



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

Asociación entre ansiedad depresión y adherencia al tratamiento en pacientes
con enfermedades crónicas que acuden a Triage en Urgencias Médicas.

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
Aidee Viridiana Avila Hernández

DIRECTOR: Dr. Edgar Landa Ramírez
REVISARA: Dra. Angelica Riveros Rosas

SINODALES: Dra. Mariana Gutiérrez Lara
Dra. Paulina Arenas Landgrave
Mtra. Karla Suarez Rodríguez

CIUDAD DE MÉXICO

2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Resumen.....	3
Capítulo 1	
Psicología de la salud	4
Capítulo 2	
Antecedentes	17
Pregunta de investigación.....	43
Objetivo.....	43
Objetivos específicos	43
Hipótesis	44
Método	
Diseño	44
Participantes	45
Instrumentos	47
Procedimiento	50
Análisis de datos.....	52
Resultados	53
Discusión	59
Limitaciones	63
Conclusiones.....	67
Referencias	69
Anexos	81

Resumen

La ansiedad y la depresión son problemas emocionales comunes en los pacientes con enfermedades crónicas; de acuerdo con la investigación internacional una de las consecuencias que estos problemas emocionales ocasionan en los pacientes es la falta de adherencia a las indicaciones médicas para su cuidado. A pesar de la extensa investigación sobre estas variables en enfermedades crónicas, poco se sabe en el área de urgencias. Por lo cual el objetivo del presente estudio fue identificar la correlación entre la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva con el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas que acuden al servicio de urgencias médicas. Se realizó un estudio correlacional transversal, en el cual participaron 67 pacientes con enfermedades crónicas que asistieron a urgencias médicas. En los cuales se evaluó con el instrumento de Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria sintomatología ansiosa y depresiva y con la Escala de Adherencia al Tratamiento el nivel de adherencia de los pacientes. A partir de los datos encontrados se puede determinar que no existe asociación estadísticamente significativa entre las variables. Se discuten las limitaciones del estudio e implicaciones de los datos.

Palabras clave: Ansiedad, Depresión, Enfermedades Crónicas, Adherencia, Urgencias

Capítulo 1 Psicología de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en 1976 un acta internacional denominada “Alma-Ata”, la cual tenía por objetivo: “proteger y promover la salud de todas las personas del mundo”. En ella se propone la mantención de la salud como el equilibrio del bienestar físico y mental, así como la importancia de respetarlo como derecho humano fundamental. Dicha acta incluye a todos los gobiernos en los que establece criterios político-económicos, así como socioculturales para preservar la salud integral de las poblaciones. (International Conference on Primary Health Care, 1978)

Para lograr una definición de salud como lo sustenta la OMS, se tuvieron que superar múltiples adversidades a lo largo de la historia originando con ellas la evolución que permite conocer y entender el proceso salud – enfermedad, así como los factores económicos, sociales y demográficos que le han afectado.

Al respecto Omran, (1971) propone el concepto de transición epidemiológica en el que realiza la conceptualización de los cambios más grandes y significativos en relación con el proceso salud-enfermedad, los cuales están directamente involucrados los aspectos demográficos y tecnológicos como determinantes ante procesos socioculturales dando un gran peso a la mortalidad y natalidad.

Esta teoría se clasifica en cinco postulados a saber:

- I. Mortalidad y dinámica de la población: La mortalidad es un factor muy importante para regular el crecimiento poblacional, es decir, se caracteriza por determinar el crecimiento y decaimiento de la población. Específicamente en momentos de epidemias o de desastres se estudiaba, de igual manera por el corto periodo de tiempo. Fue hasta 1960 aproximadamente que incrementó la población de manera importante.
- II. Los cambios en los patrones de mortandad y enfermedad: Parte de la evolución biológica específicamente en los aspectos de salud, se produjeron diversos patrones a largo plazo, dando así el inicio a enfermedades degenerativas provocadas por los cambios biológicos y

ambientales de la vida cotidiana del hombre, las cuales desplazaron a las enfermedades infecciosas al convertirse en la causa principal de muerte. Esta etapa fue marcada por tres momentos muy importantes:

- a. La Era de la Peste y la Hambruna: Aproximadamente a mediados del siglo XVII la mortalidad era un factor alto, lo que influía de manera importante en la falta del crecimiento poblacional. La esperanza de vida era aproximadamente entre los 20 y 40 años, por lo que la mayoría de las muertes se atribuyeron a enfermedades infecciosas, desnutrición y complicaciones de la maternidad; este proceso de transición de las enfermedades que fueron cambiando gradualmente de acuerdo con los avances económicos, políticos, tecnológicos y culturales como los cambios de hábitos de salud, alimentación e higiene.
- b. La Era de las Pandemias en Retroceso: Disminuye de manera progresiva los niveles de mortalidad, aumenta la esperanza de vida a 50 años aproximadamente. Se modifica la curva poblacional, aumenta.
- c. La Edad de las Enfermedades Degenerativas y Provocadas por el hombre: de acuerdo con los avances, la esperanza de vida continúa aumentando superando los 50 años y estabilizando el proceso de mortalidad.

Así mismo, se identificó un cambio gradual en patrones de enfermedad característicos de la transición clásica, es decir, la disminución constante de enfermedades infecciosas (como tuberculosis y diarrea) y el aumento moderado de cáncer y enfermedades cardiovasculares especialmente en Inglaterra y Gales hasta 1920.

Algunas determinantes se hicieron presentes a lo largo de esta etapa, las cuales fueron clasificadas en tres categorías.

- Eco-biológicas: La complejidad del equilibrio entre los agentes de la enfermedad, el nivel de hostilidad en el ambiente y la resistencia del huésped.
- Socioeconómicos, políticos y culturales: En las cuales se incluían principalmente estándares de vida, hábitos de salud e higiene y nutrición. El cual destaca por ser un cambio social más que un resultado del diseño médico.
- Determinantes de tipo médicos y de salud pública: Surgen las medidas preventivas y curativas específicas para combatir enfermedades; incluyendo la mejora del saneamiento público, la inmunización y el desarrollo de terapias médicas que eran consideradas como decisivas en la preservación de la vida.

Por último, se identifica que la influencia de los factores médicos fue en gran medida implementada hasta el siglo XX, cuando las pandemias de infección ya habían disminuido significativamente.

- III. Cambios en los patrones de salud y enfermedad: Refiere a cambios significativos en los niños y mujeres jóvenes, es decir, se identificó que el riesgo de morir en las mujeres era menor que el de los hombres en el período posterior a la reproducción, pero se identificó que las mujeres tenían una mayor probabilidad de muerte durante la infancia, adolescencia y en los intervalos de edad reproductiva con altos niveles de mortalidad, los cuales fueron aumentando a partir de la etapa de edad reproductiva logrando el aumento de esperanza de vida con aproximadamente 50 años. El cambio en los patrones de la enfermedad y del aumento en la esperanza de vida, la disminución en la mortalidad infantil es demostrablemente mayor. En el caso de los niños, a medida que disminuyeron las pandemias, aumentó la probabilidad de supervivencia, así como cambios importantes de cuidado e higiene en los primeros años de vida.

IV. Patrones de salud y enfermedad relacionados con transiciones demográficas y socioeconómicas: Se propone la relación entre aspectos demográficos y socioeconómicos, durante la modernización. En ella se identifica una “brecha demográfica” entre las tasas de natalidad y mortalidad, es decir, que al ir aumentando la población y esperanza de vida se afectó directamente la manera en que estas estaban distribuidas y organizadas.

Durante esta transición, ocurren cambios secuenciales en la estructura de edad y sexo y las relaciones de dependencia de las poblaciones. Conforme la era de las enfermedades degenerativas, las mejoras en la supervivencia registradas entre todos los grupos de edades se reflejan en una distribución de la población más uniforme. Por último, se identificaron necesidades adicionales como:

- a. Factores biofisiológicos: Refiere mayor probabilidad de que un neonato sobreviva a la infancia y la primera infancia y resulte en una lactancia prolongada que tiende a alargar el período posparto de la madre y a brindar protección natural contra la concepción.
- b. Factores socioeconómicos: La precariedad económica representa mayor riesgo de muerte infantil, al reducir una adecuada nutrición y saneamiento dependientes de las condiciones socioeconómicas. Por lo que con las mejoras en la tecnología de control de la natalidad facilitan el logro de familia pequeña y mejora la atención a las necesidades básicas.
- c. Factores psicológicos o emocionales: De acuerdo con la transición epidemiológica, evolución y propuestas de los postulados anteriores, se estima que se redujeron los esfuerzos para "compensar" a los niños perdidos, sino que la inversión de energías y emociones de los padres puede adquirir una nueva dimensión cualitativa, ya que cada niño de la familia pequeña recibe una mejor protección, cuidado y educación.

- V. Variaciones en el patrón, ritmo, determinantes y las consecuencias del cambio poblacional: Su objetivo es delinear los modelos y visualizar las diferentes matrices de determinantes y consecuencias asociadas con los patrones de mortalidad (y fecundidad), proponiendo de esa manera tres postulados para su clasificación:
- a. El Modelo Clásico (Occidental) de Transición Epidemiológica: Se describe la transición gradual y progresiva de alta mortalidad y alta fertilidad y a baja mortalidad y baja fertilidad que acompañó el proceso de modernización en las sociedades de Europa occidental. Factores socioeconómicos influyeron de manera importante pues aumentaron por la revolución sanitaria a fines del siglo XIX y el progreso de la salud médica y pública en el siglo XX. En este periodo las enfermedades degenerativas y las provocadas por el hombre desplazaron a las infecciones como las principales causas de mortalidad y morbilidad. Se redujo crecimiento explosivo de la población al mínimo
 - b. El Modelo de Transición Epidemiológica Acelerada: Esta etapa describe la transición acelerada de la mortalidad que se produjo en diversas comunidades, especialmente en Japón. Otra característica fue por el cambio a la edad de las enfermedades degenerativas y las creadas por el hombre y generó diversos avances sanitarios y médicos, así como por las mejoras sociales generales.
 - c. El modelo contemporáneo (o demorado): En este periodo se describe la transición relativamente reciente y aún por completar de la mayoría de los países en desarrollo. Algunos programas han manipulado con éxito la mortalidad a la baja, dejando la fertilidad en niveles sustancialmente altos. Surgen programas nacionales e internacionales de "control de la población" diseñados para acelerar el declive de la fertilidad. En algunos

países de América Latina, África y Asia se ajustan a este modelo, las diferencias importantes entre estas áreas sugieren la utilidad de desarrollar submodelos, particularmente con respecto a las respuestas variables de fertilidad y condiciones socioeconómicas a los programas nacionales de desarrollo (Omran, 1971).

Si bien la transición epidemiológica anteriormente descrita, no puede ser generalizada pues se basa en el análisis de poblaciones europeas y específicamente sobre el crecimiento poblacional de Japón, lo que deja amplias brechas en el análisis de dicha transición principalmente en zonas como América Latina. Frenk, Lozano Ascencio, y Bobadilla, (1994) reportan que en América Latina la mortalidad era cambiante. De inicio se debía a las enfermedades contagiosas, es decir, fácil de transmitir de persona a persona, posteriormente fueron complementadas por heridas o traumatismo, así como con enfermedades mentales. Fue hasta aproximadamente en 1960 que esta dinámica de la presencia de enfermedades fue cambiando y disminuyendo en países como Argentina. Sin embargo, en países como México, para 1985 las muertes por enfermedades infecciosas fueron disminuyendo. En este artículo se propone el término "polarización epidemiológica", el cual refiere a la desigualdad con la que las etapas epidemiológicas van cambiando en función a los avances de cada población o subtipos de población (rural y urbana) ya que estas diferencias especialmente en materia de salud se ven reflejadas principalmente en la mortalidad infantil y la mortalidad ocasionada por heridas. Dicho análisis se realizó tomando en cuenta la modernización económica con la transición de la fecundidad y el perfil de mortalidad.

En México, a causa de la urbanización general del país y el acceso a los servicios de salud pública la llamada transición epidemiológica también se ha manifestado como un proceso en cambiante, si bien esta transición en México se caracterizó por la mortalidad a consecuencia de las enfermedades infecciosas, heridas, problemas asociados a la reproducción y desnutrición aproximadamente del 50% de las defunciones en el siglo pasado. Actualmente, se estima que las defunciones en nuestro país cambiaron, ya que aumentaron las enfermedades de tipo crónico en un aproximado del 75% (Dantés et al., 2011).

Si bien la propuesta de Omran (1971) nos presenta una primicia sobre la transición epidemiológica y como el crecimiento poblacional era distribuido. Actualmente contamos con diversos estudios que identifican que dichos postulados de igual manera han ido cambiando. (Ulizzi & Zonta, 2002) Identifican que el sexo masculino es quien cuenta con factores de mayor vulnerabilidad ante índice de mortalidad, específicamente en muerte temprana o neonatal, ya que de acuerdo al estudio que realizaron al comparar la asociación entre sexo y factores generales (características de la madre), los principales fallecimientos entre los que nacieron muertos y quienes fallecieron a la primera semana, fueron hombres.

Por su parte la OMS (2014) realizó una publicación sobre estadísticas sanitarias mundiales, en las que establece que una niña nacida en 2012 tendrá una esperanza de vida promedio de 72.7 años y los niños la tendrán de 68.1 años. Lo que representa un incremento aproximado de 6 años en comparación a los nacidos en 1990, sin embargo, de igual manera se identifican 20 causas más frecuentes de muerte prematura, de las cuales la mitad corresponden a características maternas, neonatales o de nutrición, y el resto corresponde a enfermedades no transmisibles o lesiones.

Por su parte en México actualmente reporta una esperanza de vida aproximada de 73 años, pero de igual manera coincide con la literatura previa de un “índice de sobre mortalidad masculina” ya que el 55.6% de las muertes registradas entre 1990 a 2014 correspondieron a hombres, es decir, por cada 100 muertes en mujeres se registran 126 en hombres. Se destaca que en ambos casos las principales causas de muerte se deben a enfermedades de tipo crónica (enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus y cáncer). Se estima que estos datos se ven mediados de manera significativa por factores económicos, sociales y políticos como empleo, nivel de ingresos económicos, así como los recursos destinados al área de salud como infraestructura hospitalaria, recursos humanos y recursos médicos brindados a los pacientes (Soto-Estrada et al., 2016)

Con lo anterior se pretende exponer que si bien la propuesta de la Transición Epidemiológica de Omran nos da un panorama principal de cómo se fueron evolucionando algunas enfermedades en un primer momento y con una población

específica. Hoy se sabe que dicha postura no fue determinante pues la dinámica del proceso salud- enfermedad se ha ido modificando como lo propone Frenk, Lozano Ascencio, y Bobadilla, (1994) y se ha visto permeada por los cambios sociales, culturales, políticos y económicos Dantés et al., (2011). De igual manera en cómo está distribuida la población y cual es la tendencia actual en la esperanza de vida entre hombre y mujeres como lo propone Ulizzi & Zonta (2002), OMS (2014) y Soto-Estrada et al., (2016).

Con esta propuesta se identifica la importancia de asociación entre el desarrollo de las enfermedades a lo largo del tiempo y el establecimiento poblacional con la modificación de la mortalidad de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos.

Posteriormente Armelagos, Brown, & Turner (2005) realizaron un análisis histórico, el cual tenía por objetivo dar a conocer el proceso de evolución de las enfermedades en relación con los diferentes cambios políticos, económicos, culturales y sociales, para ello partieron con la descripción de las características de la era paleolítica con el desplazamiento constate de los pobladores. Y fue hasta aproximadamente 10,000 años después que, con el logro del establecimiento de poblaciones y culturas, nació la primera de tres transiciones epidemiológica, marcada por la aparición de infecciones.

- Primera transición: Inicia en la era “Neolítica” con la domesticación de plantas y animales, con ello dio inicio a la prevalencia de enfermedades infecciosas, que se caracteriza por el aumento en el tamaño y la densidad de la población, la domesticación de los animales, el sedentarismo, el cultivo y la estratificación social crearon un cambio dramático en la ecología de la enfermedad.
- Segunda transición: Refiere a la disminución de las enfermedades infecciosas y el aumento de las enfermedades crónicas, incrementaron los años de vida, así como la influencia de avances de ciencia y tecnología por lo que iniciaron las prácticas de salud públicas. Con el desarrollo de la inmunización dio lugar al control de infecciones y fue el principal factor para la erradicación de la viruela.
- Tercera transición: En la que actualmente se encuentra la humanidad, consiste en que muchos antibióticos están perdiendo efectividad, es decir, se caracteriza por la globalización de enfermedades infecciosas reemergentes, que comúnmente

son resistentes a múltiples antibióticos, a la aparición y reaparición de enfermedades infecciosas, las cuales conviven con las enfermedades crónicas.

Los autores concluyen en que para que estas transiciones fueran posibles, mucho se debió a los avances económicos y tecnológicos, donde se asignó clasificación a las poblaciones: sanos y enfermos, pobres y ricos; de esa manera las “prioridades” de atención en la población. Por ejemplo, específicamente en México, Brasil y otros países de medianos ingresos, el nivel socioeconómico está inversamente relacionado con el riesgo de enfermedades crónicas (Armellagos et al., 2005).

A partir del dominio de enfermedades infecciosas y el proceso salud-enfermedad que estaba explicado únicamente por un modelo biomédico el cual daba total prioridad a “sanar” todo malestar de tipo físico que llevara al individuo de la enfermedad a la salud, en ese contexto los médicos no debían preocuparse por cuestiones psicosociales, ya que se encontraban fuera de la responsabilidad y la prioridad de la medicina. Se asumía que la enfermedad se explica completamente por las desviaciones de la norma de variables biológicas (somáticas) mensurables, por ello no dejaba espacio para las dimensiones sociales, psicológicas y conductuales de la enfermedad. (Engel, 1977)

La controversia generada por las diversas y opuestas opiniones al respecto sobre la prioridad que debería de dar el médico solamente a lo biológico en lugar a lo psicológico o social, generó dos posturas: La primera, propone la exclusión total de la psiquiatría en el área médica, se argumentaba que "la enfermedad mental es un mito" razón por la que se solicitaba su reasignación a una nueva disciplina basada en la ciencia del comportamiento quien estaría encargada de resolver los "problemas de la vida" y en caso de trastornos por algún daño cerebral los encargados en atender y solucionar esas complicaciones serían los neurólogos, de esa manera psiquiatría desaparecería como disciplina médica (Engel, 1977).

La segunda postura sostenía que la enfermedad mental proviene en gran parte de lo “natural” en lugar de causas metapsicológicas, interpersonales o sociales, es decir, que los trastornos como problemas de la vida, reacciones de adaptación social, trastornos del carácter, síndromes de dependencia, las depresiones existenciales y diversas condiciones de desvinculación social serían excluidas del concepto de enfermedad

mental ya que estos trastornos surgen en individuos con funcionamiento neurofisiológico presumiblemente intacto y se producen principalmente por variables psicosociales.

