características del funcionamiento cognoscitivo y del comportamiento de las personas esto permite la obtención de datos que orientan hacia el diagnóstico de Ansiedad.	Se aplicara solo la subescala que evaluara 8 items que diagsnotican ansiedad en el paciente.	cualitativa	Escala tipo Licker Ordinal	1. SI (Leve, Moderada, Severa) 2. NO
Tipo de intervención realizada en el servicio de urgencias	Acción sobre otro que permite iniciar, alterar o inhibir un proceso con intención de promover una mejora, optimización o perfeccionamiento.	Acción que se realiza al paciente para mejorar la estadía en el servicio de urgencias.	cualitativa	Nominal politomica	1. Medicamentosa 2. Psicológica 3. Referencia a otro profesional de la salud 4. Ninguna
Factores estresores	Los estresores provocan diferentes respuestas bio-psicológicas. Identificando situaciones que generan estrés en pacientes.	Factor que se ubica en la sala de urgencias y exacerba el nivel de ansiedad del paciente.	cuantitativa	Nominal ordinal	1.Nada 2.Muy poco 3.Poco 4.Bastante 5.Mucho

ESTRATEGIA DE TRABAJO

El presente protocolo de estudio se sometió a evaluación por parte de los Comités Locales de Ética e Investigación. Una vez autorizado, se realizó, de Diciembre del 2021 a Julio 2022, la siguiente estrategia de trabajo:

- Se incluyó a los derechohabientes adultos de 30 a 59 años, que acudieron de forma espontaneo o fueron referidos al servicio de urgencias del Hospital General de Zona Número 20, “La Margarita” con cualquier diagnóstico excepto criterios de exclusión.
- Se realizó la encuesta los días que el realizador se encontraba en el servicio a los pacientes que cumplieron con las características de los criterios de inclusión que ingresaron al servicio de urgencias.
- Se les atendió y se les invito a ingresar al protocolo de estudio, previa explicación clara y detallada.
- En caso de aceptar ingresaron al protocolo de estudio, se les dio a leer y firmar la Carta de Consentimiento Informado, tanto al paciente como a su acompañante responsable sabiendo que sus datos son confidenciales.
- Se le solicito al paciente responder la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria solo la parte de ansiedad y la escala de Factores Estresores Hospitalarios, en completa privacidad y sin algún factor que pueda perturbar su estado mental.
- Una vez obtenidos los resultados se realizó análisis estadísticos, análisis de resultados y finalmente, discusión y conclusiones.

RECOLECCIÓN DE DATOS.

- Una vez terminado de recolectar los datos de todos los pacientes ingresados a nuestro protocolo de Diciembre del 2021 a Mayo 2022 tiempo de reclutamiento de los mismos, se vacío toda la información obtenida mediante el Instrumento de Recolección de Datos al programa estadístico SPSS v.25 para realizar la estadística final.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

- Toda la información recolectada en las hojas del Instrumento de Recolección de Datos (ANEXO), las características de los participantes y de los resultados se efectuará mediante medidas de tendencia central y de dispersión de acuerdo con la distribución de los datos se vaciará en el programa estadístico SPSS v.25, donde se procesarán todos los datos.

LOGÍSTICA

Recursos humanos

Dr. Elías Vázquez Vázquez Medico Urgenciologo Hospital General de Zona No. 20 “La Margarita”

Dr. Juan Hernández Domínguez Maestro en Ciencias de la Educación del Centro de Investigación Educativa en Formación Docente (CIEFD)

Dra. Liz del Carmen Tellez García. Residente de Urgencias Médicas del Hospital General de Zona número 20.

Recursos materiales.

Se contará con las instalaciones de la unidad médica, material bibliográfico, biblioteca, equipo de cómputo, impresora, hojas de papel, lápices, bolígrafos, internet y paquete de análisis estadístico SPSS v.25.

Recursos financieros

Los propios del Instituto Mexicano del Seguro Social y de los investigadores.

Factibilidad

La presente investigación es factible, dado que se cuenta con los insumos materiales (encuestas impresas) y humanos suficientes, así como la infraestructura necesaria donde se llevará a cabo la investigación (Hospital General de Zona número 20). Este estudio servirá como preámbulo a nuevas investigaciones y seguimiento de nuestra población derechohabiente.

ASPECTOS ÉTICOS

La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los

principios morales. El presente estudio está sujeto a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial; estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

El presente estudio observa los principios enunciados en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) adoptada por la 18ª Asamblea General de la AMM, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea de la AMM, Tokio, Japón, octubre 1975, 35ª Asamblea de la AMM, Venecia, Italia, octubre 1983, 41ª Asamblea general de la AMM, Hong Kong, septiembre 1989, 48ª Asamblea Somerset West, África, octubre 1996, 52ª asamblea de la AMM, Edimburgo, Escocia, octubre 2000; 53ª asamblea general de la WMA, Washington 2002 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 29); 55ª asamblea General de la AMM, Tokio, Japón 2004 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 30), 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, octubre 2008. La cual es una propuesta de principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos y establece que el deber del médico es promover y velar por la salud de las personas y los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber. Asimismo, se apega a las normas éticas propuestas en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su Título Primero (Disposiciones Generales) artículo 3º, apartado II, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social, Título Segundo (de los aspectos éticos de la

investigación en seres humanos), Capítulo I, artículo 13º (en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar); considerando también el artículo 16, donde dice que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD: De acuerdo a este Reglamento, títulos del primero al sexto y noveno de 1987. Norma Técnica No. 313 para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las Instituciones de Atención a la Salud. En el Artículo 17: Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. El presente protocolo de estudio se considera que es una investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 mL que se definen en el artículo 65 de este Reglamento. En el Artículo 18: El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

DECLARACIÓN DE HELSINKI: Con base en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre los principios éticos para la investigación en salud en seres humanos con última revisión en Escocia, octubre 2000. En su Artículo 100: La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a 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;

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes. La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación;

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación;

VII. Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

CÓDIGO DE NÜREMBERG: El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad que no sean asequibles mediante otros métodos o medios de estudio y no debe ser de naturaleza aleatoria o innecesaria.

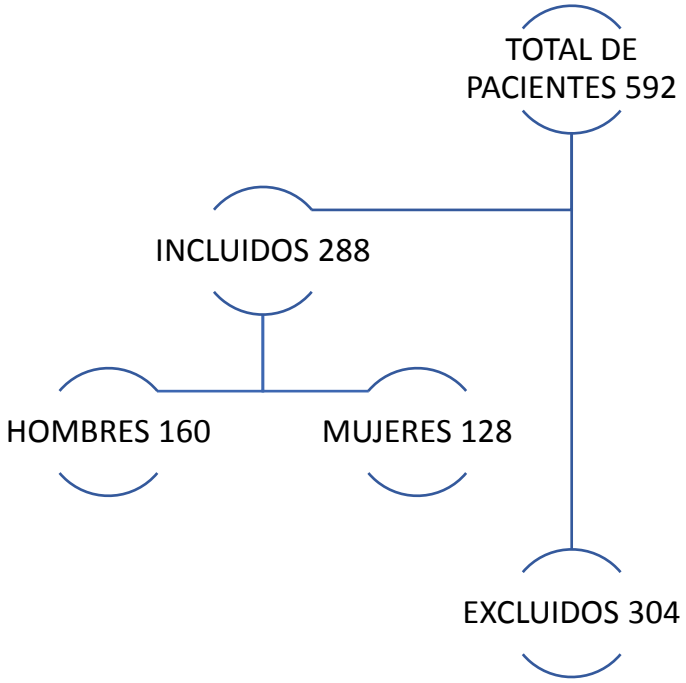
INFORME DE BELMONT: Es importante distinguir entre investigación biomédica y del comportamiento, por una parte y, por la otra, la práctica de una terapia aceptada; ella para saber qué actividades deben sufrir revisión para protección de los sujetos humanos de investigación. La distinción entre investigación y práctica se desdibuja en parte porque a menudo ambas se dan juntas (como en la investigación diseñada para evaluar una terapia) y también, porque con frecuencia se llama "experimental" a un alejamiento notable de la práctica estándar, sin haber definido cuidadosamente los términos "experimental" e "investigación".

Finalmente, en esta investigación todos los individuos serán tratados como personas autónomas, se les detallarán las características del estudio informándoles que ha sido registrado y aprobado ante el CLIS y que su decisión de participar será libre y voluntaria, señalando que pueden retirarse del estudio en el momento que lo deseen, pudiendo informar o no las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad; en caso de aceptar participar en este estudio, se manejarán sus datos con estricta confidencialidad, exponiéndoles que su participación permitirá la obtención de nuevo conocimiento en beneficio de ellos mismos y de otros pacientes y que, en el

transcurso del estudio, podrán solicitar información actualizada sobre el mismo. Cumpliendo así con los principios contenidos en la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmont y Códigos y Normas Nacionales e Internacionales vigentes para las buenas prácticas de la investigación clínica.

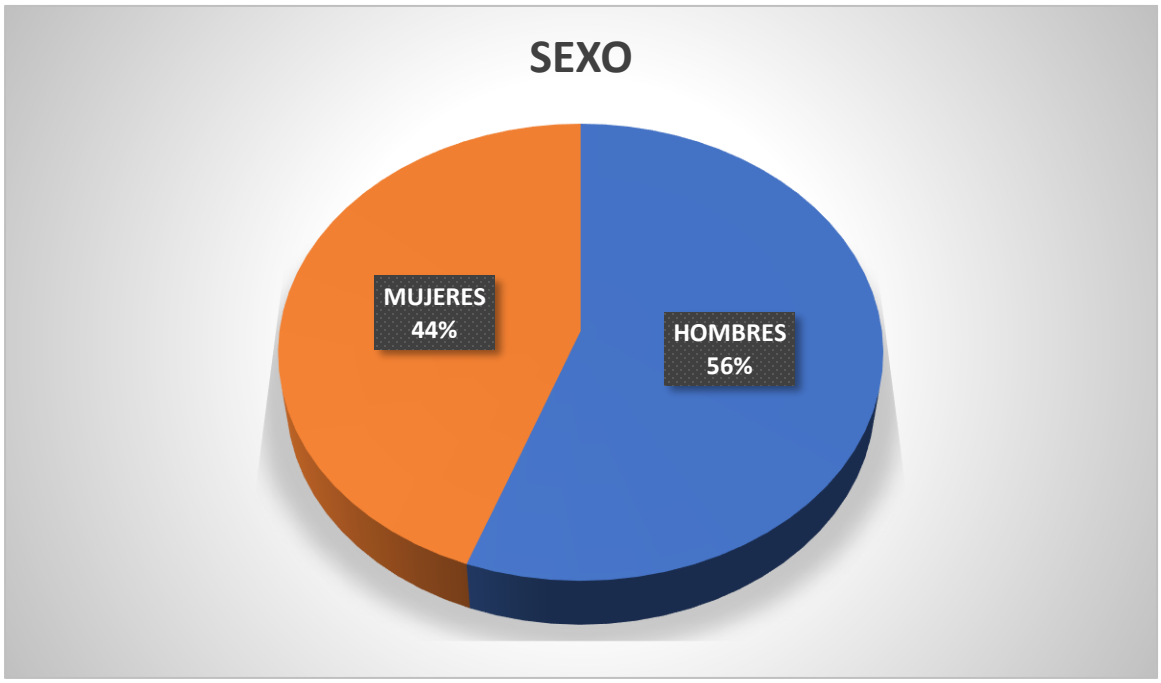
RESULTADOS

En el presente estudio se incluyeron 592 pacientes que ingresaron al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona No. 20 entre 30 a 59 años. Donde se excluyeron a 304 pacientes que cumplían con los criterios de exclusión. Dando como resultado 288 paciente la cantidad de muestra que incluyo con el total de los criterios de inclusión.



A continuación se muestra la distribución de las variables de estudio de acuerdo a sus características demográficas, encontrándose los siguientes resultados:

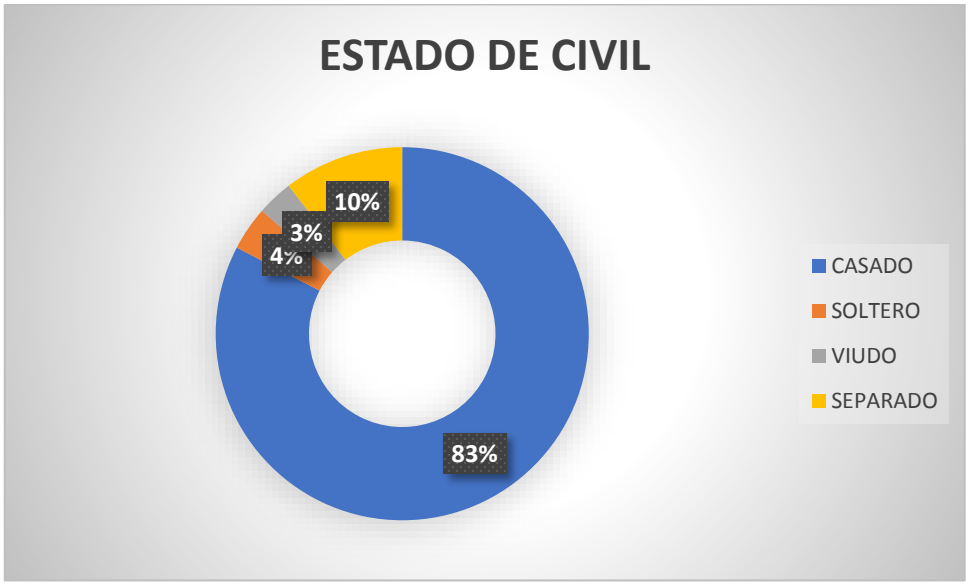
La distribución del sexo fue de la siguiente manera con un porcentaje de 55.6% (n=160) del sexo masculino, y 128% (n=44.4) del sexo femenino.



