



# **CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA**

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD

AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE UNAM 8963-25 ACUERDO CIREyTG 32/13 DE FECHA 2013/2014

---

## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Sintomatología ansiosa en pacientes  
policonsumidores que asisten al servicio de urgencias  
médicas.**

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

**CHRISTOPHER SANTANA MEZA.**

**Iguala, Guerrero; a Noviembre de 2018**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.



# **CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA**

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE UNAM 8963-25 ACUERDO CIREyTG 32/13 DE FECHA 2013/2014

## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Sintomatología ansiosa en pacientes  
policonsumidores que asisten al servicio de urgencias  
médicas.**

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

**CHRISTOPHER SANTANA MEZA.**

DIRIGIDO:

**Lic. Berenice Rangel Jiménez.**

**SINODALES**

LIC. BERENICE RANGEL JIMÉNEZ \_\_\_\_\_

**PRESIDENTE**

LIC. IRMA ELIZABETH ALCOGER ARRIAGA \_\_\_\_\_

**SECRETARIO**

LIC. CLAUDIA NARVÁEZ CASTREJON \_\_\_\_\_

**VOCAL**

**Iguala, Guerrero; a Noviembre de 2018.**

## **RESUMEN**

El policonsumo es una de las enfermedades más comunes de observar en urgencias médicas así como una de las menos atendidas. Este tipo de pacientes llegan a presentar otras enfermedades que cursan en comorbilidad con su consumo, como lo puede ser la sintomatología ansiosa.

El objetivo de la presente investigación fue identificar la correlación entre la sintomatología ansiosa y el policonsumo en pacientes que ingresaron al servicio de urgencias médicas. Se utilizó un enfoque cuantitativo con alcance correlacional y diseño no experimental transversal, en el que participaron 34 pacientes en el área de urgencias médicas del Hospital “Dr. Manuel Gea González”. Se utilizó un cuestionario de escala tipo Likert creado para la entrevista así como las pruebas HADS Y ASSIST versiones mexicanas. Los resultados arrojaron una correlación estadísticamente no significativa entre la sintomatología ansiosa y el policonsumo.

Se identificó una correlación significativa entre sintomatología ansiosa y el uso de inhalantes ( $r_s = -0.338$ ,  $p < 0.05$ ). Ante estos hallazgos se propone continuar con las investigaciones a este tipo de pacientes mediante aplicaciones de pruebas y entrevistas similares para tener un panorama más amplio y también el prevenir posibles alteraciones emocionales que pudiera experimentar el paciente debido al abuso de sustancias.

**Palabras clave:** policonsumidores, urgencias médicas, sintomatología ansiosa, HADS, ASSIST.

## **SUMMARY**

Polydrug use is one of the most common diseases observed in emergency departments as well as one of the least attended. These type of patients present other diseases that occur in comorbidity with their consumption, like the anxious symptomatology.

The aim of the present investigation was to identify the correlation between anxious symptomatology and polydrug use in patients admitted to the emergency medical service. A quantitative approach with a correlational scope and transversal non-experimental design was used, in which 34 patients participated in the emergency department area of the Hospital "Dr. Manuel Gea González ". A questionnaire created for the interview was used, as well as the HADS and ASSIST tests, in their Mexican versions.

The results showed a slight and statistically insignificant negative correlation between anxious symptoms and polydrug use. A significant correlation was identified between anxious symptomatology and the use of inhalants ( $r_s = -0.338$ ,  $p < 0.05$ ). Given these findings, it is proposed to continue with investigations of this type of patients through applications of tests and similar interviews to have a broader picture and also to prevent possible emotional alterations that the patient might experience due to substance abuse.

**Keywords:** polydrug users, emergency medical service, anxious symptoms, HADS, ASSIST.

## **DEDICATORIAS**

Quiero dedicar el presente trabajo a mi familia, mis padres Yolito y João que a lo largo de mi vida me apoyaron en todo lo que quise hacer y por ser los mejores padres que cualquier persona podría querer, quienes siempre me guiaron y aportaron el conocimiento que poseían. A mi hermana Arielle, que aún en la distancia, estuvo apoyándome con sus consejos.

Al equipo de Psicología de urgencias por la constante aportación de conocimientos, al equipo Burnout y también al equipo de notificación de malas noticias, especialmente al Doctor Edgar Landa Ramírez por la oportunidad que me dio de formar parte del mejor equipo de Psicología.

Quiero agradecer a mi tía, la Doctora Ma. Magdalena Salado Ávila, por su constante apoyo a superarme y ayudarme con las dificultades encontradas a lo largo del camino.

Por último, al equipo Triage y a mis amigas Lorena, Mariel y en especial a Melissa por los momentos tan buenos que atravesamos juntos y los no tan buenos que pudimos superar.

## **AGRADECIMIENTOS**

Principalmente agradecer a mi familia por el apoyo constante a través de este proceso y sus recomendaciones que me fueron provistas para seguir siempre el mejor camino en el proceso de investigación.

Agradezco infinitamente al doctor Edgar Landa Ramírez por brindarme la oportunidad de realizar mi investigación en el servicio de Psicología de urgencias, así como su guía para la realización de este trabajo. También a mi supervisora, la Licenciada en Psicología Esmeralda Linda Mendoza Aguilar, por su constante apoyo en todo momento y formarme como mejor psicólogo.

Al equipo de Psicología de urgencias que siempre me tendió la mano ante cualquier duda y brindar apoyo incondicional, así como al equipo Triage por la dedicación en cada trabajo realizado y a las muy bonitas amistades que formé en el mismo.

A Brenda, Jeny y Viri por su constante apoyo, y en especial a Lorena, Mariel y Melissa por formar el mejor grupo de amigos, siempre apoyándonos el uno con el otro.

## ÍNDICE

|   |     |
|---|-----|
| Resumen   |     |
| Dedicatorias  |     |
| Agradecimientos                                     |     |
| 1. INTRODUCCIÓN                                     | 9.  |
| 1.1 Planteamiento del Problema                      | 11. |
| 1.2 Justificación                                   | 11. |
| 1.3 Objetivos                                       | 12. |
| 1.4 Hipótesis                                       | 13. |
| II. MARCO TEÓRICO                                   | 14. |
| 2.1 Psicología de la salud                          | 14. |
| 2.2 Servicio de Psicología de urgencias             | 24. |
| 2.3 Triage  | 26. |
| 2.4 Policonsumo                                     | 26. |
| 2.5 Sustancias Psicoactivas                         | 35. |
| III. METODOLOGÍA                                    | 42. |
| 3.1 Diseño  | 42. |
| 3.2 Universo y estudio                              | 42. |
| 3.3 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación | 44. |
| 3.4 Operacionalización de variables                 | 44. |
| 3.5 Material y método                               | 45. |
| 3.6 Trabajo de campo y Ética de estudio             | 47. |
| 3.7 Análisis de resultados                          | 49. |
| IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN                          | 51. |
| V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS                       | 64. |
| VI. BIBLIOGRAFÍA                                    | 69. |
| ANEXO "A" CONSENTIMIENTO INFORMADO                  | 76. |
| ANEXO "B" CUESTIONARIO                              | 78. |
| ANEXO "C" RESULTADOS O FOTOGRAFÍAS                  | 86. |

## ÍNDICE DE TABLAS.

|                 |     |
|-----------------|-----|
| <b>TABLA 1.</b> | 51. |
| <b>TABLA 2.</b> | 53. |
| <b>TABLA 3.</b> | 58. |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                  |     |
|------------------|-----|
| <b>FIGURA 1.</b> | 43. |
| <b>FIGURA 2.</b> | 55. |
| <b>FIGURA 3.</b> | 55. |
| <b>FIGURA 4.</b> | 56. |
| <b>FIGURA 5.</b> | 57. |
| <b>FIGURA 6.</b> | 57. |

## I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio fue realizado en el área de urgencias del Hospital General Dr. Manuel Gea González, ubicado en la Ciudad de México, y tiene como objetivo el identificar la sintomatología ansiosa como una comorbilidad del policonsumo de sustancias psicoactivas ya sean legales o ilegales.

Los departamentos de emergencia en los hospitales son de vital importancia pues atienden los casos de vida o muerte en áreas designadas como las de choque, y se cuenta con un área para recibir pacientes a consulta de urgencias mediante el sistema Triage, el cual consiste en atender a los pacientes por nivel de riesgo y no por orden de llegada.

La presente Tesis está constituida por 6 apartados, los cuales se dan a conocer a continuación. En el primer apartado se hace la introducción al trabajo realizado, en la que de manera general se dan a conocer los apartados que forman parte de la investigación, así como el planteamiento del problema, la justificación, el objetivo general, así como los específicos y la hipótesis, detallando el porqué es viable hacer este estudio.

El segundo apartado está conformado por el Marco Teórico, donde se revisa literatura internacional y nacional con variables pertinentes a esta investigación, en el cual se inicia con el estudio de la Psicología de la salud, sus inicios y el cómo fue creciendo, convirtiéndose en la disciplina que es actualmente. Se da a conocer el servicio de urgencias y como son canalizados a través de Triage, los posibles pacientes y candidatos para la presente investigación. Asimismo se

presenta la información referente al policonsumo y las causas que llevan a los pacientes a esto, para lo cual se revisan las sustancias psicoactivas pertinentes para esta investigación.

El tercer apartado presenta la metodología implementada, en la cual se detalla el diseño de la misma, el universo y estudio de la población estudiada y el procedimiento para recolección de datos, dando a conocer los criterios de inclusión, eliminación y exclusión, así como la operacionalización de variables, el material, instrumentos y método utilizado, el trabajo de campo, el análisis de resultados y la ética de estudio.

Un cuarto apartado presenta el análisis de resultados con pruebas estadísticas y se detallan los datos sociodemográficos de los pacientes para pasar a los resultados con su discusión y recomendaciones pertinentes, para lo cual se dan a conocer las conclusiones y sugerencias.

Por último se encuentra la bibliografía y los anexos de los materiales ocupados para llevar a cabo el presente estudio.

## **1.1 Planteamiento del problema**

Actualmente la carga que para la salud pública representa el uso de sustancias en todo el mundo es considerable. En el año 2004 el uso de tabaco, alcohol y drogas ilegales equivalía respectivamente a 8,7%, 3,8% y 0,4% de todas las muertes.

Según el informe de la OMS (2004), sobre los riesgos de la salud en el mundo, el consumo de sustancias se encuentra entre los 20 primeros factores de riesgo de muerte y discapacidad.

Se profundiza esta investigación con estudios a nivel internacional y nacional, demostrando la poca información que existe en relación con este tema y que necesita ser explorado en el futuro para prevenir la saturación del sistema de urgencias y la reincidencia de pacientes con policonsumo, por lo que es en este punto donde se pretende determinar con el presente estudio, la cantidad de pacientes que ingresan al servicio de urgencias con policonsumo en comorbilidad con sintomatología ansiosa.

## **1.2 Justificación**

Es importante destacar que a nivel internacional y de igual manera en México, son escasas las investigaciones sobre este fenómeno, lo cual genera un hueco en el área de investigación puesto que se necesita que estén enfocadas en identificar el papel que la ansiedad tiene en los pacientes que presentan policonsumismo, lo anterior ayudaría a identificar al menos uno de los factores involucrados en este fenómeno y podría influir en un segundo momento, en la generación de abordajes más integrales encaminados a las necesidades específicas de la población.

Esta situación se puede deber a factores que transitan en comorbilidad con el policonsumismo, tal es el caso de la sintomatología ansiosa que puede cursar tanto como precursora del consumo o ser consecuencia del mismo, por lo que es importante el indagar esta asociación y poder saber cuál es la correlación entre la sintomatología ansiosa y el policonsumo de sustancias en pacientes que ingresan al servicio de urgencias médicas en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” de la Ciudad de México.

El tema se seleccionó debido a la poca capacidad de atención que reciben los pacientes cuando son consumidores de sustancias y a la ineffectividad del tratamiento en los hospitales, pues un gran número de casos de urgencias son relacionados al alcohol y otras sustancias.

### **1.3 Objetivos**

#### **General**

Identificar la correlación entre la sintomatología ansiosa y el policonsumo de sustancias en pacientes que asisten al servicio de urgencias médicas del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

#### **Específicos**

1. Describir el número de pacientes policonsumidores que asisten al servicio de urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.
2. Obtener la cifra de pacientes con sintomatología ansiosa que ingresan al servicio de urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

3. Identificar el nivel de consumo de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.
4. Reportar el número de reingresos a urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” existentes por el participante del estudio.

#### **1.4 Hipótesis**

**Ha:** Existe correlación entre la sintomatología ansiosa y el policonsumo.

**Ho:** No existe correlación entre la sintomatología ansiosa y el policonsumo.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Psicología de la salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978), en su acta constitutiva de 1946 y en su declaración del “Alma Ata” define el concepto de salud como: “Un estado de bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; también debe ser una de las vitales prioridades políticas y económicas para todas las organizaciones gubernamentales, de tal manera, que se debe promover la salud de forma equitativa para todas las personas del mundo; por lo tanto esta definición ha sido un antecedente para abordar el tema de salud a nivel global, ya que las políticas, programas y el personal participante tratan de garantizar un curso de salud integral.

Este cambio en el concepto de salud fue una paulatina respuesta mediante esfuerzos conjuntos como el realizado por la OMS, que partió primero de un cambio teórico sobre la concepción salud y enfermedad, cambio que fue necesario debido a la naturaleza dinámica e interactiva de los factores demográficos, económicos y sociológicos que de manera histórica influyen en la morbilidad y mortalidad de los seres humanos, dicha teoría ha sido conocida como transición epidemiológica (Omran, 1971).

La teoría de la transición epidemiológica explica cómo las enfermedades crónicas degenerativas han desplazado a las enfermedades infecciosas como la primera causa de morbilidad y mortalidad. De acuerdo con la teoría de Omran, hay cinco proposiciones que pueden ayudar a entender la relación en función de la principal causa de muerte que predomina

en ellas. Cada una de estas proposiciones engloba una descripción sobre los mecanismos de cambio a lo largo del tiempo y se describen a continuación:

Primera proposición: La mortalidad es un factor principal en la dinámica de la población, ya que el ciclo sube o baja dependiendo del tamaño de ésta, su ritmo de crecimiento está delimitado por las principales causas de mortalidad. Actualmente la tasa de mortalidad es menor y la tasa de nacimientos es mayor; lo cual genera uno de los actuales problemas que es la sobrepoblación.