Ante ambas posturas Engel (1977) propone el modelo Bio-psico-social, en el cual se critica tanto reduccionismo, basado en un único principio primario, como el dualismo mente-cuerpo, la doctrina que separa lo mental de lo somático. Por lo que este modelo tiene por objetivo la inclusión de factores físicos, psicológicos y sociales, readaptando el concepto de “estar enfermo” y “problemas de la vida” expuestos por los pacientes mismos.

Con las primeras demandas del equilibrio de la salud física y mental, así como la importancia de factores sociales en el impacto del cuidado o pérdida de la salud, en la década de los 60, la psicología empezó a ocuparse del proceso salud-enfermedad y a realizar importantes aportaciones, por lo que se le nombró Psicología de la salud, cuyo principal objetivo fue realizar intervenciones de tipo clínico y social (Lince & Eugenia, 2010) mediante la aplicación de competencias y teorías psicológicas diseñadas especialmente al sistema de salud realizando principalmente actividades de evaluación, acción, investigación y prevención (Stone, 1988). Las primeras aportaciones de la Psicología como ciencia se documentan a partir de la 2da Guerra Mundial, motivo por el cual en Estados Unidos se fundó la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés). Dicha asociación se encargó de crear la división 38, en la que se establecen los objetivos, actividades y alcances de la psicología en el área de la salud basándose en el modelo biopsicosocial; para lo que se asignaron actividades de investigación básica y clínica, educación y actividades de servicio (intervención psicoterapéutica) (Wallston, 1996).

En esta misma época y bajo este contexto, se comenzaron a identificar diversas necesidades en pacientes con cáncer, específicamente la necesidad de hablar de su enfermedad. Fue en 1970 cuando se reconoce oficialmente la subespecialidad de psicooncología con la apertura de la información en cuanto a diagnóstico y tratamiento. Con ello inicia el proceso de investigación con variables como el dolor, la ansiedad y la depresión, epidemiología de comorbilidades psiquiátricas, así como el desarrollo de técnicas y modelos para la atención y psicoeducación de pacientes con cáncer. Se logró

que el psicooncólogo fuera visto como parte del equipo médico de atención oncológica (Holland, 2002).

También en 1977, se desarrolló lo que actualmente se conoce como Medicina Conductual, la cual es definida como:

El campo relacionado con el desarrollo del conocimiento y las técnicas de la ciencia del comportamiento relevantes para la comprensión de la salud física y la enfermedad y la aplicación de estos conocimientos y técnicas para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación. La psicosis, la neurosis y el abuso de sustancias se incluyen solo en la medida en que contribuyen a los trastornos físicos como un punto final (Schwartz & Weiss, 1978 pp.3).

Esta interdisciplina tiene como objetivo integrar las ciencias del comportamiento y ciencias biomédicas en áreas de interés mutuo en el área de la salud. A su vez, Matarazzo (1980) Refiere que medicina del comportamiento es parte de un amplio campo interdisciplinario de investigación científica, educación y práctica que se relaciona con la salud y la enfermedad o disfunción (por ejemplo, hipertensión esencial, colesterolemia, trastornos de estrés, adicción, tabaquismo, obesidad) en donde se busca trabajar específicamente con el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades y disfunciones en personas actualmente sanas.

Al incluir a la Psicología como disciplina en el cuidado de la salud y a su vez incluirse en el sistema de salud, le fueron asignadas tareas específicas de acuerdo con el nivel de atención de este sistema, el cual se divide en tres niveles de atención (Baptista, Capitão, & Scortegagna, 2006).

- a) Nivel primario (Atención Primaria de Salud APS), las intervenciones deben volcarse en la salud general de los individuos dentro de sus colectivos sociales, priorizándose la asistencia de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- b) Nivel secundario (Atención secundaria de la salud ASS), se brindan las intervenciones especializadas, cuyo objetivo es la salud mental.

c) Nivel terciario (Atención terciaria de salud ATS), intervenciones en hospitales e investigaciones epidemiológicas.

Desde entonces los resultados obtenidos han sido muy favorables para el reconocimiento de la psicología como parte importante del sistema de salud, por ejemplo, el trabajo realizado con los pacientes crónicos, disminuir los factores de riesgo y apoyar a la adherencia a los tratamientos médicos, así como favorecer la comunicación entre pacientes y médicos para lograr un estado óptimo de salud (Stone, 1988). También se identifica el trabajo de Martínez & Quintanilla, (2017) quienes reportan los estilos de afrontamiento desarrollados por pacientes adolescentes con cáncer. En cuanto a la evaluación por ejemplo el departamento de medicina interna midió la prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados (Sudupe, Díaz, & Bernabé, 2013). En la valoración postquirúrgica sobre su calidad de vida en pacientes por cirugía bariátrica (Catalán, Salvador, Frühbeck, & Gómez-Ambrosi, 2018).

Por su parte, diversas investigaciones recientes en el área de urgencias han reportado amplias necesidades psicológicas en el personal de salud, familiares y pacientes que ahí convergen; al respecto se ha identificado el burnout como uno de los principales problemas en los médicos de urgencias (Arora, Asha, Chinnappa, & Diwan, 2013). También, se han reportado problemas de sobrecarga, ansiedad y depresión en los cuidadores informales de pacientes de urgencias (Sewitch, Yaffe, McCusker, & Ciampi, 2006). Y sin lugar a dudas se identifican necesidades importantes en la atención de los pacientes que acuden al servicio por problemas por estrés postraumático o depresión (Ophuis, Olij, Polinder, & Haagsma, 2018).

A pesar de que se identifican las necesidades psicológicas del personal y usuarios del servicio, llama fuertemente la atención a que no se realiza investigación suficiente en el servicio de urgencias, una posible explicación de esto recae en que este servicio se distingue por conservar como prioridad los principios del modelo biomédico (preservar vida y función); a partir del cual esta especialidad se define como: “la especialidad médica dedicada al diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones imprevistas.” («Definition of Emergency Medicine», 2016 pp. 142).

Aunque el servicio de urgencias médicas conserva la línea del modelo biomédico, existe cada vez más evidencia empírica sobre los aspectos psicosociales en el área, por lo cual se vuelve relevante el seguir generando evidencia enfocada en el rol de las variables psicosociales presentes en esta área. En el contexto de lo anterior, el presente trabajo representa un esfuerzo incipiente por integrar e investigar diversas variables psicosociales como ansiedad, depresión y falta de adherencia a los tratamientos médicos en pacientes con enfermedades crónicas que acuden a este servicio. Por lo cual en el siguiente capítulo se describirá la posible asociación entre la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, y la falta de adherencia al tratamiento médico en pacientes con alguna enfermedad crónica que acuden al servicio de urgencias.

Capítulo 2: Asociación entre ansiedad, depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas que acuden a Triage en Urgencias Médicas.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) una enfermedad crónica es un padecimiento de larga duración, de proceso evolutivo lento y no transmisible de persona a persona, el cual se divide en cuatro categorías principales: enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes.

Diversos autores agregaron que dichas condiciones por lo general no se previenen ni se curan, y su evolución puede llevar al desarrollo de algún tipo de discapacidad funcional (Bernell & Howard, 2016). Por su parte, el Australian Institute of Health and Welfare (Instituto Australiano de Salud y Bienestar, 2018) propone que se pueden identificar características de las enfermedades crónicas que incluyen: múltiples factores que llevan a su aparición, origen complejo, periodos en los que puede no haber síntomas, asociación con otras complicaciones o deterioro de salud.

Actualmente, las enfermedades crónicas a nivel mundial representan el 70% de los fallecimientos anuales, de acuerdo con la OMS (2017) se reporta un aproximado de 17.7 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, 8.8 millones por cáncer, 3.9 por enfermedades respiratorias y 1.3 millones por diabetes.

En México, la mayoría de las defunciones ocurren en la población de 60 años y más, de acuerdo con datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017) en el 2015 se registraron aproximadamente 655,688 (64.7%) muertes en ese año y sus principales causas en población general son la diabetes mellitus 98,521 (15.9%), las enfermedades isquémicas del corazón con 88,144 (13.4%), enfermedades del hígado 35,718 (5.4%), las enfermedades cerebrovasculares 34,106 (5.2%) y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores 26,069 (4%).

El desarrollo de enfermedades crónicas implica una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales para los pacientes, familiares y contextos inmediatos. Diversos estudios reportaron que algunos de los cambios son: angustia psicológica, menor calidad

de vida, dolor físico, limitaciones en las actividades diarias o progresión de la enfermedad (Jokela, Hakulinen, Singh-Manoux, & Kivimäki, 2014).

Los pacientes con uno o más padecimientos crónicos pueden desarrollar diversas limitaciones para cumplir adecuadamente con las indicaciones médicas, cambiar su estilo de vida, modificar su alimentación, realizar algún tipo de actividad física o modificar sus rutinas cotidianas, lo que posteriormente por las necesidades de la enfermedad podrían requerir dependencia de algún cuidador (Department of Health, & Human Services, 2010).

Algunos de los cambios más significativos para los pacientes son los que ocurren dentro del sistema familiar ya que altera la convivencia con la pareja o hijos relacionados con los cuidados, síntomas, discapacidad, actividades cotidianas, cambio o adaptación a nuevos hábitos o menor productividad (Checton, Greene, Magsamen-Conrad, & Venetis, 2012).

Por lo que aprender a vivir con alguna enfermedad crónica podría representar un reto día a día ante situaciones como: la alteración en su autoestima en consecuencia a la reducción de sus capacidades y habilidades físicas, la manifestación de ansiedad y depresión relacionadas al diagnóstico y pronóstico de su enfermedad; específicamente cuando se percibe deterioro en la salud se podrían presentar algunas crisis, se identifica aparición de nuevos síntomas, incluso cuando llega a una hospitalización (Orozco Gómez & Castiblanco Orozco, 2015).

En la Encuesta Mundial de Salud reportada por Moussavi et al. (2007) se identificó que en presencia de ansiedad y depresión los pacientes con enfermedades crónicas, en estado comórbido la depresión deteriora mayormente la salud en comparación de solo padecer depresión o solo la enfermedad de base por lo que el desarrollo de ansiedad o depresión pueden significar un importante factor de riesgo ante la enfermedad de base que los pacientes ya padezcan (Clarke & Currie, 2009). Dicha alteración emocional puede repercutir directamente en el autocuidado y preservación de la salud en los pacientes, afectando el nivel de adherencia, el cual es definido por la OMS (2004) como: “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas”, es decir, recibir atención médica adecuada, consumir el medicamento recetado en dosis y frecuencia según lo

señalado, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimientos y realizar algunas modificaciones como los hábitos de higiene personal, anticoncepción, régimen alimenticio y actividad física.

Una de las características principales de la adherencia al tratamiento son las conductas de “autocuidado” las que se definen por ser conductas intencionadas que el paciente propio realiza con la intención de preservar su salud y bienestar, las cuales estarán en función de la experiencia del paciente mismo (Cruz, Rivera, Espinoza, Carvajal, & Muñoz, 2019). Por su parte la “autoeficacia” es un concepto propuesto por Bandura (1982) en el cual la define como los “juicios que cada individuo hace sobre sus capacidades, con base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” las cuales se ven influidas por persona, conducta y ambiente; de igual manera estos aspectos retroalimentaran al paciente en la manera en cómo piensa, siente, y motiva sus acciones (Gutiérrez Barreiro & Gómez Ochoa, 2018).

Diversos autores reportaron que uno de los mecanismos y retos para la adherencia efectiva es la “recompensa inmediata”, lo que habitualmente se llama “debilidad de la voluntad”, es decir, los pacientes encuentran más placentero realizar una acción no permitida en el tratamiento (como ingerir alcohol o fumar) y obtener dicha recompensa instantáneamente a la recompensa a largo plazo obtenida al seguir las indicaciones en la adherencia (Reach, 2008). Así como barreras específicas que perciben directamente los pacientes para la no adherencia, las que se clasifican como: la carga económica, actividades laborales demandantes (viajes) y aversión al tratamiento (inyecciones) (Davies et al., 2013).

La falta de adherencia al tratamiento en estos pacientes, favorece el desarrollo trastornos del estado de ánimo como ansiedad y/o depresión lo que podría representar mayor atención y cuidados médicos, así como, el descuidar en mayor medida las prescripciones médicas, específicamente: no tomar sus medicamentos correctamente, olviden o nieguen seguir una dieta adecuada o no realizar ejercicio (DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000). Algunas de las consecuencias que se han identificado son: reducción en la calidad de vida de los pacientes y por ende se desperdician recursos para el cuidado de la salud,

especialmente en pacientes con diabetes, hipertensión y asma (Sabaté & World Health Organization, 2004).

A su vez, se ha reportado que factores como la ansiedad o depresión influyen directamente en la adecuada o inadecuada adherencia al tratamiento médico por parte de los pacientes. Se estimó que los pacientes deprimidos tienen el riesgo de no ser adherentes en 1.76 veces más que un paciente no deprimido, esto probablemente se deba a la falta de energía, motivación, aislamiento social, sentimientos de desesperanza o cambios en los pensamientos y/o expectativas acerca de los beneficios o daños del tratamiento, que perciben los pacientes día a día (Grenard et al., 2011) .

Algunos autores retoman la presencia y estudio de estas variables en pacientes con enfermedades crónicas. Con la falta de adherencia o una adherencia no adecuada a los tratamientos médicos, se identificó que los aspectos de tipo psicológico como ansiedad y depresión impactan de manera negativa en la calidad de vida de pacientes y sus familiares.

De acuerdo con la literatura se identifica la importancia que tiene el cuidado y tratamiento adecuado en pacientes con enfermedades crónicas en México y el mundo, así como el desarrollo e interacción de sintomatología ansiosa y/o depresiva debido a los desajustes en el ritmo de vida, relaciones interpersonales, habilidades físicas o por el mismo deterioro de la salud, por lo que en consecuencia se genera una falta o mala adherencia a su tratamiento.

Debido al transcurso de la enfermedad es probable que el paciente requiera de cuidados más específicos como una hospitalización o el uso del servicio de urgencias médicas. Específicamente datos relacionados con la presencia de alguna comorbilidad psiquiátrica en los pacientes que acuden a este servicio por complicación de alguna enfermedad crónica se desconocen en la literatura.

Por lo que se realizó una búsqueda estructurada en las bases de datos de PudMed, PsycInfo, Cochrane Review y Scielo. En esta búsqueda se combinaron los siguientes términos “Mesh” y “Text word”: “Chronic Diseases” “Anxiety” “Depression” “Adherence” “Emergency Department” “Triage” “health” “chronic patients” “chronic diseases” “chronic

illness” “diabetes, hypertension” “COPD”, “noncommunicable disease” “noncommunicable illness” “depression” “major depression” “sadness” “depressive symptomatology”, “anxious symptomatology” “adherences” “patients adherence” “emergency service” “medical emergency” “triage” “triage services” “chronic diseases” “chronic illness” “social support” “quality life” “psychological intervention” “critical care” “emergency” “emergency service”.

Sin embargo, en pocos estudios se identificaron aspectos psiquiátricos como trastorno bipolar, trastorno de estrés postraumático, trastorno de pánico, así como, episodio de depresión mayor o trastorno de ansiedad generalizada, durante el proceso de evolución de diversas enfermedades crónicas.

Por ejemplo, en el estudio realizado en Montreal Heart Institute and Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal se evaluó la presencia de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y trastorno de depresión mayor (TDM) en pacientes con diagnóstico por enfermedad cardíaca. La muestra se conformó de 804 paciente en los que se reportó que los pacientes con enfermedades cardiovasculares presentan síntomas de ansiedad en un 40% y de depresión en 27% aproximadamente (Frasure-Smith & Lespérance, 2008). Ver tabla 1.

Dogu y Aydemir (2018) evaluaron el estado emocional de los pacientes con enfermedades crónicas de tipo cardíaco, respiratorio y renales. Se realizó mediante entrevistas, registros de datos sociodemográficos y medición del estado emocional mediante el instrumento “HADS”. En este estudio se reportó que la tasa de ansiedad fue del 52,2% y la tasa de depresión fue del 81,7% en todos los pacientes y aunque no se encontró diferencia significativa entre el estado emocional de los pacientes y los aspectos sociodemográficos, sí se reporta una correlación positiva significativa entre las puntuaciones de edad y depresión ($r = 0.173$, $p = 0.003$). Se concluyó que las afectaciones de tipo psicológico como la ansiedad y depresión pueden afectar de manera negativa el proceso de tratamiento de los pacientes, por lo que se sugiere apoyo de tipo psicológico como complemento al tratamiento (véase tabla 1).

Otro estudio que se realizó en el centro médico de la Universidad de Ottawa, tuvo por objetivo identificar necesidades especiales en pacientes y mejorar la rehabilitación

cardíaca, se aplicó el protocolo de detección y triage para ansiedad y depresión (STAD) y la prueba de HADS, a un total de 1504 pacientes en el cual se identificó que 287 (19%) de sus pacientes presentaban puntuaciones importantes de depresión y/o ansiedad por lo que se sugiere la intervención psicológica para la disminución de dichos síntomas (Tulloch et al., 2017). Ver tabla 1.

Carta, Patten, Nardi y Bhugra. (2017) retomaron el análisis entre algunas enfermedades crónicas como: cáncer, esclerosis múltiple, enfermedades cardiovasculares y su relación con la alteración en salud mental, es decir, con la manifestación de sintomatología psiquiátrica como ansiedad, depresión o trastorno en el estado de ánimo, que afectan la calidad de vida y adherencia a los tratamientos respectivamente. Los autores sugieren la elaboración de estrategias o tratamientos centrados en el paciente, en el cual se respeten sus derechos y decisiones o con algún enfoque familiar de acuerdo con sus necesidades y demandas.

Así mismo, en los últimos años se ha identificado que está aumentado el uso del servicio de urgencias médicas por parte de los pacientes con enfermedades crónicas. Stephenson et al. (2018) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de identificar la relevancia de la atención integrada, el uso del servicio de urgencias por parte de los pacientes con enfermedades crónicas y de qué manera impacta en la calidad de su salud. Se incluyeron 13 estudios de diversas bases de datos, en las que se identificó que al recibir una atención integrada, la cual tiene 6 características principales: trabajo en equipo interdisciplinario, comunicación/intercambio de información, pautas o vías de atención compartida, entrenamiento y educación, acceso y aceptabilidad para los pacientes y un modelo de financiación viable (Mitchell et al., 2015); se puede reducir el riesgo de hospitalización en un 19% y los reingresos en pacientes con insuficiencia cardíaca en un 8%. Ver tabla 1.