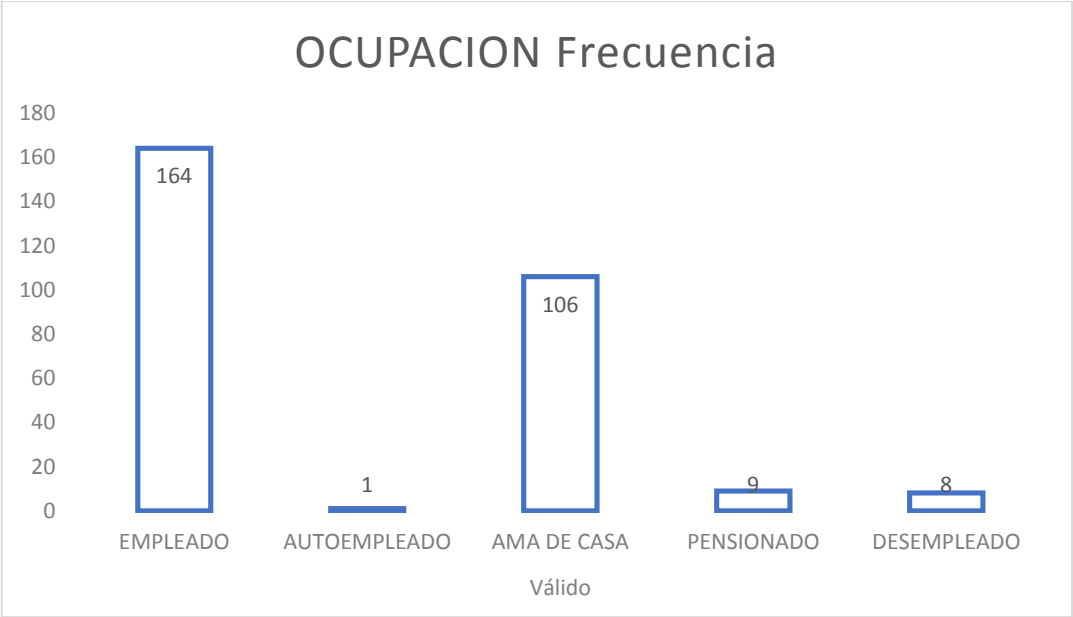
En cuanto a la edad se obtuvo una media de 47.85, con un error estándar 0.494, con una mediana de 49 años, con una moda de 57 años, con una varianza de 70.304, con un minimo de 31 años y un máximo de 59 años.

EDAD		
N	Válido	288
	Perdidos	0
Media		47.85
Error estándar de la media		0.494
Mediana		49.00
Moda		57
Desv. Desviación		8.385
Varianza		70.304
Rango		28
Mínimo		31
Máximo		59

Con la siguiente distribución en cuanto al estado civil. Con una frecuenta de 238 casados, solteros 11, viudo 9, separado 30. Con un predominio mayor de casados y separados.



Con un porcentaje de ocupación de empleados con predominancia en un 56.9%, seguido de ama de casa en un 36.8%, continua con pensionado de 3.1%, desempleado 2.8%, autoempleado 0.3%.

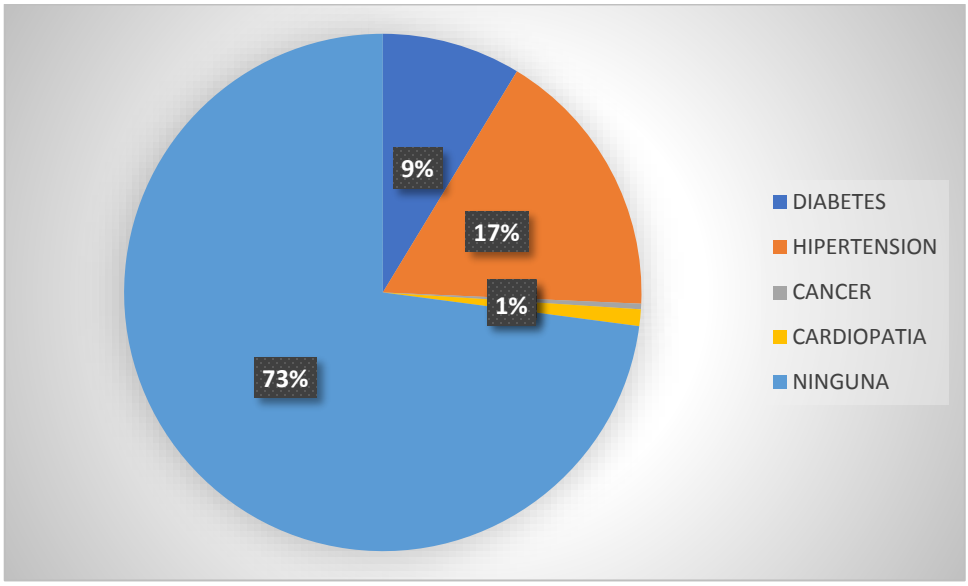


Se obtuvo una frecuencia de 90 pacientes espontáneos con 198 pacientes referidos por su unidad médico familiar.

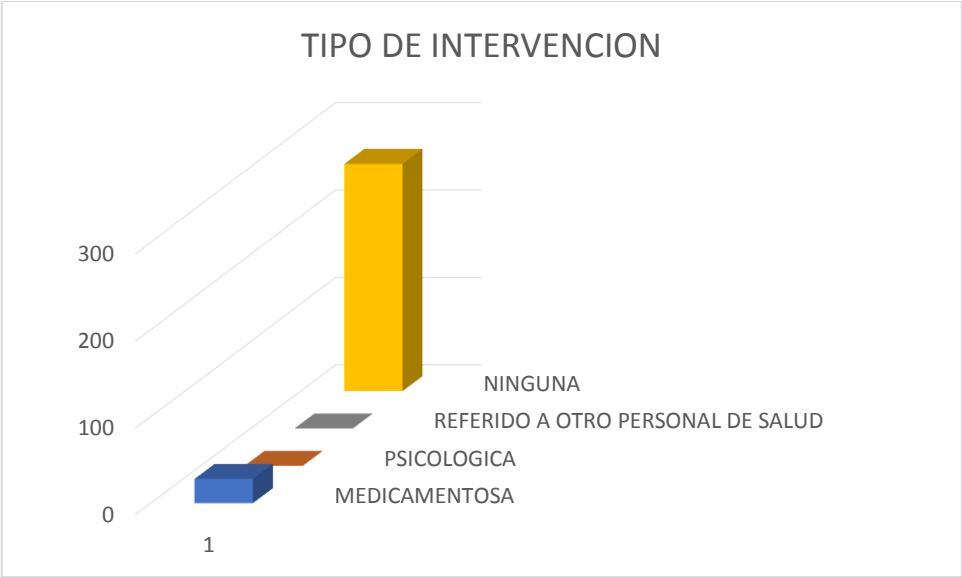
Se agruparon a los pacientes en 3 grupos según la estancia en horas en el servicio de urgencias con los siguientes resultados: 0-12hrs con una frecuencia 156, 13-24hrs con una frecuencia de 82, con una frecuencia de más de 24hrs de 50.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	1	4	1.4
	2	23	8.0
	3	21	7.3
	4	16	5.6
	5	5	1.7
	6	18	6.3
	7	3	1.0
	8	20	6.9
	9	1	0.3
	12	45	15.6
	24	82	28.5
	36	23	8.0
	48	17	5.9
	72	10	3.5
	Total	288	100.0

Se obtuvo una frecuencia mayor de personas sin ninguna patología agregada (n=210) Hipertension arterial (n=49) Diabetes Tipo 2 (n=25) Cardiopatia (n=3) Cancer (n=1) con los siguientes porcentajes.

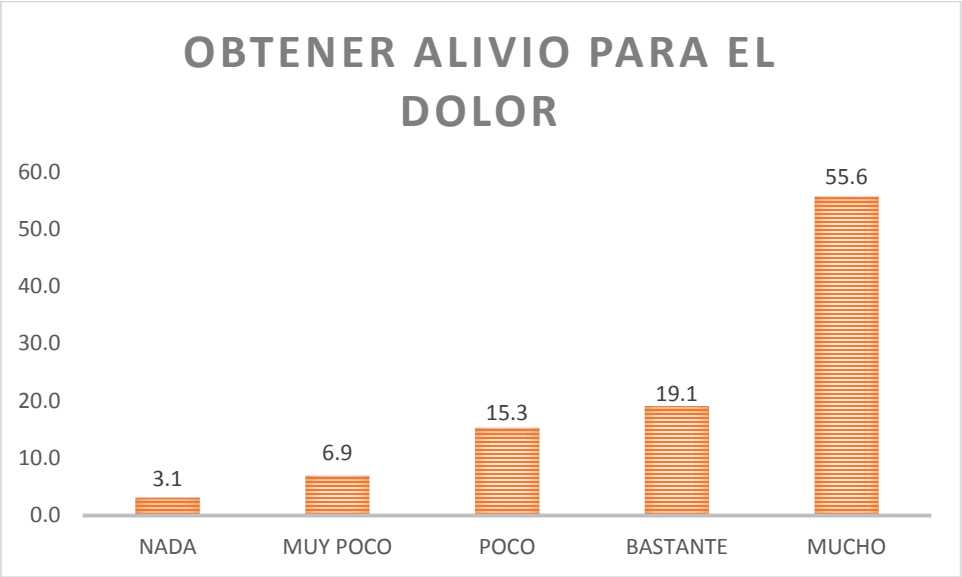


Se encontró que en la siguientes frecuencia estos tipos de intervenciones: Medica con un 9.7% (n=28) y con una mayor frecuencia ninguna intervención realizada con un 90.3% (n=260).

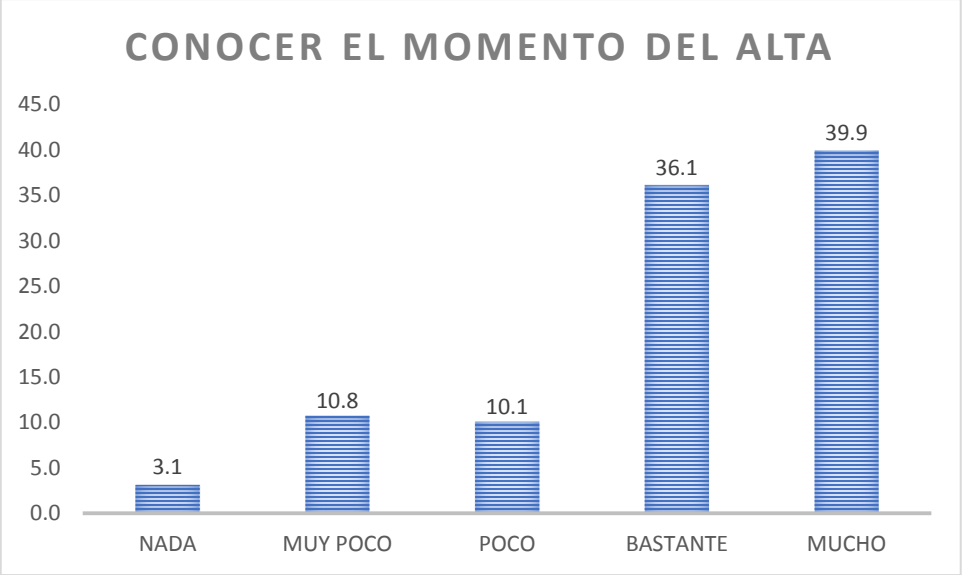


Se analizaron 36 factores estresores para pacientes que según la escala de HADS habían presentado ansiedad obteniendo la siguiente frecuencia:

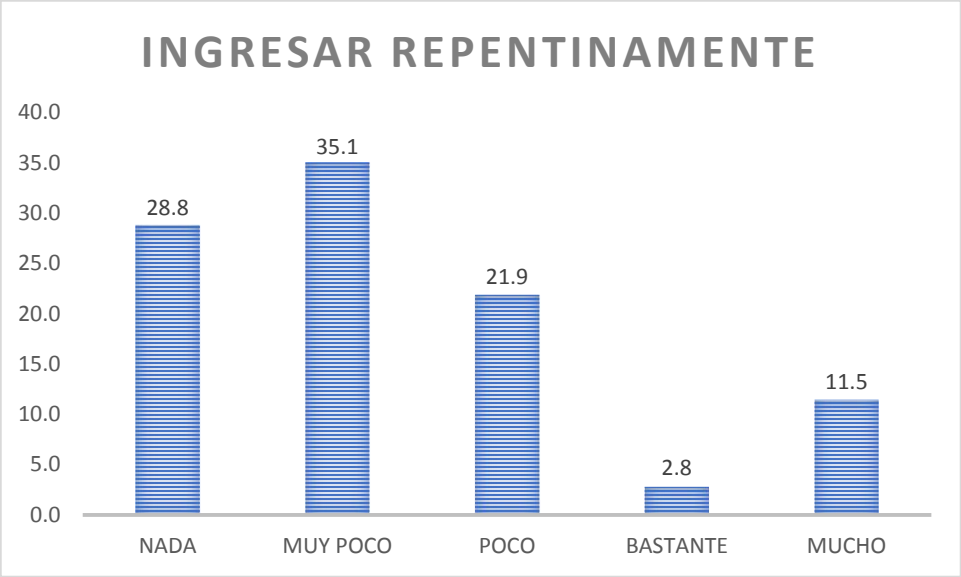
Obtener alivio para el dolor con Nada (n=9) Muy poco (n= 20) Poco (n= 44) Bastante (n=55) Mucho (n=160).