Segunda proposición: Durante la transición, se produce una permuta a largo plazo en la mortalidad y los patrones de enfermedad, por los cuales las pandemias de la infección son desplazadas por las enfermedades crónico degenerativas como carácter principal de la morbilidad y primera causa de muerte; al respecto Omran distingue 3 etapas:

1. La era de las epidemias y la peste, en donde la mortalidad es alta y el crecimiento de la población se ve frenado principalmente por la frecuencia de epidemias, enfermedades infecciosas, desnutrición severa y complicaciones en el parto. La esperanza de vida oscila entre los 20 y 40 años.
2. Edad de las pandemias retraídas, en donde se reporta que debido a una menor continuidad en las epidemias se genera un descenso en la mortalidad y un aumento en el crecimiento de la población en forma exponencial. Las enfermedades parasitarias y deficitarias predominan mientras que las enfermedades transmisibles disminuyen, por lo que la esperanza de vida oscila entre los 30 y 50 años.

3. Enfermedades degenerativas y causadas por el hombre, la mortalidad continúa disminuyendo y finalmente se acerca a la estabilidad en un nivel relativamente bajo. La esperanza media de vida al nacer se eleva progresivamente, inclusive supera los 50 años, es durante esta etapa que la fertilidad se convierte en el factor crucial en el crecimiento demográfico, también, las enfermedades crónico-degenerativas y accidentes desplazan gradualmente a las infecciones.

Dentro de esta propuesta se describe que la transición de enfermedades infecciosas a degenerativas (y no transmisibles), es el resultado de una serie de determinantes que han interactuado para crear las condiciones de permuta.

Al respecto, se describen tres categorías principales, a saber:

- Determinantes eco biológicos: Agentes de la enfermedad el nivel de hostilidad en el ambiente, la resistencia del huésped, entre otros.
- Determinantes socioeconómicas, políticas y culturales: Hábitos de salud, nutrición, higiene y demás condiciones que son dependientes en gran medida del contexto.
- Determinantes de salud pública y atención médica: Son medidas protectoras y curativas específicas utilizadas para lidiar con la enfermedad; como ejemplo, el saneamiento público, la inmunización y el desarrollo de terapias decisivas.

Estas determinantes ayudaron al proceso de cambio, permitiendo alargar la expectativa y calidad de vida, pero en contrapartida volviendo a las enfermedades más resistentes y difíciles de erradicar.

Tercera proposición: Durante la transición epidemiológica, los cambios más evidentes entre los patrones de salud y enfermedad se dieron entre los niños y las mujeres jóvenes debido a la disminución de enfermedades infecciosas. La supervivencia infantil incrementa significativamente mejorando los niveles de vida, avances en nutrición y las medidas de saneamiento. La esperanza de vida llega a ser de 74 años.

Cuarta proposición: Los cambios de los patrones de salud y enfermedad están estrechamente asociados con las características demográficas y económicas que constituyen la compleja modernización. El cambio en la mortalidad afecta indirectamente a la fertilidad y la composición de la población. Esta transición se puede atribuir en gran medida a los siguientes factores:

- Factores biopsicológicos: La tasa de natalidad aumenta progresivamente a medida que aumenta la esperanza de vida.
- Factores socioeconómicos: Debido a una mejor nutrición y sistema de salud se reduce el riesgo de muerte infantil. A medida que incrementa la probabilidad de supervivencia infantil se reduce el deseo de querer tener muchos hijos, a causa de los cambios en el sistema social y económico que ponen a los niños como una responsabilidad económica más que un activo.
- Factores emocionales y psicológicos: El mejoramiento de la infancia y el aumento de la supervivencia infantil tiende a debilitar el complejo social, económico y emocional. A medida que las parejas hacen conciencia de la cercana certeza de que sus hijos, en particular un hijo les sobrevivirá, la probabilidad de practicar la limitación familiar es mayor.

Quinta proposición: De acuerdo con las variaciones en el tiempo y a las dinámicas peculiares en el cambio se identifican tres modelos básicos de la transición epidemiológica:

- El primer modelo es el clásico u oeste, en general está representado por países desarrollados como Inglaterra, Gales y Suecia. Dicho modelo describe el cambio de altas tasas anuales de muerte (30 por mil) y altas tasas anuales de natalidad (40 a 50 por mil) a bajas tasas de mortalidad (10 por mil) y fecundidad (menos de 20 por mil). En esas sociedades el descenso de la mortalidad fue paulatino y ocurrió en respuesta a mejoras sociales, económicas y ambientales, que instituyeron un complejo proceso de modernización. El descenso en la fecundidad fue también gradual, pero se precipitó debido a los cambios sociales ocurridos en sociedades donde la práctica de métodos de control natal era más o menos conocida.
- El segundo es el modelo acelerado, representado por Japón .En este modelo la transición de la mortalidad inicialmente estuvo determinada socialmente por un modelo clásico, pero se vio beneficiada por la revolución médica. Este cambio fue exponencial.
- El modelo acelerado o tardío representado generalmente por países en vías de desarrollo como Chile y Ceylán, que a diferencia del modelo clásico, la disminución de la mortalidad ha sido sustancialmente influenciada por la moderna tecnología médica, en gran parte importada. En este modelo el descenso en la fecundidad ha sido considerablemente tardío, como consecuencia del impulso que se observó en el control natal.

Tomando en cuenta las proposiciones anteriores, Armelagos, Brown & Turner (2005) exteriorizan que históricamente hasta principios del siglo XX, las enfermedades infecto contagiosas eran las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, por ende, las energías se concentraban en eliminar este tipo de afecciones a partir de medidas de salud pública y el progreso científico. Estos autores reconocen tres etapas de transición epidemiológica, que

difieren de las planteadas de Omran, pues manifiestan que este proceso es el resultado de los cambios en la relación ecológica que hay entre humanos, patógenos y enfermedades.

El modelo de transición epidemiológica supone una amplia diversidad de causas de enfermedad y cómo impactan en la habilidad de una población para poder adaptarse de maneras diferentes. Existen varios componentes que afectan de manera negativa a la capacidad de la población para responder con éxito al medio ambiente, tales son patógenos, toxinas, contaminantes e incluso factores psicológicos. Las transiciones descritas por Armelagos et al., (2005), están compuestas de la siguiente manera:

Primera transición: marca el cambio del forrajeo a la agricultura, dicha transición fue llamada la revolución neolítica, y fue marcada por la aparición de estratificación social, económica, sedentarismo, estilo de vida, cultivo, que creó un contraste importante en el peligro de enfermedades infecciosas, tamaño y densidad de la población. Es en este argumento, que se presentaron las enfermedades como tuberculosis, sarampión, viruela, fiebre amarilla, dengue.

Segunda transición: Se desarrolló de manera más eficiente la nutrición y el nivel de vida, hubo una disminución en enfermedades infecciosas y tasa de mortalidad, debido al desarrollo de prácticas médicas, pero de manera contraria, se consiguió que al tener mayor número de población perdurable ocurrió un aumento en las enfermedades crónicas-degenerativas.

Tercera transición: Representada por la persistencia de enfermedades crónicas que aumentan por la reaparición de enfermedades infecciosas. Con la presencia de desconocidos patógenos

resistentes a múltiples antibióticos, la transición se caracteriza por los cambios demográficos, tecnológicos, el comercio internacional y cambios climáticos, provocando la aparición de nuevas enfermedades.

Actualmente la población humana está a la mitad de la tercera transición epidemiológica, que de acuerdo con el autor, es en donde hay una reaparición de las enfermedades infecciosas, y muchas son resistentes a los antibióticos, en este caso, la transición contemporánea no elimina la posibilidad de que coexistan las enfermedades infecciosas y las crónicas degenerativas (Armelagos et al. 2005).

Es en el contexto de las enfermedades infectocontagiosas que surge el modelo biomédico clásico, en el cual el proceso salud-enfermedad contempla únicamente las causas biológicas para llegar a un diagnóstico y abordaje de la enfermedad. Este modelo fue útil en el contexto de las enfermedades infecciosas pero no de las enfermedades crónicas degenerativas, por tal razón Engel (1977) explica las características de dos corrientes predominantes en el área de la salud: el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial, en el cual el modelo biomédico está inspirado en el dualismo mente-cuerpo, y se entiende a la enfermedad como un fallo de algún componente del cuerpo.

Por lo anterior, la salud y la enfermedad pasan a ser vistas como una cuestión bioquímica, aunque esta definición era pertinente para las enfermedades infectocontagiosas en la segunda transición epidemiológica, trajo problemas en la situación actual, ya que tiene limitaciones como el ser reduccionista, es decir, todos los fenómenos deben de ser explicados a partir de procesos

físico-químicos; y también por ser exclusionistas, ya que todo aquello que no puede ser explicado por la medicina a partir de compendios biológicos, debe ser excluido de la categoría de la enfermedad, presentándose así, la derivación lógica de que la "enfermedad" se limita en términos de parámetros somáticos, dónde los médicos no debían preocuparse por temas psicosociales, generando un vacío en el cuidado de los servicios de salud. Debido a las limitaciones del modelo biomédico en el cuidado del paciente crónico, es que se vuelve pertinente el surgimiento del modelo biopsicosocial, que se define como el conjunto de los factores biológicos, psicológicos y sociales, lo que determina la salud, la enfermedad y el equilibrio necesario para el cuidado del paciente.

Haciendo una síntesis de lo anterior, se puede considerar con lo dicho hasta ahora, que las transiciones epidemiológicas dieron un auge importante para entender la evolución de la morbilidad y mortalidad y las concepciones teóricas que las describían, es así, que en la humanidad se pudo transitar de enfermedades infectocontagiosas a crónico degenerativas, y con ello considerar que la salud como ausencia de enfermedad no envolvía las necesidades de las nuevas enfermedades porque había personas que no podrían recobrar la salud, pero tampoco iban a morir de forma rápida, permaneciendo enfermos a lo largo de su vida; es por eso que se volvió necesario crear una nueva definición y un nuevo modelo adaptados a los cambios demográficos, biológicos, sociales, políticos y económicos, como lo es el modelo biopsicosocial (OMS, 1978).

Es en este contexto que se crean las condiciones óptimas para el surgimiento de nuevas disciplinas enfocadas en los factores psicológicos en el área de la salud. Es así que la Asociación

Americana de Psicología (APA) crea la División 38, representante de los factores psicológicos afines con la salud, en general para el mantenimiento de la misma; la prevención y el tratamiento de enfermedades, el mejoramiento de los sistemas de salud y la formulación de políticas al respecto. De esta forma, se dio comienzo para la inserción de nuevas disciplinas, que trataban directamente con el bloque comportamental del padecimiento. Dentro de ellas, fue la psicología de la salud, que tuvo un apogeo cuando se creó la División 38 de la Asociación Americana de Psicología (APA) que se encargaba de su estudio.

Matarazzo (1980) definió a la psicología de la salud como la agregación de las contribuciones educativas, científicas y profesionales concretas de la psicología en general para el desarrollo y sostenimiento de la salud; la prevención y el tratamiento de enfermedades, la identificación de las causas; el progreso de los sistemas de salud y la enunciación de políticas al respecto. Así, las actividades de la psicología de la salud tales como la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades buscan impactar en los mecanismos del comportamiento humano (Matarazzo, 1980). Estas intervenciones permiten a los psicólogos de la salud incurrir en cualquier etapa a lo largo del deterioro de la salud.

De tal manera se materializa la psicooncología a mediados de la década de los 70, justo cuando la palabra cáncer se encontraba estigmatizada, y de manera gradual fue disminuyendo al grado de poder hablar de la enfermedad y poder explorar los sentimientos del paciente acerca de la misma. Durante el último cuarto del siglo pasado la psicooncología se volvió una subespecialidad contribuyendo al cuidado del cáncer; y durante los últimos 15 años del nuevo milenio la investigación en estas áreas se ha vuelto un objetivo primario entre los investigadores

volviéndose así una de las subespecialidades más definidas mostrando la importancia de las ciencias conductuales, sociales y su valor multidisciplinario (Holland, 2002).

También un producto de este campo de acción fue la emergencia de la medicina conductual a través de la conferencia de Yale, que conjuntó a un grupo diverso de científicos biomédicos y conductuales con el propósito de arribar a una definición interdisciplinaria, definición de metas y recomendación con respecto a la medicina conductual. Quedando definida como el campo relacionado con el desarrollo de conocimientos en ciencias conductuales y técnicas relevantes para el entendimiento de la salud y la enfermedad (Schwartz & Weiss, 1978).

Entre los objetivos de la psicología de la salud anteriormente mencionados y en conjunto con la promoción de la salud, prevención de las enfermedades, evaluación y tratamiento de las enfermedades concretas (diabetes, SIDA, cáncer) es que se da la necesidad de crear tres niveles sanitarios que permiten que la atención brindada sea de manera metódica y estratificada, los cuales son, de acuerdo con Nunes, García y Alba (2006), los siguientes:

- a) Nivel primario (Atención Primaria de Salud APS), las intervenciones deben inclinarse en la salud general de los individuos dentro de sus combinados sociales, priorizándose la promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- b) Nivel secundario (Atención secundaria de la salud ASS), se ofrecen las intervenciones especializadas, cuyo objetivo es la salud mental. También la investigación de las causas y factores asociados a la reincidencia hospitalaria o falta de adherencia terapéutica.

- c) Nivel terciario (Atención terciaria de salud ATS), intervenciones en hospitales e investigaciones epidemiológicas, así como pacientes en tratamiento clínico.

El avance de la psicología de la salud ha resultado de las polémicas con el modelo biomédico tradicional, el fracaso en los sistemas sanitarios, la posibilidad de comprender los tres componentes psicológicos que primariamente afectan el estado de salud que son las emociones, las cogniciones y el comportamiento (Grau y Hernández, 2005).

## **2.2 Servicio de Psicología de urgencias**

El espacio hospitalario abrió el campo de acción de los psicólogos de la salud; trabajando interdisciplinariamente con otros profesionales de la salud a nivel de investigación y aplicación (Matarazzo, 1982; 1980).

La inclusión de psicólogos en los hospitales ha permitido que se intervenga en la prevención, diagnóstico y tratamiento de diferentes problemas de salud, tales como: cáncer y accidentes cerebrovasculares; tratamiento o manejo conductual del dolor crónico, control de la diabetes, la hipertensión arterial, en la preparación preoperatoria, el abuso de alcohol, o diversas sustancias psicoactivas. En el área de urgencias esto toma vital relevancia, debido a la fácil detección de estos padecimientos mediante el sistema Triage, pero siendo la investigación en esta área relativamente nueva, hay una escasez de información y por tal motivo no se ha desarrollado ampliamente la psicología en esta área.

La importancia de la psicología de urgencias en la actualidad ayuda a tomar acciones en pacientes con diabetes, hipertensión y otros padecimientos crónicos, así como en el consumo de sustancias, por ejemplo Sanjuan et al. (2014), en los departamentos de emergencia en Australia, detectó que más del 5% de ingresos por urgencias son pacientes con consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas a niveles elevados y se encontró comorbilidad con problemas mentales.