Un aspecto muy importante para preservar la salud y evitar el ingreso a hospitalización es el nivel de adherencia que tienen los pacientes con algún diagnóstico de tipo crónico y su concurrencia en la que hacen uso de servicios como el de urgencias a consecuencia de alguna complicación. En Estados Unidos en las unidades incorporadas a "Medicaid", fue realizado un estudio de tipo retrospectivo en el que se consideró a los pacientes

afiliados en un periodo de 2008 a 2010, de 18 a 64 años, de ellos 656.646 eran personas ciegas y/o discapacitadas y 704.368 adultos, de los cuales se clasificaron en 7 enfermedades: insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, dislipidemia, diabetes, asma / enfermedad pulmonar obstructiva crónica, depresión y esquizofrenia / bipolar. En este estudio se obtuvo como resultado que en una total adherencia se reducen las hospitalizaciones entre un 8% –26% y entre un 3% –12% el uso del servicio de urgencias en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, diabetes y esquizofrenia / bipolar. Por lo tanto, se identificó que al tener una adherencia completa al tratamiento se reducen los riesgos de salud, utilización y costos que genera la atención médica en el servicio de urgencias (Roebuck et al., 2018; véase tabla 1).

En un estudio realizado en Alemania se asociaron aspectos de depresión, ansiedad y conductas de autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica mediante el modelo de regresión lineal. Se consideró a 308 pacientes participantes, de los cuales 35 (11.4%) cumplieron con los criterios en el Cuestionario de salud del paciente (por sus siglas en inglés PHQ) para trastorno de ansiedad, se identificó que la ansiedad se asoció negativamente con el comportamiento de autocuidado en el análisis univariado ($\beta = -0.144$, $r^2 = 0.021$, $p = 0.015$); al igual que la depresión, de acuerdo con los criterios de PHQ-9 agregó información independiente de manera significativa ($\beta = -0.161$, $r^2 = 0.131$, $p = 0.019$). Lo que significó que una edad mayor y vivir en una sociedad fueron predictores positivos del comportamiento de autocuidado. Se concluyó que ante la presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva, disminuyen las conductas de autocuidado en el paciente (Müller-Tasch et al., 2018; véase tabla 1).

Rosselli et al. (2015) realizaron un estudio el cual tuvo por objetivo detectar la angustia en pacientes usuarios del servicio de medicina interna, con una población de 180 pacientes con enfermedades crónicas (cardiovasculares, digestivas y hepáticas, respiratorias, neurológicas, oncológicas, urogenitales y reumatológicas) se aplicaron los instrumentos de HADS, cuestionario de evaluación de necesidades (por sus siglas en inglés: NEQ), Inventario de angustia psicológica (PDI), inventario breve de síntomas (BSI) y sentido de coherencia 3 elementos. En el que reportó presencia de ansiedad entre el 12 y 78% y depresión entre 10 y 68% de acuerdo con los diferentes

padecimientos de los pacientes. Por lo que se concluyó que en estado comórbido la sintomatología ansiosa y depresiva se exacerbaban por lo que se requiere atención psicológica desde la etapa de diagnóstico para acompañar el tratamiento médico (véase tabla 1).

De acuerdo con la clasificación de los tipos de enfermedades crónicas propuesta por la OMS previamente mencionada se identifican estudios específicos descritos por padecimiento, los cuales han enriquecido los hallazgos en la asociación de los padecimientos psicosociales específicamente sintomatología ansiosa y depresiva, y el nivel de adherencia en los tratamientos médicos, así como su relación con la calidad de vida.

Por ejemplo, Quintana López, Díaz López, y Caire Juvera, (2018) realizaron una revisión sistemática con metaanálisis que tuvo por objetivo analizar estudios sobre intervenciones en dieta y actividad física (AF), su efecto en variables psicológicas en sobrevivientes de cáncer de mama (CaMa) y evaluar los resultados obtenidos, metodologías y estrategias utilizadas; en el cual se identificaron 16 estudios en los que se concluye que la realización de actividad física e intervenciones para cambios en la alimentación mejoran la calidad de vida, la calidad de sueño, disminuyen la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva y fatiga, pero no se dan a conocer los resultados a largo plazo; Véase tabla 1.

Un estudio realizado en Massachusetts E.U. tuvo por objetivo explorar la frecuencia y los factores predictivos clínicos de los retrasos y reducciones de la dosis de infusión en pacientes con cáncer de pulmón, a quienes se les complementó la evaluación con aspectos de calidad de vida y estado de ánimo durante 6 meses, en los que todos los pacientes recibieron tratamiento basado en quimioterapia y otros procedimientos durante la investigación, y se identificó que los pacientes que reportaron ansiedad al inicio del tratamiento tuvieron mayor probabilidad de experimentar retrasos o reducción en las dosis correspondientes por lo que se concluye que factores psicológicos como la ansiedad parecen jugar un papel muy importante en relación a la adherencia a la quimioterapia (Greer, Pirl, Park, Lynch, & Temel, 2008); véase tabla 1.

Por su parte Sokoreli, de Vries, Pauws, y Steyerberg (2016) realizaron una revisión sistemática de acuerdo con la metodología PRISMA y metaanálisis, en la que su objetivo fue evaluar los tamaños del efecto de la depresión y la ansiedad en la mortalidad por todas las causas en pacientes con insuficiencia cardíaca. Se obtuvieron 26 estudios para características de depresión y 6 para ansiedad, en los que se identificó que la depresión tiene una asociación significativa con la mortalidad por todas las causas (HR = 1.57; IC del 95%: 1.30-1.89, $p < 0.001$); por su parte la ansiedad en el resultado de mortalidad fue pequeño y no significativo por el bajo número de estudios ($n = 6$) (HR = 1.02; IC del 95%: 1.00-1.04, $p < 0.05$), por lo que se concluye que la depresión representa un factor importante e independiente en relación a la mortalidad en pacientes con enfermedades cardíacas.

Un estudio realizado por parte de la Federación Rusa clínico-epidemiológico tuvo por objetivo evaluar la prevalencia actual de factores de riesgo psicosociales (PSRF) en pacientes con hipertensión arterial / Enfermedad Isquémica de corazón (AH / CHD) y su relación con los factores de riesgo tradicionales. Como resultado principal destaca que la presencia de sintomatología ansiosa (HADS-A ≥ 7) se detectó en el 42,2% de los pacientes con AH y / o CHD, en el 25,5% fueron clínicamente significativos (HADS-A ≥ 11). Y los síntomas de depresión de diversa gravedad (HADS-D ≥ 7) en el 42,5% de los pacientes con AH y / o CHD, en el 16,3% fueron clínicamente significativos (HADS-D ≥ 11), por lo que se concluye que la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión es alta entre los pacientes ambulatorios con AH y / o CHD, además de identificar otros factores de riesgo “tradicionales” como el bajo nivel de actividad física, presión arterial elevada, nivel de colesterol, obesidad y algunos hábitos alimenticios poco saludables (Pogosova et. al., 2018; véase tabla 1).

De igual manera en Dinamarca se realizó un estudio relacionado con la prevalencia de factores de riesgo en pacientes con enfermedades cardíacas, el cual tuvo 3 objetivos: explorar la prevalencia de factores de riesgo cardíaco, las asociaciones entre las puntuaciones de depresión y ansiedad y los factores de riesgo cardíaco y la asociación de la depresión y la ansiedad y los factores de riesgo cardíaco con la mortalidad, y su riesgo atribuible a la población. Este estudio tuvo por resultado que los pacientes con

depresión o ansiedad (puntuación HADS-D o HADS-A ≥ 8) tuvieron 30% y 45%, respectivamente, mayores probabilidades de ser fumadores actuales; 19% y 37% más probabilidades de ser obesos y 31% y 24% más probabilidades de consumo excesivo de alcohol, por lo que se concluye que la depresión y ansiedad en pacientes se asocian a conductas de riesgo cardíaco como fumar, obesidad, consumo excesivo de alcohol y falta de adherencia a los medicamentos (Berg et al., 2018; véase tabla 1).

Por otro lado, con respecto a los pacientes con diabetes se realizó una revisión sistemática con el objetivo de proporcionar una visión general de sus necesidades y reacciones psicológicas enfocándose en diferentes niveles de angustia emocional. Con base en los estudios consultados se lograron establecer algunas definiciones sobre las condiciones psicosociales que afectan a los pacientes con diabetes. Por lo que se concluye que la relación entre diabetes y trastornos psicosociales es multifactorial, su coexistencia puede afectar el control glucémico, el comportamiento de autocuidado y la calidad de vida por lo que las necesidades psicosociales se encuentran asociadas con la adherencia y el autocuidado (Kalra, Jena, & Yeravdekar, 2018); véase tabla 1.

Un estudio realizado en Canadá planteó por objetivo documentar el impacto de la depresión y trastornos de ansiedad en la adherencia a hipoglucemiantes orales en adultos mayores (de 65 años en adelante) con diabetes mellitus. La muestra se conformó por 301 pacientes con diagnóstico a diabetes tipo II y tuvieran un tratamiento farmacológico correspondiente a hipoglucemia oral. En dicho estudio se obtuvo por resultado que en el análisis de grupos múltiples no se mostraron diferencias significativas en la adherencia a la medicación hipoglucémica oral ($p < 0.05$). Y que La adherencia de los medicamentos a los hipoglucemiantes orales no mostró diferencias significativas entre los participantes con y sin depresión y trastornos de ansiedad.

Se identificó que el 15,6% de los encuestados informó una posible depresión y trastornos de ansiedad (de acuerdo a criterios establecidos por DSM-IV), en los cuales no se identificó su asociación con la adherencia en un nivel inicial a la medicación ($y_{1,1} = 0.01$ $p > 0.05$), sin embargo, la presencia de ansiedad y/o depresión sí se encuentra asociada de manera significativa con la tasa al nivel de cambio en el segundo momento ($y_{2,1} = -0.07$, $p > 0.05$), lo que se manifiesta principalmente en el incumplimiento de su tratamiento.

En conclusión se identifica que la presencia de ansiedad y depresión podría representar un factor de riesgo importante en cuestión de adherencia al tratamiento de hipoglucemiantes orales en pacientes con diabetes tipo II, que si bien no afecta en una etapa inicial, si lo puede ir haciendo con forme avanza el proceso de la enfermedad (Gentil, Vasiliadis, Berbiche, & Prévile, 2016); véase tabla 1.

Con respecto a los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) de igual manera se han realizado diversos estudios, por ejemplo, la revisión sistemática realizada por Pooler y Beech, (2014) tuvo por objetivo explorar la relación entre las tasas de hospitalización y las comorbilidades, la ansiedad y la depresión de la EPOC. Se registró en 21 documentos que la presencia de ansiedad y depresión implican un aumento estadísticamente significativo en la probabilidad de hospitalización de pacientes con EPOC, mayor duración de la estancia y un mayor riesgo de mortalidad después del alta.

Otro estudio realizado en Italia con pacientes con EPOC tuvo 3 objetivos principales: describir una población con EPOC en un entorno de rehabilitación con respecto a los síntomas depresivos, la ansiedad, el deterioro cognitivo leve (ICM) y la adherencia auto informada de los pacientes y analizar sus relaciones; Comparar los puntajes ICM de la muestra de EPOC con datos normativos; E investigar qué factores podrían predecir la adherencia al ejercicio físico prescrito. Mediante diversos análisis se identificó que los pacientes referidos tenían depresión leve-severa (46.7%), ansiedad (40.5%) y buena adherencia farmacológica (80.3%), por lo que se sugiere una atención multidisciplinar para el tratamiento de EPOC, es importante no descuidar sus necesidades clínicas, relacionales y psicosociales (Pierobon et al., 2017); véase tabla 1.

Igualmente en una revisión sistemática realizada en Reino Unido en 2014, se buscó analizar la relación entre las tasas de hospitalización y las comorbilidades psiquiátricas como la ansiedad y la depresión durante la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), esta revisión reportó 20 estudios en los que se identificó que la presencia de ansiedad y depresión en pacientes con EPOC se asocia con un riesgo estadísticamente significativo en requerir de una hospitalización, una estancia más prolongada, así como, un aumento en el riesgo de fallecer después de ser otorgada el alta médica. De tal manera

que se destacó que aproximadamente entre el 27% -33% de los pacientes identificados en los estudios consultados manifestaron tener depresión y recibir atención psicológica, lo cual está estrechamente relacionado en las admisiones y readmisiones hospitalarias, principalmente por factores como: reducción de la calidad de vida, aumento de la severidad de la enfermedad; género femenino, bajo nivel socioeconómico, tabaquismo, aumento de la disnea, sensación de pérdida e incapacidad para hacer frente a la enfermedad, disminución de la autoeficacia y en especial el cumplimiento del tratamiento (Pooler & Beech, 2014).

Retomando específicamente el servicio de urgencias médicas, en el que se incluye atención inmediata, evaluación inicial, el diagnóstico, el tratamiento y la coordinación con otras áreas médicas de especialidades («Definition of Emergency Medicine», 2016). Se estimó que los adultos mayores requieren con mayor frecuencia este servicio. En un estudio de tipo retrospectivo realizado en Asturias en el departamento de urgencias hospitalarias, se contabilizó un total de 81.035 consultas de las cuales 47.670 se registraron como urgencias generales, 17.980 urgencias traumatológicas y 15.385 urgencias pediátricas. De igual manera se identificó que el 87,7% de los fallecimientos fueron pacientes que presentaban alguna patología crónica previa así como una mala calidad de vida (Rodríguez Maroto et al., 2004).

Un estudio realizado por Rhodes, Kushner, Bisgaier y Prenoveau (2007) de tipo cualitativo, con el objetivo de analizar las características de las consultas entre el médico y los pacientes en el departamento de urgencias médicas, así como identificar la presencia de sintomatología depresiva en pacientes que acuden a este servicio. Para este análisis se grabó en audio las consultas brindadas a mujeres de entre 18 y 65 años víctimas de violencia doméstica o con otros riesgos psicosociales, en total se contó con 871 grabaciones en las cuales revelaron que en rara ocasión los médicos se detenían a preguntar por la sintomatología depresiva, a menos que fuera muy necesario en el cual invertirían un tiempo aproximado de 90 segundos para indagar sobre ello.

Específicamente en México, el departamento de urgencias por su parte también enfrenta diversas complicaciones como la saturación del servicio, lo que afecta directamente su eficiencia, calidad de atención, tiempo de espera, así como la evolución y tratamiento de

los pacientes (Polanco-González, Castañón-González, Buhse, Samaniego-Mendoza, & Arreguín-Nava, 2013). El servicio urgencias se caracteriza por la implementación del sistema “Triage”, el cual tiene por objetivo seleccionar y clasificar a los pacientes de acuerdo a severidad de los pacientes y priorizarlos de acuerdo a su urgencia médica así como identificar rápidamente su condición y poder derivar o ajustar al área apropiada para dar un uso más eficiente de espacios y recursos hospitalarios, de esta manera se garantiza la atención médica de acuerdo con las necesidades de atención para el paciente (Loria, 2016). Específicamente los pacientes con enfermedades crónicas por la evolución de su enfermedad también son parte de los usuarios de este servicio, pero aún se desconoce el proceso de evolución de los pacientes que acuden.

De acuerdo con el análisis anterior se identifica en la literatura internacional consultada que no se puede establecer una asociación clara entre los factores psicosociales con aspectos de adherencias a los tratamientos médicos en pacientes con enfermedades crónicas. A pesar de que en algunas investigaciones sí se identifica esta relación, no queda clara la interacción que ellas tienen a lo largo del proceso y evolución de las enfermedades, si coinciden en los aspectos de deterioro como las conductas de autocuidado e higiene a consecuencia de la presencia de dichos factores psicosociales.

A pesar de ello, poco se sabe sobre la interacción y manifestación de dichas variables, es decir, si los pacientes debido a los diversos cambios físicos, sociales y emocionales que enfrentan día a día, generan sintomatología ansiosa y/o depresiva por su estado de salud y en consecuencia una mala adherencia a su tratamiento.

Por otro lado, debido a la demanda del tratamiento como cambios de hábitos de salud (citas médicas, análisis clínicos y consumo de medicamentos), actividad física, cambios en el estilo de alimentación, cambio de actividades cotidianas, cambios en la dinámica familiar o laboral, a los pacientes les sea complicado adherirse a su tratamiento prescrito, y en consecuencia se genere sintomatología ansiosa y/o depresiva por temor a padecer alguna complicación.

Tabla: 1
Artículos consultados

Autores	Objetivo	Diseño	Instrumentos	Participantes	Resultados	Conclusiones	Limitaciones
Frasure-Smith & Lespérance, 2008	Evaluar la importancia del pronóstico cardíaco de 2 años de los diagnósticos del trastorno depresivo mayor (TDM) y del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) basados en el DSM-IV y medidas de ansiedad y depresión auto informadas y su coincidencia	Transversal	Inventario de Depresión Beck II (BDI-II), la subescala de ansiedad de la Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria (HADS-A), y la Entrevista Clínica Estructurada para DSM-IV (enmascarada a autoinformes)	804 pacientes con EAC estable (649 hombres)	HADS-A elevadas (8), con un solapamiento de 21.1%. Trastorno depresivo mayor (odds ratio [OR], 2,55; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,38-4,73), GAD (OR, 2,47; IC del 95%, 1,23-4,97), BDI-II elevado (OR, 1,81; 95 % CI, 1,20-2,73), puntuación HADS-A elevada (OR, 1,66, IC 95%, 1,12-2,47) y puntuaciones estandarizadas continuas en el BDI-II (OR, 1,31, IC 95%, 1,05-1,62) y el HADS-A (OR, 1,43, IC 95%, 1,19-1,73)	La ansiedad y la depresión predicen un mayor riesgo de Eventos cardíacos adversos mayores. (MACE) en pacientes con EAC estable, lo que respalda futuras investigaciones sobre vías y tratamientos genéticos, ambientales y fisiopatológicos comunes	No se conocen las tasas de rechazo en pacientes con diagnóstico de DSM-IV o síntomas elevados de autoinforme. No sabemos si los pacientes con ansiedad y depresión concomitantes tuvieron resultados psicológicos diferentes a los de una sola condición. Había 68 pacientes (8,5%) que tomaban antidepresivos. agentes, y 212 (26,4%) tenían prescripciones de benzodiazepinas.