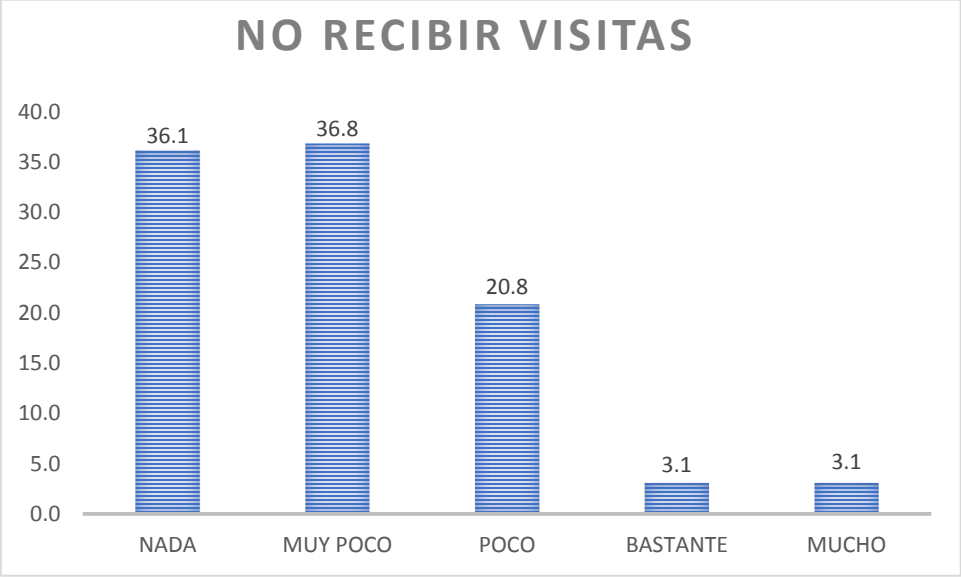
Conocer el momento del alta con Nada (n=9) Muy poco (n= 31) Poco (n= 29) Bastante (n=104) Mucho (n=115).



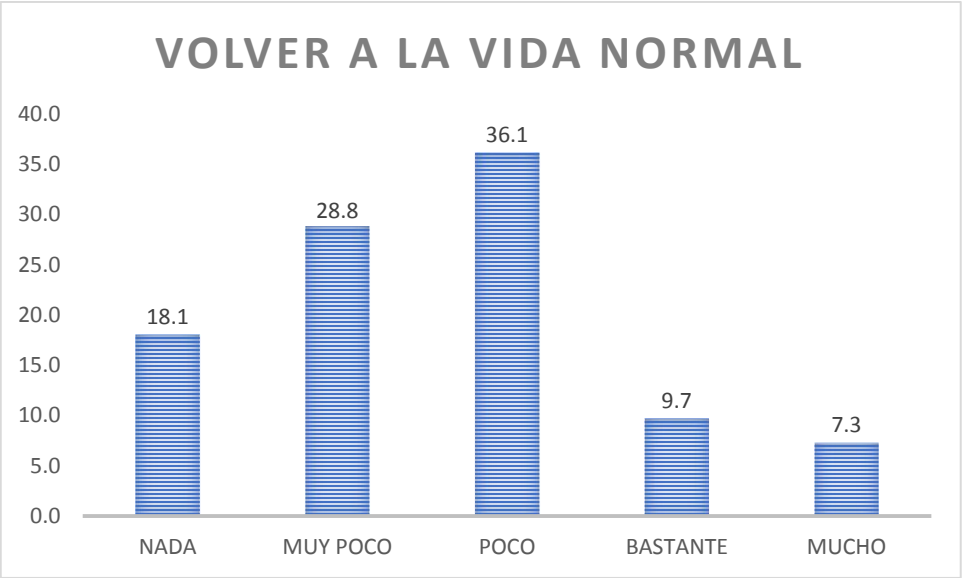
Ingresar repentinamente con Nada (n=83) Muy poco (n= 101) Poco (n= 63) Bastante (n=8) Mucho (n=33).



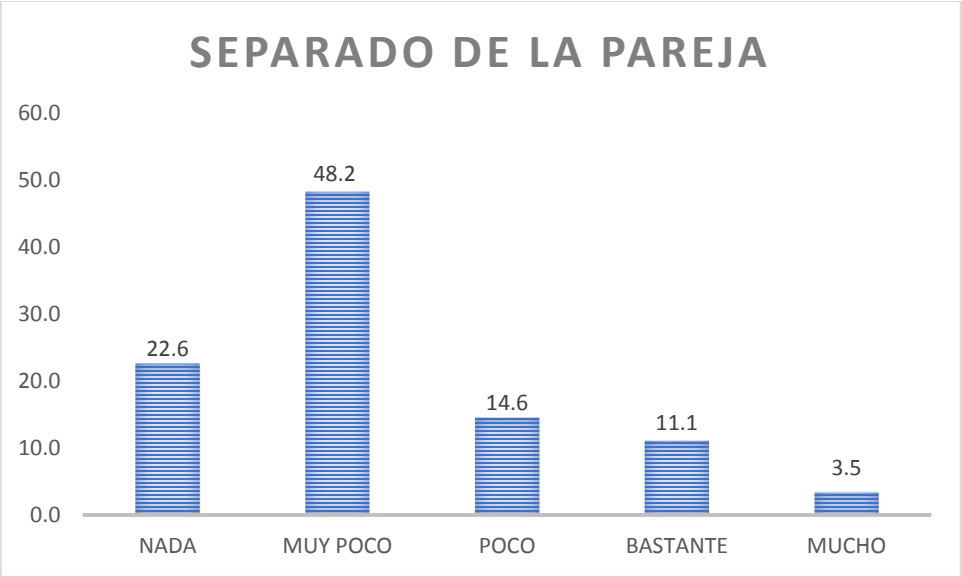
No recibir visitas con Nada (n=104) Muy poco (n= 106) Poco (n= 60) Bastante (n=9) Mucho (n=9).



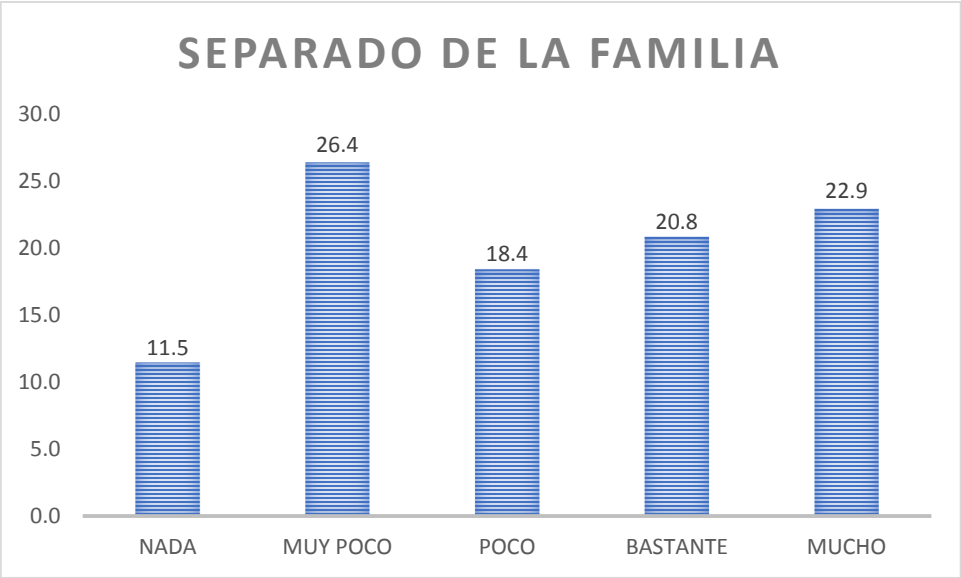
Volver a la vida normal con Nada (n=52) Muy poco (n= 83) Poco (n= 104) Bastante (n=28) Mucho (n=21).



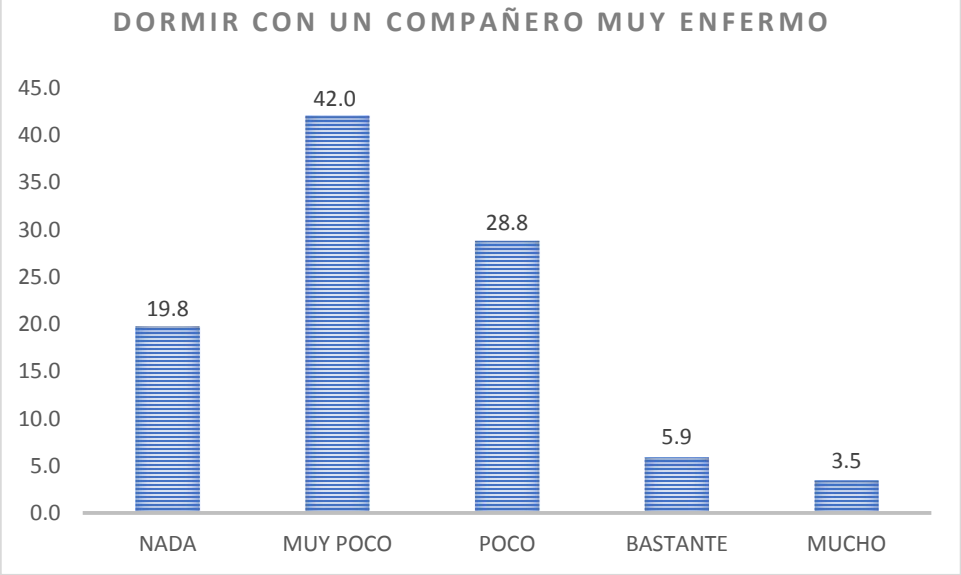
Separado de la pareja con Nada (n=65) Muy poco (n= 139) Poco (n= 42) Bastante (n=32) Mucho (n=10).



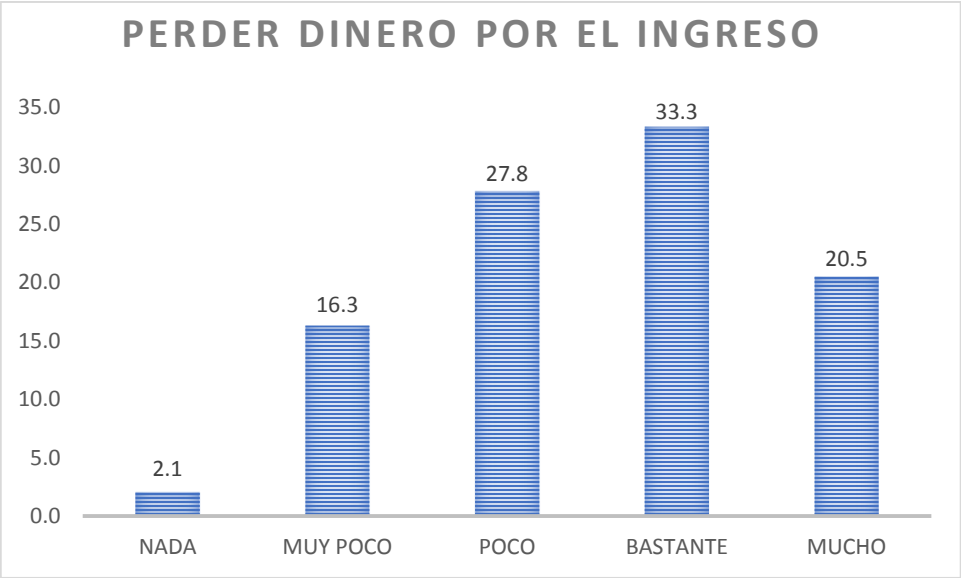
Separado de la familia con Nada (n=33) Muy poco (n= 76) Poco (n= 53) Bastante (n=60) Mucho (n=66).



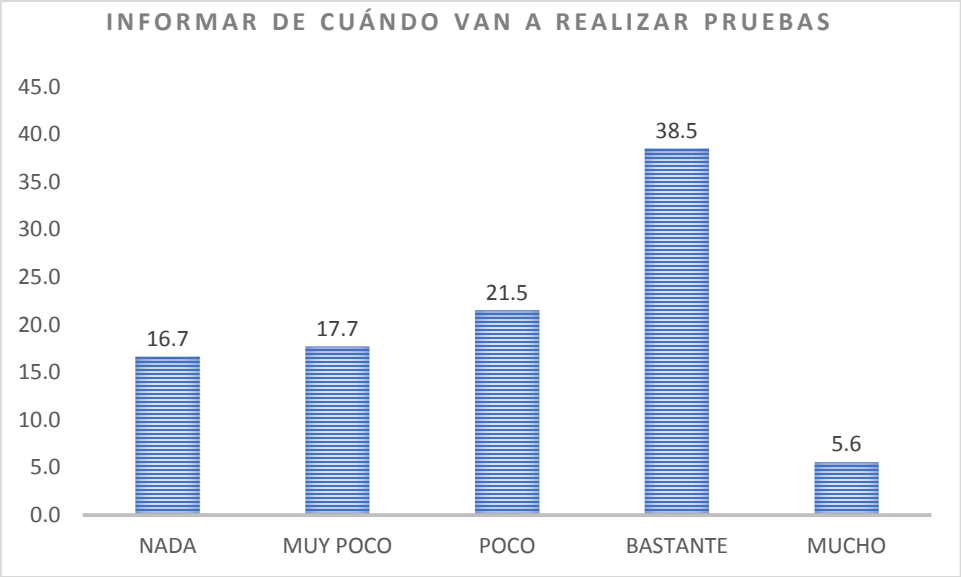
Dormir con un compañero muy enfermo con Nada (n=57) Muy poco (n=121) Poco (n= 83) Bastante (n=17) Mucho (n=10).