Estos datos nos da la conclusión de que el sistema Triage en el área de urgencias nos sirve para una detección temprana de pacientes con este tipo de consumo. Si se toman estos datos que son enfocados únicamente a pacientes con consumo de moderado a elevado, faltaría el conocer a los pacientes con consumo de bajo a moderado y que tienen predisposición a elevar esta medida.

De acuerdo con el Colegio Americano de Médicos de Emergencia (por sus siglas en inglés ACEP), la medicina de urgencia se define como la especialidad médica consagrada al diagnóstico y tratamiento de padecimientos y/o lesiones inadvertidas que pueden poner en peligro la vida del paciente; como puede ser el caso de pacientes mayores de 18 años, con problemas complejos de medicina interna como son las enfermedades de glándulas endócrinas y metabólicas, malestares digestivos, enfermedades del hígado y páncreas, del riñón y vías urinarias, al igual que las enfermedades genéticas como son los trastornos de la sangre, infecciones crónicas, enfermedades reumáticas, cirugía de abdomen y de glándulas endócrinas, trasplantes y malestares debido al consumo excesivo o nocivo de sustancias. («Definition of Emergency Medicine», 2016).

Debido a la alta solicitud de pacientes que ingresaron al servicio de urgencias, que en el 2015, según el Informe del Sistema Nacional de Salud fue de 37,471,913 pacientes y en la Ciudad de México fue de 3,553,246 (Sistema Nacional de Salud, 2015), se desarrolló un sistema para catalogar la gravedad de una urgencia médica y la primacía con la que debe ser tratado; a este sistema se le conoce como Triage (Farrohknia et al., 2011).

### **2.3 Triage**

En este sistema se establecen niveles de priorización en la atención, apropiados a la gravedad de los pacientes, y a partir del cual se va a establecer el tiempo óptimo entre la llegada del paciente y la atención del mismo, es así, que se pueden identificar los siguientes niveles: nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora; nivel II: situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso; nivel III: urgente pero estable hemodinámicamente, con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas; nivel IV: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente; nivel V: no urgencia, poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas.

### **2.4 Policonsumo**

En el año 2016 se reportaron 13,405 eventos en urgencias médicas por consumo de alcohol y de esa cantidad el 3.9% de los pacientes se encontraba bajo el efecto de más de una droga (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, 2016), por lo que se puede considerar como policonsumismo, el cual se define como el consumo de más de una droga o tipos de drogas por una misma persona; estas pueden ser consumidas al mismo tiempo o

sucesivamente; por lo que estas acciones suelen tener efectos más adversos que el consumo de una sustancia, generalmente las sustancias incluidas son las principales drogas legales, como son el tabaco, el alcohol y los medicamentos (Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, 2017).

Durante el año 2015, alrededor de 250 millones de personas en el mundo, con edades entre 15 y 64 años, consumieron mínimamente una droga; y de esa cantidad de personas, 12 millones consumieron drogas por vía intravenosa y más de 29 millones sufren trastornos relacionados con el consumo de riesgo. Es más común que los hombres sufran en mayor incidencia trastornos relacionados por el consumo de sustancias, a diferencia de las mujeres, aunque, cuando ellas inician un consumo dependiente, suelen incrementarlo más rápido que los hombres (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [por sus siglas en inglés, UNODC], 2016).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (2017), entre 2016 y 2017 el 10.3% del total de la población en México, consumió cualquier droga legal o ilegal en algún punto de su vida y el 2.9 % lo realizó este último año. Cerca de 546 mil personas presentaron dependencia al consumo de riesgo durante el mismo periodo de tiempo antes señalado. En la misma encuesta, la edad de inicio de consumo de drogas fue de 17.8 años (en hombres 17.7 y en mujeres de 18.2). Entre 2016 y 2017 aproximadamente el 20.3% de personas con dependencia a sustancias han asistido a algún tipo de tratamiento; por lo que cabe destacar que de ese porcentaje el 22% son hombres y 12.8% son mujeres (ENCODAT 2017).

El uso de drogas tiene un gran rango de efectos a corto y largo plazo, por lo que el consumo de riesgo es un patrón que de modo factible resulta perjudicial en caso de perdurar el hábito, debido al gran número de afectaciones tanto físicas como psicológicas y sociales; dichos efectos dependen comúnmente de las drogas usadas, cómo la consumen, cuánto consumen, la salud de la persona, así como de otros factores (National Institute on Drug Abuse [NIDA] 2017).

La afectación por el policonsumismo tiene diferentes niveles. A nivel físico se encuentra el síndrome de abstinencia, asimismo, hay un deterioro en el sistema nervioso central y alteraciones en el ritmo cardiaco como taquicardias o convulsiones en casos más severos (NIDA, 2017). El síndrome de abstinencia se define como un estado en el cual la persona busca consumir alguna droga, esto ocurre una vez que hay dependencia a la sustancia, los síntomas varían dependiendo de la droga, la severidad y duración de la abstinencia dependerá del tiempo que se consuma la sustancia, del método de abuso y de la cantidad de sustancia ingerida en cada toma (Chartoff & Carlezon, 2014).

A nivel social se ha encontrado una relación entre violencia en parejas, en las cuales uno es consumidor de sustancias, así como con problemas de índole legal (Anderson et al., 2017). También en cuanto al mantenimiento de relaciones interpersonales y cogniciones sociales básicas y la percepción de las emociones se ven disminuidas en el consumo crónico (Cox et al., 2018).

A nivel psicológico la comorbilidad entre policonsumo y trastornos psiquiátricos es relevante, los trastornos más comunes relacionados al abuso de sustancias es el trastorno depresivo mayor,

y trastorno de estrés post-traumático, así como la sensibilidad a la ansiedad (Anderson, Hruska, Boros, Richardson, & Delahanty, 2018). También se presentan alucinaciones, depresión o ideas paranoides, así como el trastorno de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas; el cual se caracteriza por síntomas relevantes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico (American Psychiatric Association, 2000).

Otro de los trastornos frecuentes por el abuso de sustancias es la bipolaridad; en relación a este trastorno se puede observar que tiene una alta frecuencia en hospitales y centros de atención primaria y otra consecuencia identificada es la relación con la sintomatología ansiosa (Hunt, Malhi, Cleary, Lai, & Sitharthan, 2016). Las drogas producen síntomas clínicos como ansiedad, alucinación y craving (necesidad o ansia de consumir drogas), según lo observado en los servicios de urgencias (D'Onofrio, Becker, & Woolard, 2006).

La importancia de la relación existente entre el consumo, el abuso de sustancias psicoactivas y la presencia de problemas de salud relacionados con la ansiedad, se muestra de dos modos: por un lado, el uso prolongado de una sustancia puede conducir a experimentar síntomas e inclusive problemas de ansiedad y, por otro lado, algunos trastornos de ansiedad pueden cursar con una mayor utilización de ciertas drogas, por ejemplo, el alcohol, el tabaco o los fármacos ansiolíticos o hipnóticos (Iruña, Caballo y Ovejero, 2009).

Aunado a esto se encontró en un estudio conducido en Estados Unidos de América que los trastornos de ansiedad están significativamente correlacionados con el policonsumo, específicamente con la dependencia a sustancias más que el abuso de estas. También cuando el

consumo de sustancias co-ocurren con algún trastorno de ansiedad es más probable que esta comorbilidad se mantenga (Smith & Book, 2010). Aunque los datos indican la correlación entre trastornos de ansiedad y el policonsumo, aun no queda completamente explicado si esto se genera a partir del abuso o la abstinencia de consumo (Wolitzky-Taylor, Operskalski, Ries, Craske, & Roy-Byrne, 2011).

Con respecto al policonsumismo en comorbilidad con ansiedad, Sánchez et al. (2016), realizó un estudio, para demostrar la prevalencia de los trastornos de ansiedad y el consumo de distintas sustancias, así como las características de este diagnóstico dual y los tratamientos que han sido comprobados como los más efectivos, en el cual se encontró una fuerte asociación entre diferentes trastornos de ansiedad con abuso de sustancias. Los resultados arrojaron que el 24% de pacientes con trastornos de ansiedad sufrían de una comorbilidad con policonsumismo; 17.9% fueron diagnosticados con abuso de alcohol o dependencia del mismo y 11.9% de abuso o dependencia de alguna droga.

En algunos estudios realizados en Estados Unidos, se encontró la relación de la sensibilidad a la ansiedad, la cual es definida como la tendencia o miedo a la sintomatología característica de la ansiedad, debido a creencias negativas de consecuencias de índole física, social y psicológica (Peterson & Reis, 1992).

En el caso de Stathopoulou, Pollack, & Otto (2018), el objetivo de este estudio fue identificar el rol de la sensibilidad a la ansiedad, para explicar el craving de sustancias en aquellos pacientes con un consumo muy elevado. Los participantes fueron adultos de 18 a 69 años que estuvieron

en tratamiento de mantenimiento de metadona para la dependencia de opioides por al menos 4 meses. 38 hombres y 38 mujeres fueron elegidos para el estudio; en adición a esto, los participantes se caracterizaban por ser policonsumidores crónicos. En cuanto a los resultados, contrario a la expectativa, se encontró que la sensibilidad a la ansiedad no está específicamente ligada al uso de drogas.

En otro estudio, Matos, Mola, Trettim, Jansen & Quevedo, (2018), con el fin de evaluar la asociación entre abuso y dependencia de diferentes psicoactivos y la presencia de trastornos de ansiedad, en una muestra de adultos jóvenes de una ciudad del sur de Brasil, llevado a cabo con individuos de 18 a 24 años, de corte transversal, se encontró que en una muestra de 1,560 adultos jóvenes con trastorno de ansiedad generalizada se presentó una mayor prevalencia de abuso y dependencia de sustancias ilícitas.

La prevalencia general de abuso / dependencia fue de 26.9% para el alcohol, 24.9% para el tabaco y 7.3% para las sustancias ilícitas. Las personas con agorafobia tuvieron una prevalencia 32% mayor de abuso / dependencia del tabaco (proporción de prevalencia [PR] = 1.32 [IC del 95%: 1.01 a 1.74]). Las personas con trastorno de estrés postraumático o trastorno de ansiedad generalizada (TAG) tuvieron una prevalencia mayor de 2.41 veces (95% CI 1.22-4.77) y 1.76 veces (95% CI 1.00-3.11) respectivamente, de abuso / dependencia de sustancias ilícitas. Aunque la relación entre los tipos de ansiedad y el consumo de sustancias aún no está bien establecido.

De acuerdo con López, Turner, & Saavedra, (2005) se realizó un estudio en el cual se examinó la relación entre la ansiedad como comorbilidad y la ansiedad pura en personas con

abuso y/o dependencia de sustancias, con una muestra de 1747 adultos jóvenes de 18 a 23 años, la muestra constó de 921 hombres y 826 mujeres, 92% de los cuales tenían entre 19 y 21 años de edad en el momento de las entrevistas de seguimiento.

Los resultados de la muestra, indicaron que el 19,9% cumplió con los criterios para un diagnóstico de dependencia de sustancias y solo el 4.9% cumplió con los criterios para un trastorno de ansiedad puro. Esto indicó que el conjunto de trastornos de ansiedad tanto puros como comórbidos sirven de predictor para la dependencia de sustancias, aun cuando el trastorno de ansiedad actúe con algún otro trastorno psiquiátrico o no, hay que recordar que los datos son transversales por lo tanto las estimaciones hechas en este estudio se basan totalmente en el recuerdo retrospectivo.

En un estudio de Adam et al. (2016), se evaluó la prevalencia del trastorno por consumo de alcohol (AUD), el uso de sustancias, la salud mental y el estado social 7 años después de una admisión en el departamento de emergencias de un hospital en Suiza por intoxicación por alcohol y también se evaluó las diferencias de género en estas prevalencias.

La muestra consistió en 631 pacientes de 18 a 30 años, de tipo cohorte, admitidos en el servicio de urgencias de un hospital en Suiza, llevaron un seguimiento de 7 años y arrojó datos que demuestran que los hombres reportaban más consumo de alcohol, uso de cannabis y estimulantes pero en las mujeres la prevalencia de trastornos psiquiátricos era mayor. Esto demuestra que los pacientes jóvenes son propensos a desarrollar consumo dependiente de

sustancias, problemas de índole social y del total de población estudiada el 15.4% presentaba trastorno de ansiedad generalizada.

Otro estudio de Indig, Copeland, Conigrave, & Arcuri, (2010), utilizó Triage de enfermería para detectar presentaciones del departamento de emergencias (DE) relacionadas con drogas y alcohol y describir sus características de prestación de servicios y pacientes. Datos obtenidos mediante Triage en dos hospitales en Sídney, Australia de 2004 a 2006 señalan que el 25% de pacientes fueron policonsumidores, y muestran la oportunidad para brindar atención preventiva en casos de abuso de sustancia en comorbilidad con trastornos mentales y así poder desarrollar intervenciones efectivas en esa área, también en los datos se encontró que diagnósticos relacionados con trastornos de ansiedad era más común en el abuso de éxtasis y cocaína, particularmente en las mujeres con abuso de cocaína.

En un estudio, Kinner et al., (2005), con el objetivo de establecer la prevalencia y comorbilidad de los problemas relacionados con el consumo de sustancia, la ansiedad y la depresión, entre las presentaciones en el departamento de emergencia y con un diseño de tipo transversal realizado en el departamento de emergencias de un hospital en Australia durante un periodo de 14 días, arrojó datos que señalan que el 31% de pacientes ingresados tenía un consumo peligroso de alcohol y cerca del 20% reportó un elevado nivel de ansiedad esto con base en la prueba HADS utilizada para medir niveles de ansiedad y depresión.

A partir de la información presentada los autores concluyen que el servicio de urgencias es ideal para detectar y referir casos de abuso de sustancias en comorbilidad con sintomatología

ansiosa. En los servicios de urgencias el número de pacientes con problemas de abuso de sustancias está en constante aumento, así como, la ineffectividad para tratar estos problemas de salud mental, debido a que usualmente se trabaja la parte médica, pero no hay un tratamiento que reduzca los reingresos continuos a urgencias (Owens, Mutter, & Stocks, 2006).

Dada la situación actual, es recomendable que el personal de salud busque e identifique el consumo de sustancias en pacientes cuando estos están siendo tratados ya sea por heridas, abuso físico, pérdida de soporte social y enfermedades crónicas. Entre los policonsumidores, las visitas a urgencias suelen estar más asociadas a eventos de sobredosis, y al salir del servicio no suelen recibir seguimiento con respecto a su consumo, lo cual puede influir en que vuelvan a regresar a hospitalización.