Autores	Objetivo	Diseño	Instrumentos	Participantes	Resultados	Conclusiones	Limitaciones
Tulloch et al., 2017	Evaluar un protocolo de selección y triage para la ansiedad y la depresión (protocolo STAD). Un objetivo secundario fue evaluar si el protocolo reducía el número de derivaciones al equipo, al tiempo que garantizaba que los pacientes obtuvieran la atención adecuada.	Evaluación de Protocolo de estudio	Escala de depresión y ansiedad del hospital (HADS). Según nuestro protocolo de detección y triage para la ansiedad y la depresión (STAD)	Un total de 1504 pacientes (76% hombres)	287 (19%) tenían puntuaciones elevadas de depresión y / o ansiedad. De estos, 43 (15%) fueron remitidos a servicios de psicología y 244 (85%) pacientes fueron remitidos para la Re-administración de HADS a las 4 semanas. Las puntuaciones después de la reevaluación dieron como resultado 6 derivaciones a servicios de psicología (3%) y 62 a trabajo social (36%), mientras que 78 (45%) ya no necesitaron atención.	El protocolo STAD con HADS fue un método eficaz para detectar la ansiedad y la depresión y utilizar de forma adecuada los recursos de tratamiento psicosocial en el entorno de la rehabilitación cardíaca. muchos pacientes cardíacos experimentan síntomas de depresión y ansiedad	*****
Carta, Patten, Nardi, &	Contribuir a esta necesidad, centrándose en	Descriptivo	*****	Ofrecieron temas y generalidades de estudios	*****	Se ilustraron, los campos específicos	Se realiza un análisis

Autores	Objetivo	Diseño	Instrumentos	Participantes	Resultados	Conclusiones	Limitaciones
Bhugra. (2017)	campos específicos que podrían considerarse como modelos más que un tratado exhaustivo en todo el campo			previamente realizados de manera transversal, así como los contrastes entre las diversas condiciones examinadas		abordados como modelos, cómo este campo requiere las técnicas más avanzadas (desde imágenes cerebrales hasta investigación genética), así como habilidades de síntesis clínica que pueden aportar conocimientos avanzados a la necesidad específica de la persona a través de Un enfoque centrado en el usuario.	únicamente teórico
Roebuck, MC, Kaestner, RJ y Dougherty, JS	Examinar el impacto de la adherencia a los medicamentos para enfermedades crónicas en la	La regresión de Poisson para estimar las asociaciones entre la adherencia	Registros de asistencia y recetas médicas entregadas	Se utilizaron datos de elegibilidad, reclamos y datos de los archivos del extracto analítico de	Adherencia total se asoció con 8% – 26% menos de hospitalizaciones y un 3% –12% menos visitas al servicio de	Se pueden realizar reducciones sustanciales en la utilización y los costos de los	La mantención del sesgo entre pacientes, tratamiento y multi enfermedades en las que se

Autores	Objetivo	Diseño	Instrumentos	Participantes	Resultados	Conclusiones	Limitaciones
	utilización de los servicios de salud entre los afiliados de Medicaid.	proporción continua y categórica de días cubiertos (PDC)] y 3 variables dependientes		Medicaid de 10 estados durante 3 años. incluyendo 656.646 personas ciegas / discapacitadas y 704.368 adultos.	urgencias y un n 15% menos de visitas ambulatorias de médicos / clínicas.	servicios de salud. Alentar a los pacientes con condiciones crónicas de Medicaid a que inicien la farmacoterapia.	podrían requerir mayor número de servicios de urgencias
Dogu, O., y Aydemir, Y.	Evaluar el estado emocional de los pacientes que reciben tratamiento hospitalario. Identificar los factores asociados con la ansiedad y la depresión.	Encuesta transversal	Entrevistas cara-cara Aplicación de Instrumentos HADS	301 pacientes con una enfermedad psiquiátrica conocida, hospitalizados en la clínica de tórax, cardiología y nefrología entre 2014 y 2016.	La tasa de ansiedad fue del 52,2% y la tasa de depresión fue del 81,7% en todos los pacientes. En ansiedad la diferencia entre los grupos fue estadísticamente significativa (= 0.027). En depresión no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (p <0,001).	Las comorbilidades psiquiátricas como depresión y ansiedad en las enfermedades respiratorias, cardíacas y renales también pueden afectar negativamente el proceso de tratamiento de los pacientes y aliviar las enfermedades somáticas. proporcionar apoyo psicosocial, así como el	La población de estudio consiste solo en la Asociación de Hospitales del Estado en el centro de la ciudad de Sakarya. Por lo tanto, estos resultados del estudio no pueden ser generalizados.

Autores	Objetivo	Diseño	Instrumentos	Participantes	Resultados	Conclusiones	Limitaciones
Müller-Tasch T Löwe B Lossnitzer N Frankenstein L, Täger T, Haass M Katus H Schultz JH Herzog W	Analizar las interacciones entre la ansiedad, la depresión y las conductas de autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva.	Análisis transversal	Escala Europea de Conducta de Autocuidado de Insuficiencia Cardíaca (EHFScBS) El Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ	308 participantes	35 (11.4%) de ellos cumplieron con criterios de PHQ. La ansiedad y el autocuidado se asociaron negativamente ($\beta = -0.144$, $r^2 = 0.021$, $p = 0.015$). La depresión aumentó aún más la explicación de la varianza ($\beta = -0.161$, $r^2 = 0.131$, $p = 0.019$)	tratamiento de dichas enfermedades La ansiedad se asocia negativamente con el comportamiento de autocuidado en pacientes. Sin embargo, este efecto desaparece tras la fuerte influencia de la depresión en el autocuidado. La consideración de las comorbilidades mentales en pacientes con ICC es importante.	Los pacientes fueron reclutados en su mayoría en un centro de atención terciaria, lo que limita la representatividad de la muestra de pacientes los datos fueron auto informados y no fue posible un juicio objetivo del comportamiento de autocuidado de los pacientes
Stephenson, M. D., Lisy, K., Stern, C. J., Feyer, A.-M., Fisher,	Resumir la evidencia disponible sobre el impacto de la atención	Revisión sistemática	Búsqueda en PubMed, CINAHL, Google Advanced y	Se incluyeron un total de 13 revisiones sistemáticas.	La evidencia sugiere que la atención integrada puede reducir el riesgo de	La evidencia identificada sugiere que la atención integrada	Ninguna revisión incluida informó un aumento en la utilización de estos servicios.

Autores	Objetivo	Diseño	Instrumentos	Participantes	Resultados	Conclusiones	Limitaciones
L., & Aromataris, E. C.	integrada para pacientes con afecciones crónicas en el uso del hospital y la del servicio urgencias (DE) Investigar las tendencias en los resultados a lo largo del tiempo.		sitios web de organizaciones internacionales de proveedores de atención médica		hospitalización, con revisiones que incluyen pacientes con diversas enfermedades crónicas que muestran una reducción del 19%	generalmente reduce la utilización de los servicios hospitalarios.	El impacto de la atención integrada puede ser mayor en el corto plazo, dado el deterioro final asociado con la enfermedad crónica avanzada que puede anular cualquier beneficio a largo plazo.
Víctor Alexander Quintana López, Karina de Jesús Díaz López y Graciela Caire Juvera	Analizar estudios sobre intervenciones en dieta y (Actividad Física) AF y su efecto en variables psicológicas en sobrevivientes de (Cáncer de Mamá) CaMa, evaluar los resultados obtenidos, metodología y estrategia utilizadas.	Revisión sistemática	La búsqueda se realizó desde marzo 2016 a diciembre de 2017 en PubMed y Metabuscador Google Scholar. sobre intervenciones de estilo de vida en sobrevivientes de cáncer de mama y su	Se identificaron un total de 27 intervenciones de MHBC; la mayoría (92. 6%) se diseñaron para promover un cambio simultáneo en ambos comportamientos y se evaluó el efecto del final del tratamiento entre los sobrevivientes de cáncer de mama.	La práctica de actividad física mejoró la calidad de vida y disminuyó la fatiga, la ansiedad y la depresión. En las intervenciones donde se hicieron cambios saludables en la alimentación, mejora su calidad de vida y la calidad de sueño y disminuyeron la fatiga y los	Son pocas las intervenciones para mejorar dieta y AF que consideran variables psicológicas en sobrevivientes de CaMa; aunque todas han obtenido resultados positivos, no se conoce si estos se mantienen a largo plazo.	No se tomaron en cuenta artículos que fueran de acceso restringido, lo que disminuyó el número de estudios incluidos.

Autores	Objetivo	Diseño	Instrumentos	Participantes	Resultados	Conclusiones	Limitaciones
Greer, JA, Pirl, WF, Park, ER, Lynch, TJ, y Temel, JS (2008)	Explorar la frecuencia y los factores predictivos clínicos de los retrasos y reducciones de la dosis de infusión en esta población de pacientes.	Observacional	efecto en variables psicológicas. Calidad de vida (FACT-L) y estado de ánimo (HADS)	Cincuenta pacientes recién diagnosticados con cáncer de pulmón no microbiano (CPNM) avanzado de estado de alto rendimiento.	síntomas depresivos. Las Pruebas Exactas de Fisher y los análisis de regresión mostraron que los pacientes que experimentaron neutropenia fumaron en el momento del diagnóstico o reportaron un aumento de la ansiedad inicial tuvieron significativamente más probabilidades de experimentar retrasos o reducciones de la dosis.	Los pacientes con mayor ansiedad podrían experimentar peores síntomas relacionados con el cáncer, lo que en consecuencia podría reducir la adherencia al tratamiento. Se identifica que factores de comportamiento y psicológicos, como el consumo de tabaco y los síntomas de ansiedad, parecen jugar un papel importante en la adhesión a la quimioterapia.	El pequeño tamaño de la muestra, un examen de la adherencia por tipo de régimen de medicación no fue factible y los resultados de los análisis de regresión logística deben interpretarse con cautela. Por lo tanto, se necesitan investigaciones longitudinales de seguimiento, para aclarar los factores que predicen la ansiedad y el tabaquismo en esta población de pacientes.

Autores	Objetivo	Diseño	Instrumentos	Participantes	Resultados	Conclusiones	Limitaciones
Pogosova NV Boytsov SA Oganov RG Yufereva YM Kostyuk GP Kursakov AA Ausheva AK Vygodin VA	Evaluar la prevalencia actual de PSRF en pacientes con AH / CHD y su relación con los factores de riesgo tradicionales.	Estudio multicéntrico de una etapa.	La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) se aplicó para la detección de síntomas de ansiedad y depresión.	****	Los síntomas de ansiedad de diversa gravedad (HADS-A \geq 7) se detectaron en el 42,2% de los pacientes con AH y / o CHD, en el 25,5% fueron clínicamente significativos (HADS-A \geq 11). Se detectaron síntomas de depresión de diversa gravedad (HADS-D \geq 7) en el 42,5% de los pacientes con AH y / o CHD, en el 16,3% fueron clínicamente significativos (HADS-D \geq 11).	Se encontró que la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión es alta entre los pacientes ambulatorios con AH y / o CHD. Sin embargo, en este estudio fue menor en comparación con lo informado por estudios previos en Rusia.	****
Berg SK Rasmussen TB Thrysoee L, Thorup CB, Borregaard B,	Explorar la prevalencia de factores de riesgo cardíaco entre pacientes cardíacos con depresión y	Estudio transversal.	Se utilizó la escala HADS.	Un total de 14,239 pacientes respondieron el cuestionario HADS, tasa de respuesta del 51%.	La edad media fue de 64,8 años y el 69% eran hombres. Los pacientes con depresión o ansiedad (puntuación	La depresión y la ansiedad en pacientes con enfermedades cardíacas se asocian con conductas de	Las investigaciones futuras deberían profundizar en los mecanismos causales que relacionan la

Autores	Objetivo	Diseño	Instrumentos	Participantes	Resultados	Conclusiones	Limitaciones
Christensen AV, Mols RE Juel K Ekholm O 9 .	ansiedad, Asociaciones entre las puntuaciones de depresión y ansiedad y los factores de riesgo cardíaco.				HADS-D o HADS-A ≥ 8) tuvieron 30% y 45%, respectivamente, mayores probabilidades de ser fumadores actuales; 19% y 37% más probabilidades de ser obesos y 31% y 24% más probabilidades de consumo excesivo de alcohol.	riesgo cardíaco como fumar, obesidad, consumo excesivo de alcohol y falta de adherencia a los medicamentos.	depresión y la ansiedad con los malos resultados en pacientes cardíacos, tanto desde una perspectiva biológica como de comportamiento.
Sokoreli I de Vries JJ, Pauws SC, Steyerberg EW.	Evaluar los tamaños del efecto de la depresión y la ansiedad en la mortalidad por todas las causas en pacientes con insuficiencia cardíaca.	Revisión sistemática según la metodología PRISMA. Y metaanálisis.	27 elementos de la lista de verificación. Se buscaron en tres bases de datos electrónicas (MEDLINE, BIOSIS y EMBASE).	27 documentos	La depresión tiene un efecto significativo y moderadamente heterogéneo en la mortalidad por todas las causas (HR = 1.57; IC del 95%: 1.30–1.89, $p < 0,001$). El efecto de la ansiedad en el resultado de mortalidad fue pequeño y no	Sugieren que la depresión es un factor pronóstico importante e independiente de la mortalidad por todas las causas entre los pacientes con insuficiencia cardíaca, mientras que la ansiedad no	Se recomendaría un análisis adicional, como el análisis de subgrupos, para investigar la variación del efecto en diferentes períodos de seguimiento; sin embargo, la información limitada en

Autores	Objetivo	Diseño	Instrumentos	Participantes	Resultados	Conclusiones	Limitaciones
					concluyente dado el bajo número de estudios (n = 6) (HR = 1.02; IC del 95%: 1.00–1.04, p <0.05).	parece tener un efecto fuerte.	algunas de las publicaciones bibliográficas es restrictiva en esta dirección.
Kalra S, Jena BN, Yeravdekar R	Proporcionar una visión general de las necesidades psicológicas de las personas con diabetes. Aborde las reacciones psicológicas en pacientes con diabetes enfocándose en diferentes niveles de angustia emocional.	Revisión Sistemática	Se realizó una búsqueda en PubMed CrossRef, EMBASE y Cochrane Library Con términos diabetes mellitus, apoyo psicosocial, Psicológicos, psiquiátricos, ansiedad, depresión y otros términos relacionados	Se incluyeron los estudios publicamos en los últimos 15 años	****	La relación entre diabetes y trastornos psicosociales es multifactorial. Su coexistencia puede afectar el control glucémico, el comportamiento de autocuidado y la calidad de vida. Las necesidades emocionales de los pacientes con diabetes a menudo se ven comprometidas cuando los esfuerzos personales para enfrentar estos desafíos no	En el estudio expone la recopilación de los estudios de manera teórica.

Autores	Objetivo	Diseño	Instrumentos	Participantes	Resultados	Conclusiones	Limitaciones
Gentil L, Vasiliadis HM, Berbiche D, Prévile M	Documentar el impacto de la depresión y los trastornos de ansiedad en la adherencia a hipoglucemiantes orales en adultos mayores con diabetes mellitus	Encuesta longitudinal	La adherencia a la medicación se midió con la proporción de posesión de medicación.	Con 2811 utilizando una muestra probabilística de adultos mayores	La adherencia de los medicamentos a los hipoglucemiantes orales no mostró diferencias significativas entre los participantes con y sin depresión y trastornos de ansiedad.	tienen éxito, lo que resulta en un mayor riesgo de complicaciones relacionadas con la diabetes. Se mostró que los T2DP están en riesgo de ansiedad y depresión. También resaltó la relación de la depresión con el pobre control glucémico y la mala adherencia al tratamiento entre T2DP.	Se necesitan estudios futuros con muestras más grandes para explorar completamente la asociación entre los trastornos mentales y la adherencia a los medicamentos hipoglucemiantes orales en las poblaciones de adultos mayores.
Pierobon A, Sini Bottelli E, Ranzini L, Bruschi C, Maestri R, Bertolotti G, Sommaruga	*Describir una población con EPOC en un entorno de rehabilitación con respecto a los síntomas	observación transversal multicéntrico.	La evaluación incluyó Mini examen de estado mental (MMSE), evaluación cognitiva de	Se contó con 84 participantes.	La depresión se relacionó con modificaciones autónomas a largo plazo de la terapia de oxígeno, la percepción de la	En pacientes con EPOC, centrarse en la adherencia farmacológica y no farmacológica aumenta la posibilidad de	La evaluación realizada con pacientes hospitalizados que asistieron voluntariamente a los

Autores	Objetivo	Diseño	Instrumentos	Participantes	Resultados	Conclusiones	Limitaciones
M, Torlaschi V, Callegari S, Giardini A	depresivos, la ansiedad, el deterioro cognitivo leve (ICM) y la adherencia autoinformada de los pacientes y analizar sus relaciones; Comparar los puntajes MCI de la muestra de EPOC con datos normativos; e Investigar qué factores podrían predecir la adherencia al ejercicio físico prescrito.		Montreal (MoCA), ansiedad, depresión y adherencia farmacológica y no farmacológica autonotificada.		enfermedad, el apoyo familiar y el MCI. $P = 0.0004$, razón de probabilidades = 0.796, IC del 95% = 0.701, 0.903; $P = 0,009$, odds ratio = 0,356, IC del 95% = 0,165, 0,770; y $P = 0.05$, razón de probabilidad = 2.361, IC del 95% = 0.995, 5.627 respectivamente).	programas de rehabilitación pulmonar adaptados.	departamentos de rehabilitación no nos permite aplicar nuestros hallazgos a la población general de pacientes con EPOC; Nuestro estudio tiene un alto número de variables y evalúa la adherencia sin herramientas objetivas; y el pequeño tamaño de la muestra no permite abordar conclusiones generalizables.
Pooler A, Haya R.	Las exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Revisión sistemática.	El marco de referencia para revisiones sistemáticas del Center for Research	Se realizó una búsqueda en bases de datos; Cochrane Review PubMed/Medline, Cumulative Index	Se destacó que solo el 27% -33% de las personas con depresión estaban en el tratamiento para la misma.	Los hallazgos de la revisión sistemática han puesto de relieve la necesidad de un mejor	Algunos estudios en esta revisión se realizaron en diferentes países con diferentes grupos culturales

Autores	Objetivos	Diseño	Instrumentos	Participantes	Resultados	Conclusiones	Limitaciones
	son la tercera causa de hospitalizaciones de emergencia en el Reino Unido.		Dissemin utilizando términos de búsqueda relacionados con EPOC, ansiedad, depresión e ingreso hospitalario.	to Nursing and Allied Health Literature, Embase, Web of Science, and PsycINFO.	Cuatro estudios cualitativos revelaron que los pacientes vieron La ansiedad y la depresión como un factor importante que afectó su capacidad para hacer frente y autogestionar su condición.	reconocimiento y tratamiento de la ansiedad y la depresión entre las personas con EPOC.	que tienen diferentes creencias sobre las enfermedades. Esto fue discutido por estos autores del estudio como un factor de confusión significativo.

*Nota: ****Información desconocida*

Actualmente se ha reportado evidencia suficiente y clara entre la asociación de variables como los factores psicológicos (ansiedad, depresión) y adherencia al tratamiento médico en pacientes con enfermedades crónicas que acuden a los diversos servicios hospitalarios. Pero se conoce poco de cómo estos factores afectan a los pacientes que acuden a los servicios de urgencias médicas, en especial a los pacientes usuarios de Urgencias Médicas de la Ciudad de México, por lo que con el presente proyecto de investigación se realizará una aportación respondiendo la siguiente pregunta.

Pregunta de investigación:

¿Existe correlación entre la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva con los niveles de adherencia al tratamiento en pacientes crónicos que acuden al servicio de urgencias médicas?

Objetivo:

Identificar la correlación entre la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva con el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas que acuden al servicio de urgencias médicas.