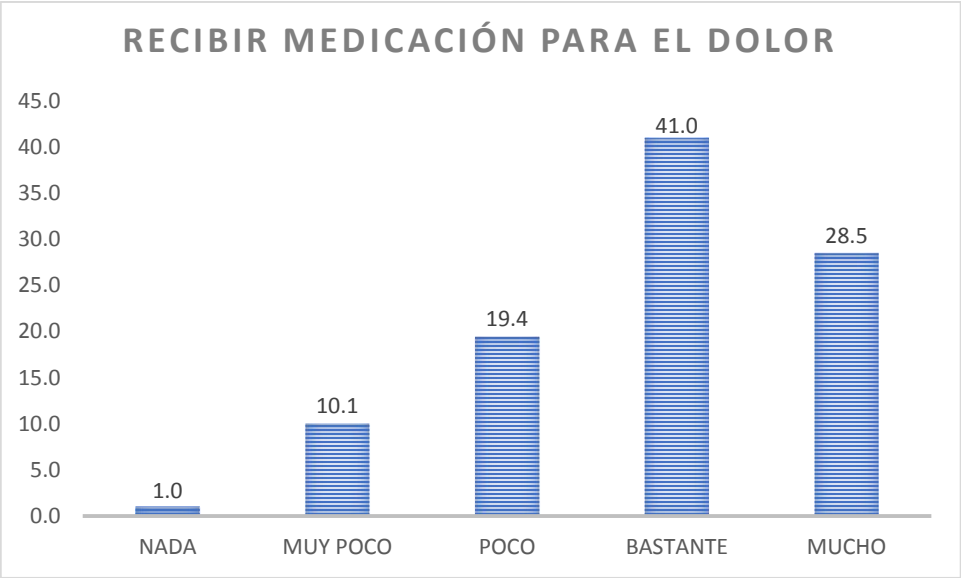
Perder dinero por el ingreso con Nada (n=6) Muy poco (n=47) Poco (n= 80) Bastante (n=96) Mucho (n=59).



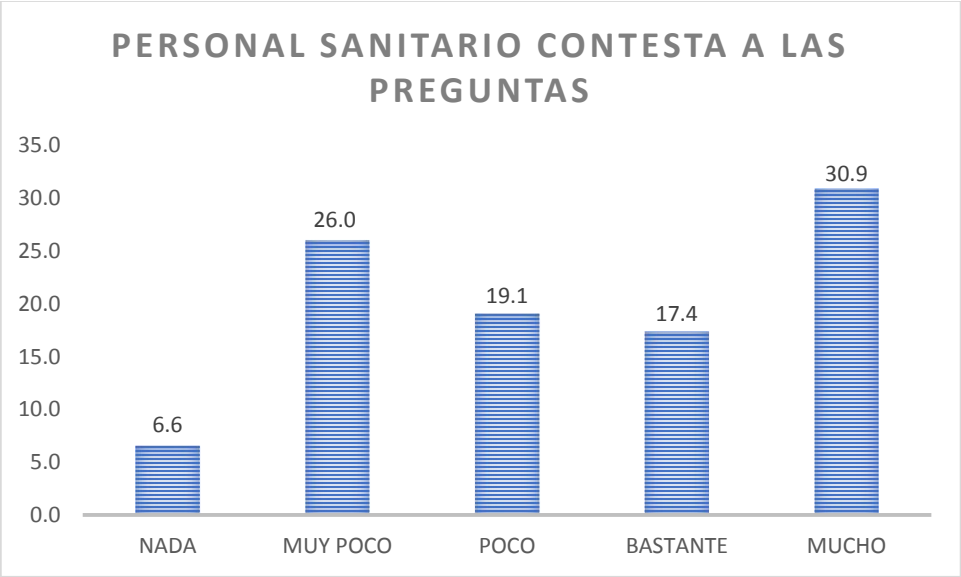
Informar de cuando van a realizar pruebas con Nada (n=48) Muy poco (n=51) Poco (n= 62) Bastante (n=111) Mucho (n=16).



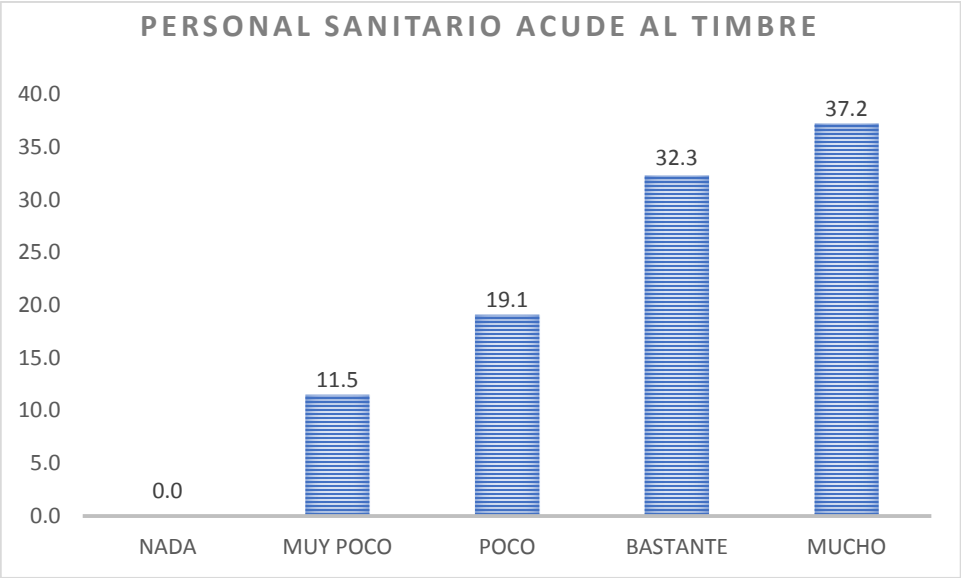
Recibir medicación para el dolor con Nada (n=3) Muy poco (n= 29) Poco (n= 56) Bastante (n=118) Mucho (n=82).



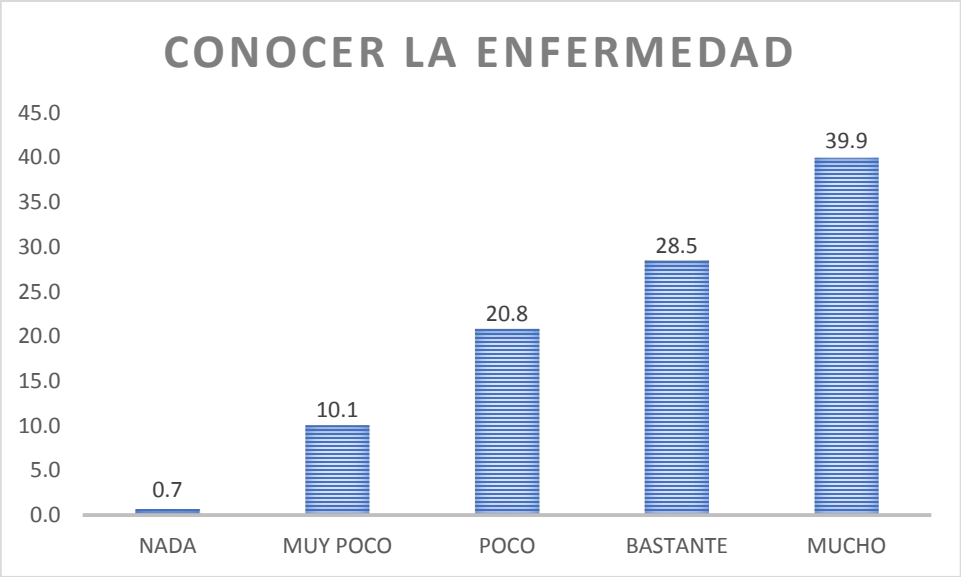
Personal sanitario contesta a las preguntas con Nada (n= 19) Muy poco (n= 75) Poco (n= 55) Bastante (n= 50) Mucho (n= 89).



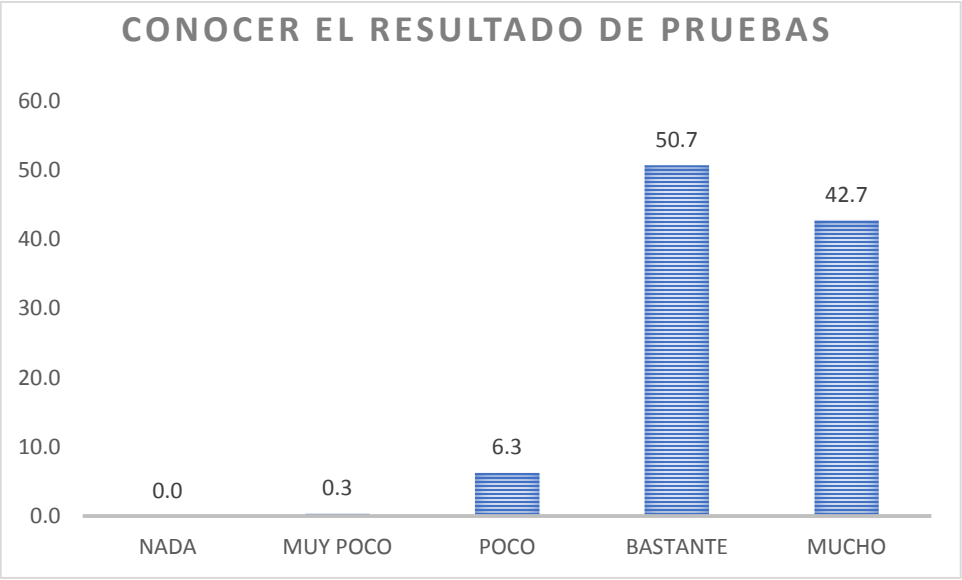
Personal sanitario acude al timbre con Nada (n= 0) Muy poco (n= 33) Poco (n= 55) Bastante (n= 93) Mucho (n= 107).



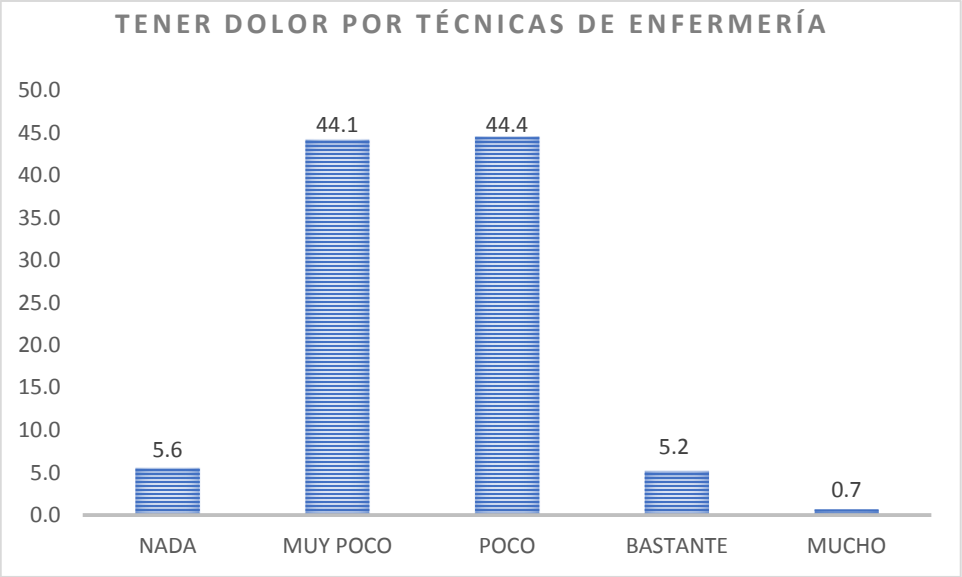
Conocer la enfermedad con Nada (n= 2) Muy poco (n= 29) Poco (n= 60) Bastante (n= 82) Mucho (n= 115).



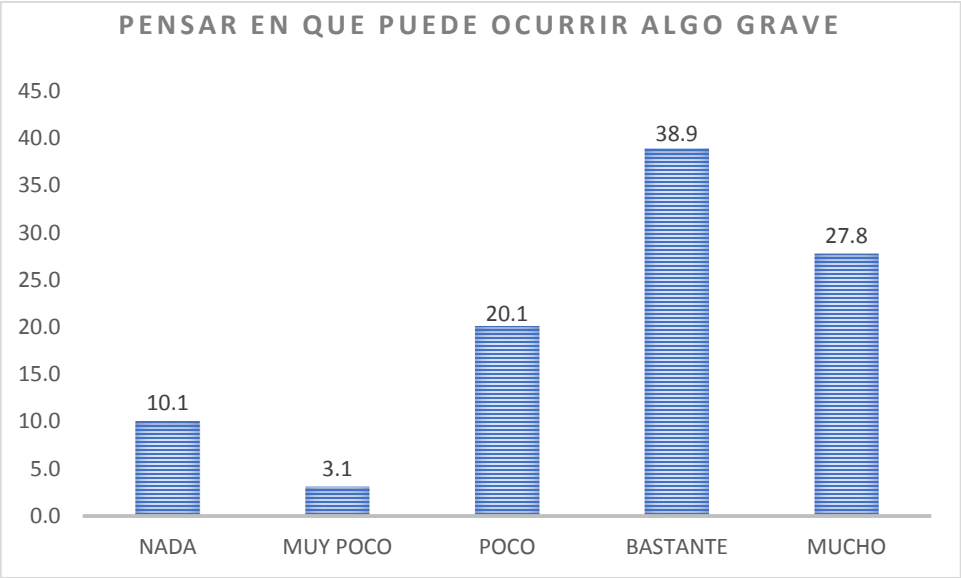
Conocer el resultado de las pruebas con Nada (n= 0) Muy poco (n= 1) Poco (n= 18) Bastante (n= 46) Mucho (n= 123).