Un cambio enfocado en la identificación temprana de este problema en los pacientes de urgencias ayudará a que el personal de salud pueda, identificar a estos usuarios de manera temprana, enfocando así, sus esfuerzos para referirlos a programas adecuados para prevenir el policonsumo y abordar el consumo de sustancias como una enfermedad tratable (D'Onofrio, Becker, & Woolard, 2006).

Con base en los estudios revisados y a partir de los datos epidemiológicos mostrados, se puede ver la altísima presencia y frecuencia que los pacientes policonsumidores tienen en el área de urgencias médicas, lo cual contrasta con las escasas investigaciones que se han realizado en el área. Una investigación realizada en México demuestra la sobresaturación del servicio de urgencias, en general esto se debe a la ubicación del hospital, su prestigio, si es público o privado

o de especialización. Se tiene registro de que el 68% de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias han sido enviados a sus domicilios por la sobresaturación del mismo (Polanco-González et al., 2013).

En un estudio realizado en México, en la ciudad de Pachuca, arrojó información acerca de la prevalencia de urgencias traumáticas comúnmente coocurren con niveles altos de alcohol en sangre, siendo esto superior a datos reportados en otros países. El papel de consumo de alcohol especialmente en homicidios, suicidios y accidentes de tránsito es de primera importancia (Borges et al., 1999).

## **2.5 Sustancias Psicoactivas.**

Las sustancias en las cuales se basó el presente estudio fueron las siguientes:

Etanol.

El etanol se toma casi siempre por vía oral y se absorbe rápidamente en el torrente sanguíneo a través del intestino delgado; tiene efectos conductuales bifásicos y en dosis bajas, los primeros efectos que se observan son desinhibición y una mayor actividad; en cambio, en dosis más elevadas disminuyen las funciones cognitivas, perceptivas y motoras.

El etanol induce diversos tipos de tolerancia, uno de éstos es la tolerancia conductual que se refiere a un aprendizaje de adaptación para vencer algunos de los efectos del etanol.

También se produce tolerancia metabólica, cuya función es el favorecimiento de enzimas metabólicas en el hígado, con el resultado de que se requiere una mayor dosis o un uso más

frecuente para obtener los efectos psicofarmacológicos. La abstinencia del etanol se caracteriza por un síndrome lo suficientemente severo para ser fatal. La severidad de este síndrome está en función de la cantidad de etanol consumido, la frecuencia de uso y la duración del historial de beber (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004).

Sedantes e hipnóticos.

Los tranquilizantes menores más comunes son los somníferos (benzodiazepinas y barbitúricos). Los sedantes e hipnóticos pueden frenar las funciones del cerebro y otras partes del sistema nervioso; los efectos de los sedantes e hipnóticos en la conducta van de la sedación leve hasta la anestesia general y, en caso de sobredosis severa, incluso la muerte. Estos fármacos se utilizan generalmente por sus propiedades embriagantes y desinhibitorias.

Se desarrolla tolerancia a los efectos placenteros y sedantes, así como a los efectos de las benzodiazepinas y barbitúricos sobre la coordinación motora, pero no parece ocurrir una tolerancia a los efectos anticonvulsivantes. Con la abstinencia de sedantes e hipnóticos se observan ciertos efectos opuestos a los de la droga, así, la sobre estimulación, ansiedad, inquietud, insomnio y excitabilidad son síntomas característicos de la abstinencia. En casos severos pueden ocurrir convulsiones (OMS, 2014).

Tabaco.

La nicotina produce efectos psicoactivos relacionados con la dosis en humanos, similares a los de los estimulantes; además eleva las calificaciones de pruebas normativizadas de euforia y preferencia que utiliza la OMS para evaluar el potencial de dependencia. La abstinencia de fumar

puede verse acompañada por síntomas como irritabilidad, hostilidad, ansiedad, estado de ánimo disfórico y deprimido, un menor ritmo cardíaco y mayor apetito. El ansia de fumar se correlaciona con bajos niveles de nicotina en la sangre.

Según reportes de la OMS (2004), los signos y síntomas de la abstinencia del tabaco, incluyendo los efectos de actividad eléctrica en el cerebro, rendimiento cognitivo, ansiedad y respuesta a estímulos de estrés, pueden mitigarse en gran medida mediante la administración de nicotina pura en varias formas (por ejemplo, chicles, parches, administración nasal), sin embargo, tratar la dependencia solamente con medicación es mucho menos efectivo que cuando ésta última se combina con el tratamiento conductual.

Opioides.

Las drogas opioides son compuestos extraídos de la semilla de la amapola. El término “opioides” incluye “opiáceos”, así como compuestos semisintéticos y sintéticos con propiedades similares. Los opioides tienen efectos euforogénicos, analgésicos, sedantes y de depresión del sistema respiratorio. Con la administración repetida de drogas opioides, los mecanismos adaptativos cambian el funcionamiento de las neuronas sensibles a los opioides y de las redes neuronales. La suspensión del uso crónico del opioide se asocia con un síndrome de abstinencia intensamente disfórico, cuya duración es de 7 a 10 días.

El tratamiento de la dependencia de opioides ha sido muy efectivo debido a la terapia de sustitución, en particular por el tratamiento de mantenimiento con metadona. La metadona es un agonista opioide sintético que actúa sobre los mismos receptores de las drogas opiáceas, y en

consecuencia bloquea los efectos de la heroína, elimina los síntomas de abstinencia y reduce la avidez (NIDA, 2017).

#### Canabinoides.

Los cannabinoides generalmente se inhalan fumándolos, aunque a veces también se ingieren. La intoxicación máxima al fumar se alcanza 15 a 30 minutos después y los efectos duran de 2 a 6 horas. Los cannabinoides permanecen en el cuerpo durante periodos prolongados y se acumulan tras el uso repetido.

Los efectos sobre la conducta van desde la percepción del tiempo se hace más lenta, y hay una sensación de relajación y de una conciencia sensorial aguzada. La percepción de mayor confianza en uno mismo y mayor creatividad no está asociada con un mejor rendimiento; asimismo, hay disminución en la memoria a corto plazo y en la coordinación motora. Los efectos centrales descritos a veces como de relevancia clínica son analgesia, acción antiemética y antiepiléptica y más apetito.

Existen pocas evidencias de abstinencia asociada con el uso de cannabinoides.; de hecho, pocas veces se han reportado reacciones de abstinencia tras el uso prolongado de cannabinoides, probablemente por la larga vida media de estas sustancias, lo cual impide el surgimiento de síntomas de abstinencia (OMS, 2004).

#### Cocaína (clorhidrato y crack).

La cocaína es un poderoso estimulante del sistema nervioso que puede aspirarse

intranasalmente, inyectarse intravenosamente o fumarse; el consumo de ésta incrementa la lucidez, la sensación de bienestar y la euforia, aumenta la energía y la actividad motora, la sensación de vigor y la capacidad sexual. También son frecuentes la ansiedad, paranoia e inquietud y con una dosis excesiva se presentan temblores, convulsiones y una mayor temperatura corporal.

La activación del sistema nervioso simpático aparece concomitantemente con los efectos sobre la conducta; conforme disminuyen los efectos de la droga, el usuario se siente disfórico, cansado, irritable y levemente deprimido, lo que puede incitar de nuevo al uso de la droga para recuperar la experiencia anterior. Los estudios clínicos y preclínicos han proporcionado convincentes evidencias de problemas neurológicos y psiquiátricos persistentes, junto con una posible degeneración neuronal, asociados con el uso crónico de cocaína y otros estimulantes (UNODC, 2016).

#### Anfetaminas.

Las amfetaminas son estimulantes del sistema nervioso central que producen mayor lucidez, excitación, energía, actividad motora y del habla, mayor confianza en uno mismo y capacidad de concentración, una sensación general de bienestar y menos apetito. Los efectos a corto plazo de dosis bajas de amfetamina incluyen inquietud, mareo, insomnio, euforia, confusión leve, temblores y pueden inducir episodios de pánico o psicóticos; hay un aumento general en la lucidez, la energía y la actividad, así como una reducción de la fatiga y la somnolencia, pudiendo presentarse palpitaciones cardiacas, ritmo cardiaco irregular, incremento en la respiración, resequedad en la boca y supresión del apetito.

A dosis más elevadas estos efectos se intensifican, provocando éxtasis y euforia, flujo rápido de ideas, sensación de mayor capacidad mental y física, excitación, agitación, fiebre y sudoración. Se han observado pensamientos paranoides, confusión y alucinaciones. Las sobredosis severas pueden producir fiebre, convulsiones, coma, hemorragia cerebral y la muerte (OMS2004).

#### Solventes volátiles.

Varios compuestos químicos volátiles (incluyendo gases como óxido nitroso, solventes volátiles como tolueno y nitritos alifáticos) producen efectos sobre el sistema nervioso central; debido a su fácil disponibilidad, son utilizados principalmente por niños y adolescentes. La intoxicación inducida por la inhalación de vapores de solventes produce algunos efectos conductuales similares a los del alcohol.

Los efectos neuroconductuales agudos de los solventes volátiles, incluyendo la ansiolisis y la sedación, son los típicamente asociados con los depresivos del sistema nervioso central y pueden provocar el uso continuado, la tolerancia y la abstinencia (OMS, 2004)

#### Alucinógenos.

Los alucinógenos conforman una clase químicamente diversa, pero se caracterizan por su capacidad de producir distorsiones en las sensaciones y alterar marcadamente el estado de ánimo y los procesos de pensamiento. Las alucinaciones son comúnmente visuales, pero pueden afectar cualquiera de los sentidos, así como la percepción del tiempo, el mundo y del yo del individuo.

Los efectos subjetivos varían notoriamente de un individuo a otro y de un uso al otro en la misma persona, desarrollándose rápidamente la tolerancia a los efectos físicos y psicológicos de los alucinógenos. Los efectos psicoactivos dejan de ocurrir tras de 3 a 4 días de uso repetido, y no se manifiestan a menos que suceda un periodo de varios días de abstinencia. Ninguno de los alucinógenos presenta evidencias de abstinencia (NIDA, 2017).

Por lo mencionado anteriormente es que con el presente estudio se pretende determinar la cantidad de pacientes que ingresan al servicio de urgencias con policonsumo en comorbilidad con sintomatología ansiosa

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Diseño**

Para la presente investigación se utilizó un estudio no experimental de tipo transversal, descriptivo, correlacional, el cual es un estudio de naturaleza no experimental debido a que se observaron fenómenos en su contexto natural para analizarlos, también las variables no fueron manipulables ya que no se tuvo control directo sobre las mismas; fue de tipo transversal ya que el propósito era describir y analizar la incidencia de las variables en un momento dado y correlacional por que se recolectaron datos y se describió su relación (Hernández- Sampieri, Fernández, Baptista, 2014).

#### **Definición de variables**

- Variable 1: policonsumismo
- Variable 2: sintomatología ansiosa

#### **3.2 Universo y estudio**

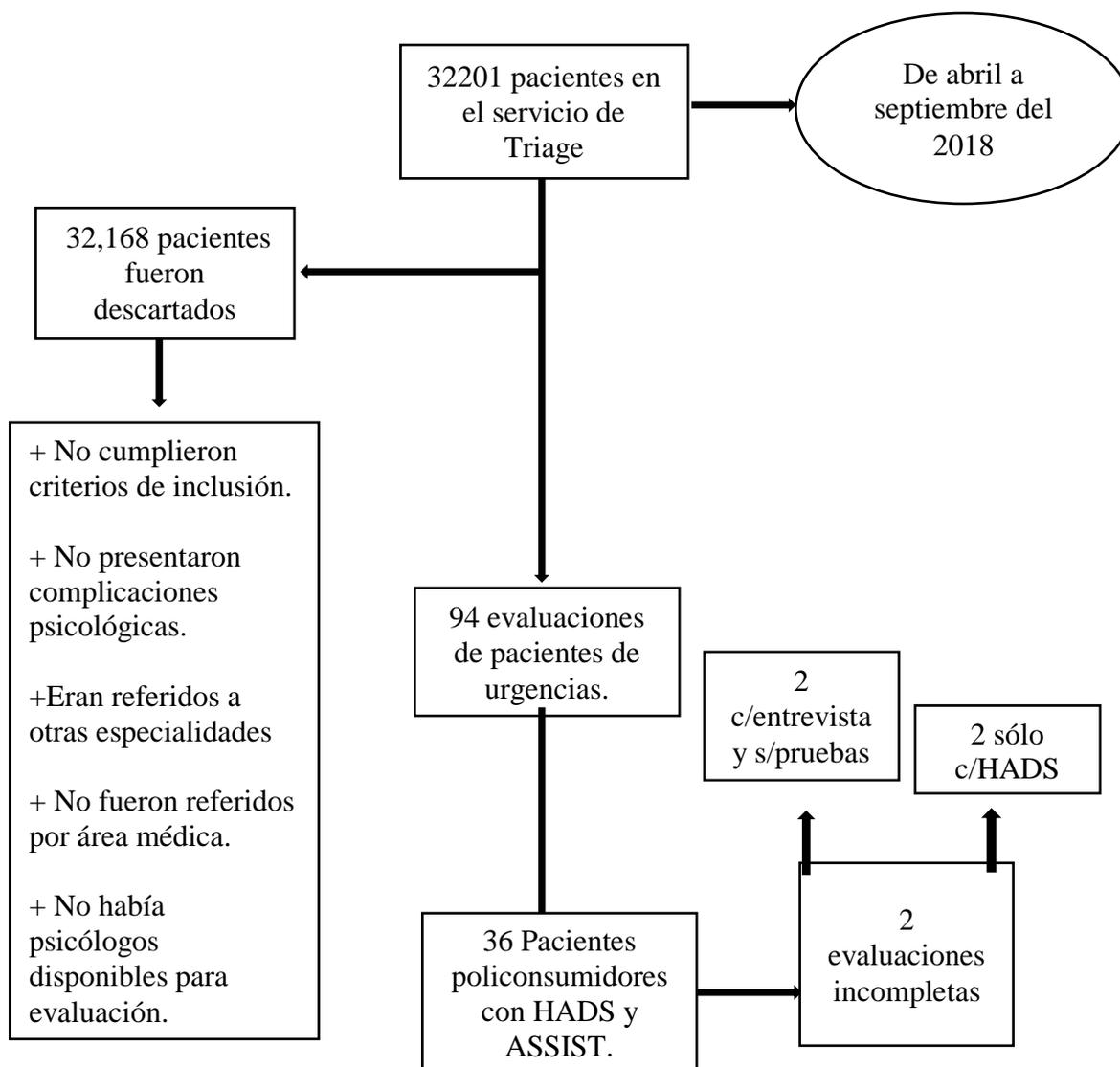
Se atendieron más de 32 mil pacientes en urgencias. En total fueron evaluados 94 pacientes en urgencias, en el periodo de Abril – Septiembre 2018, 58 pacientes fueron eliminados por no cumplir los criterios de inclusión (véase la descripción abajo) obteniendo así 36 evaluaciones.