Objetivos específicos:

Identificar el nivel de sintomatología ansiosa o depresiva en los pacientes que acuden al servicio de urgencias médicas.

Identificar el nivel de adherencia a sus tratamientos que tienen los pacientes crónicos que acuden al servicio de urgencias médicas en el Hospital Dr. Manuel Gea Gonzales de la Ciudad de México.

Ho:

Existe relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva con el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas que acuden al servicio de urgencias médicas en el Hospital General.

Ha:

No existe relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva con el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas que acuden al servicio de urgencias médicas en el Hospital General Manuel Gea Gonzales, de la Ciudad de México.

Método

Diseño

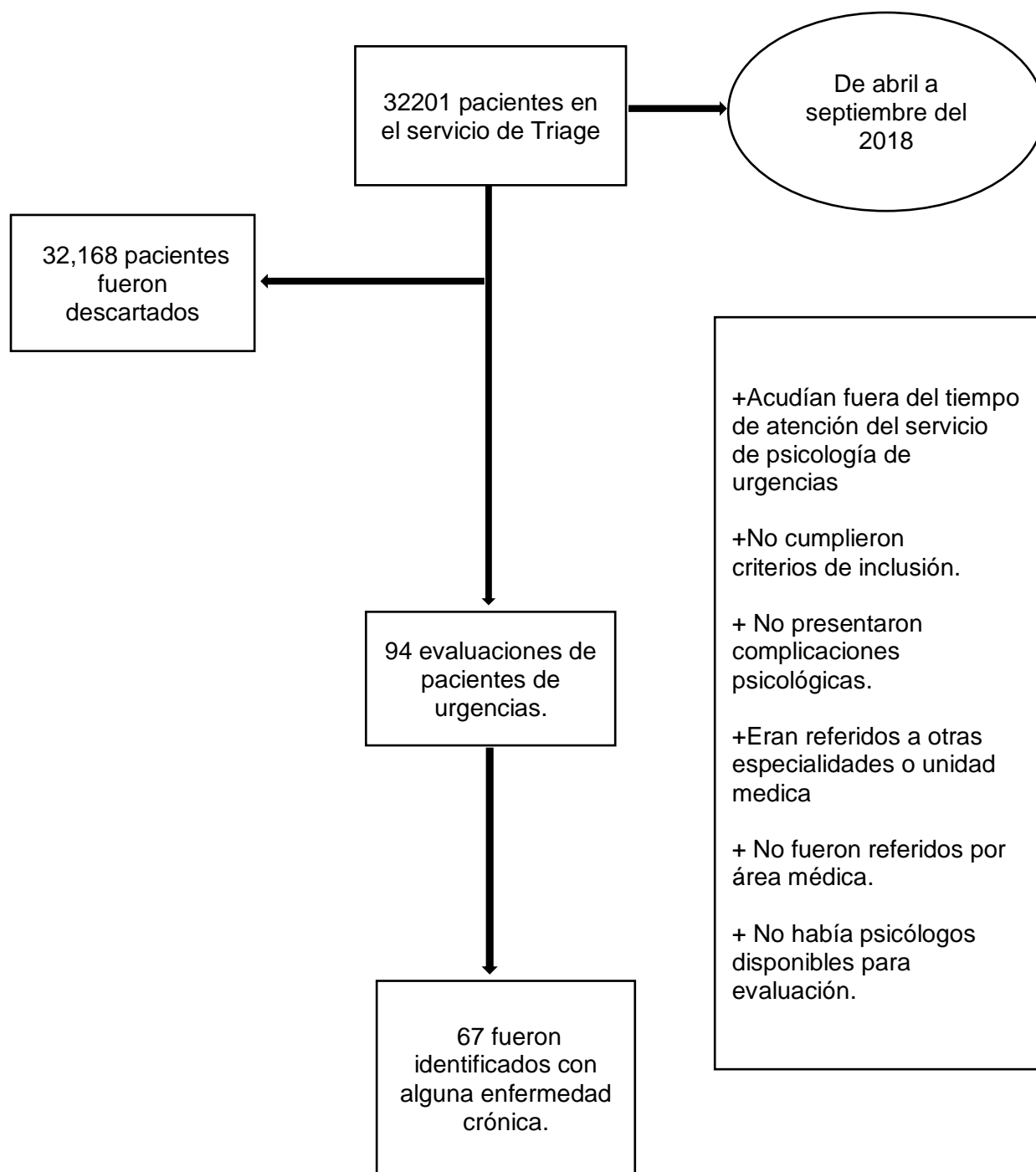
Debido al objetivo de este trabajo, se decidió implementar un diseño no experimental, correlacional y transversal. Se considera no experimental debido a que no hubo manipulación de las variables, las relaciones se realizaron sin influencia directa, y las observaciones se hicieron tal y como se presenten en su contexto. Es correlacional debido a que sólo se exploró la asociación entre las tres variables: fue transversal porque la recolección de los datos se obtuvo en un solo momento (Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio, Méndez Valencia, & Mendoza Torres, 2014).

Participantes

Se registró un total de 32201 consultas médicas atendidas en el servicio de Triage en un periodo de cinco meses (del mes de abril a septiembre del 2018) de los cuales solo participaron 94 pacientes, debido a que la mayoría de las consultas ocurrían fuera del horario (durante la tarde y noche) y días (sábado y domingo) de atención por parte del servicio de psicología de urgencias, previamente establecidos en acuerdo con la dirección del servicio de urgencias, o eran referidos a otros servicios del hospital principalmente a medicina interna, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía general, clínica de heridas, urología y dermatología; o eran referidos a centros de salud u otra institución hospitalaria de 2do o 3er nivel. De ellos, únicamente 67 fueron candidatos al estudio, al ser identificados con alguna enfermedad crónica admitidos en el servicio de Urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, usuarios del servicio de Triage y cumplir con los criterios de inclusión establecidos.

De los pacientes participantes, se identifica que 21 pacientes (32%) eran hombres y 46 (67%) mujeres, con una edad promedio de 57 años. De los cuales 24 (35.4%) son casados, 18 (26.5%) son solteros; 24 (35.3%) tienen una escolaridad de primaria y el 11 (16.4%) de secundaria, 36 (53.7%) son personas desempleadas y 17 (25.4%) trabajan de manera informal. Igualmente, el 24 (35.8%) de los pacientes reportaron padecer Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) e Hipertensión Arterial (HA). 13 (19.4%) de los pacientes solo reportaron tener DM2 y 10 (14.9%) solo HA.

Los participantes fueron seleccionados de manera no probabilística, por conveniencia en el período de 6 meses, el cual se realizó del mes de abril a de septiembre de 2018 (ver figura 1).



Figural. Flujograma de selección de posibles candidatos para este estudio

Criterios de inclusión:

- Pacientes que acudan al servicio de Triage en urgencias médicas, del Hospital General Dr. Manuel Gea González
- Que padezcan alguna enfermedad crónica ya diagnosticada con al menos 6 meses de evolución.
- Que aceptaron participar en el proyecto de investigación firmando el consentimiento informado.
- Que fueran mayores de 18 años.

Criterios de exclusión del análisis:

- Que el paciente no se encontrara en condiciones de ser evaluado (que manifieste sentir dolor agudo).
- Que no aceptara participar en el proyecto de investigación.
- Pacientes con criterios psiquiátricos

Instrumentos

Los datos sociodemográficos de los pacientes fueron recuperados a través de un cuestionario creado "*ex profeso*" Además, se utilizó una batería psicológica elaborada con las siguientes pruebas.

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale HADS) tiene por objetivo evaluar sintomatología de ansiosa y depresiva en una población médica general (Smarr & Keefer, 2011). Esta escala fue creada por Zigmond y Snaith, (1983) y se conforma de dos subescalas intercaladas de siete reactivos cada una (14 reactivos en total); siete de los reactivos miden aspectos cognitivos y emocionales de la depresión, principalmente anhedonia; y los siete restantes corresponden a características de la ansiedad. Cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas que puntúan de cero a tres, (todo el día/casi siempre – no en lo absoluto/nunca) con un rango de puntuación total de 0 a 21. La puntuación de cero a siete en ansiedad y depresión respectivamente se considera normal, "se necesita atención" de ocho a diez puntos y se considera como un problema clínico a partir de once

puntos. Para su aplicación se invierten aproximadamente entre 5 y 15 minutos, lo que con su brevedad favorece al uso clínico (Galindo Vázquez et al., 2015).

En México, el cuestionario HADS se ha validado en pacientes con diferentes situaciones médicas, algunas de ellas fueron: con mujeres en puerperio complicado, embarazo de alto riesgo, ginecología y oncología (Villegas, 2004) en población geriátrica (Rojas, 1991); y con pacientes quemados (Whaley, 1992). Estas investigaciones han demostrado la utilidad del instrumento en la evaluación e intervención de esta sintomatología en el ámbito hospitalario, en especial por el nivel de validez y confiabilidad que sostiene la prueba HADS al ser probado en diversos padecimientos como cáncer, obesidad y VIH (Galindo Vázquez et al., 2015; Orozco, Terán, Casarrubias, & García, 2013; Parodi, 2015).

En esta investigación se utilizó la versión propuesta por Barriguete Meléndez, Pérez Bustinzar, de la Vega Morales, Barriguete Chávez-Peón, y Rojo Moreno, (2017) en la cual realizaron la validación del instrumento con 325 pacientes con trastornos alimenticios en la Ciudad de México (Media = 22.0, DE = 9.7) para estimar la validez de constructo se realizó un análisis de componentes principales (ACP) con rotación Oblimin con la cual se estimó un valor factorial mínimo de 0.60, en ella se destaca la consistencia interna obtenida de la escala ($\alpha = 0.87$) y sus dos subescalas: depresión de ($\alpha > 0.81$) ansiedad ($\alpha > 0.80$). También se realizó una prueba para la adecuación de la muestra Kaiser-Meyer-Olkin (0.904) y la prueba de esfericidad de Barlett ($\chi^2=1,684.04$, $p<0.0001$), la que arrojó tres factores que explicaron el 58.09% de la varianza total. Por lo que se tuvo que clasificar la prueba en esos factores con nueve, tres y dos reactivos respectivamente, este último al contar solo con dos reactivos se decidió que fueran eliminados, el 6 («He perdido el interés en mi apariencia») y el 9 («Me preocupo»), y de esta manera se realizó un segundo ACP. Finalmente, la versión de la prueba HADS se conformó de 12 reactivos, con una prueba de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin de (0.91) y la prueba de esfericidad de Barlett ($\chi^2=1,569.96$, $p<0.0001$) con un alfa global ($\alpha=0.88$) y de subescalas: Depresión ($\alpha=0.87$) y Ansiedad ($\alpha = 0.81$).

Por último, fue asignado como punto de cohorte la puntuación como HADS-A >7 como presencia de sintomatología ansiosa y HADS-D >7 presencia de sintomatología

depresiva. Por ello se consideró que el instrumento reporta tener las propiedades psicométricas adecuadas para la elaboración de este proyecto.

La Escala de Adherencia Terapéutica (EAT) tiene por objetivo medir el nivel de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. Está compuesta de tres subescalas (el factor uno es el control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos correspondiente a la cantidad, frecuencia y dosis de tratamiento y al control de alimentos permitidos por el médico. El factor dos es seguimiento médico y conductual, referente a la frecuencia para acudir a las citas médicas, realización de análisis clínicos así como seguir instrucciones conductuales como la actividad física constante y el factor tres correspondiente a la autoeficacia, que refiere a que tan eficaces se perciben los pacientes al realizar lo que el medico solicita como a que tan capaces se perciben de poder dejar de hacer algo placentero si su tratamiento lo requiere), la cual consta de 21 reactivos de los cuales 15 son positivos y 6 son negativos con una escala de tipo Likert en el que del 0% al 100%. La aplicación tiene una duración aproximada de entre 5 y 10 minutos. De acuerdo con sus propiedades psicométricas, la escala arrojó un Alfa de Cronbach de .919, lo que significa que el instrumento es fiable en un 92%. Y una fiabilidad final por reactivo superior a 0.883, por lo que se concluye que el instrumento cuenta con las propiedades adecuadas para su réplica, pero no cuenta con puntos de cohorte para futuros análisis (Soria Trujano, Valero, Zaira, & Nava Quiroz, 2009).

Procedimiento

Este proyecto de investigación se realizó en el área de Triage del servicio de Urgencias Médicas del Hospital General Manuel Gea González, ubicado en el Municipio de Tlalpan, al sur de la Ciudad de México.

El grupo de psicólogos del área de Urgencias del Hospital Gea González acudió de lunes a viernes durante el turno matutino de 10hrs. a las 14.30hrs., al área de Triage (primera consulta de valoración) y consulta de urgencias para indagar la situación médica de los pacientes, motivo por el cual el paciente acudió al servicio de urgencias, servicio al cual fue asignado y datos específicos como nombre del paciente y diagnóstico base.

Con el apoyo del médico adscrito responsable y el médico residente asignado al turno matutino en el área de Triage se solicitó autorización para estar presentes durante la primera consulta y derivación de los pacientes.

Para realizar el proceso de evaluación a pacientes, se requirió el entrenamiento clínico de un equipo de psicólogos, aproximadamente 120 horas teóricas y prácticas, en las que se reforzaron temas como entrevista clínica, mapa de patogénesis, habilidades clínicas (como empatía, establecimiento de metas en común), algunas técnicas clínicas (bases para psicoeducación, pasos vitales, técnicas de relajación etc.) y en cuestiones prácticas se estableció mediante la actividad de “juego de roles” para favorecer la preparación del equipo y brindar una mejor atención a los pacientes.

Los pacientes fueron evaluados principalmente en el área de sala de espera fuera de los consultorios de consulta médica de urgencias o del consultorio de enfermería para la solicitud de diversos análisis clínicos; esta evaluación fue realizada en un tiempo promedio de 45 minutos, con un rango de entre 25 minutos y 120 min, aproximadamente.

Primero se realizó un primer acercamiento para presentación propia, del servicio y del proyecto de investigación, la importancia de su participación, así como los beneficios que ello le traería como la atención psicológica en consulta externa de manera gratuita por parte del servicio de psicología de urgencias mediante la consulta externa si así fuera deseado y solicitado por el paciente, así como los lineamientos éticos como su información fue totalmente confidencial, no tuvo consecuencias en la calidad de su

atención médica, su participación fue voluntaria y en caso de tener alguna duda el psicólogo responsable de la evaluación se comprometía a responder dicha duda de manera clara; por lo que se solicitó su participación mediante la firma de un consentimiento informado previamente autorizado por el Comité de ética del Hospital General Manuel Gea González y aprobado por el departamento de Urgencias Médicas con el número de registro 2715217 como parte de un protocolo de investigación “Intervención para sintomatología depresiva en usuarios del servicio de urgencias médicas”

La evaluación fue realizada a través de una batería central conformada de una entrevista *ex_profeso* semiestructurada en la que se incluyeron: datos sociodemográficos, preguntas sobre apoyo social y redes de apoyo, actividades cotidianas, aspectos sobre salud y adherencia a su tratamiento médico, antecedentes de diagnóstico de tipo psiquiátrico y/o atención psicológica, características de actividades cotidianas, así como la exploración de eventos que pudieron ocasionar un exceso de estrés durante el último año en el paciente.

Posteriormente se aplicaron los instrumentos anteriormente mencionados en el orden de Instrumento de Ansiedad y Depresión hospitalaria (HADS), se preguntó sobre el consumo de algún tipo de sustancia o droga y en caso de ser afirmativa la respuesta se aplicó el instrumento de Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (por sus siglas en ingles ASSIST) y Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (por sus siglas en ingles AUDIT)** para consumo de sustancias y por último la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT).

***Como parte de un protocolo central de investigación registrado ante el comité de Ética del Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzales, se diseñó una batería general para la aplicación durante evaluación de los pacientes. Para fines de esta investigación solo se hará uso del instrumento HADS y EAT para la evaluación de las variables de ansiedad, depresión y adherencia.*

Por último, se agradeció la participación y cooperación de los pacientes; en caso de una manifestación exacerbada de emociones, se suspendía la evaluación y se brindaban técnicas de contención emocional para reestablecer el estado físico del paciente como ejercicios de respiración diafragmática y validación emocional. Se dio la opción de iniciar un proceso psicológico por parte del servicio de psicología urgencias de manera gratuita en un horario a convenir entre el paciente y los espacios físicos del servicio, recordando la oportunidad de recibir atención psicológica por parte del servicio de psicología de urgencias.

Finalmente se realizó la calificación correspondiente a los instrumentos aplicados, se computaron los datos obtenidos en una base de datos en Excel y SPSS para su análisis estadístico.

Análisis de los datos

Se realizó un análisis descriptivo en variables sociodemográficas para conocer las características generales de los pacientes que participaron en este estudio.

También, se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para identificar el comportamiento de las variables de ansiedad, depresión y adherencia. Teniendo datos ordinales, dado el nivel de medición de las variables, su distribución y el tipo de pregunta de investigación.

Se empleó el coeficiente de correlación de Spearman, entre las variables de puntaje total de ansiedad, depresión y los puntajes totales de cada factor de la escala de adherencia. De esta manera se consideró estadísticamente significativo el dato si $p \leq 0.05$, estimando una fuerza de asociación débil (de 0 a 0.3) moderada (de 0.4 a 0.6) y fuerte (de 0.7 a 1) (Hernández Sampieri et al., 2014).

Para estimar los Intervalos de Confianza se utilizó el programa en línea "Confidence Interval of rho" <http://vassarstats.net/rho.html>. Finalmente se realizó a la estimación aproximada del tamaño de muestra representativa para futuras investigaciones, con este fin se utilizó el programa en línea *EpiTools epidemiological calculators*. <http://epitools.ausvet.com.au/content.php?page=SampleSize>.