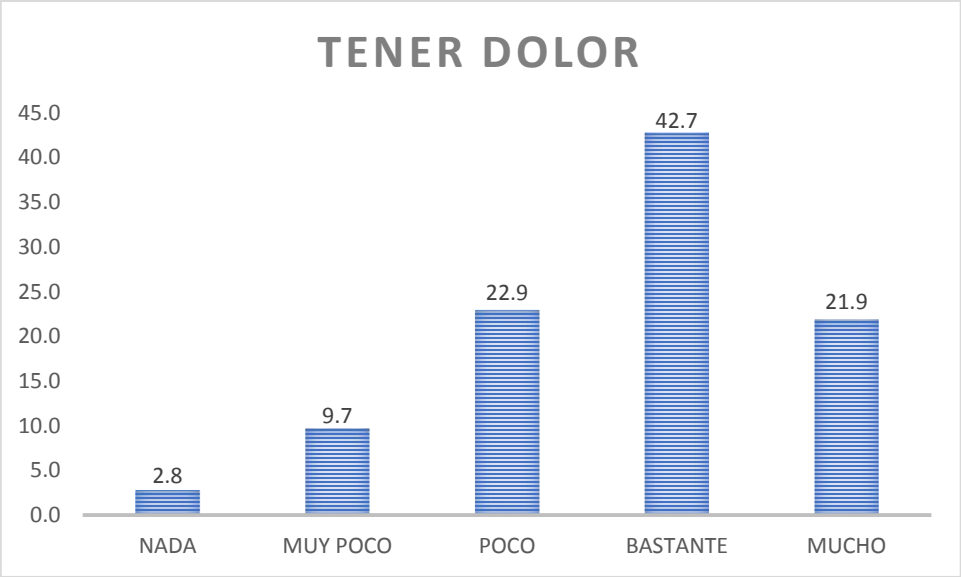
Tener dolor por técnicas de enfermeria con Nada (n= 16) Muy poco (n= 127) Poco (n=128) Bastante (n= 15) Mucho (n= 2).



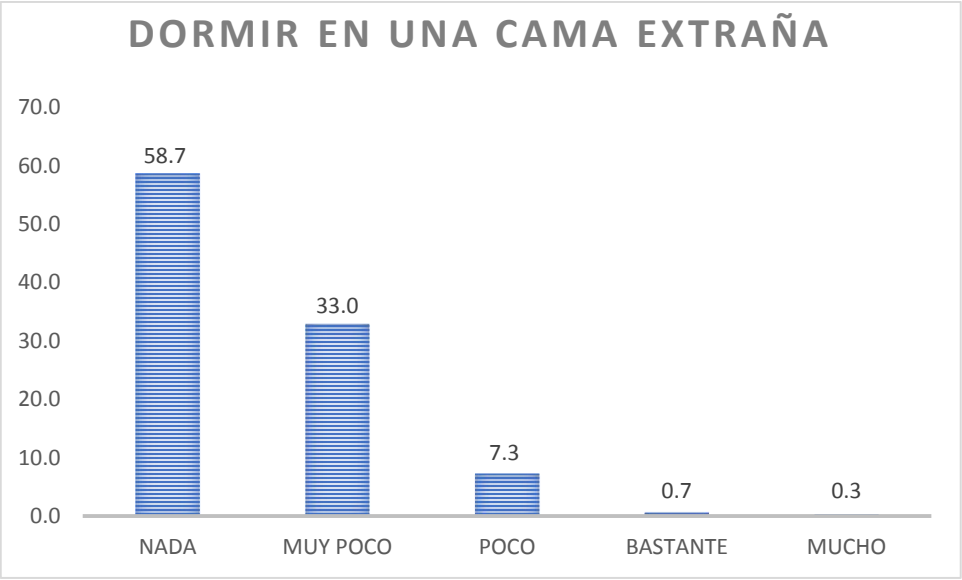
Pensar en que puede ocurrir algo grave con Nada (n= 29) Muy poco (n= 9) Poco (n=58) Bastante (n= 112) Mucho (n= 80).



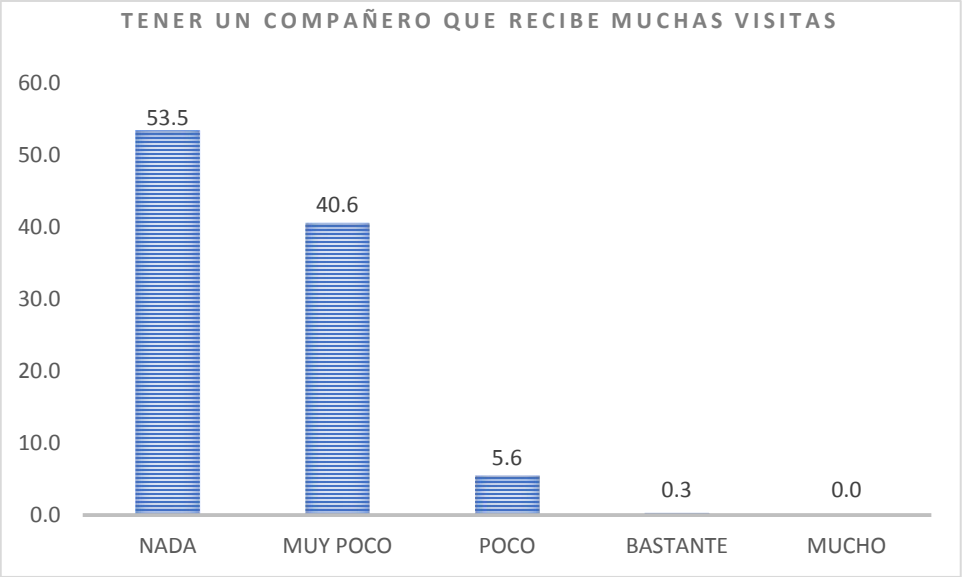
Tener dolor con Nada (n= 8) Muy poco (n= 28) Poco (n= 66) Bastante (n= 123) Mucho (n= 63).



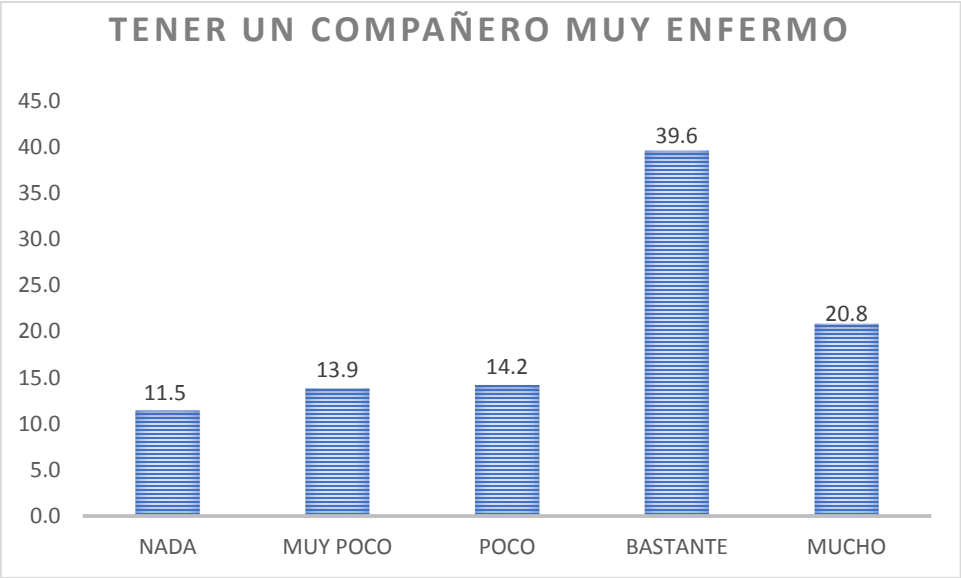
Dormir en una cama extraña con Nada (n= 169) Muy poco (n= 95) Poco (n= 21) Bastante (n= 2) Mucho (n= 1).



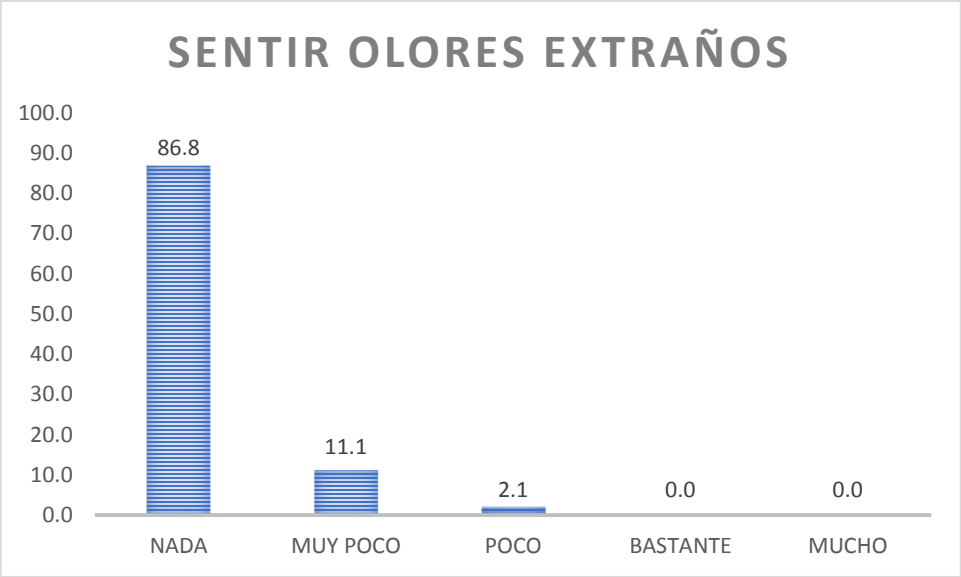
Tener un compañero que recibe muchas visitas con Nada (n= 154) Muy poco (n= 117) Poco (n= 16) Bastante (n= 1) Mucho (n= 0).



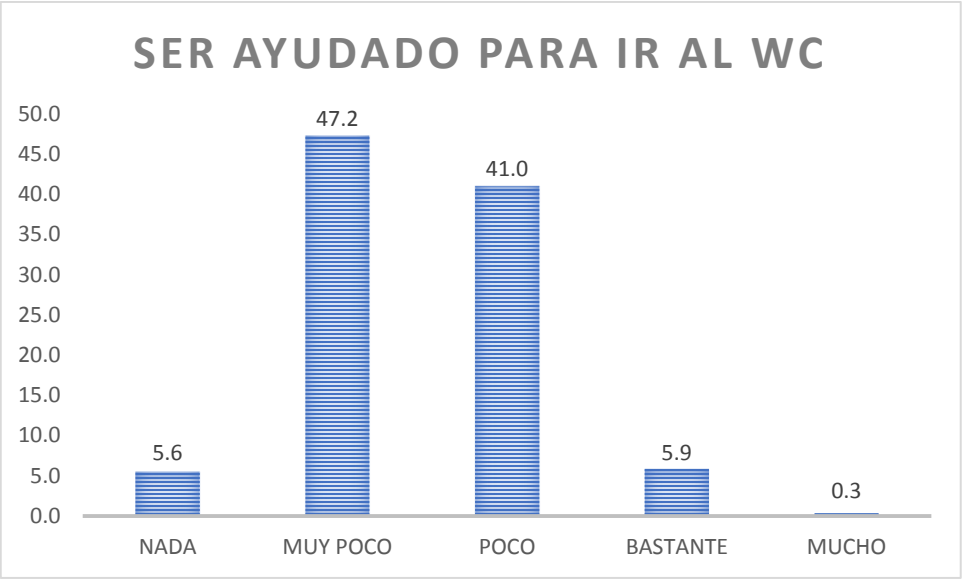
Tener un compañero muy enfermo con Nada (n= 33) Muy poco (n= 40) Poco (n= 41) Bastante (n= 114) Mucho (n= 60).



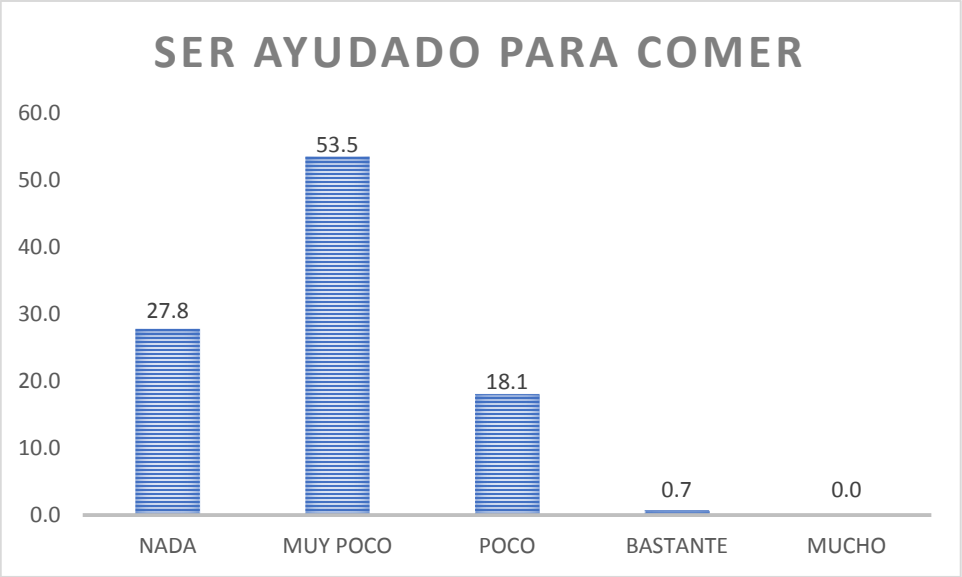
Sentir olores extraños con Nada (n= 250) Muy poco (n= 32) Poco (n= 6) Bastante (n= 0) Mucho (n= 0).