Las principales características sociodemográficas de los pacientes consideradas fueron: edad media de 49.79 años (D.E.= 16.42); 53% de los participantes fueron mujeres y 46% hombres. El 30% de los participantes reportó estar casado, 32% soltero, 16% en unión libre, 10% divorciado

y el 10% viudos. Los participantes fueron seleccionados de manera no probabilística por conveniencia en el servicio de Urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” del turno matutino de las áreas de observación y sillas en Triage, en el periodo de Abril a Septiembre del año 2018 (véase figura 1).

Figura 1.

Flujograma de evaluación de pacientes.



En la figura 1. Se puede observar cómo se fue realizando la exclusión de los pacientes que entraron y se evaluaron en el servicio de urgencias del Hospital Manuel Gea González.

### **3.3 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.**

#### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes que deseen participar
- Pacientes que acepten el consentimiento informado
- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes consumidores de dos o más sustancias

#### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes que no acepten participar en la investigación
- Pacientes consumidores de una sola sustancia

#### **Criterios de eliminación:**

- Completar menos del 80% de la evaluación.

### **3.4 Operacionalización de variables**

#### **1.- Policonsumidores**

a) Definición conceptual. Consumo de más de una droga por una misma persona (legal, ilegal o combinado); estas pueden ser consumidas al mismo tiempo o sucesivamente; por lo que estas acciones suelen tener efectos más adversos que el consumo de una sola sustancia (NIDA, 2017).

b) Definición operacional. El policonsumo se evaluó mediante la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias ASSIST (Humeniuk, Henry-Edwards, Ali, Poznyak y Monteiro 2011).

## 2.- Sintomatología ansiosa

a) Definición conceptual. Preocupación acerca de las consecuencias reales o imaginarias de la ansiedad. Los síntomas son similares a los que presentan los trastornos de ansiedad primarios entre los cuales se encuentra crisis de ansiedad, compulsiones, obsesiones, ansiedad generalizada, fobia social y otros tipos de fobia (Irurtia, Caballo y Ovejero, 2009). No se utilizaron diagnósticos formales (DSM, CIE) debido a que el escenario donde se evaluó fue un hospital general con un acceso limitado de pacientes de tipo psiquiátrico.

b) Definición operacional. La sintomatología ansiosa se evaluó mediante la prueba de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). En México, la HADS ha sido validada por Barriguete Meléndez en pacientes con trastornos de conducta alimentaria (Barriguete, Pérez, de la Vega, Barriguete Chávez, & Rojo, 2017).

## 3.5 Material y Método

### Instrumentos

1. Entrevista semiestructurada ex profesa.

Los datos sociodemográficos fueron recuperados por medio de un cuestionario creado de manera “ex profesa” el cual incluyó áreas que fueron organizadas, y agrupadas de la siguiente manera: datos sociodemográficos, motivo de ingreso a urgencias, diagnóstico, pronóstico y evolución. Además, se utilizó una batería psicológica elaborada con las siguientes pruebas.

## 2. Hospital Anxiety Depression Scale (HADS).

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, por sus siglas en inglés): Fue creada por Zigmond & Snaith (1983), su propósito es evaluar síntomas de ansiedad y depresión en una población médica general. Está constituida por 14 reactivos con dos subescalas, 7 reactivos miden aspectos cognitivos y emocionales de la depresión; y 7 de sintomatología ansiosa; es una escala tipo Likert de 4 puntos que va de 0 a 3; el rango de puntuación es de 0 a 21 para cada subescala. En un estudio conducido en una población con trastornos de la conducta alimentaria en una clínica privada en la ciudad de México, la prueba quedó conformada por 12 reactivos, eliminando el reactivo 6 y 9 quedando así con una consistencia interna de  $\alpha = 0.88$  para población mexicana Barriguete et. Al. (2017).

## 3. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (por sus siglas en inglés ASSIST).

Fue desarrollada para la Organización Mundial de la Salud (OMS) por un grupo internacional de investigadores y médicos como una herramienta técnica para ayudar a la identificación temprana de riesgos para la salud y trastornos debido al uso de sustancias en la atención primaria de salud, la atención médica general y otros entornos.

Se evaluó la fiabilidad por medio de la prueba de consistencia interna Alfa de Cronbach; también se realizaron análisis para evaluar la validez de constructo. La validez concurrente que consiste en evaluar el test y un criterio al mismo tiempo, se determinó con pruebas de correlación entre el ASSIST, AUDIT, FTND y CAD-20; se obtuvieron coeficientes de fiabilidad aceptables para las sub escalas de tabaco (alfa = 0,83), alcohol (alfa = 0,76) y marihuana (alfa = 0,73). La versión auto aplicable del ASSIST es un instrumento aceptable, válido y sensible para la identificación de casos de riesgo asociados al consumo de sustancias Humeniuk et al. (2011).

### **3.6 Trabajo de campo y ética de estudio.**

#### **Procedimiento.**

El equipo de psicología de urgencias que asistió de lunes a viernes en un horario de 8 am a 3 pm, se dedicó a identificar a los pacientes que acudían al servicio de urgencias en el hospital Gea González, por medio del método Triage, en el cual son clasificados para proveerles atención de acuerdo a su nivel de urgencia.

El proceso fue el siguiente: los pacientes al llegar a la recepción se les proveía de un papel para la toma de sus signos vitales en Triage enfermería, quienes detectaban los casos urgentes y les asignaban un número de atención para pasar a una consulta filtro que usualmente era dirigida por un médico adscrito acompañado de un médico residente con especialidad en urgencias; era en esa área donde dos psicólogos hacían guardia tomando nota de las consultas para poder detectar potenciales pacientes para ser evaluados, en especial si los pacientes reportaban algún tipo de enfermedad crónica o consumo de sustancias.

Posteriormente, cuando los pacientes eran llamados a la primera consulta para obtener una impresión diagnóstica de su padecimiento y poder hacer los tramites como el pago de la consulta, realizarse análisis (en caso de ser necesario), y regresar para una segunda consulta, la cual consistía en un área ya especializada con médicos atendiendo de acuerdo a su padecimiento.

En dado caso que los pacientes cumplieran con los criterios de inclusión de esta investigación, era cuando se entraba en contacto con ellos debido a la larga espera para tener su segunda consulta ya especializada acorde a su enfermedad, en ese momento se presentaba el psicólogo para hablarles sobre el servicio psicológico que se brindaba en el hospital, también se les explicaba que el procedimiento que se llevaría a cabo, formaba parte de una investigación aprobada por el Comité de Ética e Investigación del Hospital General Dr. Manuel Gea González, con el número de registro 27-152-17 y de esta manera se solicitaba que se firmara un consentimiento informado en el cual se les explicaba a las personas en qué consistía la evaluación y que ellos podían detener la prueba en cualquier momento así como preguntar cualquier duda que se generara al respecto.

Una vez firmado el consentimiento, se proseguía a realizar la batería de pruebas, comenzando por tomar datos sociodemográficos e indagar su motivo de ingreso a urgencias, también se preguntaba por antecedentes psiquiátricos y psicológicos. La primera prueba que se les hacía era el HADS, en la cual se llevaba un promedio de 7 minutos; esta prueba permitió detectar niveles de ansiedad y depresión hospitalaria; la siguiente prueba era la ASSIST, para detectar el nivel de consumo de sustancias con tiempo aproximado de aplicación de 7 a 15 minutos, dependiendo del consumo del paciente (si era bajo, moderado o elevado) se les daba una retroalimentación sobre

su consumo y los riesgos que este conllevaba, esto con el objetivo de generar un cambio en su forma de consumir, por lo que se les daba información de centros de atención a personas de esta índole.

También se aplicó la prueba AUDIT en un promedio de 7 minutos para identificar el consumo de alcohol y por último, la prueba EAT (escala de adherencia al tratamiento), que llevaba 10 minutos aproximadamente.

Al terminar con la batería y responder cualquier duda al paciente, se daba un cierre con la información proporcionada y se les proveía a los pacientes el número del área de psicología de urgencias para cualquier atención futura; el tiempo promedio en realizar la entrevista y la batería de pruebas era de 25 a 45 minutos aproximadamente, este tiempo variaba en función de las necesidades del paciente. Posteriormente a esto, se capturaban los datos en el programa SPSS para su posterior análisis estadístico, por último se compararon los resultados con la literatura previa antes descrita.

### **3.7 Análisis de resultados**

Análisis estadístico.

El agregado de datos conseguidos mediante las aplicaciones de los diferentes instrumentos se calificó por personal acreditado, se capturó en una base de datos y también se analizó estadísticamente con el programa SPSS versión 24.0. Se realizó un análisis descriptivo de datos sociodemográficos de los pacientes para conocer las principales características que presentaban.

Se emplearon medidas de tendencia central y de dispersión para identificar el comportamiento de las diferentes variables; así mismo, se realizó un análisis descriptivo de los reactivos del HADS y ASSIST. Dado el nivel de medición de las variables (consideradas ordinales), su distribución y el tipo de pregunta de investigación, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, entre las variables sintomatología ansiosa y policonsumo. Se consideró estadísticamente significativo el dato si  $p \leq .05$ .

#### IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

##### Resultados

Se realizó un análisis descriptivo de frecuencias para identificar las características que poseían los pacientes. En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de los 94 pacientes que concluyeron la evaluación, donde la mayoría de los participantes fueron del sexo femenino (n=50), con una edad promedio de cuarenta y nueve años, solteros, con bajo nivel escolar (primaria n=28), desempleados (n=43). Y el 73% de los pacientes llegan a cursar con una enfermedad, ya sea crónica o degenerativa.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes que concluyeron la evaluación.

| Variables           | Media<br>(Desviación Estándar [DE]) |
|---------------------|-------------------------------------|
| <b>Edad</b>         | 49.79 (DE=16.42)                    |
| <b>Sexo</b>         | N (porcentajes)                     |
| Hombres             | 43 (46.2%)                          |
| Mujeres             | 50 (53.8%)                          |
| <b>Estado Civil</b> |                                     |
| Soltero             | 30 (32.3%)                          |
| Casado              | 28 (30.1%)                          |
| Unión libre         | 15 (16.1%)                          |
| Divorciado          | 10 (10.8%)                          |
| Viudo               | 10 (10.8%)                          |
| <b>Escolaridad</b>  |                                     |
| Sin escolaridad     | 10 (10.8%)                          |
| Primaria            | 28 (30.1%)                          |

|                 |            |
|-----------------|------------|
| Secundaria      | 14 (15.1%) |
| Preparatoria    | 15 (16.1%) |
| Carrera Técnica | 4 (4.3%)   |
| Licenciatura    | 10 (10.8%) |
| Posgrado        | 2 (2.2%)   |

### Ocupación

|                 |            |
|-----------------|------------|
| Desempleado     | 43 (47.3%) |
| Asalariado      | 17 (18.7%) |
| Informal        | 22 (23.7%) |
| Sector informal | 9 (9.9%)   |

### Diagnósticos

|  |            |
|--|------------|
| Diabetes tipo 1                                    | 2 (2.2%)   |
| Diabetes tipo 2                                    | 13 (14%)   |
| Hipertensión                                       | 10(10.8%)  |
| Consumo de alcohol                                 | 2 (2.2%)   |
| Policonsumo  | 2 (2.2%)   |
| Diabetes tipo 2 e Hipertensión                     | 24 (25.8%) |
| Diabetes tipo 2 y Consumo de alcohol.              | 5 (5.4%)   |
| Policonsumo y Consumo de alcohol.                  | 22 (23.7%) |
| Hipertensión y Consumo de alcohol.                 | 1 (1.1%)   |
| Policonsumo, Diabetes tipo 2 y Consumo de alcohol. | 6 (6.5%)   |
| Hipertensión, Policonsumo y Consumo de alcohol.    | 5 (5.4%)   |
| Cáncer   | 1 (1.1%)   |

También se realizó un análisis descriptivo de frecuencias para identificar las características que poseían los pacientes policonsumidores. En la tabla 2 se muestran las características sociodemográficas de los 34 pacientes que concluyeron la evaluación, donde la mayoría de los participantes fueron del sexo masculino (n=27), con una edad media de cuarenta años, solteros, con un nivel escolar medio superior (preparatoria n=8), desempleados y con trabajos asalariados con números iguales (n=11). Y el 32.3% de los pacientes llegan a cursar con una enfermedad, ya sea crónica o degenerativa.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes policonsumidores que concluyeron la evaluación

| Variables           | Media<br>(Desviación Estándar [DE]) |
|---------------------|-------------------------------------|
| <b>Edad</b>         | 40. (DE=14.78)                      |
| <b>Sexo</b>         | N (porcentajes)                     |
| Hombres             | 27 (79.4%)                          |
| Mujeres             | 7 (20.6%)                           |
| <b>Estado Civil</b> |                                     |
| Soltero             | 15 (44.1%)                          |
| Casado              | 7 (20.6%)                           |
| Unión libre         | 6 (17.6%)                           |
| Divorciado          | 5 (14.7%)                           |
| Viudo               | 1 (2.9%)                            |
| <b>Escolaridad</b>  |                                     |
| Sin escolaridad     | 1 (2.9%)                            |
| Primaria            | 6 (17.6%)                           |

|                 |           |
|-----------------|-----------|
| Secundaria      | 6 (17.6%) |
| Preparatoria    | 8 (23.5%) |
| Carrera Técnica | 2 (5.9%)  |
| Licenciatura    | 7 (20.5%) |
| Posgrado        | 1 (2.9%)  |

### **Ocupación**

|                 |            |
|-----------------|------------|
| Desempleado     | 11 (32.4%) |
| Asalariado      | 11 (32.4%) |
| Informal        | 9 (26.5%)  |
| Sector informal | 3 (8.8%)   |

### **Diagnósticos**

|  |            |
|--|------------|
| Policonsumo  | 2 (5.9%)   |
| Policonsumo y Consumo de alcohol.                  | 21 (61.8%) |
| Policonsumo, Diabetes tipo 2 y Consumo de alcohol. | 6 (17.6%)  |
| Hipertensión, Policonsumo y Consumo de alcohol.    | 5 (14.7%)  |

De igual forma un análisis de frecuencias, identificó la presencia y ausencia de sintomatología ansiosa que reportaron los pacientes. Se puede observar la presencia de sintomatología ansiosa en los participantes evaluados (Véase figura 2).

Figura 2.