Resultados

De acuerdo con los objetivos se muestra en la figura 2 el nivel estimado la presencia de sintomatología ansiosa (HADS-A >7) en los pacientes registrados que acudieron a Triage del servicio de urgencias médicas, en los cuales se reportó con un 62.7% (n= 42), la cual indica que la mayoría de nuestros participantes sí presentan sintomatología ansiosa, principalmente en torno a la situación socioeconómica, relación con familiares y el proceso de su enfermedad. El 37.3% (n=25) de los pacientes reportaron tener un puntaje <7 por lo que se reporta ausencia de la sintomatología ansiosa; (ver figura 2)

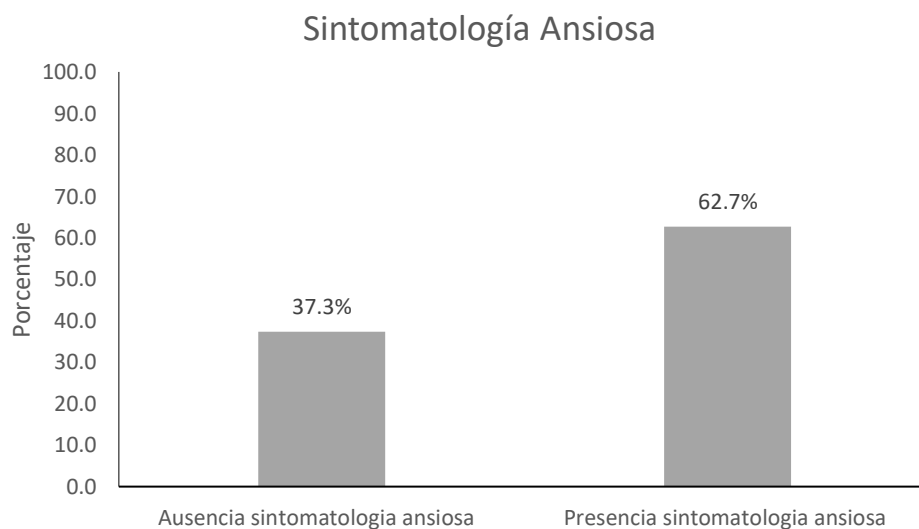


Figura 2: Los valores se determinaron a partir del punto de cohorte de 8p. para ansiedad en la prueba HADS

En la figura 3, se presentan los resultados obtenidos con relación a la presencia de sintomatología depresiva en los pacientes consultados para esta investigación, la cual se identificó con una presencia del 37.7% (n=25), por lo que se identificó un total de 62.7% (n=42) en ausencia de la sintomatología depresiva de acuerdo con punto de cohorte de >7 estimado en la prueba de HADS.

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA

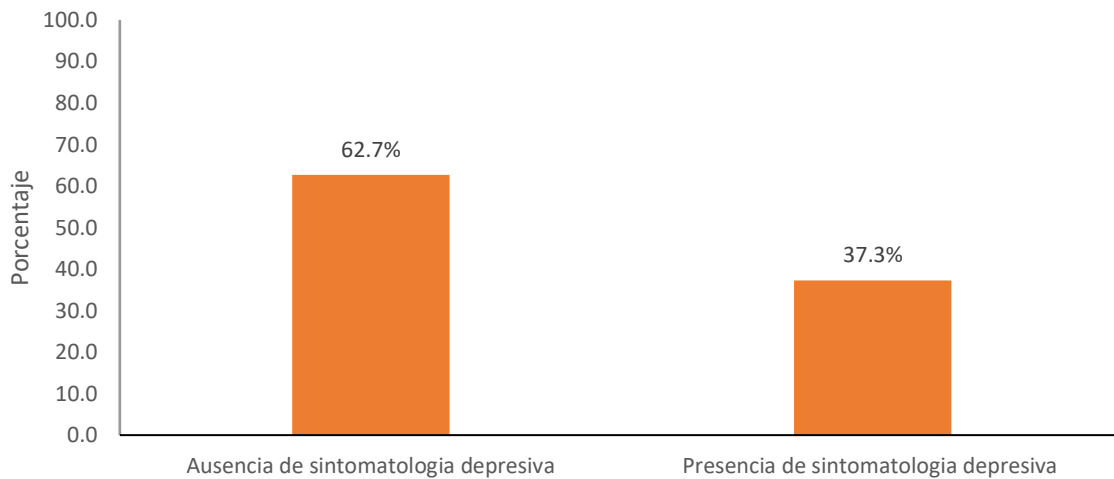


Figura 3: Los valores se determinaron a partir del punto de cohorte de 7p. para depresión en la prueba HADS.

Por último, en la figura 4 se indica el promedio de las frecuencias de los reactivos de acuerdo con los tres factores considerados en la EAT, obtenido en cada uno de los intervalos de puntuación: “0%, 25%, 50%, 75 o 100% de las veces” de acuerdo con cada reactivo del instrumento. En ella se observan que si bien la mayoría de las puntuaciones obtenidas se reportan en el “100% de las veces” en los tres factores. En el factor tres correspondiente a “autocuidado”, sí manifestaron un puntaje promedio de 16.4 en el que los pacientes califican con un valor “0% de las veces” lo que podría representar una ausencia importante de estas conductas. Y el valor con el menor puntaje corresponde al factor dos (seguimiento) el cual reporta que solo 3.7 de nuestros pacientes atienden en un 25% las conductas consideradas en este factor, como acudir a sus citas médicas y realizar análisis clínicos periódicamente.

Conductas de Adherencia

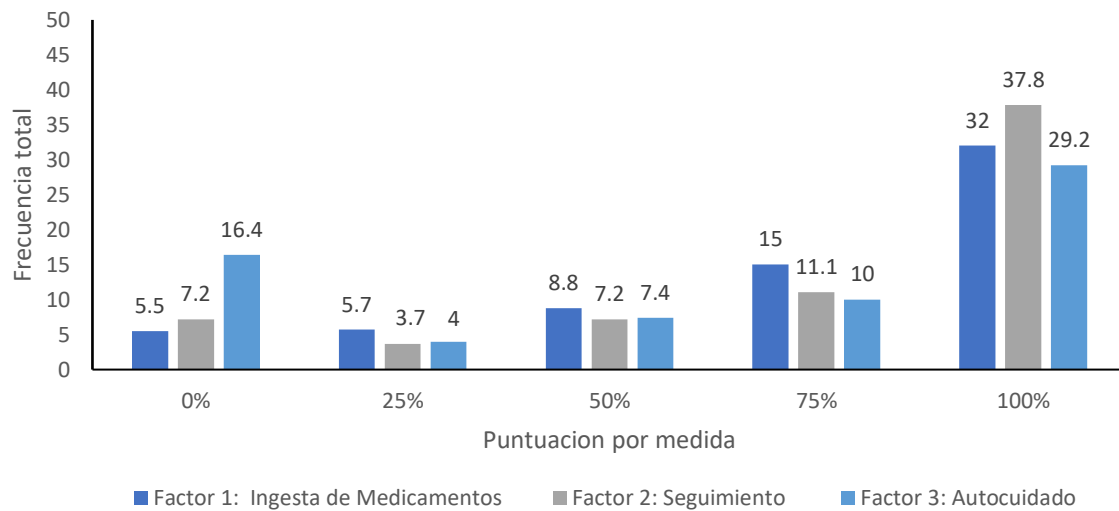


Figura 4: Se muestran las frecuencias totales obtenidas por factor de acuerdo con los aspectos de medida.

A continuación, en las tablas 2, 3 y 4 se describe gráficamente la distribución de los pacientes en los que se identificó sintomatología ansiosa, depresiva o ambas de acuerdo a los puntos de corte de la Escala de HADS. Así como su relación en cuanto al nivel de adherencia identificado de acuerdo al porcentaje total obtenido mediante la escala EAT. En ella se identifica que 21 pacientes solo presentan sintomatología ansiosa, 7 de ellos solo sintomatología depresiva y 16 de los pacientes ambas sintomatologías, es decir 44 de los pacientes presentan algún tipo de alteración psicoafectiva.

Tabla2: Asociación entre sintomatología ansiosa de acuerdo al nivel de adherencia

Total de la Escala EAT	Sintomatología Ansiosa		
	Tiene	No Tiene	
Baja 0-25% (5)	1	4	5
aceptable 26-75% (29)	10	19	19
Ideal 76-100% (33)	10	23	33
Total	21	46	67

Tabla 3: Asociación entre sintomatología depresiva de acuerdo al nivel de adherencia

Total de la Escala EAT	Sintomatología Depresiva		
	Tiene	No Tiene	
Baja 0-25% (5)	1	4	5
aceptable 26-75% (29)	3	26	29
Ideal 76-100% (33)	3	30	33
Total	7	60	67

Tabla 4: Asociación entre sintomatología ansiosa y depresiva de acuerdo al nivel de adherencia

Total de la Escala EAT	Sintomatología Ansiosa y Depresiva		
	Tiene	No tiene	
Baja 0-25% (5)	2	3	5
aceptable 26-75% (29)	6	23	29
Ideal 76-100% (33)	8	25	33
Total	16	51	67

De acuerdo al nivel de medición de las variables, se realizó una correlación de Spearman con los puntajes totales de la escala de HADS y EAT para estimar el nivel de asociación entre las variables de ansiedad, depresión y adherencia al tratamiento, se identifica que existe una correlación negativa, débil y estadísticamente no significativa entre ansiedad y adherencia de ($r_s = -.082$, $p > .05$; IC -0.315, 0.161). Se igual manera entre depresión y adherencia, se estima una correlación negativa, débil y estadísticamente no significativa de ($r_s = -.059$, $p > .05$; IC -0.295, 0.183). Por último, se identifica una correlación positiva estadísticamente significativa entre los puntajes totales de HADS, es decir entre la manifestación de sintomatología ansiosa y depresiva ($r_s = 0.426$, $p < 0.01$; IC 0.207, 0.604) ver tabla 5

Tabla 5

Correlación de Spearman entre los puntajes totales de HADS y EAT.

	Puntaje total de Ansiedad	Puntaje total de Depresión	Puntaje total Adherencia
Puntaje total Ansiedad	1.00	.426**	-.082
Puntaje total Depresión	.426**	1.00	-.059
Puntaje total Adherencia	-.082	-.059	1.00

**La correlación es significativa al nivel 0,01(bilateral).

Posteriormente se realizó una correlación de Spearman entre los puntajes totales de la escala de HADS con los factores correspondientes a la EAT y se identificó que, por factor de control de ingesta de medicamentos y alimentos, seguimiento y autoeficacia tampoco existe relación con sintomatología ansiosa y depresiva.

Se estimó que entre el factor uno correspondiente al control ingesta de medicamentos y alimentos, y el puntaje total de sintomatología ansiosa una correlación negativa, débil y estadísticamente no significativa de ($r_s = -.230$, $p > 0.05$; CI -0.445, 0.01). Así mismo, con el puntaje de depresión se identificó de igual manera una correlación negativa, débil y estadísticamente no significativa ($r_s = -.049$, $p > 0.05$; CI -0.285, 0.193).

Respecto al factor dos sobre seguimiento se reportó una correlación positiva pero estadísticamente no significativa con el puntaje total de ansiedad ($r_s = .048$, $p < .05$; IC -0.194, 0.284) y respecto con depresión, su correlación fue estadísticamente no significativa ($r_s = -.016$, $p < .05$; CI -0.255, 0.224).

Por último, con el factor tres de autoeficacia su correlación con ansiedad fue casi nula, es decir, estadísticamente no significativa ($r_s = .006$, $p < .05$; CI -0.234, 0.245) y con respecto a su correlación con el total de depresión, corresponde a una negativa, débil y estadísticamente no significativa ($r_s = -.040$, $p < .05$; CI -0.277, 0.202); ver tabla 6.

Tabla 6.

Correlación entre el puntaje total por factor de la escala ETA y puntaje total de estala HADS

	Puntaje total de Ansiedad	Puntaje total de Depresión
Factor 1: Control de ingesta de medicamentos y alimentos	-.230	-.049
Factor 2: Seguimiento	.048	-.161
Factor 3: Autoeficacia	.006	-.040

Con los resultados obtenidos se observa que aparentemente no existe una relación estadísticamente significativa entre los factores de la EAT y los puntajes correspondientes a la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva obtenidos por la prueba HADS-A y HADS-D. Por lo que se realizará un análisis que se explicará de manera más detallada posteriormente.

Discusión:

Este estudio se centró en identificar si existe una asociación entre la presencia de sintomatología ansiosa, depresiva y el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas que acuden al servicio de triage en urgencias médicas del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. De igual forma se buscó identificar el nivel de sintomatología ansiosa y depresiva que existe en pacientes crónicos del área de triage en urgencias de dicho hospital e identificar el nivel de adherencia al tratamiento que existe en la muestra además de describir las características sociodemográficas de los participantes de este estudio.

En cuanto a la correlación entre la sintomatología ansiosa, depresiva y la adherencia al tratamiento, se obtuvo que no existió una correlación entre dichas variables, entre ansiedad y adherencia, tampoco entre depresión y adherencia por lo que se acepta la hipótesis nula en la que se indica que, no existe relación entre ansiedad, depresión y adherencia al tratamiento médico en pacientes con enfermedades crónicas que acuden al servicio de urgencias médicas en el Hospital General Manuel Gea Gonzales de la Ciudad de México.

El hallazgo no es congruente con las investigaciones donde reportaron que sí existió una relación entre la manifestación de sintomatología ansiosa y depresiva con la falta o una adherencia no adecuada al tratamiento médico en pacientes con algún tipo de enfermedad crónica, que específicamente desfavorecen las conductas de autocuidado como la actividad física, alimentación, visitas al médico, entre otras. (Berg et al., 2018; Dogu & Aydemir, 2018.; Gentil et al., 2016; Kalra et al., 2018; Müller-Tasch et al., 2018).

De igual manera este resultado podría deberse a la presencia de una variable extraña no considerada al inicio de la investigación, ya que se identificó que los pacientes se contradecían en algunos de sus relatos y tendían a proporcionar respuestas aparentemente con una mayor deseabilidad social, es decir, resaltaban sus conductas positivas relacionadas al cuidado de su enfermedad (Domínguez Espinosa, Aguilera Mijares, Acosta Canales, Navarro Contreras & Ruiz Paniagua, 2012).

Específicamente, al análisis de los resultados obtenidos de acuerdo con la prueba psicométrica (EAT) en complemento a los discursos generados en la entrevista se identificó que en diversos fragmentos de ello no coincidía con la información proporcionada en el instrumento, lo que sugiere la manifestación de una variable “extraña” la cual no fue contemplada al inicio del estudio, y podría deberse a “deseabilidad social” en relación a la autoimagen ante el personal de salud (médicos, enfermeras, psicólogos) y a la interpretación propia sus hábitos cotidianos de autocuidado que para ellos eran los adecuados de acuerdo a su contexto. Por ejemplo su estilo de alimentación el cual describían como “bueno” pero incluía pan dulce todos los días, fruta rica en azúcares, dulces, algunas comidas salteadas y consumo cotidiano de refresco; en estilo de vida de varios de los pacientes manifestaban realizar alguna actividad física pero a lo largo del discurso se identificó que su actividad física es mínima (solo caminar distancias cortas o subir algunos escalones) y vida cotidiana cuando reportaban seguir adecuadamente el consumo de medicamentos pero suspendían aproximadamente una vez al mes para algún evento familiar o reunión social o reportaban olvidos ocasionales. O simplemente el hecho de que sentían malestar persistente y no prestaban la atención necesaria para eso respondían “no creí que fuera para tanto”.

Otro aspecto que pudo influir en el resultado obtenido, es la idea que tiene la población general al respecto del servicio de Urgencias, que si bien es un servicio de atención inmediata, varias de las consultas no eran necesariamente urgentes, es decir, que no requerían atención inmediata por parte del servicio médico, haciendo un uso inadecuado de los recursos humanos, físicos y económicos provocando la sobresaturación del servicio (Polanco-González et al., 2013) de esa manera los pacientes que no cumplían con los criterios “de urgente” eran referidos a otros servicios por consulta externa o unidades de atención médica (como centros de salud), ocasionando que fueran excluidos de la presente investigación.

A pesar de que no se reportó una correlación estadísticamente significativa entre los aspectos de adherencia con factores psicosociales, se observa que se obtuvo mayor asociación entre el factor uno de la escala EAT “ingesta de medicamentos” y ansiedad,

lo que indica una asociación débil y negativa entre dichas variables, lo que podría representar que a mayor presencia de sintomatología ansiosa menor cuidado en la ingesta adecuada de sus medicamentos y alimentos permitidos. Así mismo, de acuerdo con algunas características sociodemográficas como sexo, edad, nivel socioeconómico, el bajo nivel educativo, desempleo, falta de redes de apoyo social, condiciones de vida inestables, lejanía del centro de tratamiento, costo del transporte público, disfunción familiar, consumo de sustancias, entre otros que a largo plazo podrían representar un factor de riesgo importante en la complicación de la enfermedad. La presencia de sintomatología ansiosa se relaciona de manera importante con conductas de riesgo como el consumo de alcohol, tabaco, obesidad, falta de hábitos saludables debido a un descuido en conductas de autocuidado y aumento en la falta de adherencia respecto a la toma de sus medicamentos (Berg et al., 2018; Müller-Tasch et al., 2018; Pogosova et al., 2018; Porto-Robles, 2014).

Y aunque este estudio no tuvo por objetivo estimar posibles factores de riesgo, se identificó que de los participantes consultados el 67% son mujeres, el 35% tiene escolaridad de primaria y poco más del 53% son desempleados, por lo que manifestaron que algunas de sus principales preocupaciones era referente a su situación económica y desempleo, esto se podría asociar con un nivel socioeconómico medio-bajo, situación que podría impactar de manera negativa en acciones de cuidado como en el estilo alimentación, la compra oportuna de medicamentos y gastos extras que pudiera generar el acudir a la consulta médica como transporte, trámites, o estudios clínicos.

En lo referente al uso del servicio de urgencias, se estima que al existir una asociación entre ansiedad y depresión aumenta el riesgo en admisión y readmisión hospitalaria, así como la disminución en autoeficacia en acciones como: las expectativas de éste acerca de su enfermedad, la confianza en su capacidad para involucrarse en su comportamiento terapéutico de la enfermedad, lo que altera de manera importante las condiciones de adherencia. Por ejemplo, con la gravedad de los síntomas, el grado o severidad de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), el progreso de la enfermedad, la complejidad del régimen médico, número de las hospitalizaciones previas, aumentando

el riesgo de un deterioro o recaída de la enfermedad (Pooler & Beech., 2014; Porto-Robles, 2014)

Otro de los objetivos fue identificar la existencia de factores psicosociales como parte del proceso salud-enfermedad, en esta investigación se estimó que poco más del 50% de los pacientes participantes reportaron tener sintomatología ansiosa y el 37% sintomatología depresiva, lo que podría representar un riesgo posterior para la salud de los pacientes, en particular debido a las características y condiciones del estilo de vida (Berg et al., 2018).

Al igual que estudios donde fue evaluada la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva con el instrumento de HADS (Dogu & Aydemir, 2018; Pogosova et. al., 2018; Tulloch et al., 2017), en esta investigación, se identifica la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en los pacientes participantes, lo que representa un aspecto importante en cuanto a la percepción de pérdida de la salud y en consecuencia podría afectar de negativamente la evolución de las enfermedades crónicas, por lo que se sugiere atención y acompañamiento psicológico desde la etapa de diagnóstico en complemento a la atención médica que se les brinde a los pacientes.

También, de acuerdo a la clasificación de adherencia Buchanan (1992) clasifica la adherencia como: reducida, al cumplimiento mínimo del 0% al 25% entre el 25 y 75%; elevada y satisfactorio cuando el cumplimiento se sitúa superior al 75% (Salinas, & Nava, 2012). En el caso de nuestros pacientes se identificó que el nivel de adherencia al tratamiento que auto reportan tener los pacientes que acudieron al servicio de urgencias, en promedio se clasifica en “satisfactorio” con casi el 70%, pero estudios como en de Gentil et al. (2016); Müller-Tasch et al., (2018); Pierobon et al., (2017) proponen que el nivel de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas debería de superar el 85% dependiendo la enfermedad en cuestión, por lo que el valor promedio del 70% de adherencia en los participantes podría considerarse como adherencia no adecuada y de esa manera justificar el uso de la atención médica por parte del servicio de urgencias del hospital. Pero en el caso del uso de la EAT se identifica que las respuestas al ser obtenidas por medio de autoinforme podrían diferir de acuerdo con la percepción de cada

paciente, además de identificar una tendencia mayor a una posible deseabilidad social, lo cual será retomado más adelante como limitación de este estudio.