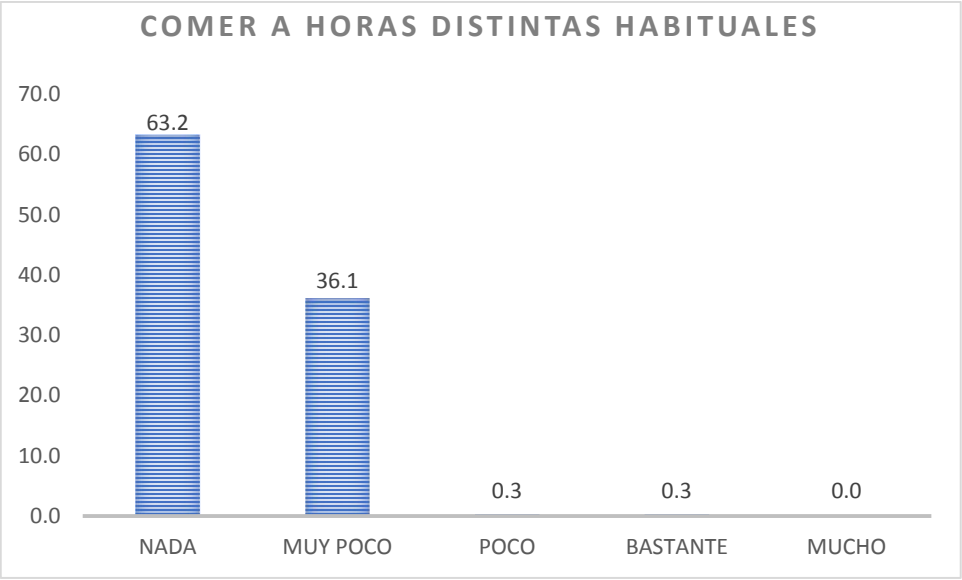
Ser ayudado para ir al WC con Nada (n= 16) Muy poco (n= 136) Poco (n= 118) Bastante (n= 17) Mucho (n= 1).



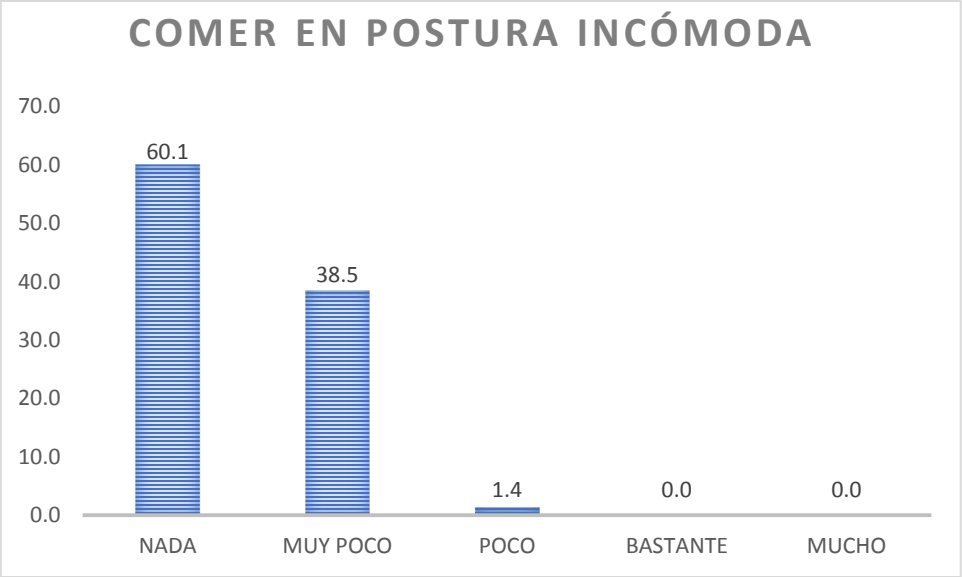
Ser ayudado para comer con Nada (n= 80) Muy poco (n= 154) Poco (n= 52) Bastante (n= 2) Mucho (n= 0).



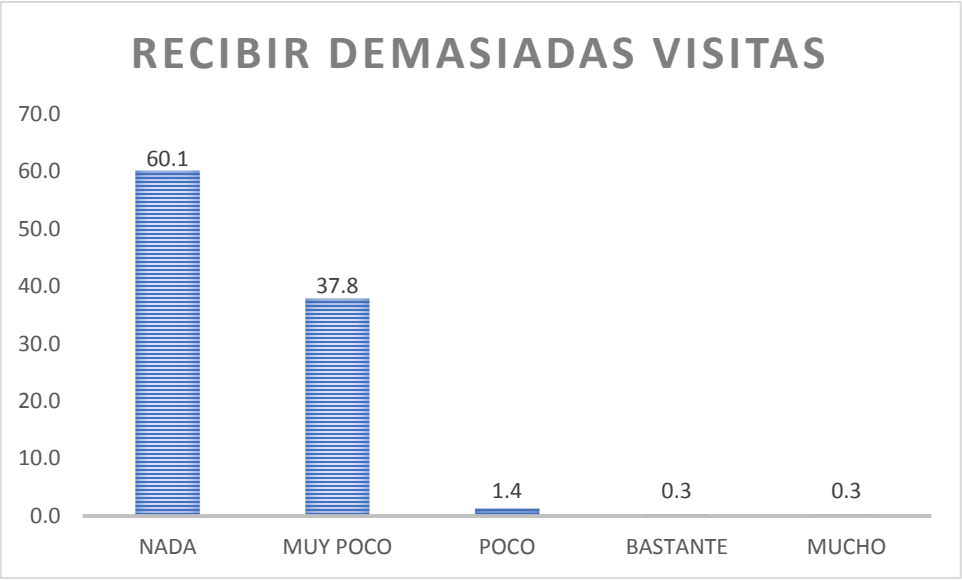
Comer a horas distintas con Nada (n= 182) Muy poco (n= 104) Poco (n= 1) Bastante (n= 1) Mucho (n= 0).



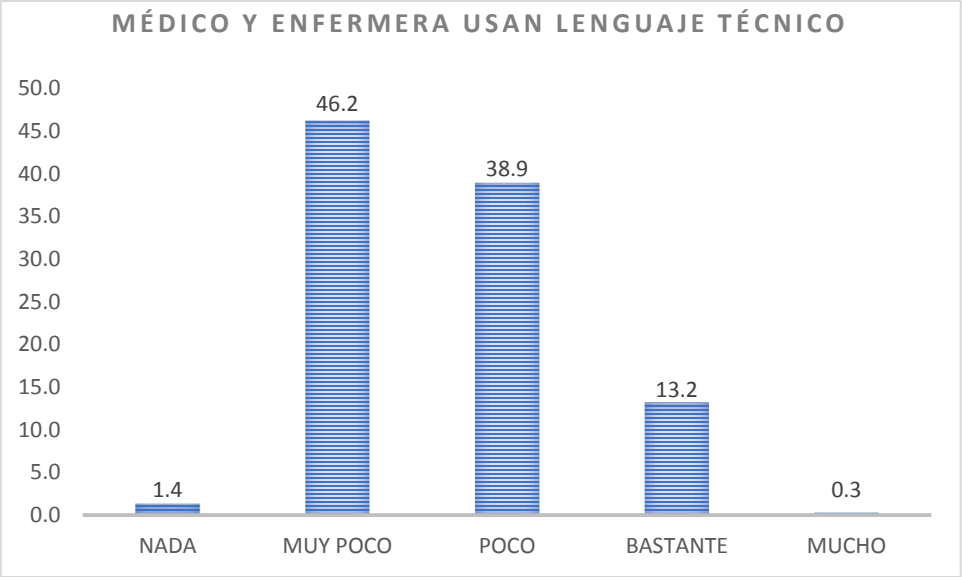
Comer en postura incomoda con Nada (n= 173) Muy poco (n= 111) Poco (n= 4) Bastante (n= 0) Mucho (n= 0).



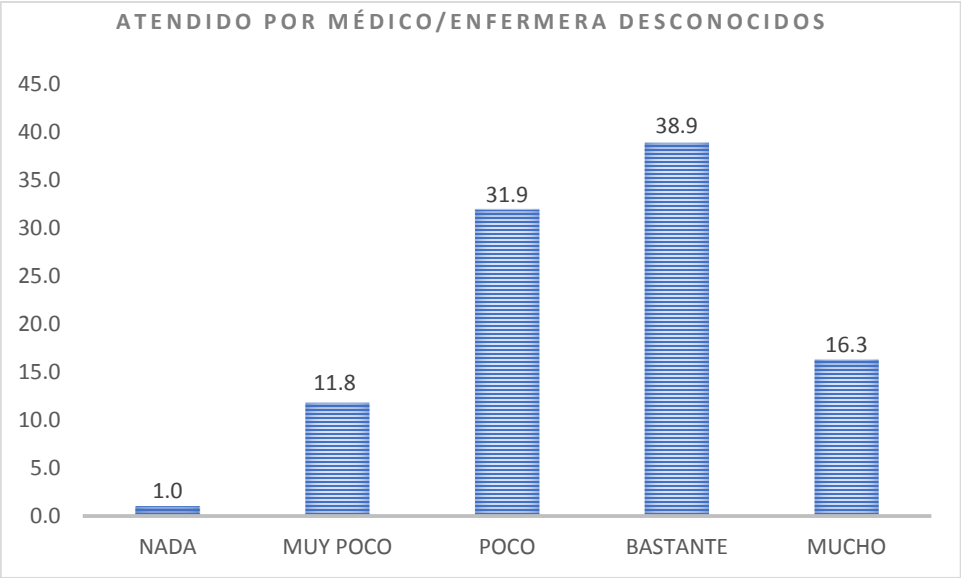
Recibir demasiadas visitas con Nada (n= 173) Muy poco (n= 109) Poco (n= 4) Bastante (n= 1) Mucho (n= 1).



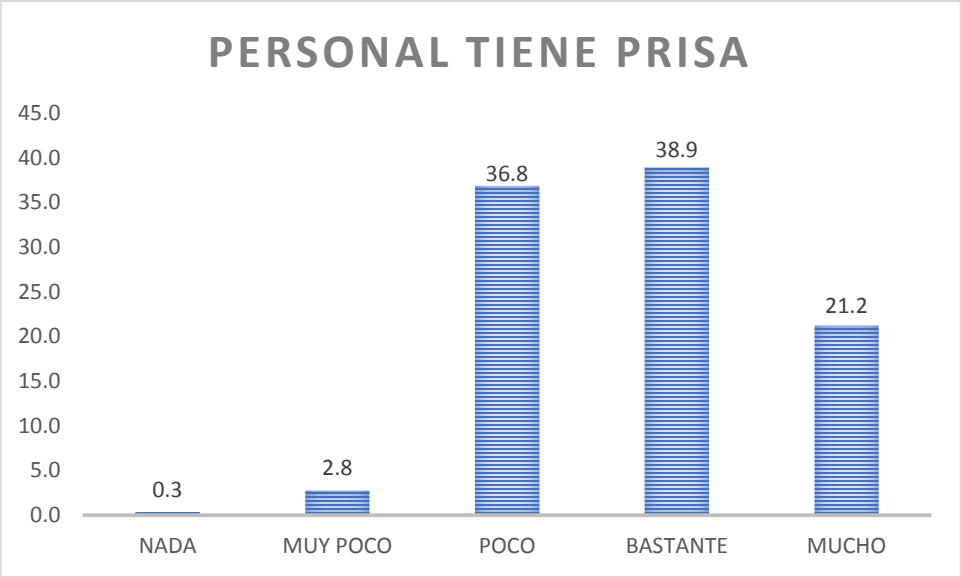
Médico y enfermera usan lenguaje técnico con Nada (n= 4) Muy poco (n= 133) Poco (n= 112) Bastante (n= 38) Mucho (n= 1).



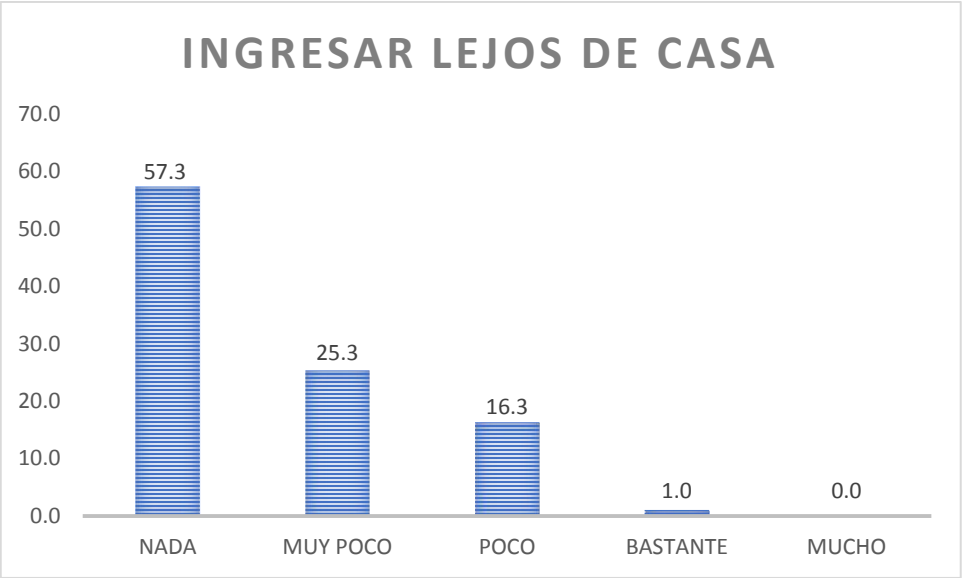
Atendido por medico/enfermera desconocidos con Nada (n= 3) Muy poco (n= 34) Poco (n= 92) Bastante (n= 112) Mucho (n= 47).



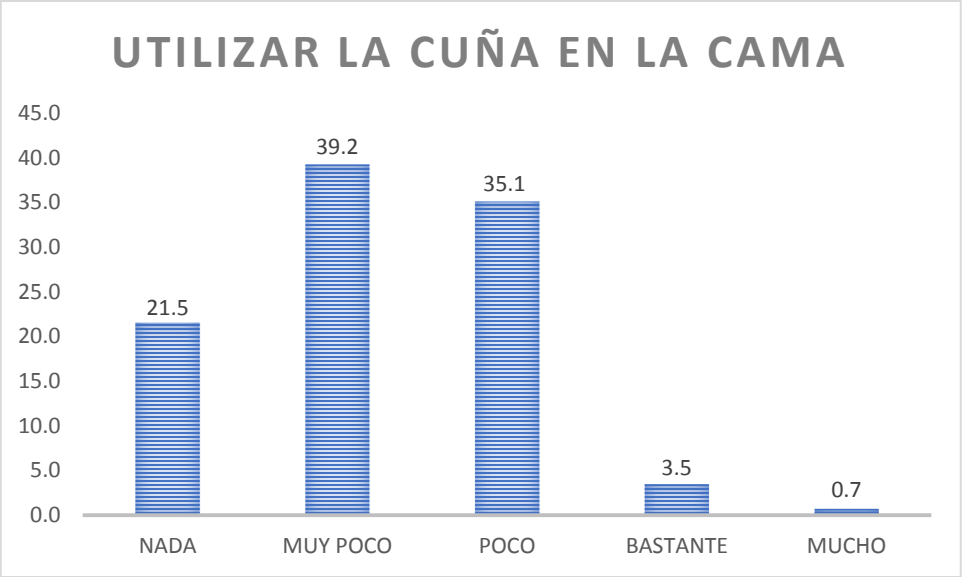
Personal tiene prisa con Nada (n= 1) Muy poco (n= 8) Poco (n= 106) Bastante (n= 112) Mucho (n= 61).



Ingresar lejos de casa con Nada (n= 165) Muy poco (n= 73) Poco (n= 47) Bastante (n= 3) Mucho (n= 0).

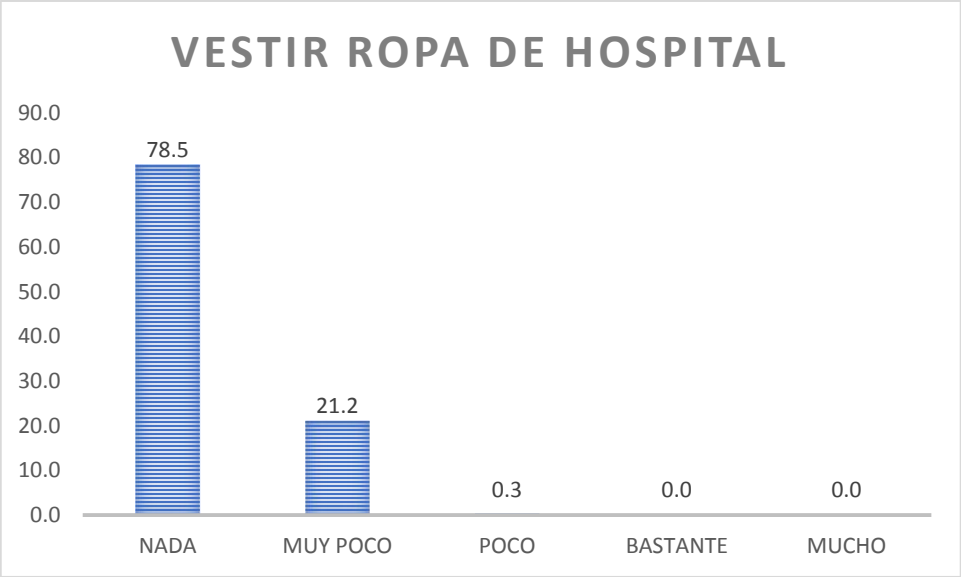


Utilizar la cuña en la cama con Nada (n= 62) Muy poco (n= 113) Poco (n= 101) Bastante (n= 10) Mucho (n= 2).

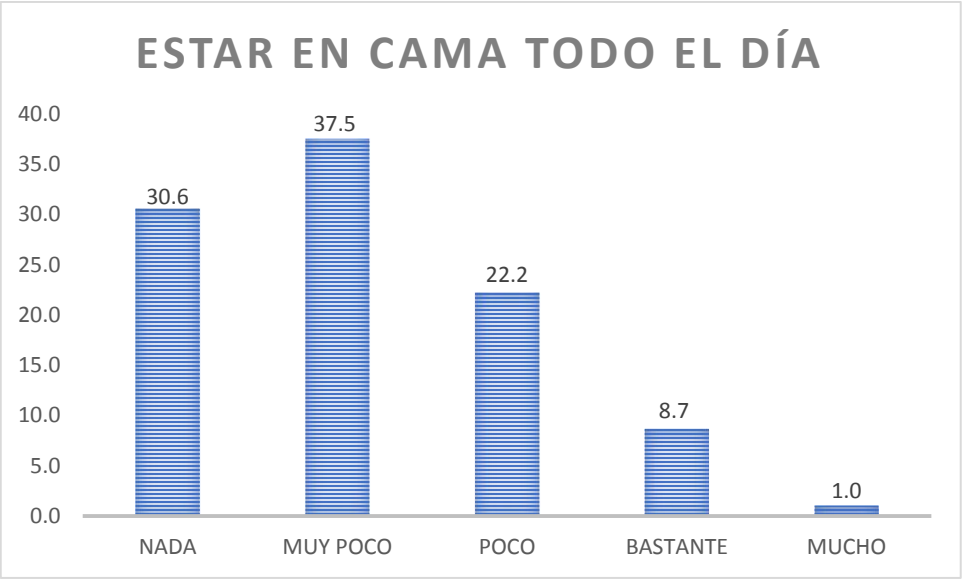


Dormir con extraños con Nada (n= 181) Muy poco (n= 103) Poco (n= 4) Bastante (n= 0) Mucho (n= 0).

Vestir ropa de hospital con Nada (n= 226) Muy poco (n= 61) Poco (n= 1) Bastante (n= 0) Mucho (n= 0).



Vestir ropa de hospital con Nada (n= 88) Muy poco (n= 108) Poco (n= 64) Bastante (n= 25) Mucho (n= 3).



Encontrando el mayor frecuencia de 55.6% (n=160) mucho es obtener alivio para el dolor con un predominio de 160 hombres y 128 mujeres, con un predominio de 238 casados, 11 solteros, 9 viudos, 30 separados. 164 empleados, 1 auto empleado, 106 ama de casa, 9 pensionados, 8 desempleados. 156 con una estancia de 1 a 12hrs, 45 con más de 13hrs a 24hrs. 50 de más de 24hrs. Con las siguientes enfermedades crónicas 25 con Diabetes Tipo 2, 49 con Hipertensión Arterial Sistémica, 1 con cáncer, 4 con alguna cardiopatía, 210 sin ninguna enfermedad crónica.

El segundo con mayor frecuencia de mucho con 39.9% (n=115) es conocer el momentos del alta. El tercero con mayor frecuencia de mucho con 37.2% (n=107) es personal sanitario acude al timbre.

El factor con mayor frecuencia de nada con 86.8% (n=250) es sentir olores extraños, el segundo con mayor frecuencia con 78.6% (n=226) es vestir ropa de hospital, y el tercero con mayor frecuencia con un 63.2% (n=182) es comer a horas distintas habituales.

DISCUSION

El acudir a un servicio de urgencias como tal despierta en el paciente y su familia ciertos miedos de incertidumbre por encontrarse con algo desconocido. De esta forma se comienza a generar cierto nivel de estrés en el paciente y esto asociado a que en la salas de urgencias tenemos muchos factores que desencadenan en el paciente mayor estrés. O el paciente ya tenga una patología de base que haga que debute o se acentué su ansiedad.

En este estudio encontramos que el total de pacientes en donde se aplicó la encuesta de ansiedad encontramos que el 48% de los pacientes sufren de ansiedad desencadenada por el servicio de urgencias en comparación con el estudio (21) que presenta la prevalenvia de mujeres con una media de edad de 58.7% en comparación con nuestro estudio que revela un 44% y con mayor predominancia de hombres con un 56%, con una media de edad de 47 años en comparación con su media que incluyo a personas mayores de 60 años. Nosotros encontramos una predominancia de empleados con un 56.9% y amas de casa 36.8%.

Los factores estresores en los cuales el mayor factor que ocasionaba ansiedad era relacionado con obtener alivio para el dolor obtuvo un 72% bastante en el estudio (16) cuanto para nuestros pacientes obtuvimos un 55.6% de mucho, donde predominaban en su mayoría hombres, casados, que no padecían en su mayoría ninguna enfermedad crónica y que su estancia en el servicio era en promedio menor de 12hrs.

En comparación con el estudio (16) el factor que presento mayor predominancia de mucho fue no recibir visitar en cuanto a nuestro estudio tuvo un 36.6% de muy poco la ansiedad que desencadenaba en los pacientes.

El factor estresor que más predomina entre mucho y bastante es conocer el resultado de las pruebas con un 50.7 % bastante y 42.7% mucho en comparación con el estudio (16) con un 41% bastante.

Los factores que mayor predominancia con nada son dormir en cama extraña, dormir con extraños, vestir ropa de hospital, sentir olores extraños, comer a horas distintas

habituales. Coincidiendo con el estudio (16) en vestir ropa de hospital 77% y dormir con extraños 64%. Además encontraron con nada ser atendido por medico/enfermeras desconocidos 63% y estar en cama todo el día 58%.

CONCLUSION

Es importante identificar al paciente con trastorno de ansiedad ya que este padecimiento con mayor frecuencia es encontrado y potencializado por su estancia en un área hospitalaria.

Durante este estudio a la población evaluada se integró la identificación de los pacientes por medio de la escala de HADS previamente validada en pacientes en el área de urgencias. Y posterior a identificar a dichos pacientes e aplico la escala de 36 factores estresores donde se analizaron factores que tenían que ver con la situación personal de cada paciente en su vida diaria y con el apego a su familia, así como también factores donde se evalúa el aumento de la ansiedad por la percepción que el paciente tiene en relación a su entorno con el ambiente hospitalario, desde el uso de un cómodo en la cama, hasta el uso de ropa de hospital.

Por ultimo encontramos que en este estudio que las intervenciones realizadas en los pacientes con ansiedad por parte del servicio de urgencias que lo conforman médicos y enfermeras, no realizan en su mayoría ninguna acción para mejorar la situación que desencadena el trastorno de ansiedad durante su estancia, solo se encontró en una minoría la prescripción de medicamentos ansiolíticos, sin otorgar un seguimiento por algún personal experto en el tema.

Tampoco se indicó por escrito al personal de enfermería sobre mejorar las condiciones ambientales y así como poder darle confort al paciente durante su estancia, ya que estudios mencionan que si mejoramos las condiciones que estresan al paciente en la sala de urgencias podremos disminuir los días de estancia y por lo tanto disminuimos costos y aumentamos la calidad en la atención al paciente durante su estancia.

Esperamos que este estudio pueda brindar un área de trabajo tanto para el personal directivo de la unidad que mejore las condiciones de los pacientes en su estancia en

nuestro hospital, así como capacitar al personal de salud sobre esta situación detectada en este protocolo, esperando un trabajo multidisciplinario para mejorar la calidad de atención en el paciente.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

“Intervenciones realizadas en pacientes con ansiedad con factores estresores en el servicio de urgencias”

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES						
Actividades	**Primer semestre**			**Segundo semestre**		
Búsqueda bibliográfica	X	X	X	X	X	X
Redacción del protocolo	X					
Aprobación del protocolo					X	
Recolección de información			X	X	X	
Análisis de datos					X	
Escrito final y publicación						X

BIBLIOGRAFIA

1. Macías C. Pérez E, López M, Beltran L. Trastorno de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. México, Veracruz. 2019.
2. Montemuiño A. Rojas R. Pozo H. Tratamiento de la ansiedad en las urgencias, ¿un mal bien tratado? IV Congreso Virtual Internacional de Enfermería en Salud Mental. Psiquiatria.com. 2018. Disponible en: http://congreso.enfermeria.com
3. Bulbuena V. Casquero R. Santiago H. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. 2008; 10.
4. Cano V. Ruiz R. Prevalencia y abordaje de los trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones. Eficacia y coste-efectividad de las intervenciones psicológicas en Atención Primaria. Psicoevidencias 2021 (59). ISSN 2254-4046
5. Anguiano S. Mora M. Erazo L. Vega V. Prevalence Of Anxiety And Depression In Hospitalized Patients Eureka 2017;14(1):24-38.
6. Berenguer B, Pacheco B, Arroyo S, et al. Protocolo diagnóstico y terapéutico del paciente psiquiátrico en Urgencias. Medicine. 2015;11(85):5112-5117
7. Iribarne C. Droguett M. Brucher R. Urgencias psiquiátricas en el hospital general. REV. MED. CLIN. CONDES 2017; 28(6) 914-922.
8. Shapiro M, Gabel K,Edsall R, et al. ¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad del paciente en urgencias y la seguridad de su medicación habitual?. Nursing 2018; 35 (5): 52-58.
9. García J, Lorenzo C, García I. Cuidados de enfermería ante la ansiedad al ingreso en urgencias. Psiquiatria.com, Disponible en: http://psiqu.com/1-10733
10. Vilchis-Aguila A. Secín-Diep R. López-Avila A. Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental e identificación por el médico de urgencias. Med Int Mex 2010;26(1):5-10.
11. Rojas R. Pozo H. Montemuiño A. Las escalas para valorar el trastorno de ansiedad. IV Congreso Virtual Internacional de Enfermería en Salud Mental. Psiquiatria.com. 2018. Disponible en: http://congreso.enfermeria.com
12. Galindo O. Benjet C. Juárez F. Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. Salud Mental 2015; 38(4):253-258.
13. Yamamoto-Furusho J. Sarmiento-Aguilar A. Garcia-Alanis M. Escala de Ansiedad y depresión hospitalaria. HADS. Validación en pacientes mexicanos con enfermedad inflamatoria intestinal. Gastroenterol Hepatol 2018;41(8), 477-482
14. Cabrera V. Martín-Aragón M. Terol M. Anxiety and depression Scale (HADS) in fibromyalgia: sensitivity and specificity analysis. Terapia Psicológica 2015; 33 (3):181-193.
15. Terol-Cantero M. 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; 31(2) 494-503.

16. Santos T, Calvo JI, Ansiedad del paciente hospitalizado en una Unidad de Observación de Urgencias de un hospital comarcal. Metas Enferm 2016; 19(9): 27-31.
17. Meissner J, Mesuring patient stress with the hospital stress ranking scale. Nurs Res 1975;24(5):352-359.
18. Dalla L, Stumpf P, Isdra C, et al. Los factores estresantes en pacientes adultos internados en una unidad de cuidados intensivos: una revisión integradora. 2018; 52: 580-590.
19. Nager AL,Mahrer NE, Gold JI. State Trait Anxiety in the Emergency Department. Pediatric Emergency Care 2010; 26 (12): 897-901.
20. Latorre JM, Rovira E. Evaluación y cuidados de la ansiedad como respuesta a algunas técnicas de enfemería. Disponible en: http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%201/ansiedad1.htm.
21. Shapiro M, Gabel K,Edsall R, et al. ¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad del paciente en urgencias y la seguridad de su medicación habitual?. Nursing 2018; 35 (5): 52-58.

ANEXOS

ANEXO 1 ESCALA DE ANSIEDAD HOSPITALARIA

ESCALA DE ANSIEDAD HOSPITALARIA				
El siguiente cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a saber cómo se sientes usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números. Lea cada pregunta y marque la que usted considere con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho cada respuesta. En este cuestionario las respuesta espontaneas tienen más valor que las que se piensas mucho.				
	3	2	1	0
Me siento tenso o nervioso	Casi todo el día	Gran parte del día	De vez en cuando	Nunca.
Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder	Si y muy intenso	Sí, pero no muy intenso	Sí, pero no me preocupa	No siento nada de eso
Tengo la cabeza llena de preocupaciones	Casi todo el día	Gran parte del día	De ver en cuando	Nunca
Soy capaz de permanecer sentado, tranquilo y relajado	Siempre	A menudo	Raras veces	Nunca
Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago.	Nunca	Solo algunas ocasiones	A Menudo	Muy menudo
Me siento inquieto como si no pudiera dejarme de mover	Mucho	Bastante	No mucho	Nada
Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor.	Muy a menudo	Con cierta frecuencia	Rara vez	Nunca

ANEXO 2 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	**"Intervenciones realizadas en pacientes con ansiedad con factores estresores en el servicio de urgencias"**
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	Puebla, Puebla. 2021.
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Estimado derechohabiente, por este medio se le invita a participar en el presente estudio llamado "Búsqueda intencionada de intervenciones del servicio de urgencias en pacientes adultos con ansiedad". Este estudio tiene la finalidad de identificar el trastorno de ansiedad en los pacientes que se encuentran en la sala de urgencias de este hospital así como los factores estresores presentes y las intervenciones que el servicio de urgencias realiza.
Procedimientos:	Cuando Usted este en Urgencias se le realizara una encuesta para detectar si sufre o no de ansiedad, y los factores que pueden alterar su padecimiento. Esto se analizara para identificar a los pacientes y poder canalizarlos a una terapia más individualizada.
Posibles riesgos y molestias:	Tal vez tenga que recordar ciertas situaciones que puedan desencadenarle ansiedad. La ansiedad se define por la anticipación a una amenaza futura que se presenta por la percepción de estímulos generalmente dañinos, generando un estado de inquietud, agitación, preocupación e hipervigilancia. Los factores estresores que pueden presentarse en la sala de urgencias y que nivel de ansiedad pueden desencadenar en usted.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con su apoyo y participación Usted ayudará con una mejora en la atención médica de los pacientes en el servicio de urgencias.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si Usted quiere podemos canalizarlo con nuestra área de psicología para que le pueda otorgar un diagnóstico más certero.
Participación o retiro:	Usted podrá retirarse del estudio en cualquier momento en que lo decida, teniendo la seguridad de que no habrá ningún tipo de repercusión en los servicios que le brinda el Instituto Mexicano del Seguro Social a Usted y a su familia. Seguirá recibiendo la atención necesaria.
Privacidad y confidencialidad:	Tenga Usted por seguro que mantendremos la confidencialidad y privacidad de sus datos que nos proporcionó. No daremos a conocer ni a publicar ningún dato personal si no es bajo su propia autorización. Solo nosotros, los responsables del estudio, tendremos acceso a sus datos personales, nadie más.

Declaración de consentimiento:

Después de heber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

☐ No acepto participar en el estudio.

☐ Si acepto participar y que se revise mi laboratorio y/o expediente para este estudio.

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

Investigadora o Investigador Responsable:	Dr. Elías Vázquez Vázquez/Médico Urgenciólogo adscrito al Hospital General de Zona No.20/ Matricula:99225718/ Cel. 2225 36 26 93 Correo: eliasvv@hotmail.com
Colaboradores:	MCE. Juan Hernández Domínguez/ Maestro en Ciencias de la Educación y Medico Familiar/ Centro de Investigación educativa en formación docente/ Matricula: 11664452 Correo: hdeezz800272@gmail.com/ Cel. 2225481591
	Dra. Liz del Carmen Tellez García / Residente de Urgencias Médicas del Hospital General de Zona número 20 / correo: draliztellez@hotamil.es/ Matrícula: 97224652 / Teléfono Celular: 2221768259.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 21088 del H.G.Z. 20 del IMSS. Avenida Fidel Velázquez 4211, Col. Infonavit La Margarita, Puebla, Puebla, C.P.: 72560, correo electrónico: cei21088pue@gmail.com

Nombre y firma del participante	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

ANEXO 3 CARTA DE CONFIDENCIALIDAD

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD

Puebla, Puebla. 2021

A quien corresponda
P R E S E N T E:

Nosotros Dr. Elías Vázquez Vázquez, Dr. Juan Hernández Domínguez, Dra. Liz del Carmen Tellez García, hacemos constar, en relación con el protocolo No. _____ Titulado: **"Intervenciones realizadas en pacientes con ansiedad con factores estresores en el servicio de urgencias"**

Nos comprometemos a resguardar y mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los datos, documentos, expediente, reportes estudios, archivos físicos y/o electrónicos de información recabada, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información relacionada con el estudio mencionado a nuestro cargo, así como a no difundir, distribuir o comercializar los datos personales contenidos en los sistemas de información desarrollados en la ejecución de este.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento, se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Trasparencia y Acceso a la Información Pública (última actualización 2016), la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal de la Ciudad de México y sus correlativas en las entidades federativas, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás disposiciones aplicables en la materia.

A t e n t a m e n t e

Nombre y firma

_____

Nombre y firma

_____

Nombre y firma

_____

Nombre y firma

_____

ANEXO 4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Hoja de recolección de datos.		
Nombre:		
Edad:		
Sexo:	Mujer	Hombre
Estado Civil:	Casado(a)- Unión libre	Viudo(a)
	Soltero(a)	Separado(a)
Ocupación:	1. Empleado	
	2. Autoempleado	
	3. Ama de casa	
	4. Jubilado o pensionado	
	5. Desempleado	
Motivo de acudir a urgencias:		
Tiempo de estancia en urgencias:		
Sufre de alguna enfermedad crónica:	Diabetes Tipo 2	
	Hipertensión Arterial	
	Cáncer	
	Cardiopatía	
Presencia de Ansiedad	SI	LEVE
		MODERADA
		GRAVE
	NO	
Escala de Factores Estresores Hospitalarios	Nada	
	Muy poco	
	Poco	
	Bastante	
	Mucho	
Tipo de intervención realizada	1. Psicológica 2. Medicamentosa 3. Referido a otro profesional de salud. 4. Ninguna	

ANEXO 5 ESCALA DE FACTORES DE RIESGO HOSPITALARIO

Nivel de ansiedad que sufren los pacientes según el estresor hospitalario al que estén expuestos					
ESTRESOR HOSPITALARIO	NADA	MUY POCO	POCO	BASTANTE	MUCHO
Obtener alivio para el dolor					
Conocer el momento del alta					
Ingresar repentinamente					
No recibir visitas					
Volver a la vida normal					
Separado de la pareja					
Separado de la familia					
Dormir con un compañero muy enfermo					
Perder dinero por el ingreso					
Informar de cuándo van a realizar pruebas					
Recibir medicación para el dolor					
Personal sanitario contesta a las preguntas					
Personal sanitario acude al timbre					
Conocer la enfermedad					
Conocer el resultado de pruebas					
Tener dolor por técnicas de Enfermería					
Pensar en que puede ocurrir algo grave					
Tener dolor					
Dormir en una cama extraña					
Tener un compañero que recibe muchas visitas					
Tener un compañero muy enfermo					
Sentir olores extraños					
Ser ayudado para ir al WC					
Ser ayudado para comer					
Comer a horas distintas habituales					
Comer en postura incómoda					
Recibir demasiadas visitas					
Médico y enfermera usan lenguaje técnico					
Atendido por médico/enfermera desconocidos					
Personal tiene prisa					
Ingresar lejos de casa					
Utilizar la cuña en la cama					
Dormir con extraños					
Vestir ropa de hospital					
Estar en cama todo el día					

ANEXO 6 CARTA DE NO INCOVENIENTE.

GOBIERNO DE MÉXICO | IMSS

DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN INSTITUCIONAL
Y EVALUACIÓN DE DELEGACIONES
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 20 "LA MARGARITA"
COORDINACION DE EDUCACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

México 2021 Año de la Independencia

Puebla, Puebla a 13 de Diciembre del 2021.

Of Nº 2010200200/ENS/827/2021

A quien corresponda

Asunto: Carta de no inconveniente

Por medio de la presente le envío un cordial saludo e informo a usted que no existe inconveniente para que los investigadores:

- Dr. Elías Vázquez Vázquez. Investigador Responsable ante el IMSS. Médico Especialista Urgenciologo. Hospital General de Zona No. 20. Matricula 99225718.
- Dr. Juan Hernandez Dominguez. Investigador Asociado. Medicina Familiar y Maestría en Ciencias de la Educación y Centro De Investigación Educativa En Formación Docente. Matricula 11664452.
- Dra. Liz del Carmen Téllez Garcia. Investigador Asociado. Médico Residente de la especialidad de Urgencias. Hospital general de zona No. 20. Matricula 97224652.

Pueden llevar a cabo la investigación derivado del protocolo titulado "Intervenciones realizadas en pacientes con ansiedad con factores estresores en el servicio de urgencias".

Respetando en todo momento la privacidad y el resguardo de información del paciente apegándose a las buenas prácticas clínicas de investigación.

Sin otro particular, le reitero la seguridad de mis respetos.

Atentamente

"Seguridad y Solidaridad Social "

Dr. José German Santillana Arce.
Director del Hospital General Regional No. 36
Encargado de la Dirección del Hospital General de Zona No. 20

Av. Fidel Velázquez 4211,"La Margarita", Puebla, Puebla. C.P. 72560

www.imss.gob.mx

ANEXO 7 PATOLOGIA ORGANICA QUE PUEDE COMENZAR CON CLINICA DE ANSIEDAD. TABLA 1 (6)

Patología	Prueba en Urgencias
Prolapso mitral	ECG-ecocardiograma
Hipertiroidismo	TSH
Hipoglucemia	Glucemia capilar
Síndrome de hiperventilación	Oximetría de pulso-ECG-Rx tórax
Miocardiopatía	ECG-ecocardiograma
Embolia pulmonar	Dímero D-gammagrafía pulmonar
Crisis de asma	Oximetría de pulso-flujometría
Crisis parciales complejas	Electroencefalograma
Enfermedad de Ménière	Audiometría-RM
Accidente isquémico transitorio	Doppler carótidas
Síndrome carcinoide	TAC-RM de tórax y abdomen
Feocromocitoma	Niveles de catecolaminas sangre y orina
Uso o abstinencia a tóxico	Tóxicos en orina
Secundario a fármacos	

ECG: electrocardiograma; TAC: tomografía axial computadorizada; TSH: hormona tiroestimulante; RM: resonancia magnética; Rx: radiografía.

Activar