## Ansiedad.

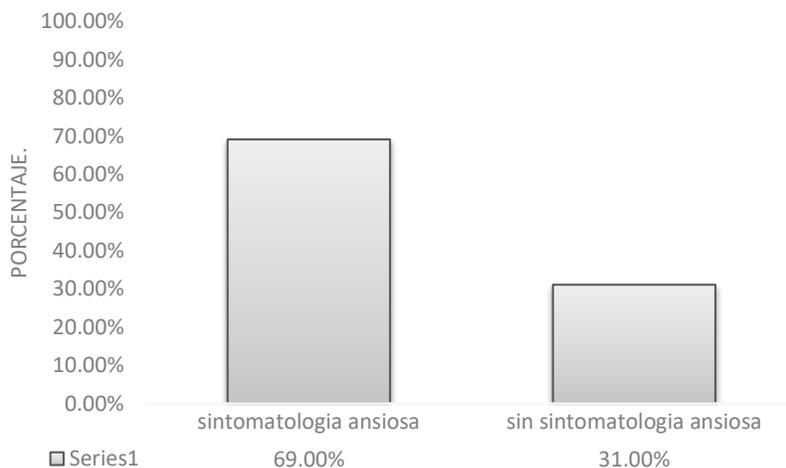


Figura 2. Sintomatología ansiosa de acuerdo con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).

Al realizarse el análisis descriptivo de los datos para la prueba de ASSIST se obtuvo que el 37.8% cumplen con los criterios diagnósticos de policonsumo, esto se puede observar en la figura 3.

Figura 3.

## Policonsumidores.

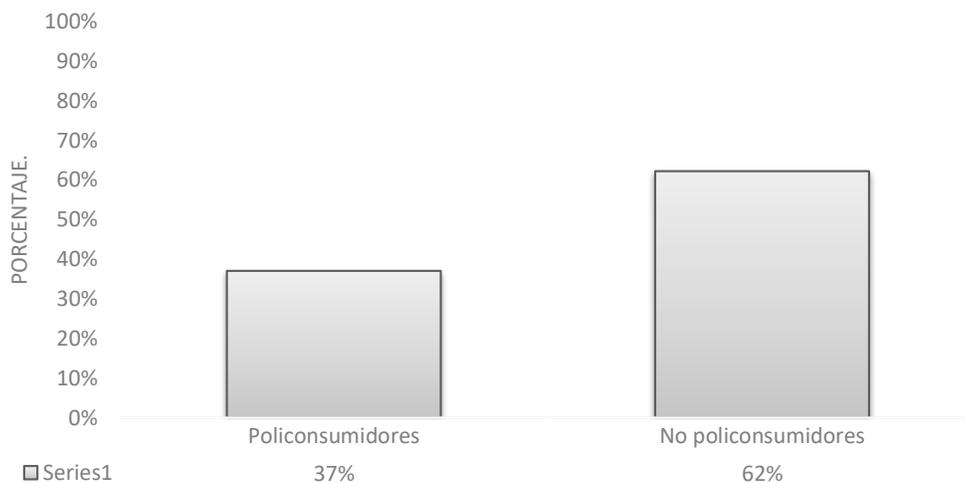


Figura 3. Pacientes policonsumidores evaluados con la prueba de detección de tabaco, alcohol y sustancias (ASSIST).

También mediante un análisis de frecuencias para conocer la ansiedad en los 34 policonsumidores evaluados, arrojó datos en los cuales 9 participantes no presentaban sintomatología ansiosa y el 25 restante si presentó sintomatología ansiosa esto se encuentra representado en la figura 4.

*Figura 4.*

#### **ANSIEDAD EN POLICONSUMIDORES.**

■ sintomatología ansiosa    ■ sin sintomatología ansiosa

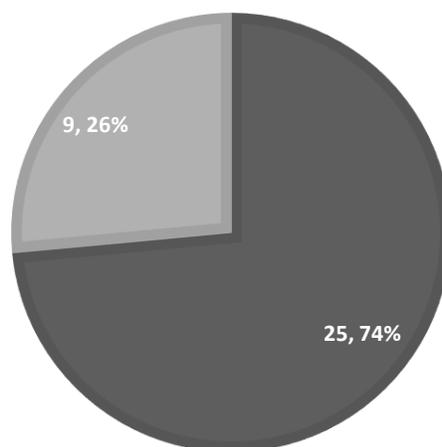


Figura 4. Donde se muestran los porcentajes de sintomatología ansiosa únicamente en pacientes policonsumidores.

De igual manera un análisis de frecuencias ayudó a determinar el nivel de consumo por cada sustancia marcada en la prueba ASSIST siendo las predominantes el alcohol en un 91.2% de los 34 pacientes evaluados, tabaco en un 82.4%, cannabis en 26.5%, cocaína e inhalantes en 11.8% ambas, alucinógenos en un 8.8%, con un 5.9% estimulantes y sedantes y las únicas dos que nunca marcaron ser consumidas fueron opiáceos y otros tipos de drogas no especificados (véase figura 5).

Figura 5.

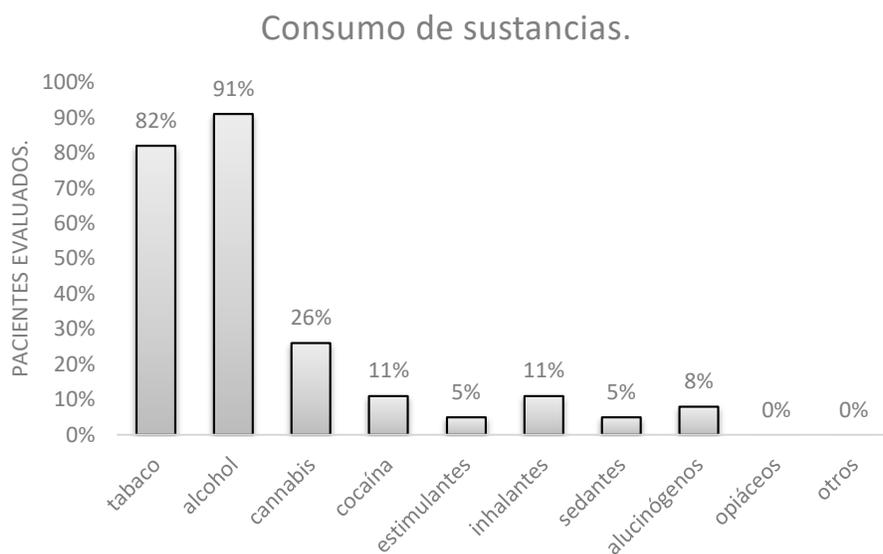


Figura 5, donde se detalla el porcentaje de consumo por sustancia de los 34 pacientes evaluados.

También se realizó un análisis de frecuencias para reportar el número de reingresos generados por los pacientes policonsumidores y se encontró que de los 35 pacientes el setenta y cinco por ciento de ellos entraba por primera ocasión ( $n=22$ ) se puede apreciar a continuación en la figura 6.

Figura 6.

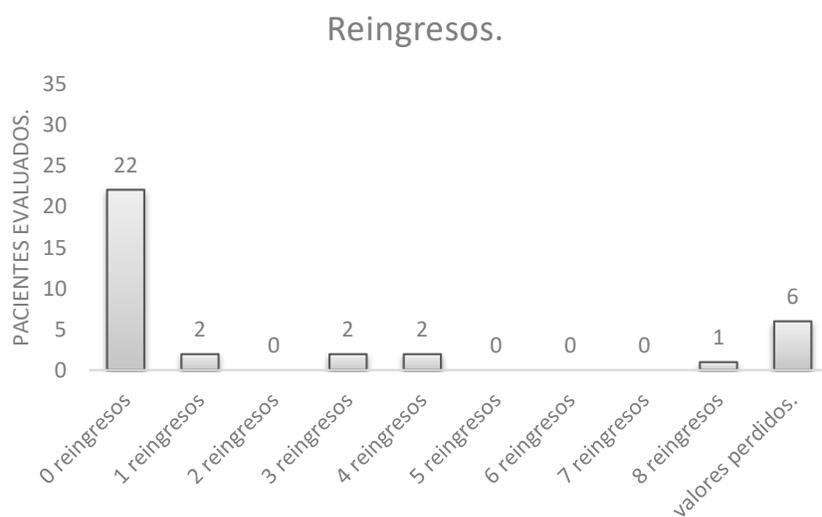


Figura 6, pacientes que reingresaron en una ocasión o más al servicio de urgencias.

Se llevaron a cabo correlaciones de Spearman para explorar la posible asociación entre policonsumo y HADS ansiedad (véase tabla 3). Los resultados revelaron una correlación negativa con una fuerza de asociación baja y estadísticamente significativa entre consumo de inhalantes y ansiedad HADS ( $r_s = -0.338$ ,  $p < 0.05$ ).

Tabla 3. Coeficiente de correlación de Spearman entre el consumo de sustancias y Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria HADS. Las correlaciones no mostraron significancia con la sintomatología, excepto por los inhalantes.

| <b>Puntajes de sustancias.</b> | <b>Sintomatología ansiosa</b> |
|--------------------------------|-------------------------------|
| <b>Puntaje total</b>           | -0.191                        |
| <b>tabaco</b>                  |                               |
| <b>P=.209</b>                  | <b>.209</b>                   |
| <b>Puntaje total</b>           | -0.202                        |
| <b>alcohol</b>                 |                               |
| <b>P=.184</b>                  | <b>.184</b>                   |
| <b>Puntaje total</b>           | -0.239                        |
| <b>cannabis</b>                |                               |
| <b>P=.114</b>                  | <b>.114</b>                   |
| <b>Puntaje total</b>           | -0.178                        |
| <b>cocaína</b>                 |                               |
| <b>P=.241</b>                  | <b>.241</b>                   |
| <b>Puntaje total</b>           | -0.266                        |
| <b>estimulantes</b>            |                               |
| <b>P=.077</b>                  | <b>.077</b>                   |

---

|                      |             |
|----------------------|-------------|
| <b>Puntaje total</b> | -0.338*     |
| <b>inhalantes</b>    |             |
| <b>*P= .023</b>      | <b>.023</b> |
| <b>Puntaje total</b> | -0.110      |
| <b>sedantes</b>      |             |
| <b>P=.473</b>        | <b>.473</b> |
| <b>Puntaje total</b> | -0.057      |
| <b>Alucinógenos</b>  |             |
| <b>P=.710</b>        | <b>.710</b> |

---

**Nota:** \*p< 0.05    \*\*p<0.01

## **Discusión**

El objetivo de esta investigación fue identificar la sintomatología ansiosa en comorbilidad con el policonsumo en pacientes que ingresan al servicio de urgencias médicas, así mismo como objetivos específicos fueron el de conseguir el número de pacientes policonsumidores que ingresaron a urgencias, identificar su nivel de consumo, también el reportar el número de reingresos a urgencias y obtener la cifra de pacientes que ingresaron con sintomatología ansiosa a urgencias médicas.

Los hallazgos del estudio muestran que en general no hubo una correlación entre la ansiedad y el policonsumo; con la excepción de ansiedad e inhalantes, este dato llama la atención ya que hasta el conocimiento del autor, es el primer reporte experimental que se da en la literatura al

respecto. Estudios previos han reportado la relación entre la ansiedad y el consumo de diversas sustancias como: cocaína, éxtasis, alcohol (Indig et al. 2010) pero no inhalantes. Una posible explicación de este dato, se puede dar porque la muestra de este estudio se recolectó en un hospital público, en donde asistían personas con bajo nivel económico –condición asociada al consumo de inhalantes- (Gigengack, 2014).

En este estudio no hay una correlación entre la sintomatología ansiosa y el policonsumo, difiriendo así de lo reportado en la literatura internacional, en la cual en un estudio cerca del 24% de los pacientes con trastornos de ansiedad, presentaban policonsumo de sustancias como alcohol, mariguana y cocaína (Sánchez et al., 2016). Sin embargo, los datos de este estudio concuerda con los presentados en el estudio de Stathopoulou et al. (2018), en el cual los participantes se caracterizaban por ser policonsumidores crónicos y se encontró que la sintomatología ansiosa no estaba específicamente ligada al uso de sustancias.

Con esto se puede inferir que los pacientes de urgencias de esta investigación no perciben la sintomatología ansiosa como una comorbilidad con el policonsumo siendo independientes una de la otra. Sin embargo se necesitan más investigaciones en el área.

El que existan datos diversos sobre la asociación de ansiedad y policonsumo de sustancias, se puede deber a la definición de la cual se parte al abordar el concepto de ansiedad como trastorno psiquiátrico (Matos et al., 2018) o como problema del estado de ánimo (López et al., 2005) y aunque no existe un consenso al respecto, en el presente estudio se decidió definir y evaluar a la ansiedad como un problema del estado de ánimo, debido a que, de esta manera era más viable la

identificación del problema, en ámbito de urgencias, servicio que se caracteriza por ser altamente dinámico y de tiempos de espera y atención fluctuantes (Polanco et al., 2013).

De igual manera, se debe de tomar en cuenta que en diversos estudios que han evaluado estas variables, los diseños empleados, fueron de naturaleza transversal, por lo cual las estimaciones en cuanto a su consumo se basan totalmente en el recuerdo retrospectivo del momento, pudiendo ser este un factor determinante en los números reales reportados en su consumo (López et al., 2005; Matos et al., 2018).

Dos estudios internacionales que muestran discrepancia con los resultados obtenidos en esta investigación son los de (Indig et al., 2010) y Kinner et al., 2005), ambos conducidos en Australia. El primero señala que el 25% de pacientes policonsumidores tenían comorbilidad con trastornos mentales y el segundo con un diseño de investigación transversal indicó que el 31% de pacientes ingresados a urgencias tenían consumo peligroso y cerca del 20% reportó un nivel elevado de ansiedad mediante la prueba HADS.

Dada la tendencia internacional de los datos de encontrar relación entre ansiedad y policonsumo, podría ser viable, que el tamaño reducido de la muestra que se tuvo en este estudio, esté impactando en el resultado reportado, esto se puede notar en el caso de la ansiedad y los estimulantes, en donde el nivel de significancia quedó muy cercano al .05.

Respecto al análisis de frecuencias del número de policonsumidores que llegan al servicio de urgencias médicas se encuentran datos similares con la literatura nacional. En esta investigación

se reportó que el 34% de los pacientes evaluados tenían el diagnóstico de policonsumo y con datos similares (Polanco-González et al., 2013; Borges et al., 1999) mencionan la alta frecuencia de pacientes policonsumidores sobresaturando el servicio de urgencias y su prevalencia con el número de urgencias traumáticas, este dato podría estar indicado, la creciente tendencia nacional que existe en el consumo de sustancia entre la población en México (ENCODAT, 2016).

En cuanto a las características sociodemográficas que presentaron los pacientes generales evaluados, los datos señalaron una edad media de 49.79 años, 53% de los participantes fueron mujeres y 46% hombres. El 30% de los participantes reportó estar casado, 32% soltero, 16% en unión libre, 10% divorciado y el 10% viudo; el 30% con una escolaridad básica (primaria) y el 43% fueron personas desempleadas.