Un aspecto muy importante identificado en este estudio fue que, en promedio, el 16% de los pacientes reportaron tener 0% de efectividad en el factor tres relacionado con actividades de autocuidado, es decir, el aspecto en la que mayor descuido reportan tener los pacientes, en la cual, a su análisis complementario con la tabla cruzada se identificó que en varios casos se muestra coincidencia con presencia de sintomatología ansiosa, depresiva o ambas.

Por lo que en presencia de ansiedad y/o depresión, se relaciona de manera negativa en las conductas asociadas el cuidado de su alimentación y actividad física, así como la confianza que ellos depositan así mismos para hacerlo de una manera adecuada. Como ya se ha explicado anteriormente la importancia de disminuir la presencia de esta sintomatología para mejorar estas conductas y por ende, la calidad de vida de los pacientes (Kalra, Jena, & Yeravdekar, 2018; Quintana López, Díaz López, & Caire Juvera, 2018)

A pesar de los cuidados que se tuvieron en este estudio, es importante mencionar que existen diversas limitaciones las cuales se describen a continuación:

La primera es que esta investigación al ser de tipo correlacional tiene por objetivo identificar la asociación o relación entre dos o más variables dentro de un mismo contexto, pero no se explica una causalidad entre las variables de estudio, es decir, que no explica la predicción e implicación entre ellas (Hernández Sampieri et al., 2014), por ello es que no podemos estimar si una de las consecuencias de una mala adherencia al tratamiento genera la presencia de sintomatología ansiosa o depresiva; o es que a consecuencia de la existencia de sintomatología ansiosa o depresiva, se genera un deterioro en la calidad de la adherencia al tratamiento. Además, en este caso la investigación no reporta correlación entre las variables de estudio, podría significar que no se puede estimar un “patrón sistemático” en los datos, lo que indica que los pacientes con alguna enfermedad crónica participantes de esta investigación que manifestó tener ansiedad y depresión podrían tener o no mala adherencia a su tratamiento médico.

Otra limitación importante fue el tamaño limitado de participantes, esto es debido a que por afectaciones estructurales asociadas al sismo del 19 de septiembre de 2017, el edificio destinado al servicio de urgencias se encontró en remodelación en un periodo aproximado de ocho meses, (del mes de abril al mes de diciembre) que coincidió con la temporalidad de evaluación, motivo por el que se tuvieron que reducir los espacios físicos y las consultas médicas a las urgencias que requerían atención inmediata, por esta razón muchos los pacientes eran referidos a otros servicios mediante consulta externa o a otras unidades médicas (centros de salud, hospital general u hospital de especialidad). Estas condiciones también pudieron afectar de manera importante no solo la calidad de la atención de los pacientes, sino la dinámica laboral del personal médico y administrativo, por lo que se retoma lo expuesto por Bernal González, Pedraza Melo y Sánchez Limón, (2015) que indican la necesidad de mantener un clima organizacional estructuralmente adecuado y destacan la importancia de proporcionar un ambiente apropiado para los trabajadores en beneficio de la organización y la satisfacción de los usuarios, en este caso de los pacientes.

Ante la limitación del tamaño de muestra en este estudio que como ya se mencionó que reducida, se estimó un tamaño aproximado de la muestra, de 257 participantes con la herramienta en línea “*EpiTools epidemiological calculators*” el cual se calculó a partir del valor de la desviación estándar del puntaje total de EAT ($\sigma=16.33$) con un nivel de confianza de 0.95 para que de esta manera se estimara el cálculo aproximado sobre el tamaño de la muestra y obtener una posible asociación entre las variables de ansiedad, depresión y adherencia al tratamiento.

A pesar de contar con una muestra de 67 participantes con los que se esperaba identificar una posible asociación entre las variables de estudio, no se pudo continuar con la evaluación debido a que el tiempo establecido para ello fue acordado previamente con la dirección del servicio de urgencias y con la dirección de enseñanza del Hospital General Dr. Manuel Gea González, además que, el proceso para el desarrollo en investigación hospitalaria, se realiza idealmente de manera multigeneracional, por lo que con este estudio se busca en un primer momento: identificar las posibles necesidades de tipo psicológicas a los pacientes que acuden al servicio de urgencias médicas,

conocer sus características principales, identificar posibles alteraciones relacionadas a su adherencia médica de los pacientes que acuden a este servicio.

Otra de las principales limitaciones fue que, al realizar algunas preguntas de la entrevista, la captura de datos y análisis de éstos, se identificó la presencia de una variable que no fue considerada desde un inicio, que es la “deseabilidad social”, la cual se define como “tendencia a contestar un cuestionario de personalidad dando una imagen demasiado favorable de uno mismo” (Domínguez Espinosa, Aguilera Mijares, Acosta Canales, Navarro Contreras & Ruiz Paniagua, 2012, p.809), es decir, la manera en que el paciente se explica a si mismo ante situaciones como aspectos de automonitoreo, autoestima y la veracidad de su situación personal como honestidad, exageración, negación o mentira sobre su realidad. Lo que representó un sesgo importante ante las respuestas proporcionadas por los pacientes ya que aparentemente buscaban la aprobación del personal de salud ante el deterioro de su condición física y de su enfermedad

Otro aspecto importante fue que, al realizar la medición de la variable de adherencia, es que se utilizó únicamente con el instrumento de Escala de Adherencia Terapéutica, que, si bien cuenta con propiedades psicométricas adecuadas, al ser un instrumento de auto informe los pacientes tendían a brindar información con mayor “deseabilidad social” lo que pudo generar alguna distorsión en las mediciones, (Domínguez Espinosa et al., 2012) porque las respuestas proporcionadas fueron de acuerdo con la autopercepción de los pacientes, sin embargo al análisis se identificó que la mayoría de los pacientes se concluye con una adherencia “satisfactoria” es decir, que cumplen con las conductas necesarias para el cuidado de su salud.

Y al ser un estudio transversal, solo se realizó una medición, lo que también limitó la información al no poder verificar un valor aproximado correspondiente al nivel de adherencia con mediciones posteriores, además no se tomó en cuenta ningún registro de tipo biológico, como por ejemplo la medida de glucosa en la sangre menor de 100mg/dl (Gross Melo et al., 2018) o la frecuencia de presión arterial que para adultos se establece en 120/80 ml/mg por minuto en estado normal (Brito, 2018) ya que con esos datos iniciales se pudiera brindar una primer impresión clínica sobre la condición física con la que llegaron los pacientes al servicio de urgencias.

A pesar de las limitaciones, este estudio realiza importantes aportaciones como la información recolectada que es específicamente en pacientes mexicanos con enfermedades crónicas del servicio de urgencias médicas. Logrando ser de las primeras investigaciones que dan pie a la importancia de la atención psicológica a pacientes en ámbito hospitalario, específicamente en esta especialidad. Una de las propuestas más relevantes en el ámbito multidisciplinario en el área de la salud, es la realizada en Australia, la que propone una atención integral para los pacientes y de esta manera reducir el uso del servicio de urgencias (Stephenson et al., 2018).

También, aunque la muestra fue pequeña, sí se logró identificar la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en varios de nuestros pacientes por lo que, al ser identificados se podrían preparar y diseñar modelos de prevención y apoyo para los pacientes y familiares para lograr mejorar su calidad de vida y el proceso salud-enfermedad que enfrentan día a día, razón por la que se destaca que la presencia de la sintomatología ansiosa y depresiva son un factor en contra de la preservación de la salud (Berg et al., 2018; Dogu & Aydemir, 2016; Frasure-Smith & Lespérance, 2008; Tulloch et al., 2017).

Otra de las bondades principales de este estudio es que, si bien existen diversos estudios (Gentil et al., 2016; Müller-Tasch et al., 2018; Quintana López et al., 2018) en pacientes con múltiples tipos de enfermedades crónicas y su relación con variables de tipo psicosociales como ansiedad/depresión y el impacto que ellas tienen en cuestiones físicas como la adherencia, en México no hay estudios suficientes que reporten la asociación de estas variables, es decir, si la falta de adherencia es consecuencia de un malestar emocional como ansiedad y/o depresión por los cambios que se experimentan en su vida cotidiana, o la presencia de ansiedad y/o depresión son consecuencia de la falta de adherencia del paciente al no percibir cambios positivos a pesar de los esfuerzos que realice por preservar su salud. Por lo que en un primer momento se propone el acompañamiento psicológico el cual tenga por objetivo informar sobre el proceso salud-enfermedad y sus cambios físicos y emocionales, basados en técnicas como modificación conductual, pasos vitales, psicoeducación, metáforas, terapia grupal,

sesión con familiares para generar redes de apoyo para los pacientes en paralelo a tratamiento médico, más adelante se retomaran estos aspectos de manera detallada.

Y aunque muy poco se sabe del impacto en población mexicana, esta investigación representa un acercamiento importante ya que fue realizado en pacientes que acuden a hospital de la Ciudad de México, por lo que sería importante considerar la opción de trabajar y brindar esta oportunidad a pacientes de otros estados de la República Mexicana incluyendo zonas urbanas y rurales.

Así mismo, en el servicio en que fue realizado este proyecto, el servicio de urgencias médicas tiene por objetivo principal la preservación de la vida y función. Con esta investigación también se hace una invitación al personal médico a considerar e identificar síntomas de tipo psicológico que pudieran interferir o comprometer la vida o función de nuestros pacientes, por ello la importancia de brindar un servicio de tipo multidisciplinar y colaborativo a los pacientes y familiares que acuden a este servicio principalmente en busca de una atención inmediata y de calidad ante los múltiples cambios en su salud y con ello poder mejorar su estado de salud y por ende su calidad de vida. Este estudio brinda la posibilidad de presentar el tema como un área de oportunidad para las futuras investigaciones en las que se proporcione mayor control de variables y recursos para brindar datos más específicos e identificar la asociación de las variables en nuestros pacientes.

En esta investigación se concluye que a pesar de que aparentemente no exista una relación entre los factores psicosociales con la adherencia al tratamiento no se podría estimar si ello implica un riesgo en su calidad de vida o un aumento en el deterioro del proceso salud-enfermedad. Sin embargo, al identificarse la presencia de dicha sintomatología, se considera necesario continuar con investigaciones más profundas para lograr identificar los factores asociados e implicaciones que esto tiene en la salud física y mental de los pacientes y de qué manera podrían disminuirse.

Específicamente en el ámbito hospitalario se sugiere un trabajo multidisciplinar entre el área de psicología y médica para llevar los registros clínicos en conjunto de los pacientes con enfermedades crónicas, de esta manera tener el conocimiento de los tratamientos e indicaciones específicas señaladas por los médicos. Con los pacientes se sugiere en

primera instancia un trabajo psicoeducativo para brindar información relevante sobre las características de los diversos tipos de enfermedad, generalidades sobre el proceso de la enfermedad, hablar de los diversos cambios emocionales y la importancia de llevar una adecuada adherencia al tratamiento médico desde los 3 factores (ingesta de medicamentos, seguimiento de tratamientos y autoeficacia en conductas como alimentación y actividad física).

Por último y de acuerdo con los resultados obtenidos se sugiere el diseño de programas para brindar apoyo psicológico a pacientes y familiares identificados con sintomatología ansiosa y/o depresiva para lograr disminuirla y favorecer una red de apoyo confiable entre los pacientes y sus familiares tomando como referencia elementos propuestos por Stephenson et al., (2018) como el trabajo en equipo interdisciplinario, comunicación e intercambio de información correspondiente a los pacientes entre equipos médicos, atención compartida, entrenamiento y educación a pacientes, familiares y personal de salud.

Referencias

- Armelaos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine*, 61(4), 755-765. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.066>.
- Arora, M., Asha, S., Chinnappa, J., & Diwan, A. D. (2013). Review article: Burnout in emergency medicine physicians. *Emergency Medicine Australasia*, 25(6), 491-495. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12135>.
- Baptista, M. N., Capitão, C. G., & Scortegagna, S. A. (2006). Evaluación psicológica en la salud: contextos actuales. *Estudios Sociales*, 15(28), 138-161.
- Barriguete Meléndez, J. A., Pérez Bustinzar, A. R., de la Vega Morales, R. I., Barriguete Chávez-Peón, P., & Rojo Moreno, L. (2017). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Mexican population with eating disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2017.05.001>.
- Berg, S. K., Rasmussen, T. B., Thrysoee, L., Thorup, C. B., Borregaard, B., Christensen, A. V., Ekholm, O. (2018). Mental health is a risk factor for poor outcomes in cardiac patients: Findings from the national DenHeart survey. *Journal of Psychosomatic Research*, 112, 66-72. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.07.002>.
- Bernal González, I., Pedraza Melo, N. A., & Sánchez Limón, M. L. (2015). El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Estudios Gerenciales*, 31(134), 8-19. <https://doi.org/10.1016/j.estger.2014.08.003>
- Bernell, S., & Howard, S. W. (2016). Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease? *Frontiers in Public Health*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00159>.

- Brito, A. D. E. (2018). Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018, 9. Artículos especiales 8(1).
- Carta, M. G., Patten, S., Nardi, A. E., & Bhugra, D. (2017). Mental health and chronic diseases: a challenge to be faced from a new perspective. *International Review of Psychiatry*, 29(5), 373-376. <https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1364885>.
- Catalán, V., Salvador, J., Frühbeck, G., & Gómez-Ambrosi, J. (2018). Mejora en la calidad de vida tras cirugía bariátrica. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 41(2), 287-289.
- Checton, M. G., Greene, K., Magsamen-Conrad, K., & Venetis, M. K. (2012). Patients' and partners' perspectives of chronic illness and its management. *Families, Systems, & Health*, 30(2), 114-129. <https://doi.org/10.1037/a0028598>.
- Chronic disease Overview. (s. f.). Recuperado 2 de junio de 2018, de <https://www.aihw.gov.au/reports-statistics/health-conditions-disability-deaths/chronic-disease/overview>.
- Clarke, D. M., & Currie, K. C. (2009). Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence, 190(7), 7.
- Cruz, S. G., Rivera, P. J., Espinoza, A. B., Carvajal, F. Q., & Muñoz, V. R. (2019). Creencias sobre salud y prácticas de autocuidado en adultos jóvenes: estudio biográfico de estilos de vida. *Hacia la Promoción dela Salud*, 16.
- Dantés, O. G., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53, s220-s232. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342011000800017>.
- Davies, M. J., Gagliardino, J. J., Gray, L. J., Khunti, K., Mohan, V., & Hughes, R. (2013). Real-world factors affecting adherence to insulin therapy in patients with Type 1 or Type 2

- diabetes mellitus: a systematic review. *Diabetic Medicine*, 30(5), 512-524.
<https://doi.org/10.1111/dme.12128>.
- Definition of Emergency Medicine. (2016). *Annals of Emergency Medicine*, 68(1), 142-143.
<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.04.040>.
- Diaz-Porto, M., L., (2014). La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Griot*, 7(1), 73-84.
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health psychology*, 23(2), 207.
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment: Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160(14), 2101-2107.
<https://doi.org/10.1001/archinte.160.14.2101>.
- Dogu, O., & Aydemir, Y. (2018). Anxiety and Depression as Emotional Problems in Patients with Chronic Heart, Kidney and Respiratory Disorders. *International Journal of Caring Sciences*, 11(1), 543-549.
- Domínguez Espinosa, A. del C., Aguilera Mijares, S., Acosta Canales, T. T., Navarro Contreras, G., & Ruiz Paniagua, Z. (2012). La deseabilidad social revalorada: más que una distorsión, una necesidad de aprobación social. *Acta de investigación psicológica*, 2(3), 808-824.
- Frasure-Smith, N., & Lespérance, F. (2008). Depression and Anxiety as Predictors of 2-Year Cardiac Events in Patients With Stable Coronary Artery Disease. *Archives of General Psychiatry*, 65(1), 62-71. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2007.4>.

- Frenk, J., Lozano Ascencio, R., & Bobadilla, J. L. (1994). La transición epidemiológica en América Latina. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12808>
- Galindo Vázquez, O., Benjet, C., Juárez García, F., Rojas Castillo, E., Riveros Rosas, A., Aguilar Ponce, J. L., ... Servicio Oncología Médica, Instituto Nacional de Cancerología. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.035>
- Gentil, L., Vasiliadis, H.-M., Berbiche, D., & Préville, M. (2016). Impact of depression and anxiety disorders on adherence to oral hypoglycemics in older adults with diabetes mellitus in Canada. *European Journal of Ageing*, 14(2), 111-121. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0390-3>.
- George L. Engel. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, New Series*, 196(4286), 129-136.
- Greer, J. A., Pirl, W. F., Park, E. R., Lynch, T. J., & Temel, J. S. (2008). Behavioral and psychological predictors of chemotherapy adherence in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(6), 549-552. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.03.005>.
- Grenard, J. L., Munjas, B. A., Adams, J. L., Suttorp, M., Maglione, M., McGlynn, E. A., & Gellad, W. F. (2011). Depression and medication adherence in the treatment of chronic diseases in the United States: a meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 26(10), 1175-1182. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1704-y>.
- Gross Melo, F. de J., Huamán Saavedra, J. J., Álvarez Vargas, M., Gonzáles Saldaña, J., Gutiérrez Arana, J., & Osada Liy, J. E. (2018). Características de los componentes del

- síndrome metabólico en pacientes con glucosa normal y disglucemia en ayunas. *Revista Medica Herediana*, 29(3), 137-146. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3401>
- Gutiérrez Barreiro, R., & Gómez Ochoa, A. M. (2018). Agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas con cardiopatías isquémicas. *Avances en Enfermería*, 36(2), 161-169. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n2.65674>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P., Méndez Valencia, S., & Mendoza Torres, C. P. (2014). Metodología de la investigación. Mexico, D.F.: McGrawHill.
- Holland, J. C. (2002). History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers: *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 206-221. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00004>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA DE MUERTOS. *Comunicado Social*, 12.
- International Conference on Primary Health Care. (1978). Declaration of Alma-Ata. *WHO Chronicle*, 32(11), 428-430.
- Jokela, M., Hakulinen, C., Singh-Manoux, A., & Kivimäki, M. (2014). Personality change associated with chronic diseases: pooled analysis of four prospective cohort studies. *Psychological Medicine*, 44(12), 2629–2640.
- Kalra, S., Jena, B. N., & Yeravdekar, R. (2018). Emotional and Psychological Needs of People with Diabetes. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 22(5), 696-704. https://doi.org/10.4103/ijem.IJEM_579_17.

