

# Mareo y su relación con la ansiedad y la depresión en un servicio de urgencias de atención primaria

José Luis Montero Monterroso<sup>a</sup>, Luis Ángel Pérula de Torres<sup>b</sup> y María Jesús Larrea Barroso<sup>c</sup>

**Objetivo.** Estudiar si los pacientes que consultan por mareo presentan con mayor frecuencia trastornos de ansiedad y depresión que el resto de los pacientes usuarios de un servicio de urgencias de atención primaria (SUAP) rural.

**Diseño.** Estudio descriptivo, transversal, con grupo control emparejado. Se administró un cuestionario con preguntas clínicas y sociodemográficas y la Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg (EADG). Análisis estadístico univariante ( $p < 0,05$ ).

**Emplazamiento.** Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Baena (Córdoba).

**Participantes.** Muestra de 166 pacientes de 15-65 años; 83 pacientes en el grupo de estudio (GE, con mareo) y 83 pacientes en grupo control (GC, sin mareo).

**Resultados principales.** El 80,7% del GE dio positivo en la EADG frente al 54,2% del GC ( $p < 0,0001$ ). Subescala de ansiedad: positiva en el 61,4% del GE y el 42,2% del GC ( $p = 0,013$ ). Subescala de depresión: positiva en el 73,5% del GE y el 47% del GC ( $p < 0,0001$ ).

El 89,1% de las mujeres dio positivo en el GE frente al 64,3% de los varones ( $p = 0,007$ ); los pacientes con mareo que habían consultado en el último mes ( $p = 0,039$ ) y con antecedentes psiquiátricos ( $p = 0,017$ ) también mostraron un porcentaje mayor de trastornos psiquiátricos que los que no presentaban mareo.

**Conclusiones.** Los pacientes con mareo como síntoma principal tienen una mayor prevalencia de ansiedad y depresión que el resto de los pacientes usuarios de un SUAP. Ser mujer, tener antecedentes psiquiátricos y haber consultado en el último mes se relaciona con estos trastornos.

**Palabras clave:** Mareo. Ansiedad. Depresión. Urgencias.

## FEELING SICK AND ITS RELATIONSHIP WITH ANXIETY AND DEPRESSION AT A PRIMARY CARE EMERGENCY SERVICE

**Objective.** To study whether patients who consult because of feeling sick present more often with anxiety and depression disorders than the other patients using a rural emergency primary care service.

**Design.** Transversal descriptive study with paired control group. A questionnaire with clinical and social-demographic questions and the Goldberg Anxiety-Depression Scale (GADS) were administered, with uni- and bi-variate statistical analysis ( $P < .05$ ).

**Setting.** Intensive Care and Emergency Unit, Baena, Córdoba, Spain.

**Participants.** Sample of 166 patients aged between 15 and 65; 83 in the study group (SG = feeling sick) and 83 in the control group (CG = not feeling sick).

**Main results.** The SG was positive on the GADS in 80.7% of cases, against the CG with 54.2% ( $P < .0001$ ). Anxiety sub-scale: 61.4% positive in SG and 42.2% in CG ( $P = .013$ ). Depression sub-scale: 73.5% positive in SG and 47% in CG ( $P < .0001$ ); 89.1% of women gave positive in the SG, against 64.3% of men ( $P = .007$ ). Patients feeling sick who had consulted in the previous month ( $P = .039$ ) and with a psychiatric history ( $P = .017$ ) also showed a higher percentage of psychiatric disorders than those who did not feel sick.

**Conclusions.** Patients feeling sick as their main symptom have higher prevalence of anxiety and depression than other patients at a rural PC emergency service. Being a woman, having a psychiatric history and having consulted in the previous month are related with these disorders.

**Key words:** Feeling sick. Anxiety. Depression. Emergencies.

<sup>a</sup>Servicio de Urgencias. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Baena. Córdoba. España.

<sup>b</sup>Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Córdoba. España.

<sup>c</sup>Área de Medicina General. Centro Médico Gran Capitán. Córdoba. España.

Correspondencia:  
J.L. Montero Monterroso.  
Avda. Corregidor, 3, 3.º, 2. 14004 Córdoba. España.  
Correo electrónico:  
walrus@monteromonte.jazztel.es

Manuscrito recibido el 16-9-2005.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 9-11-2005.

La financiación de este trabajo ha sido sufragada por los propios autores.

Información relevante: los resultados generales se presentaron en el XXIV Congreso de la semFYC en el 2004.

## Introducción

Los trastornos psiquiátricos son comunes en los pacientes que consultan al médico por síntomas físicos y, aunque muchos de estos trastornos son detectados por los médicos de familia, otros no son diagnosticados y constituyen lo que Goldberg<sup>1</sup> denomina «morbilidad psiquiátrica oculta», ampliamente corroborada por estudios epidemiológicos y psiquiátricos<sup>2,3</sup>. Trabajos realizados en atención primaria (AP) en diferentes países sitúan los límites de su tasa de prevalencia en un 25-46%<sup>4</sup>; esta alta variabilidad está en función del método de detección utilizado, pero es útil como guía aproximada<sup>5</sup>.

El insuficiente reconocimiento de morbilidad psíquica en AP se relaciona con factores dependientes del médico, el paciente y el sistema sanitario<sup>6</sup>. Entre los debidos al paciente se encuentra la baja presencia de motivos de consulta manifiestamente psiquiátricos en la población consultante; por tanto, los trastornos psiquiátricos se suelen expresar a través de síntomas somáticos, lo que dificulta su detección diagnóstica<sup>5,7</sup>.

Los síntomas de morbilidad psiquiátrica oculta a menudo se localizan en el campo de la otorrinolaringología (dolor facial, disfagia, sensación quemante en la lengua, tinnitus, mareo, y alteración en la voz y la respiración)<sup>8</sup>. El mareo es prevalente en la población adulta, aparece en más de un tercio de los ancianos y en uno de cada 5 personas en edad laboral<sup>9</sup>, y causa una considerable morbilidad y utilización de los servicios sanitarios, ya que se puede acompañar de un significativo deterioro de la calidad de vida y un marcado estrés emocional<sup>10</sup>. En un estudio realizado en un servicio de medicina general<sup>11</sup> fue la tercera manifestación más frecuente, y en una encuesta nacional realizada en Estados Unidos, publicada en 1989<sup>12</sup>, representó la decimotercera causa más frecuente de consulta al internista.

El mareo es un síntoma inespecífico que no indica ningún órgano o sistema concreto y que puede ser el resultado de la alteración de numerosas estructuras<sup>13</sup> y, en nuestro medio, se emplea lo mismo para designar una alteración transitoria del equilibrio por disfunción vestibular que un trastorno permanente secundario a un ictus establecido, o a la pérdida de conciencia por una crisis epiléptica o un síncope. También se usa con ciertas anomalías de origen psíquico (fobias, ansiedad y depresión); incluso, a menudo, el interrogatorio de estos pacientes es frustrante, ya que son incapaces de describir lo que están sintiendo<sup>14</sup>.

El principal objetivo de este trabajo es determinar si los pacientes que consultan por mareo en un servicio de urgencias de AP rural tienen una mayor probabilidad de presentar trastornos de ansiedad y/o depresión que el resto de la población usuaria de dicho servicio; como objetivos secundarios están el de establecer un perfil de

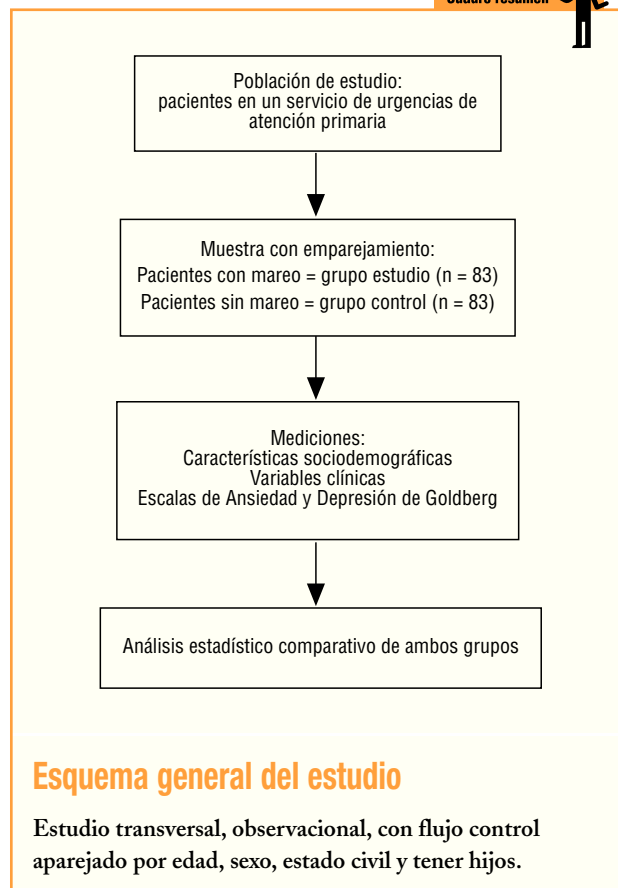
paciente con mareo que tenga una mayor probabilidad de presentar algunos de estos trastornos psiquiátricos y valorar la utilidad de la Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg en un servicio de urgencias de AP.

## Métodos

El estudio se realizó en el Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) de Baena; éste es un servicio de urgencias de AP de ámbito rural que atiende a una población de unos 25.000 habitantes ubicados en 4 poblaciones del sudeste de la provincia de Córdoba.

Es un estudio transversal, observacional, con un grupo control emparejado. Se formaron, pues, 2 grupos: uno constituido por los pacientes que consultaban por mareo (grupo de estudio [GE]) y otro grupo control (GC), sin síntomas de mareo, que se formó al emparejarlos por 4 variables: edad, sexo, estado civil y tener hijos. Aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,10 en un contraste bilateral, se precisaban 83 sujetos en el primer grupo y otros 83 en el segundo para detectar una diferencia  $\geq 0,25$  entre ambos. Se asumió una proporción del 0,60 en uno de los grupos. Se realizó un muestreo consecutivo a partir de los usuarios que acudieron al DCCU entre enero del 2003 y abril del 2004, con edades comprendidas entre los 15 y los 65 años (ambos inclusive). Los límites de edad se establecieron para facilitar la comparación de nuestros resultados con otros estudios que aplican el

Material y métodos  
Cuadro resumen



mismo o similar rango de edad. Se excluyó a los que presentaban algún tipo de limitación física, psíquica o cultural que no permitiera la recogida fiable de los datos, a los del GE que presentaban un cuadro febril, de vómitos y/o diarrea significativo que podía justificar el cuadro agudo de mareo, y a los pacientes que no dieron su consentimiento para entrar en el estudio; en el GC se excluyó también a los pacientes cuyas consultas no implicaran un acto médico asistencial.

De cada persona seleccionada se recogieron las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil (soltero, casado o viviendo en pareja, divorciado o separado y viudo), el nivel de estudios (sin alfabetizar, estudios primarios, secundarios y superiores) y tener o no hijos. Otras variables fueron de carácter clínico o de consulta: haber consultado en el último mes por el mismo motivo actual o por otro diferente y consumo de psicofármacos; asimismo, se estudiaron las características del mareo (tipo, intensidad y forma de inicio); para el tipo de mareo se utilizó la clasificación de Drachman y Hart<sup>15</sup> (tabla 1).

Posteriormente, previo consentimiento informado, se les administró la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)<sup>16</sup>, de 18 ítems, considerándose positivo como punto de corte  $\geq 4$  para «probable» ansiedad y  $\geq 2$  para «probable» depresión. Las EADG fueron validadas por Montón et al<sup>1</sup> 1993 en el contexto de AP. Esta prueba no sólo orienta el diagnóstico hacia la ansiedad o la depresión (o ambas en casos mixtos), sino que discrimina entre ellos y dimensiona sus respectivas intensidades<sup>10,17</sup>, pero no está diseñada para realizar diagnósticos, sino exclusivamente para señalar la probabilidad de que un individuo sea un «caso».

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 9.0 para Windows, y consistió en un análisis descriptivo y en la aplicación del test de la  $\chi^2$  para comparar ambos grupos de estudio (contrastes bilaterales para valores de  $p < 0,05$ ).

## Resultados

Los pacientes con mareo como motivo principal de consulta fueron el 3,2% de los atendidos en el DCCU de Baena durante el año 2003. Cada grupo estaba formado por 83 pacientes, con una muestra total, por tanto, de 166 sujetos. Se excluyó del estudio a 2 pacientes por problemas con el idioma, y a otro que había entrado en el GC pero no quiso contestar a la EADG. Tampoco se incluyó a 3 pacien-

**TABLA 1** Tipo de mareos según la clasificación de Drachman y Hart

**Tipo de mareo experimentado**

Tipo I o sensación definida giratoria (vértigo). El paciente nota que él o el ambiente están girando; puede describir sólo sensación de vaivén o de vaga ligereza de cabeza

Tipo II o sensación de desmayo inminente o de pérdida de consciencia. Son frecuentes la palidez, el oscurecimiento de la visión, los ruidos en oídos y la diaforesis. Es súbito y de corta duración, y se recupera con el decúbito

Tipo III o pérdida de equilibrio. Sin sensaciones anormales en la cabeza. Ocurre sólo cuando el paciente está caminando y desaparece tan pronto como se sienta

Tipo IV: es un atolondramiento y no puede ser identificado con certeza como alguno de los otros tipos

**TABLA 2** Características sociodemográficas de la población estudiada

| Variables       | Categorías          | n   | %    |
|-----------------|---------------------|-----|------|
| Sexo            | Varón               | 56  | 33,7 |
|                 | Mujer               | 110 | 66,3 |
| Estado civil    | Soltero             | 38  | 22,9 |
|                 | Casado              | 128 | 77,1 |
|                 | Viudo               | 0   | 0    |
|                 | Divorciado/separado | 0   | 0    |
| Hijos           | Sí                  | 120 | 72,3 |
|                 | No                  | 46  | 27,7 |
| Nivel educativo | Analfabeto          | 27  | 16,3 |
|                 | Estudios primarios  | 100 | 60,2 |
|                 | Estudios medios     | 30  | 18,1 |
|                 | Estudios superiores | 9   | 5,4  |

tes del GE por no haber podido emparejarlos, ya que uno era divorciado y los otros 2 eran mujeres separadas y no hubo pacientes con estas características en el GC.

### Variables sociodemográficas (tabla 2)

De la muestra obtenida, el 66,3% eran mujeres; en el GE, el 89,1% de las mujeres dio positivo en las EADG frente al 64,3% de los varones ( $\chi^2 = 7,337$ ;  $p = 0,007$ ).

La edad media  $\pm$  desviación estándar (DE) fue de 37,07  $\pm$  13,11 años, con unos límites entre 17 y 65 años (intervalo de confianza [IC] del 95% de la media, 35,06-39,08).

En relación con el estado civil, el 22,9% era soltero y el 77,1% estaba casado. Los pacientes viudos, divorciados o separados no pudieron ser incorporados al estudio por no encontrar paciente control. No se obtuvieron diferencias significativas en los resultados de las AEDG por esta variable en la muestra global ( $\chi^2 = 2,396$ ;  $p = 0,122$ ).

El hecho de tener hijos (72,3%) no aportó diferencias significativas entre los padres que puntuaron positivamente en las EADG y los pacientes que también lo hicieron y no tenían hijos, ni globalmente ni por grupos ( $\chi^2 = 0,147$ ;  $p = 0,701$ ).

Al estudiar la variable nivel de estudios tampoco obtuvimos diferencias significativas entre ambos grupos ( $p = 0,618$ ) ni en el GE ( $\chi^2 = 4,678$ ;  $p = 0,197$ ).

### Variables clínicas y de consulta (tabla 3)

– En el último mes consultó por cualquier motivo el 48,2% de los pacientes. El 90% de los pacientes del GE que habían consultado en el último mes dan positivo en la AEDG, frente al 72,1% de los que no habían consultado ( $p = 0,039$ ).

– El 31,9% de los pacientes tenía antecedentes psiquiátricos; había diferencias estadísticamente significativas en el GE ( $p = 0,017$ ), pero no entre ambos grupos ( $p = 0,067$ ).

**TABLA 3** Variables asociadas con la presencia de trastornos de ansiedad y/o depresión según el grupo

| Variable                      | n  | %     | $\chi^2$ | p      |
|-------------------------------|----|-------|----------|--------|
| Consulta en el último mes     |    |       |          |        |
| GE                            | 36 | 57,14 | 4,27     | 0,039  |
| GC                            | 23 | 36,5  |          |        |
| Antecedentes psiquiátricos    |    |       |          |        |
| GE                            | 32 | 38,6  | 5,68     | 0,0177 |
| GC                            | 21 | 25,3  |          |        |
| Tratamiento con psicofármacos |    |       |          |        |
| GE                            | 23 | 27,7  | 15,967   | 0,002  |
| GC                            | 4  | 4,8   |          |        |

GC: grupo control; GE: grupo de estudio.

– Tomaba psicofármacos el 27,7% de los pacientes del GE frente al 4,8% de los del GC ( $p = 0,002$ ); si tomamos ambos grupos en conjunto, los que tomaban psicofármacos (16,3%) tenían más probabilidad de puntuar positivamente en la AEDG ( $p = 0,002$ ).

– Características del mareo: ninguno de los aspectos estudiados sobre el mareo, como el tipo ( $p = 0,621$ ), la forma de inicio ( $p = 0,552$ ) y la intensidad ( $p = 0,513$ ), aportaron resultados estadísticamente significativos.

### Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (fig. 1)

Si consideramos globalmente a ambos grupos, puntuó positivamente en la AEDG el 67,5% de los pacientes: un 80,7% en el GE y un 54,2% en el GC ( $\chi^2 = 13,284$ ;  $p < 0,001$ ).

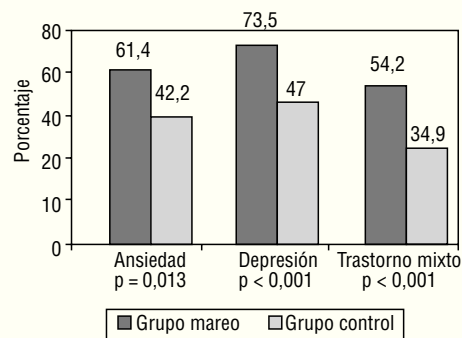
En la subescala de ansiedad, del total de pacientes dio positivo un 51,8%; en el GE puntuó el 61,4% y en el GC lo hizo el 42,2% ( $\chi^2 = 6,177$ ;  $p = 0,013$ ).

En la subescala de depresión los resultados fueron los siguientes: globalmente dio positivo el 60,2%; por grupos, el GE puntuó un 73,5% y el GC lo hizo el 47,0% ( $\chi^2 = 12,173$ ;  $p < 0,001$ ).

Presentaron la posibilidad de un trastorno mixto el 54,2% del GE frente al 34,9% del GC ( $\chi^2 = 13,370$ ;  $p < 0,001$ ).

## Discusión

El objetivo principal de este estudio es determinar si los pacientes que consultan por mareo tienen una mayor probabilidad de presentar algún trastorno de ansiedad y/o depresión, sin valorar si éstos son la causa o la consecuencia, o una simple coexistencia con el proceso que está produciendo dicho síntoma; por tanto, trata de aproximarse a la prevalencia de esta comorbilidad sin entrar en estudiar el posible origen del mareo.



**FIGURA 1**

Trastornos de ansiedad-depresión según el grupo de estudio.

Cualquier generalización de estos resultados debe hacerse al conjunto de usuarios del DCCU, del mismo tramo de edad, y no a la población general; además, se debe tener en cuenta que las comparaciones entre los estudios revisados no deben ser estrictas por las diferencias en los instrumentos y criterios diagnósticos utilizados.

El porcentaje de pacientes de 15-65 años que consultó por mareo (3,2%) en el período de estudio es semejante al observado por Capello et al<sup>18</sup>, que fue del 3,6% en un servicio de urgencias hospitalario<sup>18</sup>.

Llama la atención el porcentaje tan elevado de pacientes que puntuaron positivamente en la EADG, de las más altas entre los trabajos revisados. La prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes con mareo como motivo principal de consulta presenta importantes variaciones, que Persoons et al<sup>19</sup> establecen en el 16,6-94% para los trastornos de ansiedad y en el 9,3-62% para los de depresión; Eckhardt-Henn et al<sup>20</sup>, con el Symptom Check List (SCL-90 R), detectaron trastorno psiquiátrico agudo en el 68,25% ( $n = 129$ ) de sus pacientes con mareo, con un 30% con trastornos de ansiedad y un 28% con depresión, en el total de la muestra<sup>20</sup>. En un estudio realizado por Yardley et al<sup>9</sup> en pacientes con mareo, estos autores encontraron que el 48,6% tenía ansiedad y el 45,7%, depresión; utilizaron para ellos el test PROQSY, la versión informatizada de un programa de entrevista clínica, y obtuvieron diferencias estadísticamente significativas con los pacientes del grupo control (emparejados por edad) que puntuaron en la prueba psiquiátrica positivamente<sup>9</sup>. Algunos estudios apoyan la hipótesis de que hay una relación bidireccional entre condiciones neurootológicas y los trastornos psiquiátricos<sup>21</sup>.

No se obtuvieron diferencias, en la muestra global, en cuanto a la enfermedad ansiosodepresiva, por el sexo, la edad, el estado civil, el nivel de estudios y tener o no hijos, lo que coincide con otros estudios<sup>4,7</sup>; varios autores

## Discusión

## Cuadro resumen



### Lo conocido sobre el tema

- El mareo es un síntoma muy común en los pacientes que consultan al médico de urgencias de atención primaria.
- La morbilidad psiquiátrica se manifiesta a veces de manera inespecífica junto con síntomas como el mareo.
- Resulta de interés determinar si los pacientes que presentan mareo también tienen una mayor probabilidad de presentar trastornos ocultos de ansiedad y/o depresión que el resto de la población consultante.

### Qué aporta este estudio

- La probabilidad de que un paciente que acude en demanda de atención por un mareo tenga un trastorno de ansiedad y/o depresión oculto es más elevada que en el resto de la población consultante.
- La detección de psicopatología ansioso-depresiva debería incluirse en el diagnóstico diferencial de los pacientes que presenten mareo.

no obtuvieron diferencias en las primeras 3 variables al estudiar los trastornos psiquiátricos en pacientes con mareo<sup>22,23</sup>, a diferencia de otros trabajos, en los que hay una mayor proporción de mujeres con estos trastornos<sup>3,24</sup>. En el presente estudio se obtuvieron diferencias en razón del sexo en el GE; esto coincide con el estudio de Monzani et al<sup>25</sup>, que incluye a 205 pacientes con mareo. Otros trabajos obtienen una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en personas separadas, divorciadas y viudas<sup>26</sup>, pero no se ha podido incluir a este tipo de pacientes en este caso al no haber podido emparejarlos en el grupo de control.

El consumo de psicofármacos es similar al de otros estudios e igualmente aparece más en los pacientes que puntúan positivamente en los tests psiquiátricos<sup>7,26</sup>.

Las características de mareo, propiamente dicho, no son útiles para plantear la sospecha de trastorno ansioso-depresivo en pacientes con este síntoma, lo que coincide con otros trabajos<sup>22,25</sup>.

El distrés psicológico, medido en términos de ansiedad y depresión, es mayor en los pacientes que consultan por mareo que en el resto de la población consultante de un servicio de urgencias de AP rural. Había un perfil de pa-

ciente con mareo, y con una mayor probabilidad de presentar ansiedad y/o depresión, que correspondería a mujer, con antecedentes psiquiátricos, en tratamiento con psicofármacos y que haya consultado en el último mes por cualquier motivo; este último dato hace pensar en un posible mayor uso de recursos sanitarios por parte de estos pacientes<sup>3,6,20</sup>.

Del presente estudio surge la necesidad de la evaluación de síntomas psiquiátricos en los pacientes con mareo, que debería acompañar, y no sólo seguir, a la evaluación neurootológica<sup>25,27,28</sup>, ya que la discapacidad funcional y la posibilidad de un peor pronóstico es mayor cuando se presenta esta comorbilidad<sup>23,29</sup>.

Las AEDG son un instrumento útil, rápido y práctico en un servicio de urgencias de AP; facilita la historia clínica y mejora la habilidad en la detección de psicopatología ansioso-depresiva que debería formar parte del diagnóstico diferencial de los pacientes que presenten mareo<sup>23</sup>. Su utilización es sencilla, el tiempo de administración es breve y ha sido bien aceptada por nuestros pacientes. Las AEDG, evidentemente, no sustituyen una entrevista clínica completa y empática en la que se valoren tanto los aspectos verbales como los de la comunicación no verbal, ya que el diagnóstico psiquiátrico se basa en la clínica y ningún test, escala o cuestionario debería considerarse determinante del diagnóstico por sí mismo o sustituir la evaluación clínica.

Algunas limitaciones que cabe considerar en el presente trabajo podrían ser: no haber estudiado a los > 65 años, que son los que más consultan por mareo; los elevados porcentajes de enfermedad ansioso-depresiva pueden deberse a varios factores, como el tipo de instrumento utilizado, aunque cuando se aumenta la especificidad de las AEDG, elevando el valor de los puntos de corte en un punto, los resultados obtenidos varían escasamente un 5-6% menos y la significación estadística no se modifica; también es posible un sesgo de selección, ya que se planteó un muestreo consecutivo y, por tanto, no probabilístico, y no pudo ser exhaustivo, ya que las condiciones de trabajo del DCCU no lo hicieron posible, y se incluyó en el estudio a cerca de un 30% de los pacientes que consultaron por mareo en el período de estudio, aunque los porcentajes obtenidos en el GC son igualmente elevados y con estos pacientes la posibilidades de sesgo son menores, puesto que para su inclusión tenían que coincidir en 4 variables. Otro factor que podría haber contribuido a estas cifras sería que el mareo pudo haber provocado un cierto impacto emocional<sup>10</sup> en los pacientes que indujera una respuesta positiva a las preguntas de las AEDG.

Sería interesante poder realizar un estudio semejante en el ámbito de las consultas de AP de nuestro entorno, para poder contrastar la prevalencia de trastornos ansioso-depresivos con estos resultados en urgencias, así como otro con población > 65 años.

## Bibliografía

1. Montón C, Pérez-Echeverría MJ, Campos R, García J, Lobo A y GMPPZ. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria*. 1993;12:345-9.
2. Van Hemert AM, Hawton K, Bolk JH, Fagg J. Key symptoms in the detection of affective disorders in medical patients. *J Psychosomatic Res*. 1993;37:397-404.
3. López-Torres J, Escobar F, Fernández C, González C, Urbistondo L, Requeza M. Trastornos mentales y utilización de las consultas de medicina general. *Aten Primaria*. 1992;10:665-70.
4. Chocrón L, Vilalta J, Legazpi I, Auquer K, Franch L. Prevalencia de psicopatología en un centro de atención primaria. *Aten Primaria*. 1995;16:586-93.
5. Chocrón L, Vilalta J, Legazpi I, Auquer K, Franch L, Ramírez R. Diagnóstico de trastornos psiquiátricos por el médico de atención primaria. *Aten Primaria*. 1996;18:52-8.
6. Rodríguez E, Gómez A. Estudio descriptivo de los trastornos de ánimo en la población mayor de 65 años que acude a consulta en un medio rural. *Semergen*. 2004;30:320-5.
7. Barreto P, Corral ME, Muñoz J, Boncompite MP, Sebastián R, Solá M. Percepción de malestar psíquico por el médico en un área básica de salud. *Aten Primaria*. 1998;22:491-6.
8. Minnigerode B, Harbrecht M. Oto-rhino-laryngologische Manifestationen larvierter mono- oder oligosymptomatischer Depressionen. *HNO*. 1988;36:383-5.
9. Yardley L, Burgneay J, Nazareth I, Luxon L. Neuro-otological and psychiatric abnormalities in a community sample of people with dizziness: a blind, controlled investigation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1998;65:679-84.
10. Pérez N, Garmendia I, García-Granero M, Martín E, García-Tapia R. Factor Analysis and correlation between Dizziness Handicap Inventory and Dizziness Characteristics and impact on Quality of Life Scales. *Acta Otolaryngol Suppl*. 2001;545:145-54.
11. Kroenke K, Mangeloudorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy an outcome. *Am J Med*. 1989;86:262-6.
12. Woodwell DA. Office visits to internists, 1989. *Adv Data*. 1992;28:1-11.
13. Palaniappan R. Balance disorders in adults: an overview. *Hosp Med*. 2002;63:278-81.
14. Rubin AM, Zafar SS. The assessment and management of the dizzy patient. *Otolaryngol Clin North Am*. 2002;35:255-73.
15. Drachman DA, Hart CW. An approach to the dizzy patient. *Neurology*. 1972;22:323-34.
16. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical setting. *BMJ*. 1988;297:897-9.
17. Duch FR, Ruiz de Porras L, Gimeno D, Allué B, Palou I. Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en atención primaria. *Semergen*. 1999;25:209-25.
18. Capello M, Di Blasi U, Di Piezza, Ducato G, Ferrara A, Franco S, et al. Dizziness and vertigo in a department of emergency medicine. *Eur J Emerg Med*. 1995;2:202-11.
19. Persoons P, Luyckx K, Desloovere C, Vandenberghe J, Fischler B. Anxiety and mood disorders in otorhinolaryngology outpatients presenting with dizziness: validation of the self-administered PRIME-MD Patient Health Questionnaire and epidemiology. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25:316-23.
20. Eckhardt-Henn A, Breuer P, Thomalske C, Hoffmann SO, Hopf HC. Anxiety disorders and other psychiatric subgroups in patients complaining of dizziness. *J Anxiety Disord*. 2003;17:369-88.
21. Staab JP, Ruckenstein MJ. Which comes first? Psychogenic dizziness versus otogenic anxiety. *Laryngoscope*. 2003;113:1714-8.
22. Clark MR, Sullivan MD, Fischl M, Katon WJ, Russo JE, Dobbie RA, et al. Symptoms as a clue to otologic and psychiatric diagnosis in patients with dizziness. *J Psychosom Res*. 1994;38:461-70.
23. Sullivan M, Clark MR, Katon WJ, Fischl M, Russo J, Dobbie RA, et al. Psychiatric and otologic diagnoses in patients complaining of dizziness. *Arch Intern Med*. 1993;28;1479-84.
24. Gater R, Tansella M, Korten A, Tiemene BG, Mavreas VG, Otawawura MO. Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care setting. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:405-13.
25. Monzani D, Casolari L, Guidelti G, Rigatelli M. Psychological distress and disability in patients with vertigo. *J Psychosom Res*. 2001;50:319-23.
26. Limón J. Morbilidad mental en la consulta de medicina general. *Aten Primaria*. 1990;7:88-93.
27. Eckhardt A, Tettentomb B, Krauthauser H, Thomalske C, Hartmann O, Hoffman SO, et al. Schwindel- und Angsterkrankungen - Ergebnisse einer interdisziplinären Untersuchung. *Laryngorhinootologic*. 1996;75:517-22.
28. Frommberger U, Hurth-Schmidt S, Dieringer H, Tettentomb B, Buller R, Benkert O. Panic disorder and vertigo. On the psychopathologic between neurologic and psychiatric disease. *Nervenarzt*. 1993;64:377-83.
29. Kroenke K, Hoffman RM, Einstadter D. How common are various causes of dizziness? A critical review. *South Med J*. 2000;93:160-7