De los 34 pacientes con diagnóstico de policonsumo que concluyeron la evaluación, arrojan datos donde la mayoría de los participantes fueron del sexo masculino (n=27), con una edad media de cuarenta años, solteros, con un nivel escolar medio superior (preparatoria n=8), desempleados y con trabajos asalariados con números iguales (n=11). Y el 32.3% de los pacientes llegan a cursar con una enfermedad, ya sea crónica o degenerativa.

Estos datos concuerdan con los revisados en la literatura internacional en cuanto a la mayoría del estudio siendo varones. En esta investigación la edad promedio fue mayor que en los estudios revisados (López et al., 2005; Matos et al., 2018). Lo anterior representa un dato importante para investigar si alguno de estos antecedentes puede fungir como un predeterminante al consumo de

sustancias; sin embargo, se necesitan más investigaciones en esta área para identificar tal efecto en la población.

A pesar de la atención que se tuvo en esta investigación, existen algunas limitaciones que pueden ser tomadas a consideración en futuras investigaciones y que se describen a continuación:

## V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Una de las limitantes que se presentó en este estudio fue la pequeña cantidad de pacientes incluidos en el trabajo, si se nota en el diagrama de flujo, 32 mil pacientes tentativos eran candidatos a ser evaluados, sin embargo, únicamente se pudieron evaluar a 94 pacientes, lo anterior representa únicamente el .29% de pacientes incluidos, por lo cual, la tasa de inclusión fue muy baja, lo cual pudo haber influido en los resultados obtenidos en el presente escrito.

Aunque se intentó agregar a más pacientes, lo anterior no fue posible, debido a los horarios laborales del servicio de psicología dentro de urgencias o a las características propias del servicio, que no ayudaban a que el pacientes estuviera en condiciones evaluables o tuviera que hacer trámites médicos. De igual forma, el uso de instrumentos para la evaluación del consumo de sustancias dentro de urgencias, necesita ser adaptado a las condiciones de premura dentro de urgencias por lo que se sugiere la adaptación y validación de instrumentos de evaluación sensibles y adecuados a las necesidades particulares de esta población (Hernández et al., 2014).

Aunado a esta situación, el Hospital General Dr. Manuel Gea González, atravesó una situación de remodelación en el edificio de urgencias, esto derivado del sismo del 19 de septiembre del año 2017 donde las instalaciones previas de urgencias quedaron dañadas. Esta situación generó una reducción en la capacidad de pacientes atendidos así como de espacios para el poder evaluarlos ya que había una pérdida de privacidad.

Aún con la afluencia de pacientes que llegaban al servicio de urgencias, una parte importante eran regresados a casa por no cumplir con los criterios Triage de urgencias (Farrohknia et al.,

2011) y otra parte de la población eran enviados a la torre de especialidades, volviéndose así pacientes excluidos de la investigación por no pertenecer a urgencias. A pesar de lo anterior, se decidió evaluar a los pacientes, por lo que se recomienda que se establezcan criterios más precisos sobre cómo identificar a aquel que tenga un policonsumo.

Algunos criterios que se proponen para diferenciarlos son: evaluar a todos los pacientes por medio de un pequeño cuestionario destinado a identificar primariamente el policonsumo, así como evaluar a los pacientes en espera para poder pasar a su primera consulta, de igual forma, la evaluación de sustancias por medio de evaluaciones biológicas podrían ayudar a una identificación mayor del problema y a disminuir la deseabilidad social, cuando el paciente reporta su consumo (Stein & Geraedts, 2017).

Cabe mencionar que en este estudio se excluyeron del análisis a los consumidores de una sustancia y también a los pacientes que reportaban no haber consumido ninguna sustancia en el último año, es probable que si se eliminan dichos criterios, se pueda incrementar la muestra recolectada. Se sugiere que la selección de instrumentos sea sensible a la población de urgencias médicas, ya que aun cuando los instrumentos utilizados en esta investigación fueron validados en población mexicana, esta misma difiere de las necesidades de urgencias, por lo cual no han sido adaptadas a las especificaciones de los participantes en este servicio. Lo anterior descrito es una limitante observada en esta investigación ya que pudo derivar en la falta de sensibilidad de la prueba ocasionando un sesgo entre las dos variables (Hernández et al., 2014).

Un ejemplo de lo anterior es el ASSIST (Humenuk et al., 2011), ya que originalmente fue creada para ser aplicado en atención primaria y no en urgencias, en atención primaria se asume que los pacientes estarán en condiciones biológicas necesarias para poder reportar información – aún y de manera retrospectiva- sin embargo, esa condición no necesariamente se cumple en los pacientes que llegan a urgencias médicas, ya que sus condiciones de salud o grado de intoxicación, podrían influir en la calidad de la información proporcionada o en la capacidad del paciente de recordar dicha información.

Se recomienda también contar con un número mayor de la muestra de policonsumidores evaluados, ya que al contar con una muestra pequeña, se podrían efectuar error tipo 1 o tipo 2; (Betz, M.A. & Gabriel, K.R, 1978) y con ellos dar falsos positivos y negativos. Futuras investigaciones podrían beneficiarse de las recomendaciones dadas.

Por otra parte, al tratarse de un estudio novedoso, no solo en cuanto a la interrogación de investigación, sino al marco muestral y al uso de los instrumentos en la muestra, el margen de error derivado de esto podría acortar de manera significativa la validez de la investigación, debido a esto se exhorta realizar al menos una réplica y comprobar la continuidad de los resultados.

Considerando las variables del presente estudio, se podría plantear el desarrollo y aplicación de un taller en la cual se enseñen estrategias y ofrezcan herramientas para el manejo y reducción de consumo de sustancias; e incluir otras variables como sintomatología depresiva o malestar emocional. También, se podría establecer un programa de apoyo social a los pacientes que les

propongan apoyo instrumental y emocional a los policonsumidores y comparar sus resultados en cuanto a sintomatología ansiosa y policonsumo de sustancias con un grupo que no cuente con el acceso a dicho centro, de esta manera teniendo un grupo control, podría identificarse la magnitud del efecto y esclarecer si existe una relación de causalidad entre las variables antes mencionadas en la población de estudio.

A pesar de las limitaciones descritas con anterioridad, esta investigación proporciona evidencia de la importancia que tienen los casos asociados al policonsumo en el área de urgencias, esto sin lugar a dudas constituye un paso adelante en las características de la población, ya que tradicionalmente, la literatura únicamente se ha enfocado en pacientes de hospitales psiquiátricos o a población en general eludiendo las necesidades en el área de urgencias médicas (López et al., 2005; Matos et al., 2018). Además en México son nulas las investigaciones que manejen las variables previamente mencionadas justificando así, la necesidad de apoyo psicológico, lo cual contrasta con el escaso apoyo psicológico que se brinda en los servicios de urgencias en los Hospitales de México; lo anterior significa un gran reto para la Psicología de la Salud, con un campo tan grande como lo son las áreas de urgencias médicas a nivel nacional.

Una parte pertinente en el presente estudio es el proporcionar información acerca de centros capacitados para prevención y apoyo a personas con adicciones. Existen programas a nivel nacional dirigido a personas con problemas de consumo de drogas legales e ilegales. Comúnmente este tipo de centros está conformado por expertos en el tratamiento de adicciones de varias disciplinas como medicina, trabajo social, psicología y enfermería.

Todos los centros se encuentran capacitados en varios programas para abarcar a la mayoría de la población con consumo riesgoso, también hay atención por medio del internet, un proyecto creado por la secretaria de salud a través de la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). También encontramos centro de atención telefónica con atención a toda la república mexicana las 24 horas del día.

Por otra parte están los centros de integración juvenil (CIJ), el CIJ cuenta con una experiencia de casi cinco décadas, realizando actividades encaminadas a la prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación científica acerca del consumo de drogas en México. Su red nacional está conformada por 117 unidades distribuidas a lo largo del territorio nacional; 11 son de Hospitalización y 2 son Clínicas de Atención a Usuarios de Heroína, ubicadas en zonas estratégicas y de alto riesgo del consumo de drogas, en las que un equipo interdisciplinario de alrededor de 1,300 personas, apoyadas por poco más de 8 mil voluntarios, impactaron en 2017 a 10.4 millones de personas en los servicios de prevención y tratamiento.

Finalmente y con todo lo anteriormente mencionado, se puede concluir que no existe una correlación entre la sintomatología ansiosa y el policonsumo en los pacientes que asisten al servicio de urgencias médicas del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

## VI. BIBLIOGRAFÍA

- Adam, A., Faouzi, M., Yersin, B., Bodenmann, P., Daeppen, J.-B., & Bertholet, N. (2016). Women and Men Admitted for Alcohol Intoxication at an Emergency Department: Alcohol Use Disorders, Substance Use and Health and Social Status 7 Years Later. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 51(5), 567-575 Doi: alcalcagw035.
- American Psychiatric Association [APA] (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4ª edición-Texto revisado (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA
- Anderson, R. E., Bonar, E. E., Walton, M. A., Goldstick, J. E., Rauch, S. A. M., Epstein-Ngo, Q. M., & Chermack, S. T. (2017). A Latent Profile Analysis of Aggression and Victimization Across Relationship Types Among Veterans Who Use Substances. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 78(4), 597-607.
- Anderson, R. E., Hruska, B., Boros, A. P., Richardson, C. J., & Delahanty, D. L. (2018). Patterns of co-occurring addictions, posttraumatic stress disorder, and major depressive disorder in detoxification treatment seekers: Implications for improving detoxification treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 86, 45-51. Doi: j.jsat.2017.12.009.
- Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine* (1982), 61(4), 755–765. Doi: j.socscimed.2004.08.066
- 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. Doi: j.rmta.2017.05.001
- Betz, M.A. & Gabriel, K.R., "Type IV Errors and Analysis of Simple Effects", *Journal of Educational Statistics*, Vol.3, No.2, (1978), pp. 121–144.

- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Cherpitel, C., Casanova, L., Mondragón, L., & Romero, M. (1999). Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. *Salud Pública de México*, 41(1). Doi: S003636341999000100002
- Chartoff, E. H., & Carlezon, W. A. (2014). Drug withdrawal conceptualized as a stressor. *Behavioural Pharmacology*, 25(5-6), 473-492. Doi: FBP.00000000000000080
- Cox, S., Bertoux, M., Turner, J. J. D., Moss, A., Locker, K., & Riggs, K. (2018). Aspects of alcohol use disorder affecting social cognition as assessed using the Mini Social and Emotional Assessment (mini-SEA). *Drug and Alcohol Dependence*, 187, 165-170. Doi: j.drugalcdep.2018.03.004
- D'Onofrio, G., Becker, B., & Woolard, R. H. (2006). The impact of alcohol, tobacco, and other drug use and abuse in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 24(4), 925-967. Doi: j.emc.2006.06.008
- Definition of Emergency Medicine. (2016). *Annals of Emergency Medicine*, 68(1), 142-143. Doi: j.annemergmed.2016.04.040
- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT] (2017), Reporte de Drogas. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017.
- Endler, N. S., & Kocovski, N. L. (2001). State and trait anxiety revisited. *Journal of anxiety disorders*, 15(3), 231-245
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* (New York, N.Y.), 196(4286), 129-136.

- Farrohknia, N., Castrén, M., Ehrenberg, A., Lind, L., Oredsson, S., Jonsson, H., Göransson, K. E. (2011). Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19, 42. Doi: 1757-7241-19-42
- Gigengack, R. (2014). The chemo and the mona: inhalants, devotion and street youth in Mexico City. *The International Journal on Drug Policy*, 25(1), 61-70. Doi: j.drugpo.2013.08.001
- Grau, A. y Hernández, E. (2005). *Psicología De La Salud: Aspectos Históricos y conceptuales*. Hernández, E., Grau, J. (Comps) *Psicología de La Salud: Fundamentos y Aplicaciones*. Guadalajara: Centro Universitario En Ciencias de La Salud, 2005, 33 84, 1–41.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P., Méndez Valencia, S., & Mendoza Torres, C. P. (2014). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw-Hill Education.
- Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 206-221.
- Humeniuk R.E., Henry-Edwards S, Ali RL, Poznyak V y Monteiro M (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Hunt, G. E., Malhi, G. S., Cleary, M., Lai, H. M. X., & Sitharthan, T. (2016). Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990-2015: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 206, 331-349. Doi: j.jad.2016.07.011
- Indig, D., Copeland, J., Conigrave, K. M., & Arcuri, A. (2010). Characteristics and comorbidity of drug and alcohol-related emergency department presentations detected by nursing triage text. *Addiction (Abingdon, England)*, 105(5), 897-906. Doi: j.1360-0443.2009.02857.x

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud.

Irurtia, M., Caballo, V., & Ovejero, A. (2009). Trastorno de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas / Substance-induced anxiety disorder. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17, 155-168.

Kinner, S. A., Alati, R., Watt, K., Najman, J. M., Fowler, G., & Green, D. (2005). Substance misuse, anxiety and depression and urgency of presentation to a public emergency department in Australia. *Emergency Medicine Australasia: EMA*, 17(4), 363-370. Doi: j.1742-6723.2005.00758.x

López Alvarenga, J.C., González Barranco, J., Salin Pascual, R. J, Sierra Ovando, Á.E., Arcila Martínez, D., & Vázquez Velázquez, V. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) *Revista de investigación clínica* 54 (5) 403-409.

Lopez, B., Turner, R. J., & Saavedra, L. M. (2005). Anxiety and risk for substance dependence among late adolescents/young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(3), 275-294. Doi: j.janxdis.2004.03.001

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *The American Psychologist*, 35(9), 807-817.

Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral Health's Challenge to Academic, Scientific, and Professional Psychology. *American Psychologist*, 37 (1), 1-14.

Matos, D., B, M., Mola, D., L, C., Trettim, J. P., Jansen, K., & Quevedo, L. de A. (2018). Psychoactive substance abuse and dependence and its association with anxiety disorders: a

population-based study of young adults in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (AHEAD), 0-0. Doi: 1516-4446-2017-2258

National Institute on Drug Addiction [NIDA]. (2014, July 1). Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction> on 2018, April 8.

National Institute on Drug Addiction [NIDA]. (2017, March 23). Health Consequences of Drug Misuse. <https://www.drugabuse.gov/related-topics/health-consequences-drug-misuse> on 2018, April 8

Nunes, M., Garcia, C., y Alba, S. (2006). Evaluación psicológica en la salud: contextos actuales. *Estudios Sociales*, 14 (28), 137–161.

Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías. (2017). *Informe europeo sobre drogas: tendencias y novedades*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODC] (2017), Informe mundial sobre las drogas 2017, publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.17.XI.6).

Omran, A. R. (1971). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 731-757. Doi: j.1468-0009.2005.00398.x

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2004), Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (1978). Alma Ata. Recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21370es/s21370es.pdf>

- Owens, P. L., Mutter, R., & Stocks, C. (2006). Mental Health and Substance Abuse-Related Emergency Department Visits among Adults, 2007: Statistical Brief #92. En *Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK52659/>
- Peterson R. A., Reis S. (1992). *Anxiety sensitivity manual* (2nd ed.), International Diagnostics Systems, Washington, OH (1992)
- Polanco-González, C., Castañón-González, J. A., Buhse, T., Samaniego-Mendoza, J. L., Arreguín-Nava, R., & Villanueva-Martínez, S. (2013). [Modified overcrowd index in emergency room]. *Gaceta Medica De Mexico*, 149(4), 417-424.
- Sánchez, I. P., Domínguez, M., León, S. F., Domínguez, M. R., Torres, N. G., Martínez, A. R. Macías, C. G. (2016). Anxiety disorders and substance abuse. *European Psychiatry*, 33, S474. Doi: j.eurpsy.2016.01.1378
- Sanjuan, P. M., Rice, S. L., Witkiewitz, K., Mandler, R. N., Crandall, C., & Bogenschutz, M. P. (2014). Alcohol, tobacco, and drug use among emergency department patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 138, 32-38. Doi: j.drugalcdep.2014.01.025
- Scandinavian Journal of Trauma, *Resuscitation and Emergency Medicine*, 19, 42. Doi: 1757-7241-19-42.
- Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. (1978). Yale Conference on Behavioral Medicine: a proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 3-12.
- Smith, J. P., Book, S. W. (2010). Anxiety and Substance Use Disorders: A Review, 9. SSA.DGIED. Boletín de Información Estadística No. 35, vol. III. 2015.

- Stathopoulou, G., Pollack, M. H., & Otto, M. W. (2018). Anxiety sensitivity moderates drug cravings in response to induced negative affect in opioid dependent outpatients. *Addictive Behaviors*, 84, 75-78. Doi: j.addbeh.2018.03.020
- Stein, J., & Geraedts, M. (2017). [Substance abuse detection in substitution therapy : Oral fluid versus urine screening]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 60(11), 1261-1268. Doi: s00103-017-2630-x
- Wolitzky-Taylor, K., Operskalski, J. T., Ries, R., Craske, M. G., & Roy-Byrne, P. (2011). Understanding and Treating Comorbid Anxiety Disorders in Substance Users: Review and Future Directions. *Journal of Addiction Medicine*, 5(4), 233-247. Doi: ADM.0b013e31823276d7
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-3

## ANEXO "A" CONSENTIMIENTO INFORMADO

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 ingreso 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 Carrillo al (01 55) 4000-3000 Ext 8216, o con el Presidente del Comité de Ética de Investigación, Dr. Samuel Weingerz Mehl al (04 55) 4000 000 Ext 8233.



## ANEXO "B" INSTRUMENTOS UTILIZADOS.



NÚMERO DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

## FICHA DE IDENTIFICACIÓN

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

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



### ENTREVISTA INICIAL

|   |
|---|
| <p><i>¿Cuál sería su motivo de consulta? Se responde al final de la evolución</i></p>   |
| <p><i>Motivo de ingreso Urgencias / Tratamiento o resolución al problema médico</i></p>   |
| <p><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></p> |
| <p><i>¿Con quién vive actualmente?</i></p>  |
| <p><i>¿Cuántas personas viven con el px?</i></p>  |



*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 a cuáles 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 elijas la que mejor describa tu situación en los últimos 7 días.

|  |                              |                              |                            | A | D |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------------------|---|---|
| <b>1. Me siento lento (a) o nervioso (a)</b>   |                              |                              |                            |   |   |
| Todo el día<br>3   | Casi todo el día<br>2        | De vez en cuando<br>1        | Nunca<br>0                 |   |   |
| <b>2. Sigo disfrutando las mismas cosas de siempre</b>                                 |                              |                              |                            |   |   |
| Casi siempre<br>0  | Frecuentemente<br>1          | Rara vez<br>2                | No en lo absoluto<br>3     |   |   |
| <b>3. Siento una especie de temor como si algo fuera a suceder</b>                     |                              |                              |                            |   |   |
| Si y muy intenso<br>3  | Si, pero no muy intenso<br>2 | Si, pero no me preocupa<br>1 | No siento nada de eso<br>0 |   |   |
| <b>4. Soy capaz de verme y ver el lado bueno de las cosas</b>                          |                              |                              |                            |   |   |
| Casi siempre<br>0  | Frecuentemente<br>1          | Rara vez<br>2                | No en lo absoluto<br>3     |   |   |
| <b>5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones</b>                                      |                              |                              |                            |   |   |
| Todo el día<br>3   | Casi todo el día<br>2        | De vez en cuando<br>1        | Nunca<br>0                 |   |   |
| <b>7. Soy capaz de permanecer sentado (a) tranquila y relajadamente</b>                |                              |                              |                            |   |   |
| Casi siempre<br>0  | Frecuentemente<br>1          | Rara vez<br>2                | No en lo absoluto<br>3     |   |   |
| <b>8. Me siento lento (a) y torpe</b>  |                              |                              |                            |   |   |
| Todo el día<br>3   | Casi todo el día<br>2        | De vez en cuando<br>1        | Nunca<br>0                 |   |   |
| <b>10. He perdido el interés por mí aspecto personal</b>                               |                              |                              |                            |   |   |
| Casi siempre<br>3  | Frecuentemente<br>2          | Rara vez<br>1                | No en lo absoluto<br>0     |   |   |
| <b>11. Me siento inquieto (a) como si no pudiera dejar de moverme</b>                  |                              |                              |                            |   |   |
| Casi siempre<br>3  | Frecuentemente<br>2          | Rara vez<br>1                | No en lo absoluto<br>0     |   |   |
| <b>12. Espero las cosas con ilusión</b>  |                              |                              |                            |   |   |
| Casi siempre<br>0  | Frecuentemente<br>1          | Rara vez<br>2                | No en lo absoluto<br>3     |   |   |
| <b>13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor</b>               |                              |                              |                            |   |   |
| Casi siempre<br>3  | Frecuentemente<br>2          | Rara vez<br>1                | No en lo absoluto<br>0     |   |   |
| <b>14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, un programa de radio o televisión</b> |                              |                              |                            |   |   |
| Casi siempre<br>0  | Frecuentemente<br>1          | Rara vez<br>2                | No en lo absoluto<br>3     |   |   |

Ansiedad (A): \_\_\_\_\_ Depresión (D): \_\_\_\_\_



**ASSIST:** Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas a lo largo de la vida y en los últimos tres meses. Es importante mencionarle que toda la información que usted me proporciona es estrictamente confidencial y tiene fines profesionales.

1. A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)

|  |    |    |
|--|----|----|
| A. Tabaco  | Si | No |
| B. Bebidas alcohólicas                               | Si | No |
| C. Cannabis  | Si | No |
| D. Cocaína (roca, crack, etc.)                       | Si | No |
| E. Estimulantes de tipo anfetamínico                 | Si | No |
| F. Inhalantes  | Si | No |
| G. Sedantes o pastillas para dormir                  | Si | No |
| H. Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, ketamina, etc.) | Si | No |
| I. Opiáceos  | Si | No |
| J. Otros, especifique:                               | Si | No |

Si todo lo consume fuera de estas preguntas, ¿de qué modo se consumió?  
Si lo consume en alguna de estas preguntas, ¿dónde lo consume?  
Si alguna respuesta es positiva, ¿cuál es la pregunta 1 para cada sustancia consumida?

2. En los últimos tres meses, ¿cuál fue su nivel de consumo de cada sustancia consumida?

|                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| A. Tabaco                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| B. Bebidas alcohólicas               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C. Cannabis                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D. Cocaína (roca, crack, etc.)       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| E. Estimulantes de tipo anfetamínico | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| F. Inhalantes                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| G. Sedantes o pastillas para dormir  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H. Alucinógenos                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| I. Opiáceos                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| J. Otros, especifique:               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Si todo lo consume en estas preguntas, ¿de qué modo se consumió?  
Si lo consume en alguna de estas preguntas, ¿dónde lo consume?  
Si alguna respuesta es positiva, ¿cuál es la pregunta 2 para cada sustancia consumida?

3. En los últimos tres meses, ¿cuál fue su nivel de consumo de cada sustancia consumida en el último día de consumo de cada sustancia consumida?

|                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| A. Tabaco                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| B. Bebidas alcohólicas               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C. Cannabis                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D. Cocaína (roca, crack, etc.)       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| E. Estimulantes de tipo anfetamínico | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| F. Inhalantes                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| G. Sedantes o pastillas para dormir  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H. Alucinógenos                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| I. Opiáceos                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| J. Otros, especifique:               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

4. En los últimos tres meses, ¿cuál fue su nivel de consumo de cada sustancia consumida en el día de consumo de cada sustancia consumida en el día de consumo de cada sustancia consumida en el día de consumo de cada sustancia consumida?

|                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| A. Tabaco                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| B. Bebidas alcohólicas               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C. Cannabis                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D. Cocaína (roca, crack, etc.)       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| E. Estimulantes de tipo anfetamínico | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| F. Inhalantes                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| G. Sedantes o pastillas para dormir  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H. Alucinógenos                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| I. Opiáceos                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| J. Otros, especifique:               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

5. En los últimos tres meses, ¿cuál fue su nivel de consumo de cada sustancia consumida en el día de consumo de cada sustancia consumida en el día de consumo de cada sustancia consumida?

|                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| A. Tabaco                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| B. Bebidas alcohólicas               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| C. Cannabis                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| D. Cocaína (roca, crack, etc.)       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| E. Estimulantes de tipo anfetamínico | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| F. Inhalantes                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| G. Sedantes o pastillas para dormir  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| H. Alucinógenos                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| I. Opiáceos                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| J. Otros, especifique:               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

6. ¿Alguna vez se sintió, se sintió o sintió con la necesidad de consumir alguna sustancia consumida en el día de consumo de cada sustancia consumida en el día de consumo de cada sustancia consumida?

|                                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--------------------------------------|---|---|---|---|
| A. Tabaco                            | 0 | 1 | 2 | 3 |
| B. Bebidas alcohólicas               | 0 | 1 | 2 | 3 |
| C. Cannabis                          | 0 | 1 | 2 | 3 |
| D. Cocaína (roca, crack, etc.)       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| E. Estimulantes de tipo anfetamínico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| F. Inhalantes                        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| G. Sedantes o pastillas para dormir  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| H. Alucinógenos                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| I. Opiáceos                          | 0 | 1 | 2 | 3 |
| J. Otros, especifique:               | 0 | 1 | 2 | 3 |

Responda las preguntas 6 y 7 para cada sustancia que ha consumido (pregunta 5).

7. ¿Ha intentado alguna vez consumir, reducir o dejar de consumir alguna sustancia consumida en el día de consumo de cada sustancia consumida en el día de consumo de cada sustancia consumida?

|                                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--------------------------------------|---|---|---|---|
| A. Tabaco                            | 0 | 1 | 2 | 3 |
| B. Bebidas alcohólicas               | 0 | 1 | 2 | 3 |
| C. Cannabis                          | 0 | 1 | 2 | 3 |
| D. Cocaína (roca, crack, etc.)       | 0 | 1 | 2 | 3 |
| E. Estimulantes de tipo anfetamínico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| F. Inhalantes                        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| G. Sedantes o pastillas para dormir  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| H. Alucinógenos                      | 0 | 1 | 2 | 3 |
| I. Opiáceos                          | 0 | 1 | 2 | 3 |
| J. Otros, especifique:               | 0 | 1 | 2 | 3 |

Nota: Si se ha intentado reducir o dejar de consumir alguna sustancia consumida en el día de consumo de cada sustancia consumida en el día de consumo de cada sustancia consumida, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

8. ¿Alguna vez se sintió, se sintió o sintió con la necesidad de consumir alguna sustancia consumida en el día de consumo de cada sustancia consumida en el día de consumo de cada sustancia consumida?

| No, nunca | Si, en los últimos tres meses | Si, pero no en los últimos tres meses |
|-----------|-------------------------------|---------------------------------------|
|           |                               |                                       |

## Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol AUDIT

### VERSION ENTREVISTA

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT diciendo "Ahora voy a hacerle unas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año". Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de consumiciones («bebidas estándar»). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

|  | 0         | 1                        | 2   | 3                          | 4                         |
|--|-----------|--------------------------|---|----------------------------|---------------------------|
| 1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?<br>(Si marca nunca, pasar a pregunta 3)   | Nunca     | Una o menos veces al mes | De 2 a 4 veces al mes                         | De 2 a 3 veces a la semana | 4 o más veces a la semana |
| 2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?   | 1 o 2     | 3 o 4                    | 5 o 6   | 7, 8 o 9                   | 10 o más                  |
| 3. 3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?<br>(Pase a las preguntas 8 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0) | Nunca     | Menos de una vez al mes  | Mensualmente                                  | Semanalmente               | A diario o casi a diario  |
| 4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber?   | Nunca     | Menos de una vez al mes  | Mensualmente                                  | Semanalmente               | A diario o casi a diario  |
| 5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?                                   | Nunca     | Menos de una vez al mes  | Mensualmente                                  | Semanalmente               | A diario o casi a diario  |
| 6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?    | Nunca     | Menos de una vez al mes  | Mensualmente                                  | Semanalmente               | A diario o casi a diario  |
| 7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?                        | Nunca     | Menos de una vez al mes  | Mensualmente                                  | Semanalmente               | A diario o casi a diario  |
| 8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?             | Nunca     | Menos de una vez al mes  | Mensualmente                                  | Semanalmente               | A diario o casi a diario  |
| 9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?   | (0)<br>No |                          | (2)<br>Sí, pero no en el curso del último año |                            | (4)<br>Sí, el último año  |

### ADHERENCIA

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

| Afirmación  | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 |
|---|---|----|----|----|-----|
| 1. Ingiere mis medicamentos de manera puntual   |   |    |    |    |     |
| 2. No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero 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 demuestra 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   |   |    |    |    |     |

## **ANEXOS “C” RESULTADOS O FOTOGRAFÍAS**

Debido a la naturaleza de la investigación, la cual fue aprobada por el comité de ética y de investigación del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” ubicado en la ciudad de México, no es posible mostrar fotos o evidencias de lo contestado, ya que los pacientes firmaron un consentimiento informado en el cual se detalla que sus datos serán únicamente utilizados con una finalidad de investigación y siempre se mantendrá el anonimato de los sujetos.