- Lince, D. F., & Eugenia, V. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(1), 57-71.
- López-Alvarenga, J. C., Vázquez-Velázquez, V., Arcila-Martínez, D., Sierra-Ovando, A. E., González-Barranco, J., & Salín-Pascual, R. J. (2002). [Accuracy and diagnostic utility of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) in a sample of obese Mexican patients]. *Revista De Investigacion Clinica; Organo Del Hospital De Enfermedades De La Nutricion*, 54(5), 403-409.
- Loria, J. (2016). Triage hospitalario. Revisión de la literatura y experiencia en México. *Prensa médica argentina*, 102, 233-241.
- Martínez, E. M., & Quintanilla, G. T. (2017). ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE ADOLESCENTES CON CÁNCER. *Psicomotricidad, Movimiento y Emoción*, 3(1). Recuperado de <http://www.cies-revistas.mx/index.php/Psicomotricidad/article/view/66>
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817.
<https://doi.org/10.1037/0003066X.35.9.807>.
- Miller, T. A. (2016). Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: a meta-analysis. *Patient education and counseling*, 99(7), 1079–1086.
- Mitchell, G. K., Burridge, L., Zhang, J., Donald, M., Scott, I. A., Dart, J., & Jackson, C. L. (2015). Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary-secondary interface: how effective is it and what determines effectiveness? *Australian Journal of Primary Health*, 21(4), 391-408. <https://doi.org/10.1071/PY14172>

- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851-858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9).
- Müller-Tasch, T., Löwe, B., Lossnitzer, N., Frankenstein, L., Täger, T., Haass, M., ... Herzog, W. (2018). Anxiety and self-care behaviour in patients with chronic systolic heart failure: A multivariate model. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(2), 170-177. <https://doi.org/10.1177/1474515117722255>.
- Omran, A. R. (2005). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 731-757. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x>.
- Ophuis, R. H., Olij, B. F., Polinder, S., & Haagsma, J. A. (2018). Prevalence of post-traumatic stress disorder, acute stress disorder and depression following violence related injury treated at the emergency department: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1890-9>.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Enfermedades Crónicas*. http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/ Consultado 15 de abril de 2018.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Enfermedades No Transmisibles*. http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/es/ Recuperado: 15 de abril de 2018.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Estadísticas sanitarias mundiales 2014, Una mina de información sobre salud pública mundial. Organización Mundial de la Salud, 1-12

- Orozco Gómez, A. M., & Castiblanco Orozco, L. (2015). Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 203-217. <https://doi.org/10.15446/rcp.v24n1.42949>
- Orozco, M. J. N., Terán, B. P., Casarrubias, V. B., & García, R. R. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (hads): validación en pacientes mexicanos con infección por vih. *Psicología Iberoamericana*. 21 (2).
- Parodi, C. A. (2015). Ansiedad, depresión y trastorno de la imagen corporal en pacientes que consultan en la Unidad de Obesidad del Hospital de Clínicas. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 13(3), 64-74.
[https://doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2015.013\(03\)64-74](https://doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2015.013(03)64-74)
- Pierobon, A., Sini Bottelli, E., Ranzini, L., Bruschi, C., Maestri, R., Bertolotti, G., ... Giardini, A. (2017). COPD patients' self-reported adherence, psychosocial factors and mild cognitive impairment in pulmonary rehabilitation. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12, 2059-2067. <https://doi.org/10.2147/COPD.S133586>.
- Pogosova, N, A. Boytsov, S, G. Oganov, R, M. Yufereva, Y, P. Kostyuk, G, Kursakov, Alexander, K. Ausheva, A & A. Vygodin, V. (2018). Clinical-Epidemiological Program of Studying Psychosocial Risk Factors in Cardiological Practice in Patients with Arterial Hypertension and Ischemic Heart Disease: *First Results of a Multicenter Study in Russia*. *Kardiologiia*. 17. 47-58. [10.18087/cardio.2018.9.10171](https://doi.org/10.18087/cardio.2018.9.10171).
- Polanco-González, C., Castañón-González, J. A., Buhse, T., Samaniego-Mendoza, J. L., & Arreguín-Nava, R. (2013). Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas. *Gaceta Médica de México*, 8.

- Pooler, A., & Beech, R. (2014). Examining the relationship between anxiety and depression and exacerbations of COPD which result in hospital admission: a systematic review. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 9, 315-330. <https://doi.org/10.2147/COPD.S53255>.
- Quintana López, V. A., Díaz López, K. D. J., & Caire Juvera, G. (2018). [Interventions to improve healthy lifestyles and their effects on psychological variables among breast cancer survivors: a systematic review]. *Nutricion Hospitalaria*, 35(4), 979-992. <https://doi.org/10.20960/nh.1680>.
- Reach, G. (2008). A novel conceptual framework for understanding the mechanism of adherence to long term therapies. *Patient preference and adherence*, 2, 7-19.
- Rhodes, K. V., Kushner, H. M., Bisgaier, J., & Prenoveau, E. (2007). Characterizing emergency department discussions about depression. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 14(10), 908-911. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2007.06.042>.
- Rodríguez Maroto, O., Llorente Álvarez, S., Casanueva Gutierrez, M., Álvarez Álvarez, B., Menéndez Somoano, P., & de la Riva Miranda, G. (2018). Mortalidad en un Servicio de Urgencias Hospitalarias. Características clínico epidemiológicas.
- Roebuck, M. C., Kaestner, R. J., & Dougherty, J. S. (2018). Impact of Medication Adherence on Health Services Utilization in Medicaid: *Medical Care*, 1. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000870>.
- Rojas GC. Evaluar la validez de la escala de depresión geriátrica (GDS) y la escala de ansiedad y depresión para hospitales generales (HADS). Tesis de maestría. México: Fac de Medicina, Depto d Psiquiatría, UNAM; 1991.

- Rosselli, M., Salimbeni, M. V., Bessi, C., Nesi, E., Caruso, S., Arboretti, D., ... Stasi, C. (2015). Screening of distress among hospitalized patients in a department of internal medicine. *Asian Journal of Psychiatry*, 18, 91-96. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.08.003>.
- Sabaté, E., & Organización Mundial de la Salud (Eds.). (2004). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization.
- Salinas, E., & Nava G., (2012). *Adherencia Terapeutica*. *Enfermeria Neurologica*, 11, 102-104
- Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. (1978). Yale Conference on Behavioral Medicine: A proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 3-12. <https://doi.org/10.1007/bf00846582>.
- Sewitch, M. J., Yaffe, M. J., McCusker, J., & Ciampi, A. (2006). Helping family doctors detect vulnerable caregivers after an emergency department visit for an elderly relative: results of a longitudinal study. *BMC Family Practice*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-7-46>.
- Smarr, K. L., & Keefer, A. L. (2011). Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care & Research*, 63(S11), S454-S466. <https://doi.org/10.1002/acr.20556>
- Sokoreli, I., de Vries, J. J. G., Pauws, S. C., & Steyerberg, E. W. (2016). Depression and anxiety as predictors of mortality among heart failure patients: systematic review and meta-analysis. *Heart Failure Reviews*, 21(1), 49-63. <https://doi.org/10.1007/s10741-015-95174>

- Soria Trujano, R., Valero, V., Zaira, C., & Nava Quiroz, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología, 14*(20), 89-103.
- Soto-Estrada, G., Moreno-Altamirano, L., Pahua Díaz, D., Soto-Estrada, G., Moreno-Altamirano, L., & Pahua Díaz, D. (2016). Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Revista de la Facultad de Medicina (México), 59*(6), 8-22.
- Stephenson, M. D., Lisy, K., Stern, C. J., Feyer, A.-M., Fisher, L., & Aromataris, E. C. (2018). The impact of integrated care for people with chronic conditions on hospital and emergency department utilization: a rapid review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000151>.
- Stone, G. C. (1988). Psicología de la salud: una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología, 20*(1), 15-26.
- Sudupe, J. A., Díaz, A. F., & Bernabé, F. I. G. de. (2013). Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital General. *Galicía Clínica, 74*(4), 161-174.
- Tulloch, H., Heenan, A., Cupper, L., Pelletier, R., O'Farrell, P., & Pipe, A. (2017). Depression and Anxiety Screening and Triage Protocol for Cardiac Rehabilitation Programs: *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, 1*.
<https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000276>.
- U. D. of Health, & Services, H. (2010). Multiple chronic conditions—a strategic framework: optimum health and quality of life for individuals with multiple chronic conditions. *Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 2*.

Ulizzi, L., & Zonta, L. A. (2002). Sex differential patterns in perinatal deaths in Italy. *Human Biology*, 74(6), 879-888.

Villegas Pérez GC. Reporte de experiencia profesional. Tesis de maestría en Psicología. México: Facultad de Psicología, UNAM; 2004.

Whaley JA. Diagnóstico de ansiedad y depresión en pacientes quemados (Escala HAD como una herramienta diagnóstica). Tesis de maestría. México: Fac de Medicina, Depto de Psiquiatría, UNAM; 1992.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Anexos

Secretaría de Salud. Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Formato para el paciente (3ª versión) (23-02-2018)

De acuerdo con las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud, Título Quinto "Investigación para la Salud", Capítulo Único, artículo 100, fracción IV; así como del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo "De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos" Capítulo I, Disposiciones Comunes, artículo 13 que señala que 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, artículos 14 fracción V, 20, 21 y 22 de dicho Reglamento; y, de conformidad con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, se me ha explicado e informado que:

Se me ha invitado a participar de manera voluntaria a un estudio que tiene como objetivo identificar la asociación entre los factores psicosociales del paciente, cuidador primario informal y su asociación con los problemas emocionales, así como, los días de estancia hospitalaria y reingreso a urgencias médicas en Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Soy paciente de urgencias médicas en Hospital General "Dr. Manuel Gea González" y se me ha informado que mi participación consiste en contestar varios cuestionarios que contienen preguntas de mi persona y mi percepción sobre mi estado físico, emocional y redes de apoyo, mientras me encuentre en el observación u hospitalización dentro del servicio de urgencias médicas del Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Dichos cuestionarios se aplicarán durante un espacio en el que no tenga ninguna actividad o estudio, y se me ha informado que el tiempo promedio de aplicación es de 45 minutos (rango: 30 minutos-60 minutos).

Se me informó que las preguntas del cuestionario podrían causarme una molestia leve debido a que tocan temas de mi estado emocional, si así sucediera, la persona entrevistadora es un psicólogo capacitado que podría brindarme asesoría y apoyo para resolver dicho malestar emocional. También se me mencionó que en caso de ser requerido, se me puede brindar un apoyo psicológico estructurado por parte del personal perteneciente al servicio de Psicología Urgencias, o se me puede canalizar a un centro especializado para recibir el apoyo psicológico.

Con el presente estudio yo no tendré beneficio pero se podrán beneficiar futuros pacientes ya que se obtendrá conocimiento para poder entender cómo los factores psicosociales se asocian con el tiempo de hospitalización o el número de ingresos que se tienen en urgencias; y esto a su vez, podría ayudar a entender principios que en futuras investigaciones generen intervenciones psicológicas enfocadas a combatir los principales problemas emocionales identificados en los pacientes y familiares usuarios de este hospital.

Se me ha asegurado que puedo preguntar hasta mi complacencia todo lo relacionado con el estudio y se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cualquier momento que yo lo decida, sin que ello, afecte la calidad de la atención que he recibido por parte del personal de salud de este hospital.



Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio, a condición de que en todo momento se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con mi privacidad, autorizando la publicación de los resultados mientras no se publique mi nombre o revele mi identidad.

Este estudio no tiene financiamiento externo, por lo que no tienen ni los investigadores ni los sujetos de investigación inscritos al estudio ningún beneficio económico

Con fecha _____ habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, yo _____ acepto participar en el estudio titulado: "Factores psicosociales del paciente, cuidador primario y su correlación con problemas emocionales así como con el uso hospitalario en el servicio de urgencias médicas".

Nombre y firma del sujeto de investigación _____

Nombre, y firma del testigo
1 _____
Dirección
Relación que guarda con el sujeto

Nombre, y firma del testigo
2 _____
Dirección
Relación que guarda con el sujeto

Nombre y firma del Investigador Responsable o Principal _____

Nombre y firma de quien aplica el consentimiento informado _____

Este documento se extiende por triplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador, así mismo es obligatorio integrar al expediente clínico una copia del mismo, anexando una nota donde se especifique que el sujeto de estudio está participando en el protocolo (señalando título y número de registro y nombre del investigador responsable). Queda entendido que la Dirección de Investigación, o los Comités podrán requerir este documento en cuanto lo consideren necesario. Este documento deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años. Para preguntas o comentarios comunicarse con el Presidente del Comité de Investigación, Dr. Pablo Maravilla Campillo al (01 55) 4000-3000 Ext 8216, o con el Presidente del Comité de Ética en Investigación, Dr. Samuel Weingerz Meli al (01 55) 4000 000 Ext-8233.



NÚMERO DE EXPEDIENTE: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Fecha:			
Número de reingresos			
Hora de inicio		Hora de término	
Elaborado por:			
<p align="center">Ficha de identificación:</p> <p align="center">Datos Generales</p>			
Nombre del paciente:			
Sexo/Género:	Edad:	Lugar y fecha de nacimiento:	
Estado Civil:	Ocupación:	Educativa:	
<p align="center">Domicilio y forma de contacto</p>			
Calle:	Número:	Colonia:	
Delegación/Municipio:	Entidad Federativa:	C.P.:	
Teléfono de casa:	Teléfono de Trabajo:	Teléfono Celular:	
Correo electrónico:			
<p align="center">Familiar o responsable para contacto en caso de ser necesario</p>			
Nombre del familiar o responsable:			
Parentesco:	Teléfono/Celular:		
Dirección del familiar o responsable:			
Observaciones			

ENTREVISTA INICIAL.

<i>¿Cuál sería su motivo de consulta? Se responde al final de la evaluación</i>
<i>Motivo de ingreso Urgencias / Tratamiento o resolución al problema médico</i>
<i>Pronóstico y diagnóstico (En caso de padecer una enfermedad crónica preguntar sobre la fecha del diagnóstico, tratamiento actual y si recibe apoyo social).</i>
<i>¿Con quién vive actualmente?</i>
<i>¿Cuántas personas viven con el px?</i>

Red de apoyo y/o situación familiar

Religión (solo si es importante)

Relate un día normal

Adherencia (solo en caso de que aplique). Recordar preguntar sobre la medicación (dosis, frecuencia, horario) y consultas asociadas como dieta, ejercicio y/o cuidados especiales.

¿Ha sido diagnosticado con algún trastorno psiquiátrico?

No Sí

En caso afirmativo describir información (tratamiento, curso, dx, px, adherencia, expectativas)

¿Alguna vez ha tomado o toma medicamentos psiquiátricos?

No Sí

¿Que toma o tomó?

¿Quién se los recomendó?

¿Por cuánto tiempo lo(s) estuvo tomado?

¿Lo sigue tomando actualmente?

No Sí

Fármaco	Uso pasado	Uso actual
Antidepresivos		
Ansiolíticos		
Anti-psicóticos		
Estimulantes		
Anti-epilépticos		
No recuerda		

¿Existe o existió alguien en su familia que haya sido diagnosticado con algún trastorno psiquiátrico?

No Sí ¿Quién o quiénes y de qué?

¿Alguna vez ha tomado terapia psicológica u otro apoyo emocional por 6 meses o más? En caso afirmativo describir a detalle resultados, número de sesiones y expectativas de ayuda de los psicólogos.

¿Ha pasado por alguna de las siguientes situaciones en el último año? * especificar fecha*

- Fallecimiento de algún miembro de su familia.
- Divorcio/separación de los padres
- Diagnóstico de enfermedades graves
- Problemas legales/detenciones
- Peleas/riñas familiares graves
- Cambios laborales
- Cambios de domicilio
- Otro

En caso afirmativo describirlo

HADS

Instrucciones: Ahora te voy a hacer unas preguntas sobre tu estado de ánimo, me gustaría que escuches las siguientes afirmaciones y me digas con qué frecuencia has sentido alguna de ellas o si no las has experimentado. Yo te daré las opciones de respuesta y tú elijes la que mejor describa tu situación en los últimos 7 días.

1. Me siento tenso (a) o nervioso (a) A D

Todo el día 3	Casi todo el día 2	De vez en cuando 1	Nunca 0		
------------------	-----------------------	-----------------------	------------	--	--

2. Sigo disfrutando las mismas cosas de siempre A D

Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en lo absoluto 3		
-------------------	---------------------	---------------	------------------------	--	--

3. Siento una especie de temor como si algo fuera a suceder A D

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

4. Soy capaz de reírme y ver el lado bueno de las cosas A D

Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en lo absoluto 3		
-------------------	---------------------	---------------	------------------------	--	--

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones A D

Todo el día 3	Casi todo el día 2	De vez en cuando 1	nunca 0		
------------------	-----------------------	-----------------------	------------	--	--

7. Soy capaz de permanecer sentado (a) tranquilo y relajadamente A D

Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en lo absoluto 3		
-------------------	---------------------	---------------	------------------------	--	--

8. Me siento lento (a) y torpe A D

Todo el día 3	Casi todo el día 2	De vez en cuando 1	Nunca 0		
------------------	-----------------------	-----------------------	------------	--	--

10. He perdido el interés por mi aspecto personal A D

Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No en lo absoluto 0		
-------------------	---------------------	---------------	------------------------	--	--

11. Me siento inquieto (a) como si no pudiera dejar de moverme A D

Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No en lo absoluto 0		
-------------------	---------------------	---------------	------------------------	--	--

12. Espero las cosas con ilusión A D

Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en lo absoluto 3		
-------------------	---------------------	---------------	------------------------	--	--

13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor A D

Casi siempre 3	Frecuentemente 2	Rara vez 1	No en lo absoluto 0		
-------------------	---------------------	---------------	------------------------	--	--

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, un programa de radio o televisión A D

Casi siempre 0	Frecuentemente 1	Rara vez 2	No en lo absoluto 3		
-------------------	---------------------	---------------	------------------------	--	--

Ansiedad (8) _____ Depresión (7) _____

ADHERENCIA

Instrucciones: por favor exprese en qué porcentaje las siguientes afirmaciones lo describen a usted

Afirmación	0	25	50	75	100
1. Injiero mis medicamentos de manera puntual					
2. No importa que el tratamiento sea largo, siempre injiero mis medicamentos a la hora					
3. Me hago mis análisis en los periodos que el médico me indica					
4. Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto					
5. Asisto a mis consultas de manera puntual					
6. Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud					
7. Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo no fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena					
8. Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite					
9. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento					
10. Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud					
11. Cuando me dan los resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento					
12. Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento					
13. Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos					
14. Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no esté concluido					
15. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento					
16. Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago					
17. Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo de tomar mis medicamentos					
18. Como me lo recomienda el médico, me hago análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo					
19. Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad					
20. Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago todo lo que esté en mis manos para aliviarme					
21. Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo					