



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Depresión y adherencia terapéutica en pacientes con  
diabetes tipo II en el área de urgencias

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

**Melissa Aragus Negrete De Anda**

**Director:** Dr. Edgar Landa Ramírez

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2019.



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.

## Dedicatorias

A mi madre Araceli De Anda Sánchez, te dedico este trabajo como una muestra de admiración y respeto porque haz sido mi mayor juez y jurado siempre que se necesitó pero sobre todo porque sin ti esta faceta “psicológica” de mi vida no se hubiera escrito. Gracias totales.

A mi hija Vanessa, la niña de los ojos rellenos de universo. Mi mayor tesoro es el amor que me das en forma de abrazos, juegos y risas. Te agradezco por toda la felicidad que me haz generado desde tus primeras muestras de existencia así como la gran naturalidad y comprensión con la que te manejas siendo tan pequeña ante mis equivocaciones como madre primeriza.

A mi abuela, ojalá fueras eterna. Las enseñanzas y moralejas que siempre tienes para dar se han quedado en mí a lo largo de los años, tu voz repleta de experiencia me acompaña siempre; gracias por tanto, Sra. Ninfa Sánchez Soto.

A mi tíos de lazo materno: Luis Alfonso De Anda Sánchez, por regalarme junto a tu familia memorables recuerdos de infancia y por ser la persona más noble y bondadosa que conozco; a Beatriz De Anda Sánchez, porque el afecto que tienes para dar y tus muestras de fortaleza y valentía ante las adversidades siempre han sido y siempre serán mis modelos a seguir; a Jesús Norberto De Anda Sánchez, por ser uno de los primeros pilares de la familia y un ejemplo de perseverancia y resiliencia.

A mis amados abuelos: Jesús De Anda (†), Manuel Negrete (†) y Máximo Serrano (†).

Con profunda admiración y cariño para mi buena amiga Elizabeth Govea, que esta tesis sea la continuación de la promesa de ser algún día “el equipo TCC”.

A Chris, por inesperadamente unir tu esencia a la mía con calidez; por aparecer y permanecer a mi lado incluso cuando no podía notar hasta las cosas más evidentes. Siempre se trato de ti.

## **Agradecimientos**

Me gustaría comenzar agradeciendo al Dr. Edgar Landa Ramírez, mi director de tesis, porque mi estancia en el servicio Psicología Urgencias representó un gran paso en mi desarrollo como psicóloga y cimentó mi compromiso con la psicología y práctica basada en evidencia.

Al equipo de médicos de Urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, por su apoyo incondicional al gran proyecto del cual nació este trabajo primerizo.

A mis sinodales: al Dr. Juan José Sánchez Sosa y a la Dra. Alicia Vélez por todo el conocimiento transmitido a lo largo de estos años en la licenciatura y que por ázares de la vida tuve oportunidad de sacar a relucir en esta tesis; al Dr. Héctor Rafael Velázquez Jurado, mi revisor, por inspirar y ayudar a adentrarme a esta línea de investigación y a la Dra. Angélica Juárez, por su tiempo y sus valiosos aportes.

A la Dra. Alejandra Valencia Cruz, por su asesoramiento y paciencia que se notó cada vez que recurrí a usted en búsqueda de apoyo; a la Dra. Corina Cuevas Renaud y al equipo de “Salud Mental”: Cynthia, Lalo, Ricardo y Juan Manuel por sus valiosas aportaciones y retroalimentación durante este proceso que muchas veces parecía interminable. Les reconozco su pasión por la psicología y la enseñanza.

A mi amigo Alejandro Hernández Posadas, por mostrarme el camino en el momento crucial, brindarme tu apoyo académico y anímico siempre que lo necesité; eres un grandioso ser humano, lo cual explica las grandes atenciones que recibí de tu parte.

A los integrantes del programa de Psicología Urgencias, particularmente a Brenda, Jenny, Lorena, Mariel, Viridiana y Christopher, por su colaboración y sobre todo por todas esas veces que recorrimos terrenos repletos de aventuras inimaginables; a mi supervisora, Esmeralda Mendoza, gracias por compartir tu conocimiento y entrega por la práctica clínica, le aportaste mucho a mis convicciones relacionadas con el trato a pacientes.

A la familia De Anda (quiénes están conectados con el apellido a través del corazón o la sangre), todos y cada uno me han enseñado algo a lo largo de mi vida; a mis amigas: Tania, Viridiana y Guadalupe por la historia, el acompañamiento y los momentos compartidos.

A quienes me generaron conocimiento que terminó reflejado en esta tesis de una forma u otra.

| <b>Índice.</b>   | <b>Página</b> |
|--|---------------|
| Resumen.....   | 5             |
| Abstract.....  | 6             |
| <br>   |               |
| Capítulo 1.....  | 7             |
| Psicología de la Salud   |               |
| <br>   |               |
| Capítulo 2.....  | 15            |
| Sintomatología depresiva en pacientes con diabetes tipo II que asisten al<br>servicio de urgencias médicas |               |
| <br>   |               |
| Objetivo.....  | 37            |
| Método.....  | 38            |
| Variables.....   | 39            |
| Participantes.....   | 40            |
| Criterios de inclusión y exclusión.....  | 41            |
| Instrumentos.....  | 44            |
| Procedimiento.....   | 45            |
| Escenario.....   | 47            |
| <br>   |               |
| Análisis estadístico.....  | 47            |
| <br>   |               |
| Resultados.....  | 51            |
| <br>   |               |
| Discusión.....   | 66            |
| <br>   |               |
| Conclusiones.....  | 78            |
| <br>   |               |
| Referencias.....   | 80            |
| <br>   |               |
| Anexos.....  | 97            |

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación es determinar si existe una relación entre sintomatología depresiva y la adherencia terapéutica de pacientes con diabetes tipo II (DT2) que llegan al servicio de triage de urgencias médicas. Se empleó un diseño no experimental, transversal y correlacional. Participaron 48 pacientes con diagnóstico de diabetes tipo II (DT2) que acudieron a triage del servicio de urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. En la evaluación se recabaron datos sociodemográficos y se aplicó EAT para medir la percepción de la adherencia al tratamiento y HADS para medir sintomatología depresiva y ASSIST para identificar el consumo de sustancias. Se llevaron a cabo análisis de confiabilidad y análisis factorial para EAT dejándose solo los reactivos estadísticamente significativos para pacientes con diagnóstico establecido (con o sin comorbilidades); se utilizó estadística descriptiva para datos sociodemográficos, porcentaje de adherencia y sintomatología depresiva; se aplicó rho de Spearman para la correlación con  $p \leq 0.05$  como nivel de significancia y se usó razón de momios. Se encontró que 29.8% de los participantes presentaban sintomatología depresiva, mientras que la mediana de adherencia global de la población con sintomatología depresiva es de 79.19, para toma de medicamentos fue de 81.25, para seguimiento médico 72.50 y autoeficacia 100. Se concluyó que existe correlación negativa entre la sintomatología depresiva y la adherencia terapéutica, principalmente en toma de medicamentos y en autoeficacia.

**PALABRAS CLAVE:** Depresión; Adherencia terapéutica; Diabetes tipo II; Toma de medicamentos; Seguimiento médico; Autoeficacia; Urgencias

## ABSTRACT

The objective of this research is to determine if there is a relationship between depressive symptomatology and therapeutic adherence of patients with type II diabetes (DT2) that responds to the emergency medical triage service. A non-experimental, cross-sectional and correlational design was used. 48 patients with DT2 participated who attended a triage of the emergency department of the General Hospital "Dr. Manuel Gea González; The evaluation collected sociodemographic data and EAT was applied to measure the perception of adherence to treatment and HADS to measure depressive symptomatology also the ASSIST to identify livelihood consumption. A reliability analysis and factor analysis were performed for EAT leaving only the statistically significant reagents for patients with established diagnostic (with or without comorbidities); descriptive statistics for sociodemographic data, percentage of adherence and depressive symptomatology were estimated; Spearman rho was applied for correlation with  $p \leq 0.05$  as a level of significance and odds ratio was used. It was found that 29.8% of the participants had depressive symptomatology, while the median overall adherence of the population with depressive symptomatology is 79.19, for taking medications was 81.25, for medical follow-up 72.50 and self-efficacy 100. It was concluded that there is a negative correlation between depressive symptomatology and therapeutic adherence, mainly in taking medications and self-efficacy.

**KEY WORDS:** Depression; Adherence treatment; Type II diabetes; taking medications; Medical monitoring; Self-efficacy; Emergencies

## Capítulo 1. Psicología de la salud

Inicialmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como un derecho humano fundamental en la declaración “Alma Ata” (Organización Mundial de la Salud, 1978), lo cual representó un avance importante en salud a nivel institucional, pues se determinó salvaguardar y promover la salud de todas las personas en el mundo, lo que ha implicado promover un estado de completo bienestar físico, mental y social, tal cual marca la definición en salud elaborada en su acta constitutiva de 1946 (OMS, 2014); ambos hechos contribuyeron a mejorar la definición anterior, en la que se consideraba que la salud era el mantenimiento de la ausencia de enfermedad.

Debido a que la salud se colocó como uno de los pilares de los derechos de forma abierta y reconocida a partir de este hecho histórico, se optó por estudiar el proceso por el cual los individuos pasan de estar sanos a enfermarse, con la finalidad de entender y cubrir las necesidades de la población mundial y descubrir qué factores que están involucrados en este fenómeno. De ahí surgen propuestas como las de Omran (1971) y Armelagos, Brown & Turner (2005), en las cuales, se pretendía explicar la forma de interacción dentro de un hecho dado a través del tiempo en el que las necesidades de las poblaciones se transforman, y el cual, fue definido por Omran como transición epidemiológica.

La interrelación entre factores demográficos, sociales y económicos, así como sus consecuencias modifican las características de una población, pues intervienen directamente en el proceso salud-enfermedad. Además, los factores demográficos también influyen a los factores económicos, lo que puede explicar por qué con el tiempo las enfermedades degenerativas han ido desplazando a las pandemias de infecciones que han asediado a las masas por siglos. Por tanto, este fenómeno es explicado de forma detallada a través de cinco proposiciones:

Primer supuesto. La mortalidad como el factor que afecta en mayor medida la dinámica en una población. De los cambios más notorios en una población está la tasa mortalidad, ya que no sólo permite comparar una población con otra, sino que, además, permite analizar la situación sanitaria de ese asentamiento, pues se identifican las principales enfermedades que derivan en muerte, las edades en la que los individuos son



más vulnerables entre otras cosas que han permitido los estudios poblaciones de forma más específica.

Supuesto 2. Durante dicha transición, los cambios a largo plazo se dan en forma de patrones de mortalidad y de enfermedades, por lo que las pandemias de infecciones comenzaron a ser desplazadas por enfermedades degenerativas también llamadas “hechas por el hombre” lo que las colocó como la primera causa de muerte. El mencionado cambio que tuvo lugar a través de los siglos se dividió en tres estadios principales:

- La era de la peste y el hambre. Caracterizada por mortalidad alta y fluctuante con poco crecimiento de población, con tasa y esperanza de vida baja (entre 20 y 40 años).
- La era de las pandemias en retroceso. Etapa en la que la mortalidad disminuyó así como las incidencias epidémicas es menos frecuente y prácticamente desaparece, la esperanza de vida llegó a los 30-50 años. El crecimiento de la población comenzó y se mantuvo en una curva exponencial.
- La era de las enfermedades degenerativas hechas por el hombre. La mortalidad se mantuvo en niveles muy bajos, de forma estable y continua, la esperanza de vida rebasó los 50 años de edad. La fertilidad fue un factor fundamental en el crecimiento poblacional. La razón por la que se dieron se debió a tres principales determinantes:
  - Ecobiológicos de mortalidad: patógenos, la resistencia que estos tienen y los niveles de hostilidad en el ambiente.
  - Socioeconómicos, políticos y culturales: incluye estilo de vida, hábitos de higiene y nutrición debido a que estos dependían de las mejoras implementadas en políticas públicas en salud de las sociedades de Europa Occidental.
  - Médicos y relacionados con la salud pública, las cuales se refieren a las medidas preventivas para evitar enfermedades y dentro de estas se encuentran mejoras en la sanidad pública y creación y desarrollo de tratamientos efectivos.

Supuesto 3. Los cambios más profundos en los patrones de salud y enfermedad se dieron a través de la población infantil y mujeres jóvenes. Los cambios suelen darse a través de edad y sexo de acuerdo a la proporción de la población. Por ejemplo, las mujeres en edad reproductiva suelen tener mejor salud y mayor longevidad, lo que puede explicarse a partir de los estadios hormonales, los cuales participan durante el proceso de concepción generando que la madre se encuentre en buenas condiciones, en caso de que haya crecimiento de un nuevo producto y su desarrollo se dé de forma óptima. Con respecto a la población infantil, dentro de los factores relacionados a su sobrevivencia están los biofisiológicos, socioeconómicos y psicológicos o emocionales. Este último fue tomado en cuenta ya que se identificó que los niños que formaban parte de familias pequeñas tenían mejor protección, cuidados y acceso a educación debido a un mayor esfuerzo y dedicación de los padres y repercutía en la sobrevivencia que tendrían a corto y largo plazo.

Supuesto 4. Los cambios en los patrones de salud y enfermedad que caracterizan a la transición epidemiológica están muy asociados a la transición demográfica y socioeconómica que constituye el complejo de modernización. Dicho de otra manera, las enfermedades se desarrollan en función de cómo crece y se extiende una población, puesto que al cubrir sus necesidades se exponen a nuevos retos que les demanda su ambiente, por lo tanto, los patrones de salud en una ciudad podrían ser muy distintos a los de los habitantes del campo, lo cual ocurre también al comparar a los habitantes de Níger en África que está considerado como país de bajo desarrollo el cual infecciones respiratorias, malaria, enfermedades diarreicas, complicaciones congénitas al nacimiento, desnutrición, entre otras son las principales causas de muerte (OMSa, 2013) con ciudades de grandes poblaciones en el mismo continente como Johannesburgo en Sudáfrica, donde las cinco principales causas de muerte son complicaciones por virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), accidentes cerebrovasculares, diabetes mellitus, desórdenes isquémicos del corazón, enfermedades infecciosas respiratorias (OMSb, 2013); también se debe tomar en cuenta que, la salud de un individuo dependerá del nivel socioeconómico al que pertenece, ya que los recursos que le permiten subsistir, como el la alimentación, el tipo de vivienda y la carga de trabajo representaran los factores protectores y de riesgo para que contraiga o desarrolle alguna enfermedad. De ahí que Omran mencionase algunos modelos que ayudaron a entender las dinámicas de las poblaciones en el siguiente supuesto.

Supuesto 5. Durante la transición epidemiológica, las variaciones singulares en los patrones, el ritmo, los determinantes y las consecuencias de los cambios en la población diferencian tres modelos básicos en la transición epidemiológica:

- Modelo clásico de Western. Está basado principalmente en Inglaterra, Gales y Suecia y describe una transición gradual y progresiva que pasó de tener una gran mortalidad (30 por cada 1000 personas) y alta natalidad (40 de 1000 personas) a tasas bajas de mortalidad (menos de 10 por cada 1000) y natalidad (menos de 20 por cada 1000). Durante este estadio tuvo lugar la epidemia de la peste y del hambre, en la última etapa de la época pre moderna y principios de la moderna. Los factores económicos y sociales tuvieron un papel fundamental en la precipitación de natalidad, pues había poco seguimiento en el control natal, mientras que la disminución de mortalidad se debió a un complejo de modernización.
- Modelo acelerado. Basado en la población de Japón, el proceso de cambios ocurrió en un lapso corto de tiempo, el aborto tuvo un papel fundamental. La disminución de la mortalidad se debió a los avances médicos y sanitarios, así como los adelantos que permitieron mayor desarrollo social.
- Modelo contemporáneo o retrasado. Representado por Chile y Ceylán. Se caracteriza por una disminución de la mortalidad relacionada con el uso de tecnología médica importada de otros países. La fecundidad no ha disminuido considerablemente por lo que se opta implementar planes de control natal.

Sin embargo, Armelagos et al. (2005), reconocen tres etapas de transición epidemiológica, que difieren de las plateadas de Omran, pues manifiestan que este proceso es el resultado de los cambios en la relación ecológica que hay entre humanos, patógenos y enfermedades. Para estos autores, la primera transición comenzó cuando se descubrió la agricultura, asegurando así aumento de población, domesticación de animales, sedentarismo, nuevas infecciones y una reorganización demográfica que desencadenó un desorden ecológico que conllevó el desarrollo de infecciones nuevas. La segunda transición epidemiológica se caracterizó por el decline de infecciones, el aumento de esperanza de vida y reducción en la mortalidad infantil, así como, el desarrollo de enfermedades crónicas y degenerativas en adultos como resultado de los

avances tecnológicos, sin embargo, la desigualdad social y económica generó un patrón discontinuo en el tipo de padecimientos que afectaban a la población pues las enfermedades degenerativas se volvieron propias de las clases emergentes (media y alta) mientras que las infecciosas se volvieron más comunes para el segmento de la población que sufría carencias económicas. Por otra parte, se menciona que la humanidad está pasando por la tercera transición, en la que hay una marcada globalización de enfermedades infecciosas propias de épocas como el neolítico y que han ido resurgiendo en los últimos años, aparición de nuevas patologías como fiebre hemorrágica coreana y dengue, por citar algunos ejemplos, así como el mantenimiento de las infecciones que comenzaron a darse en la primera y segunda etapa de transición epidemiológica. Todo lo anterior derivado principalmente de la proliferación demográfica y de la interacción social que se da a través del comercio internacional, los viajes y los avances tecnológicos. Cabe destacar, además, que la influencia negativa que suelen ejercer los factores ambientales y la conducta humana es grande. Dentro de los ambientales se incluye la adaptación microbiana mientras que en las acciones humanas se encuentran la pérdida de efectividad en antibióticos y la creación de enfermedades. También debe tomarse en cuenta que el papel activo que desempeña la población en su propio cambio puede verse influido por diversos factores que le impiden responder a su medio adecuadamente, entre los que se consideran están toxinas, patógenos, contaminantes y factores psicológicos.

Recapitulando hasta el momento, las enfermedades han estado presentes desde la antigüedad y han ido evolucionando a través del tiempo en función de las características de las poblaciones, las cuales varían dependiendo de la época en la que se desarrollan y de los componentes ambientales, sociales y económicos de los que están rodeados. Esta es la razón por la que resulta de vital importancia el estudio de las enfermedades y cómo se producen. De ahí que sea fundamental identificar cuáles han sido los métodos de intervención más eficaces, razón por la que diversos autores han expuesto la concepción de la enfermedad dentro del área de la salud, como Engel (1977) quién explica las características de dos corrientes predominantes: el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial.

Los principios del modelo biomédico clásico establecían que la medicina debe ser capaz de diagnosticar y brindar tratamiento una enfermedad, partiendo el precepto de que el proceso-salud enfermedad está limitado a lo biológico. Desde una perspectiva filosófica adopta el dualismo Cartesiano pues se basa en la postura mente-cuerpo de Descartes, por lo que ha sido catalogado como reduccionista. Dado que este modelo se enfoca únicamente en procesos somáticos, no tomaba en cuenta los padecimientos a nivel conductual a menos que se explicaran como anomalías en los procesos neurofisiológicos o bioquímicos, razón por la que esta perspectiva llegó a ser considerada exclusionista. Sin embargo, lo que ahora se considera como una deficiencia de este modelo, llevó a algunos investigadores a realizar los primeros intentos por indagar sobre los procesos psicológicos y su relación con las enfermedades biológicas; tal es el caso de Ayllon y Azrin (1965) trabajaron con pacientes que padecían esquizofrenia con mal pronóstico (es decir, se observaba poca mejoría con tratamiento farmacológico) y que se encontraban internados en un hospital. A través de un sistema motivacional, se incrementó el autocuidado, y se observó un aumento y mantenimiento de conductas que requerían altos niveles de ejecución y planeación. Como resultado, observaron un descenso de las conductas sintomáticas propias de la enfermedad como alucinaciones, delirios, aislamiento social. Fue gracias a este tipo de estudios que surgió el modelo biopsicosocial, el cual se caracterizó principalmente por la consideración en conjunto de factores psicológicos y somáticos o biológicos (Engel, 1977), pues se demostró que la enfermedad no sólo dependía del aspecto físico, sino también de los factores que rodeaban a los pacientes, lo que permitía tener un panorama más amplio de los padecimientos y ha generado nuevas formas de intervención certeras y eficaces hasta la actualidad. A causa de estos descubrimientos, se dio la creación de una nueva disciplina: la psicología de la salud, que ha tenido por objetivo la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades que tienen relación con el comportamiento humano, en diversos contextos como como el hospitalario, el laboral, el clínico y sus diferentes padecimientos (Varela, 2005).

De ahí que para 1970, se dio la creación de la división número 38 de la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés) que se especializa en psicología de la salud, la cual tiene como objetivo estudiar y entender la salud y enfermedad a través de la investigación básica y clínica, promover los servicios de psicología que intervengan e

influyan en el proceso salud-enfermedad, la prevención y tratamiento de enfermedades al igual que la identificación y diagnóstico de etiologías que se relacionan con disfunciones que impactan directamente en la salud y la enfermedad (Matarazzo, 1980; Wallston, 1996).

Toda esta apertura a relacionar los padecimientos con aspectos sociales y conductuales, generó que los estudios se conjuntasen en una nueva disciplina especializada: la medicina conductual, la cual es considerada como un campo disciplinario dedicado a promover la filosofía de salud a través del conocimiento científico, biomédico y conductual y establece que el individuo tiene un papel activo en su propio proceso. Su marco de acción se desarrolla a través del entrenamiento, investigación y práctica clínica, tratando así problemáticas en salud como cáncer, desórdenes cardiovasculares, abuso de alcohol y de drogas, así como de accidentes vehiculares, pues todo lo anterior suele tener una fuerte relación con la conducta de un individuo (Matarazzo, 1980; Matarazzo, 1982). Lo que ha sugerido que la conexión entre el comportamiento de los pacientes y la evolución de las enfermedades coinciden en las conductas que llevan a cabo en su vida cotidiana, por lo que otro ámbito de estudio de la disciplina ha sido estudiar cuáles de ellas resultan perjudiciales y cuáles son benéficas para su estado de salud. De esta manera, ha resultado fundamental el estudio de esa relación, tomando en cuenta que en los últimos años, se ha incrementado la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas como diabetes, migraña, enfermedad renal crónica conocida también como insuficiencia renal, VIH, hipertensión arterial y obesidad mórbida, padecimientos que además requieren una alta adherencia al tratamiento, sin embargo, si esto no se cumple, pueden llegar a generarse consecuencias altamente negativas en los resultados del tratamiento, lo que implica aumento en los gastos de salud pública y en la demanda de atención médica pues se traduce en complicaciones de la enfermedad, recaídas y aumento en el índice de hospitalizaciones (Howren & Gonzalez, 2016).

La diabetes es un padecimiento que ha sido foco de estudio de la psicología de la salud principalmente para tratar la falta de adhesión al tratamiento, en la que se han identificado como principal influencia factores personales como motivación, desconocimiento, baja autoestima y depresión; factores de la enfermedad, del tratamiento o incluso hasta del sistema de salud también han sido documentados (Erazo & Gálvez, 2014).

Las complicaciones que puede acarrear la falta de seguimiento al tratamiento tendrán que ser atendidas en los servicios de urgencias.

Al respecto, el servicio de urgencias inició en los años de 1970 y tuvo su auge en los años 90 (Suter, 2012), lo cual podría explicar por qué no hay tantos estudios respecto a las características de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas que acuden a esta área, sin embargo, un estudio realizado por Kutz et al. (2017) en Triage (Soler, Gómez-Muñoz, Bragulat & Álvarez, 2010) pertenecientes a servicios de urgencias en Suiza, USA y Francia, identificó que los pacientes con diabetes que recurren a triage por hiperglucemia tienen mayores posibilidades de tener resultados adversos respecto a su pronóstico, a ser ingresados a hospitalización y a tener mayor riesgo de mortalidad en 30 días, con respecto a los pacientes que acuden por hiperglucemia relacionada a otros padecimientos como desordenes cardiovasculares, enfermedades neurológicas, infecciones gastrointestinales, cáncer, entre otros, lo cual nos permite saber que esta población no sólo corre mayores riesgos de morir cuando existen complicaciones naturales de la enfermedad, sino que para atender dicho problema, se requiere de grandes esfuerzos médicos y gastos monetarios.

En resumen, la importancia de la adherencia terapéutica es grande si se busca mejorar la calidad de vida del paciente con enfermedades crónicas como diabetes, en la que es fundamental realizar conductas saludables como tomar la medicación, hacer ejercicio y mantener la dieta prescrita. El poco seguimiento a las indicaciones médicas está relacionada con los reingresos a los servicios de hospitalización y la alta demanda de atención médica, como ocurre en el área de urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, por tanto, el siguiente estudio pretende identificar si existe una relación entre variables psicológicas que como ya se describió, pueden influir de forma negativa en la adherencia terapéutica en la población que presenta dicho padecimiento y acude a triage, de forma que en el siguiente capítulo se explicarán las variables que componen el presente trabajo y el contexto en el que se desarrolló.

## Capítulo 2.

### **Sintomatología depresiva en pacientes con diabetes tipo II que asisten al servicio de urgencias médicas**

La diabetes se define como una condición degenerativa que consiste en una elevación crónica de la concentración de glucosa en la sangre denominada hiperglucemia y es provocada por un defecto en la acción o secreción (e incluso de ambos mecanismos) de la insulina, hormona que promueve la transportación de la glucosa del torrente sanguíneo a los tejidos y células del cuerpo. Esta incapacidad en su mecanismo de acción se debe principalmente a dos razones: la primera a que el páncreas deja de producir dicha hormona y segunda a que las células del cuerpo ya no responden ante ésta y generan resistencia a ella, también llamada tolerancia (Kharroubi, 2015; OMS, 2016; Federación Internacional de Diabetes [por sus siglas en inglés, IDF], 2016; 2017a).

La diabetes tipo II (DT2), en la cual se genera tolerancia a la insulina que el cuerpo produce, es el tipo más predominante en el 90% de los casos (IDF, 2017b). El número de personas que padece esta enfermedad incrementa cada año, aunado al hecho de que hay un aumento en la incidencia de casos en menores (Jensen & Dabelea, 2018; IDF, 2016). Entre los factores asociados a la enfermedad se encuentran: obesidad, alteración a la tolerancia a la glucosa, predisposición genética (Gloyn & Drucker, 2018). Mientras que los síntomas característicos para identificarla son polifagia, polidipsia y poliuria además de cansancio/fatiga, así como infecciones recurrentes, neuropatía y cicatrización lenta de heridas a causa de deformidad en los eritrocitos (Shin, Ku & Babu, 2007; Sanhueza, Concha, Durruty & García de los Ríos, 2014). De acuerdo con la OMS (2018), el diagnóstico por excelencia para identificar la enfermedad es a través dos pruebas sanguíneas en días diferentes que arrojen valores de concentración plasmática de glucosa por encima de 126 miligramos/decilitro o 200 miligramos/decilitro después de haber ingerido alguna solución de 75 gramos de glucosa dos horas antes; también puede utilizarse la prueba de hemoglobina glucosilada (HbA1C), la cual calcula el control metabólico que ha tenido la glucosa en sangre durante dos o tres meses anteriores.

La IDF indicó en el 2017, que este padecimiento es la novena causa de muerte a nivel mundial, provocando al menos 9.1 millones de muertes al año. Por lo cual, debe ser



considerada como una de las grandes emergencias a nivel mundial del siglo XXI, ya que su aumento en cifras es alarmante. En el 2014, había alrededor 422 millones de adultos con dicha enfermedad, y se estima que para el año 2040, habrá 642 millones de personas con este padecimiento en el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016; IDF, 2016).

Tan sólo en América del norte y Caribe había en el 2017, 46 millones de personas con este diagnóstico, estimándose que dicha cifra se elevará un 35% en la región, por lo cual podría alcanzar 62 millones de personas afectadas para el 2045 (IDF, 2017a).

A nivel mundial, México se ubica en el octavo lugar de los países que destinan mayor gasto a este padecimiento (IDF, 2017a). ENSANUT MC (2016) menciona que son alrededor de 6464800 personas las que recibieron un diagnóstico formal de diabetes, incluyendo diabetes tipo 1 (DT1), diabetes tipo 2 (DT2) y diabetes gestacional (DG). De esta población, 14.8% reportó (alrededor de 956790 personas) haber acudido a un servicio de urgencias en el último año durante 2016.

Para el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2015; 2017; 2018) esta enfermedad es considerada la segunda causa de muerte en México, con un total de 98521 muertes encontrándose por debajo del grupo de enfermedades del sistema circulatorio con una totalidad de 166934 el cual está constituido por 88134 muertes debido a disfunciones isquémicas del corazón, de las cuales 34106 muertes son cerebrovasculares, 23263 de tipo hipertensivas y otras 21421 sin especificar, esto tan solo al 2015. Sin embargo, diabetes tiene la cifra más grande de muertes por sí sola.

Desafortunadamente, este padecimiento no sólo tiene impacto epidemiológico, pues genera además consecuencias a nivel físico, psicológico, social y económico en quien la padece. De acuerdo con Flores-Hernández et al., (2015) puede llegar reducir la esperanza de vida en un promedio de 5-10 años ya que tiende generar otros problemas de salud como apnea del sueño, algunos tipos de cáncer (hígado, páncreas, útero, colon, pecho y vejiga), demencia y depresión (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [NIDDK], 2017); en las consecuencias económicas se encuentra la reducción del gasto familiar ya que se dedica gran parte de los recursos económicos y físicos al cuidado del paciente con DT2 (IDF, 2016; Grabowski, Andersen, Varming, Ommundsen & Willaing,

2017). Sin mencionar que la productividad de las personas con DT2 se ve interrumpida debido a que pueden verse obligadas a ausentarse del ámbito laboral, jubilarse de forma temprana en el mejor de los casos o incluso simplemente a abandonar su empleo y otras actividades que requieren esfuerzo físico por complicaciones de la enfermedad (Breton et al., 2013; Doubova, Borja-Aburto, Guerra-Y-Guerra, Salgado-De-Snyder, & González, 2018). Todas estas situaciones son mayormente visibles, por ejemplo, en aquellos pacientes que acuden al servicio hospitalario y ya presentan complicaciones de la enfermedad, generalmente a través de crisis de hipoglucemia o hiperglucemia (Tan & Flanagan, 2013), pie diabético (Ascencio-Montiel, 2018; Jeong et al., 2017) y dislipidemia (Lawrence et al. 2006). Lo cual es importante considerar si se toma en cuenta que algunas de estas complicaciones pueden llegar a exigir atención inmediata puesto que tienden a poner en riesgo la vida o la estabilidad física de los pacientes y los servicios de salud en México ante la sobrecarga que presentan (Secretaría de Salud [SS], 2017) pueden verse conflictuados en el momento de brindar atención a todos aquellos que la solicitan.

De acuerdo con la SS, durante el 2015 se proporcionaron un total de 37471913 consultas en urgencias a nivel nacional, de las cuales 12.05 millones de consultas fueron brindadas a población no derechohabiente en sus servicios (Secretaría de Salud, 2017) como es el caso del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” en la Ciudad de México. Esto es relevante porque si bien no hay datos de SS que reporten cuantos casos atienden de personas con diabetes en urgencias al año, la Encuesta Nacional de Nutrición de Medio Camino [ENSANUT MC] (2016), reportó que de 6464800 personas con diagnóstico de diabetes el 87.8% manifestó recibir tratamiento para controlar su enfermedad, el 46.6% reportó que no realiza medidas preventivas para controlar su enfermedad, 16.0% mencionó haber estado hospitalizado por más de 24 horas y el 14.8% reportó haber ingresado a urgencias médicas en el último año.

Urgencias médicas es una especialidad médica dedicada al diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión imprevista. En el cuarto “Modelo de la Práctica clínica de emergencia” se engloba el cuerpo de conocimientos de esta especialidad. La práctica de urgencias incluye evaluación inicial, el diagnóstico, tratamiento, coordinación de atención y cuidado entre múltiples proveedores, así como el cuidado de cualquier

paciente que requiera atención médica, quirúrgica o psiquiátrica (American College of Emergency Physicians, 2016).

Dentro de urgencias hay un protocolo de intervención, el cual se denomina Triage y permite gestionar el flujo de pacientes cuando la demanda es alta en los servicios de salud (Soler et al., 2010). Las escalas guía en las que se ha construido tienen como finalidad la toma de decisiones acertadas y pertinentes por parte del personal de salud en función de las necesidades de los pacientes con el objetivo de canalizarlos al área apropiada, de tal forma que se puedan identificar a aquellos que se encuentran en riesgo o reevaluarlos en caso de ser necesario (Farrohknia et al., 2011; Soler et al., 2010). De tal forma que se pueda organizar y priorizar la atención a partir de criterios como: si el paciente se encuentra o no en riesgo vital, la severidad de la condición médica, la intensidad de los síntomas, los signos vitales, si la atención inmediata puede coadyuvar a la estabilización del estado del paciente incluso antes de iniciar el tratamiento (Farrohknia et al., 2011). Varios de los pacientes atendidos en el Triage, presentan diversos padecimientos crónicos degenerativos como: hipertensión, enfermedades respiratorias, cardíacas y diabetes así como sus posibles complicaciones derivadas del mal manejo de la enfermedad.

Sin embargo, debe considerarse que dichas complicaciones tienen un proceso de evolución. En el caso de DT2, cuando un paciente es diagnosticado con la enfermedad, éste debe seguir un tratamiento permanente prescrito por el médico. Al respecto, organizaciones de carácter mundial como la FID (2016) hacen hincapié en que la diabetes puede ser controlada efectivamente si el afectado es capaz de reducir el sobrepeso, adopta buenos hábitos de dieta y realiza ejercicio de forma regular, en combinación al uso de la medicación prescrita. El apego a este nuevo tratamiento se denomina adherencia terapéutica, la cual se define como el conjunto de comportamientos dirigidos a preservar la salud e incluye acciones como buscar atención médica, conseguir y tomar el medicamento apropiado y recetado por el médico, asistir a las consultas de seguimiento y tener conductas que favorezcan el autocuidado (OMS, 2003). Existen factores ambientales, interpersonales e intrapersonales que influyen directamente en la manera en que el paciente sigue el tratamiento (). Dentro de los intrapersonales se encuentran la edad y el género (Egede et al., 2011), el abuso de alcohol (Gant et al., 2018), el distrés (Halepian, Saleh, Hallit &

Khabbaz, 2018), al igual que la autoeficacia y la depresión (González et al., 2007). Pero también puede verse influido por el hecho de que el paciente debe realizar muchos cambios en sus patrones de conducta para lograr seguir de forma adecuada el régimen del tratamiento, lo que puede generar un estado de angustia y rechazo a la nueva condición de vida (Medel y González, 2006). Entonces recapitulando hasta el momento, existen múltiples factores que median la adherencia terapéutica, especialmente los de tipo psicológico como el distrés, la autoeficacia y la depresión. Sin embargo, se destaca que sean cuales sean los factores intervinientes, si el paciente no es adherente al tratamiento de forma constante y prolongada comienzan a generarse las complicaciones físicas de la enfermedad anteriormente mencionadas y otras como insuficiencia cardíaca o enfermedades vasculares cerebrales (Giugliano, Maiorino, Bellastella, & Esposito, 2017), amputación de miembros inferiores (Ascencio-Montiel, 2018), nefropatía (Tziomalos & Athyros, 2015), neuropatía (Prabodha, Sirisena, & Dissanayake, 2018), retinopatía o ceguera (Do et al., 2015; IDF, 2016; 2017a).

En consecuencia a lo descrito, las variables psicológicas asociadas a DT2 en pacientes mexicanos deben ser cuidadosamente estudiadas así como su mecanismo de acción y la manera en que ejercen deterioro en la calidad de vida de los pacientes cuando hay baja adherencia terapéutica. Una forma de hacerlo es identificando que ocurre con la adherencia al tratamiento y cuáles variables psicológicas están presentes en estos pacientes que acuden a servicios de urgencias.

Al respecto, los estudios descritos a continuación tienen al menos dos variables de las cuatro de interés: adherencia al tratamiento, DT2, urgencias y depresión, como el realizado en México por Arjona-Viciana, Esperón-Hernández, Herrera-Correa, y Albertos-Apuche (2014) menciona que la DT2 propicia el deterioro cognitivo en las mujeres que padecen esta condición. Por otra parte también identifica que se generan cogniciones respecto al padecimiento y dentro de las más comunes, se manifiesta la preocupación hacia el futuro, lo que desencadena ansiedad, depresión, conductas aprehensivas y percepción de deterioro, es decir, el paciente es consciente de que en algún momento pasó de estar sano a “estar enfermo”, lo que genera estrés en él (Ledón, 2012). Por tanto, este estudio nos permite identificar la forma en que la enfermedad tiene implicaciones de tipo emocional en

el paciente. En resumen, la depresión es una variable que aparece constantemente en la literatura relacionada con DT2.

En este sentido, un estudio prospectivo (Pan et al. 2010) se reportó que la depresión clínica (también llamada sintomatología depresiva) es un factor de riesgo para desarrollar DT2 y a su vez, pacientes con DT2 que tenían bajo control glucémico y complicaciones físicas graves de la enfermedad tenían un riesgo mayor de incidencia de depresión, por lo que el estudio sugiere que las complicaciones físicas de DT2 mediaban la aparición de depresión. Por otro lado, Kendzor et al. (2014) afirman que la depresión y la ansiedad se asocian con pobre manejo conductual, especialmente en actividad física y pobre control glucémico el cual se constató por los altos niveles en glucosa en sangre que presentaron los pacientes con diabetes.

Debido a que las investigaciones han intentado a lo largo del tiempo entender el proceso de afectación de un paciente, se ha encontrado que existe una asociación significativa entre la calidad del cuidado de diabetes incluyendo el control glucémico y la depresión, lo cual concuerda con otros estudios en los que se han encontrado correlación negativa entre un mal manejo de DT2 y depresión, como el hecho por Flores-Hernández et al. (2015), en el que se menciona que el paciente con esta condición puede mantener conductas que afectan su salud como tener una dieta desbalanceada, no hacer ejercicio o presentar inactividad física, las cuales están relacionadas con complicaciones del padecimiento (Kim et al., 2015). Al igual que otros estudios que identifican la asociación entre los síntomas depresivos y una baja adherencia al tratamiento (González et al., 2008; Kim et al., 2015; Lin et al., 2017), que padecer diabetes incrementa el riesgo padecer depresión (Bogner, Morales, de Vries, & Cappola, 2012) y en consecuencia, está comorbilidad afecta al paciente en ámbito conductual, pues impacta directamente en el auto monitoreo de su enfermedad (Lin et al., 2017) impidiéndole adherirse al régimen de salud que el médico le estableció, llevándolo así a tener un bajo o nulo control metabólico, una mala calidad de vida y un alto riesgo de muerte. Como dato adicional, otros estudios identificaron que la depresión mayor disminuye la adherencia al tratamiento lo que aumenta la severidad de las enfermedades de tipo crónico y por ende aumenta el riesgo de

hospitalización en los pacientes que las padecen (Himmelhoch et al., 2004; Kivelä & Pakkala, 2001).

Para identificar cómo interactúan dichas variables, dentro de la literatura se encuentran estudios como el realizado por Baucon et al. (2015 véase tabla uno), el cual tuvo como objetivo identificar si los síntomas depresivos y la gran cantidad de estrés percibido y sostenido a lo largo del tiempo influían en la baja adherencia al tratamiento de adolescentes con diabetes tipo 1, los cuales eran pacientes de una clínica de endocrinología pediátrica en EUA. A partir de un diseño longitudinal, se evaluaron a 175 pacientes entre 17 y 18 años de edad, de los cuales 113 eran mujeres y 122 hombres, con diagnóstico de diabetes tipo I de un año, los participantes fueron reclutados de dos hospitales distintos. Se aplicaron instrumentos como CES-D (Escala Center for Epidemiological Studies–depression), 6 reactivos del SCI (Inventario de Autocuidado por sus siglas en inglés) y reactivos del Inventario diario de Eventos Estresantes así como Hb1Ac como prueba fisiológica. Se encontró que la baja adherencia en el tratamiento diario tiene una asociación moderada con la severidad del estrés relacionado con la diabetes y los síntomas depresivos ( $p < .01$ ) y que el puntaje para depresión en esta población se encontraba ligeramente elevado (16 puntos para CES-D) con respecto al puntaje para sintomatología depresiva en adolescentes. Como limitaciones, los autores determinaron que se utilizó más instrumentos de autorreporte que glucosa en sangre en pruebas de seguimiento, por lo que se recomienda utilizar ambas medidas para cotejar los datos.

Babenko, Mosikian, Lebedev, Khrabrova, & Shlyakhto (2018) (véase tabla uno), realizaron un estudio para identificar si hay correlación entre calidad de vida, estado mental y emocional en pacientes con DT2 y evaluar la contribución de estos a la adherencia terapéutica. El estudio fue transversal y correlacional y se aplicó en 106 pacientes con DT2 entre 18 y 75 años con al menos 12 semanas de tratamiento glucémico de abril del 2017 a abril del 2018 que acudían a un servicio médico para seguimiento. Se utilizó MMSE, HADS (para ansiedad y depresión), EQ-5D (para calidad de vida) además de que se realizó un autoreporte para adherencia. Se encontró que 58.5% reportó haber interrumpido su tratamiento en algún momento. Mientras que actualmente 27.4% omite la ingesta de medicamentos varias veces al mes, 34% reportó que lo hace una vez al menos, 38.6%

declaró no haber omitido nunca el medicamento. En pacientes con adherencia baja en el autoreporte, arrojaron altos niveles en sintomatología depresiva con una significancia de  $(p=) .001$  y en ansiosa  $p=.002$ . La adherencia en pacientes se correlaciona positivamente con la calidad de vida (EQ-5D)  $p=.001$   $r=.500$ . La adherencia en pacientes se correlaciona positivamente con la calidad de vida (EQ-5D)  $p=.001$   $r=.500$ . Como limitaciones los autores mencionaron que el estudio transversal no permite evaluar las correlaciones a lo largo del tiempo.

Hoban et al. (2015) (véase tabla uno) elaboró un estudio con el objetivo de evaluar el efecto del pie diabético como complicación en la salud mental de los pacientes con diabetes y sus cuidadores. Reclutó a 96 pacientes dentro de los cuales, 47 tenían pie diabético y 49 no tenían la complicación además de 21 cuidadores de pacientes. Utilizaron los siguientes instrumentos: DCS-2, AUDIT, HADS, SF-36, SF-MPQ y SBQ-R. Identificaron que los pacientes con problemas de pie diabético eran más jóvenes en el momento del diagnóstico, en su mayoría eran hombres y desempleados o con pensión que aquellos pacientes que no tenían pie diabético, además de los pacientes con esta complicación mayor puntaje en DCS-2, es decir, tenían síntomas más agudos de diabetes, mayor puntaje de HADS en sintomatología depresiva, peor salud relacionada a la calidad de vida (SF-36), mayor dolor de acuerdo con la escala SF-MPQ y mayor puntaje en conducta suicida (SBQ-R) y que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre consumo de alcohol, ansiedad en pacientes con y sin problemas de pie diabético

Mezuk et al. (2013 véase tabla uno) realizaron un estudio para examinar la asociación entre la identificación de prediabetes y diagnóstico de diabetes con depresión y el uso de antidepresivos, el diseño fue transversal y se realizó con 3441 individuos que formaron parte de la encuesta National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) la cual fue conducida por el National Center for Health Statistics entre el 2005 y el 2007, se tomaron los datos sociodemográficos, promoción de la salud (actividad física, control de peso, dieta) y conductas no saludables (consumo de alcohol o tabaco e índice de masa corporal) del instrumento aplicado Patient Health Questionnaire (PHQ-9) y de los niveles de glucosa en sangre. Adicionalmente se indagó sobre las conductas relacionadas con salud, que incluían consumo de alcohol y tabaco, poco seguimiento a la dieta y

obesidad. Se encontró que el grupo de DT2 clínicamente identificado informó una mayor frecuencia visitas al servicio de salud en el último año que los otros grupos; y que la DT2 clínicamente identificada y la prediabetes se asociaron significativamente con el síndrome de depresión mayor y que el grupo que padecía diabetes pero aún no estaba diagnosticada no presentaba depresión, por tanto se concluyó que la diabetes es un factor predictivo para depresión, es decir, que la relación entre diabetes y depresión puede ser atribuible a la forma en que se maneja el padecimiento. Dentro de las limitaciones del estudio, se encuentra el hecho de que el instrumento utilizado se usó como tamizaje y no se pudo identificar la gravedad de la depresión de los pacientes además de que hubo menos de 100 participantes en cada grupo de los participantes con sintomatología lo que pudo haber influido en los análisis inferenciales.

Iversen et al. (2016) (véase tabla uno) por su parte tuvo como objetivo del estudio examinar si los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva se relacionan con la mortalidad de pacientes DT2 que no usan insulina. Fue longitudinal y se aplicó en 948 pacientes mayores de 20 años con DT2 que no tenían tratamiento a base de insulina reclutados entre 1995-1997 y contestaron HADS y fueron seguidos en 2012. Se aplicó un cuestionario con datos generales, se tomaron medidas fisiológicas como HbA1c, creatinina y albumina y se aplicó HADS. Se encontró que 73% no presentó síntomas de depresión o de ansiedad; 8% presentó síntomas elevados de ansiedad, 9% síntomas elevados de depresión y 10% ambos. Estos cuatro grupos se compararon y se encontraron diferencias estadísticas en edad, HbA1c y problemas en ojos. Además, después de 12 años, el 57% de los pacientes había muerto; los participantes que tenían solo síntomas de ansiedad tuvieron riesgo de mortalidad reducido y tenían sólo depresión tenían un mayor riesgo de mortalidad. Como limitaciones se encontró que no hay un seguimiento de las conductas de salud y del tratamiento médico a lo largo de los 17 años.

Por su parte, Ganasegeran, Renganathan, Manaf, & Al-Dubai (2014) (véase tabla uno) elaboraron un estudio para establecer la prevalencia y factores que se asocian con ansiedad y depresión en pacientes externos con DT2 en Malasia. El diseño fue transversal y descriptivo. Se realizó en 169 pacientes entre 18 y 90 años que acudían a su seguimiento en consulta externa del área de urología en septiembre del 2013. Se aplicó HADS, una



entrevista para datos sociodemográficos y datos clínicos relacionados a la enfermedad. 9.5% de la población obtuvo sintomatología ansiosa y depresiva moderada; en el 2.4% se detectó sintomatología ansiosa severa y 1.8% síntomas depresivos severos y que pacientes mayores de 50 años tenían mayores puntajes de ansiedad y depresión comparados con los menores de 50 años ( $p=0.001$ ); pacientes graduados de secundaria tenían mayores puntuaciones que aquellos que tenían educación superior ( $p=0.03$ ); pacientes con origen indú tenían mayores puntajes que los de etnia china ( $p=0.001$ ). Se observó una asociación entre sintomatología depresiva y tener comorbilidades ( $p=0.010$ ). Como limitaciones no se tomaron en cuenta en el estudio los años de diagnóstico y el tipo de tratamiento utilizado por los pacientes ni antecedentes de diagnóstico de ansiedad o depresión.

Chowdhury et al. (2017) tuvieron como objetivo de su estudio examinar la fuerza y la consistencia de la relación entre depresión y la DT2 en la población de Bangladesh. El estudio fue de tipo transversal retrospectivo. Aplicándose a 121 pacientes del departamento de medicina de BSMMU. Se realizó entrevista con datos sociodemográficos y datos de estilo de vida además de HADS. Encontraron diferencias estadísticamente significativas en ingresos, medida de la cintura y estatus de depresión ( $p=.001$ ), de aquellos que tuvieron sintomatología, 24.8% no tenía diabetes y 56.2% si tuvo, Los pacientes con diabetes tuvieron mayores de tener depresión que aquellos que no tienen diabetes. Como limitaciones: que el estudio fuera de tipo transversal y el tamaño de la muestra pequeño.

Constantino-Cerna, Bocanegra-Malca, León-Jiménez, & Díaz-Vélez, (2014), véase tabla 1, tuvieron como objetivo de su estudio estimar la frecuencia de ansiedad y depresión e identificar si tienen relación con el control glicémico en pacientes con DT2 atendidos en un hospital de Chiclayo. El estudio fue de tipo transversal y se aplicó en 270 pacientes con DT2 entre 19 y 60 años que acudieron a consulta externa del área de urología. Se aplicaron Inventarios de ansiedad y depresión de Beck y se tomaron medidas fisiológicas. El 57.78% de los pacientes tuvieron depresión y 65.19% ansiedad. Mientras que el 57.8% tuvo ambos y el 34.8% no presentó ninguno. El 26.3% presentó sintomatología depresiva leve (10-16 puntos), el 23.3% moderada (17-29) y 8.1% severa (30-63). Mientras que en la sintomatología ansiosa el 29.6% fue leve (8-15), el 22.2% moderada (16-25) y 13.3% severa (26-63). No se encontró asociación entre el control glucémico y la ansiedad y la

depresión ya que no hubo diferencias en los niveles de glucosa entre pacientes con depresión y los que no tenían depresión ( $p= 0.97$  y  $0.15$ ) ni en ansiedad ( $p= 0.89$  y  $0.82$ ). Limitaciones: No se tomaron en cuenta en el estudio los años de diagnóstico y el tipo de tratamiento utilizado por los pacientes ni antecedentes de diagnóstico de ansiedad o depresión.

Además de reportar la influencia negativa que ejerce la depresión en la adherencia al tratamiento de padecimientos de tipo crónico, como lo es la diabetes, dentro de la literatura se encuentran estudios que identifican cómo las complicaciones agudas que derivan en hospitalización (Ho et al., 2006 véase tabla 1; Osborn & Gonzalez, 2016)

Wang, Lopez, Bolge, Zhu, & Stang (2016 véase tabla uno) hicieron un estudio con el objetivo de identificar la prevalencia de depresión en pacientes con DT2 y explorar los potenciales predictores clínicamente relevantes y significantes de la depresión en una muestra representativa de la población estadounidense. Utilizaron un diseño transversal en 2282 participantes con DT2 a partir de los datos obtenidos en la Encuesta de examinación de salud y nutrición de Estados Unidos (NHANES por sus siglas en inglés), Diferenciaron dos tipos de depresión a partir de los puntajes del instrumento PHQ-9, depresión relevante ( $<10$  en puntuación) y depresión significativa (puntaje  $>15$ ); de modo que se concluyó que hay factores predictivos para cada una de las dos condiciones de depresión como la edad, el género, la condición económica, hospitalización en los últimos 12 meses y otras complicaciones físicas como problemas cardiovasculares, renales o hepáticos y que el 55.3% de las personas con síntomas depresivos moderadamente severos o severos informó que se mantuvo la mala salud física o salud mental aun cuando realizaba actividades habituales como el autocuidado, el trabajo, la escuela o recreación en más de la mitad de los últimos 30 días. Como limitaciones del estudio, se describió que había datos faltantes en PHQ-9 y que no se puede determinar que variable (depresión o complicaciones de diabetes) precede a la otra.

A lo largo de este texto, se ha hablado del servicio de urgencias, adherencia al tratamiento y la depresión en pacientes DT2. Los estudios que se muestran a continuación tienen como propósito ilustrar la forma en que se han relacionado estas variables en diversos estudios.

### *El paciente con diabetes en el servicio de urgencias*

Las consecuencias de la baja correspondencia al tratamiento en la población con DT2 eventualmente terminan en complicaciones que deben tratarse en los servicios de urgencias. La diabetes tipo II es el padecimiento que más se atiende en las consultas médicas de tipo ambulatorio en México (Flores-Hernández et al., 2015). La atención secundaria o terciaria donde se recibe a los pacientes presenta sobre carga importante (SS, 2017).

Como ejemplo de las principales complicaciones abordadas en los servicios de urgencias en México, se puede citar el estudio prospectivo realizado por Domínguez, Calderón y Matías (2013) en el Hospital General de Atizapán, Estado de México en el cual se reportó que en el 2011, la hiperglucemia fue la principal descompensación metabólica atendida, pues se presentó en el 48% de los 100 pacientes diabéticos que ingresaron a urgencias por complicaciones agudas, seguida de cetoacidosis diabética con 33%, estado hiperosmolar que se presentó en 17% y acidosis láctica con un por 2%.

Tan & Flanagan (2013 véase tabla uno), realizaron un estudio que tuvo como objetivo: examinar la incidencia de hipoglucemia en pacientes diabéticos que acuden al área de urgencias de corta estancia (similar a la zona de Triage en urgencias del Hospital General Dr. Manuel Gea González) y la relación entre esta complicación con los ingresos a urgencias, tiempo de permanecía en el hospital y la tasa de mortalidad. Se buscó identificar la edad de los pacientes con y sin diabetes que tenían hipoglucemia, en este estudio transversal retrospectivo. Se realizó con los datos de 9950 pacientes que ingresaron al área en un periodo de 6 meses (Noviembre del 2010 a abril del 2011). Se analizó la incidencia de pacientes con y sin diabetes en el área de corta estancia, se midieron los niveles de glucosa en la sangre y se tomaron los datos de admisión de la base de datos del hospital. Se encontró que los pacientes con diabetes que presentaron hipoglucemia tenían una estancia más larga en el hospital que los que no presentaban diabetes y también padecían hipoglucemia, el cual parece ser un marcador de enfermedades y complicaciones graves como sepsis, en el caso de la población con diabetes. Además, se identificó que existe una relación estrecha entre la hipoglucemia y tasas altas de mortalidad, variables que están asociadas a su vez con baja adherencia al tratamiento.

*Pacientes con diabetes en el servicio urgencias a causa de baja adherencia en el tratamiento*

Osborn & Gonzalez (2016 véase tabla uno) realizaron una correlación entre los ingresos a urgencias de pacientes con diabetes tipo 2 que se encontraban bajo tratamiento, el autocuidado que mantienen y los niveles de HbA1c en sangre que presentan al llegar al servicio en 314 pacientes mayores de 18 años bajo tratamiento farmacológico (insulina, pastillas orales o en combinación) los datos se recabaron durante el periodo de julio de 2010 a noviembre del 2012. Para evaluar se utilizó Morisky Insulin Adherence Scale (MIAS) para evaluar la adherencia al tratamiento, Adherence to Refills and Medications Scale for Diabetes (ARMS-D), Summary of Diabetes Self-Care Activities Medications Subscale (SDSCA-MS), una autoevaluación de salud, se les midió la cantidad de HbA1c en sangre y se les preguntó si en el último año habían acudido a urgencias.

*Pacientes con diabetes en el servicio urgencias a causa de depresión*

Himelhoch, Weller, Wu, Anderson & Cooper (2004 véase tabla uno), realizaron un estudio transversal con una muestra aleatorizada del 5% de los beneficiarios de Medicare, la cual corresponde a un total de 1, 238,895 usuarios con enfermedades crónicas entre ellas diabetes, de los cuales 60,382 cumplían con criterios del espectro depresivo durante el año de 1999. El estudio tuvo como objetivos identificar si la comorbilidad de enfermedad crónica y depresión están asociada con: que los pacientes con comorbilidad tuvieran más visitas al departamento de urgencias, fueran hospitalizados por complicaciones agudas y las hospitalizaciones precedieran a una consulta de tipo ambulatorio en el mismo año. Los resultados respecto a diabetes se registraron un total de 13491 beneficiarios con diabetes que presentaron depresión, de los cuales, 65% acudieron a urgencias durante ese año, 66% fueron ingresados al servicio, 26% de los beneficiarios habían acudido a consulta ambulatoria anterior al ingreso, en el mismo año. Como conclusión, los pacientes de padecimientos crónicos con depresión acudían a urgencias hasta tres veces más con respecto de los pacientes crónicos que no tenían depresión.

Con base en la información previamente presentada, se puede identificar que se ha incrementado de manera importante el número total de pacientes que acuden a urgencias médicas, la gran mayoría puede tener complicaciones relacionadas con un inadecuado

control de la diabetes tipo 2 y como se ha descrito previamente, la falta de adherencia (tanto en el cambio de alimentación, realizar ejercicio y toma de medicamentos) podría ser uno de los factores que se relacionan con que aquellos pacientes que la padecen tengan complicaciones y a raíz de esto lleguen a urgencias.

La literatura internacional en el área reconoce que la depresión es un factor que podría influir en la falta de adherencia en las enfermedades crónicas en general y diabetes en particular, específicamente en tipo II, ya que el control glucémico de esta variación de la enfermedad, depende en mayor medida de las conductas saludables que lleve a cabo el paciente, las cuales son adicionales al tratamiento farmacológico, y se ha reportado que la depresión funge como una variable que impide que el paciente se active instrumentalmente para prestarle atención de forma adecuada al régimen de tratamiento que debe de seguir. Debido a lo anterior, se pone de manifiesto la importancia de la identificación de dicha comorbilidad y la relación que guarda con las habilidades con las que cuenta el paciente para cuidar su salud (Newcomb et al., 2015; Safren et al., 2016).

A pesar de la evidencia empírica que demuestra la relación entre depresión y la adherencia, llama la atención la falta de datos que describan cómo ocurre esta interacción de variables en pacientes con DT2 que acuden a urgencias, lo anterior puede ser corroborado a partir de la búsqueda que se realizó combinando los siguientes términos Mesh: “emergency service, hospital”, “emergency department”, “depressive disorder”, “treatment adherence and compliance”, “chronic disease”, “type 2 diabetes”, “diabetes mellitus”, “diabetes mellitus, type 2” además de estos text word: “room care service”, “adherence treatment”, “compliance” “HADS” en bases de datos como PubMed, Psynfo y Psynet.

A partir de dicha búsqueda se puede decir que no se halló en literatura estudios que enlazaran las cuatro variables centrales de este trabajo (depresión, adherencia, pacientes con DT2 e ingresos a urgencias) de forma explícita, no obstante, un estudio relaciona los ingresos a urgencias con la depresión en pacientes crónicos, dentro de los cuales incluye a aquellos que padecen diabetes; otro más, estudia la relación entre la posible falta de adherencia al tratamiento en pacientes con DT2 en una población que llegó al servicio de urgencias, dos estudios más, describen cuales son las complicaciones que más se presentan

en pacientes diabéticos cuando llegan a urgencias y finalmente dos estudios que mencionan la estrecha relación entre depresión y adherencia terapéutica.

Tabla 1.

*Estudios sobre la adherencia terapéutica, depresión e ingresos a hospitales de pacientes con diabetes tipo II.*

| Autor                   | Objetivo  | Diseño                            | Participantes   | Instrumentos   | Resultados   | Limitaciones   |
|-------------------------|---|-----------------------------------|---|--|--|--|
| Himelhoch et al. (2004) | Evaluar si existe relación entre la comorbilidad de depresión y enfermedades crónicas con el uso frecuente de los servicios de urgencias entre ellas diabetes tipo II; identificar si se puede prevenir la hospitalización en los pacientes de edad avanzada (65 años en adelante). | Diseño transversal; retrospectivo | Muestra aleatorizada del 5% de los beneficiarios de Medicare de 1999:<br><br>1238895 participantes con DM2; de los cuales 4.9% (60,382) cumplieron los criterios de trastorno depresivo en el último año (1999).<br><br>Participantes fueron hombres y mujeres mayores de 65 años, que vivían en Estados Unidos, de raza caucásica, afroamericana y otro (no especificado).<br><br>Ocho condiciones médicas: desorden arterial coronario, falla cardíaca congestiva, diabetes mellitus, hipertensión, cuatro tipos de cáncer (pecho, colon, pulmón y próstata). | Datos de pacientes que acudieron a urgencias: datos de hospitalización, si era paciente ambulatorio que terminó en hospitalización,<br><br>ICD-9 | Dentro de los resultados encontrados el 60,382 (4.9%) cumplieron los criterios de trastorno depresivo en el último año.<br><br>Individuos de mayor edad con depresión pueden ser menos adherentes al tratamiento que aquellos que no tienen depresión.<br><br>Individuos mayores reportaron más síntomas somáticos que síntomas psicológicos asociados con depresión.<br><br>Los pacientes de edad más avanzada con depresión pueden ser menos adherentes al tratamiento médico que aquellos pacientes de la misma edad que no están deprimidos.<br><br>Los pacientes que tienen comorbilidad de depresión tienen 2.5 más probabilidades de acudir a urgencias.<br><br>Se registraron 13491 pacientes con DT2, de los cuales el 66% reportó ingreso al hospital (2.59% de la población total ingresada al hospital), 65% acudió a una visita a urgencias y 26% tuvo visita ambulatoria al hospital en condiciones delicadas. | No se tomaron en cuenta para el análisis factores socioeconómicos (escolaridad, ingresos y estado del seguro médico), factores sociales y conductuales (apoyo social y percepción de la enfermedad) o clínicos (severidad de la enfermedad, funcionalidad del paciente, uso de antidepressivos).<br><br>Confusión en la clasificación de la depresión, debido a que los datos se sacaron de la base y se comparaban con los términos de ICD-9, ya que faltaban algunos aspectos.<br><br>No se ajustaron los datos. |
| Babenko et al. (2019)   | Identificar si hay correlación entre calidad de vida, estado mental y emocional en pacientes con DT2 y evaluar la contribución de estos a la adherencia terapéutica.  | Transversal; correlacional        | 106 pacientes con DT2 entre 18 y 75 años con al menos 12 semanas de tratamiento glucémico de abril del 2017 a abril del 2018 que acudían a un servicio médico para seguimiento.   | MMSE<br><br>HADS (ansiedad y depresión)<br><br>EQ-5D (calidad de vida)<br><br>Entrevista a manera de autoreporte para adherencia.                | El 58.5% reportó haber interrumpido su tratamiento en algún momento. Mientras que actualmente 27.4% omite la ingesta de medicamentos varias veces al mes, 34% reportó que lo omite una vez al menos, 38.6% declaró no haber omitido nunca el medicamento.<br><br>En pacientes con adherencia baja en el autoreporte, arrojaron altos niveles en sintomatología depresiva $p=.001$ y ansiosa $p=.002$<br><br>Los pacientes que alguna vez habían abandonado el tratamiento en comparados con los que niegan retiro del medicamento alguna vez en la vida, tuvieron la puntuación más baja en MMSE y   | El estudio transversal no permite evaluar las correlaciones a lo largo del tiempo.<br><br>Los pacientes con puntaje mayor a 20 en MMSE fueron incluidos en el estudio, los cuales pueden llegar a tener ciertos déficits cognitivos.<br><br>La recopilación de datos de adherencia fue hecha a través de entrevistas, por lo que los datos son de tipo categórico y no cuantitativo.   |

| Autor                     | Objetivo   | Diseño                          | Participantes  | Instrumentos  | Resultados  | Limitaciones   |
|---------------------------|--|---------------------------------|--|---|---|--|
| Hoban et al. (2014)       | Evaluar el efecto del pie diabético como complicación en la salud mental de los pacientes con diabetes y sus cuidadores.             | Transversal                     | 96 pacientes con DT2 (47 con pie diabético y 49 sin pie diabético) dentro de los cuales 41 tenían úlceras, 9 osteomielitis y 8 pie de Charcot; 21 cuidadores de pacientes. | DCS-2<br>AUDIT<br>HADS<br>SF-36<br>SF-MPQ<br>SBQ-R  | <p>Puntuaciones altas en HADS-Ansiedad (7.10 SD=9.48 vs 5.68 SD= 3.12) y HADS-Depresión (9.48 SD=3.39 vs 8.12 SD=3.89). Los niveles de ansiedad y depresión se correlacionaron negativamente con los niveles cognitivos de los pacientes <math>p=.001</math>, <math>r=-.43</math></p> <p>46% del total de pacientes evaluados tenían neuropatía: 30% padecían neuropatía dolorosa y 16% neuropatía no dolorosa.</p> <p>Puntajes en HADS: HADS-D: 6 DE=4; (HADS-A) fue 5 DE=3.</p> <p>Pacientes que tenían pie diabético en contraste con los que no lo padecían, arrojaron mayor puntaje en DCS-2, es decir, tenían síntomas más agudos de diabetes, mayor puntaje de HADS en sintomatología depresiva, peor salud relacionada a la calidad de vida (SF-36), mayor dolor de acuerdo con la escala SF-MPQ y mayor puntaje en conducta suicida (SBQ-R)..</p>  | Se utilizaron sólo instrumentos de autorreporte que pueden llegar a incluir mucho la subjetividad, pues se observó variabilidad en los puntajes dentro de los grupos. Así como haber incluido a pacientes de consulta externa que asistían por complicaciones severas y con situaciones sociales en las se encontraban más debilitados, deprimidos y ansiosos. |
| Iversen et al. (2016)     | Examinar si los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva se relacionan con la mortalidad de pacientes DT2 que no usan insulina. | Longitudinal                    | 948 pacientes mayores de 20 años con DT2 que no tenían tratamiento a base de insulina reclutados entre 1995-1997 y fueron seguidos en 2012.                                | Cuestionario de datos generales: edad, género, escolaridad; antecedentes de complicaciones como accidente cerebrovascular; problemas oculares.<br><br>Toma de niveles de HbA1c, creatinina y albumina<br><br>HADS | <p>Complicaciones cardiovasculares se presentaron en 27% y microcardiovasculares en 33%. El 73% no presentó síntomas de depresión o de ansiedad; 8% presentó síntomas elevados de ansiedad, 9% síntomas elevados de depresión y 10% ambos. Estos 4 grupos se compararon y se encontraron diferencias estadísticas en edad, HbA1c y problemas en ojos.</p> <p>Después de 12 años, el 57% de los pacientes había muerto; los participantes que tenían solo síntomas de ansiedad tuvieron riesgo de mortalidad reducido (R no ajustada 0,66; IC del 95% 0,46-0,96), con HbA1c atenuó esta relación (HR 0,73; IC del 95%: 0,50 a 1,07). Aquellos que tenían sólo depresión tenían un mayor riesgo de mortalidad R= 1,39 IC 95% 1.05-1.84. Tener ansiedad elevada y síntomas depresivos no se asoció con un mayor riesgo de mortalidad (HR ajustada 1,30; IC del 95%: 0,96-1.74)</p> <p>Los síntomas de depresión en estos pacientes muestran un riesgo de mortalidad del 39%.</p> | No hay un seguimiento de las conductas de salud y del tratamiento médico a lo largo de los 17 años.<br><br>Hubo menos de 100 participantes en cada grupo de los participantes con sintomatología lo que pudo haber influido en los análisis inferenciales.   |
| Ganasegeran et al. (2014) | Determinar la prevalencia y factores que se asocian con ansiedad y depresión en pacientes externos con DT2 en Malasia                | Diseño transversal; descriptivo | 169 pacientes entre 18 y 90 años que acudían a su seguimiento en consulta externa del área de urología en septiembre del 2013.   | Datos sociodemográficos<br><br>Datos clínicos de los pacientes: enfermedades y complicaciones.  | 31.4% del total de la población evaluada fue diagnosticada con complicaciones de tipo vascular; 7.1% fue diagnosticada con accidentes cerebrovasculares; 14.2% con enfermedades   | No se pueden generalizar los resultados encontrados a toda la población de Malasia porque el estudio se utilizó en un solo hospital y la muestra fue pequeña.  |



| Autor                   | Objetivo   | Diseño                     | Participantes  | Instrumentos   | Resultados   | Limitaciones   |
|-------------------------|--|----------------------------|--|--|--|--|
|                         |  |                            |  | HADS   | <p>Isquémicas del corazón y 10.1% desarrolló neuropatía.<br/> 26% desarrollaron al menos una comorbilidad entre diabetes y una complicación, 12.4% tuvieron dos complicaciones.<br/> 9.5% de la población obtuvo sintomatología ansiosa y depresiva moderada; en el 2.4% se detectó sintomatología ansiosa severa y 1.8% síntomas depresivos severos.<br/> Pacientes &lt;50 años tenían mayores puntajes de ansiedad y depresión comparados con los menores de 50 años (p=0.001)</p> <p>Se observó una asociación entre sintomatología depresiva y tener comorbilidades (p=0.010)</p>                                    | <p>El amplio rango de edad afectó la exploración de la ansiedad en los grupos de edad más jóvenes.</p> <p>El diseño transversal no permitió hacer inferencias respecto a la depresión y datos sociodemográficos.</p>   |
| Chowdhury et al. (2017) | Examinar la fuerza y la consistencia de la relación entre depresión y la DT2 en la población de Bangladesh.  | Transversal; retrospectivo | 121 pacientes del departamento de medicina de BSMMU que acudieron entre mayo del 2012 y 2013.  | Datos sociodemográficos;<br>Estilo de vida: consumo de tabaco, peso, altura.<br>Presión en sangre<br><br>HADS  | <p>Encontraron diferencias estadísticamente significativas en ingresos, medida de la cintura y estatus de depresión (p=.001), de aquellos que tuvieron sintomatología, el 24.8% no tenía diabetes y el 56.2% si tuvo.</p> <p>Los pacientes con diabetes tuvieron mayores de tener depresión que aquellos que no temen diabetes [OR= 7.0, 95%],</p> <p>La depresión en mujeres fue mayor que en hombres [OR=4.3, 5% de confianza]</p>   | <p>Que el estudio fuera de tipo transversal y el tamaño de la muestra fuera muy pequeño.</p>   |
| Baucon et al. (2015)    | Examinar si la sintomatología depresiva y estrés percibido alto/moderado se asocia con baja adherencia al tratamiento de pacientes adolescentes con diabetes tipo I. | Longitudinal               | <p>Participaron un total de 175 adolescentes entre 17 y 18 años de edad, de los cuales 113 eran mujeres y 122 hombres, con diagnóstico de DMI de un año. La muestra fue obtenida en dos hospitales diferentes.</p> <p>Debían hablar inglés como su primera lengua, estar cursando el último grado de preparatoria, vivir en casa de sus padres y no participar en programas que les prohibieran el contacto con sus padres durante el estudio.</p> | Prueba de HbA1c<br><br>CES-D<br><br>Listado de eventos estresantes derivado de Daily Inventory of Stressful Events<br><br>6 reactivos de Self-Care Inventory (SCI) | <p>Síntomas depresivos altos reportados estaban relacionados con estrés general severo GS (B=0.02, SE=0.00, <math>\beta</math>= 0.21, p &lt;.001) y con estrés relacionado con diabetes (B= 0.02, SE =0.00, <math>\beta</math>= 0.25, p.001.</p> <p>La baja adherencia en el tratamiento diario tiene una asociación moderada con respecto a la severidad del estrés relacionado a diabetes y los síntomas depresivos (p&lt; .01)</p> <p>El puntaje para depresión en esta población se encontraba ligeramente elevado (16 puntos para CES-D) con respecto al puntaje para sintomatología depresiva en adolescentes.</p> | <p>Las variables principales fueron medidas con auto reporte, ya que puede haber sesgos, por lo tanto, se considera que para futuros estudios se debe agregar la medida de glucosa.</p> <p>No se puede terminar la precedencia del estrés con respecto de la baja adherencia; el estrés severo puede derivar en baja adherencia y la baja adherencia puede causar estrés.</p> <p>Las características de la muestra comprometen la generalización de resultados en otras poblaciones.</p> |

| Autor                     | Objetivo  | Diseño   | Participantes  | Instrumentos   | Resultados  | Limitaciones  |
|---------------------------|---|--|--|--|---|---|
| Constantino-Cerna. (2014) | Estimar la frecuencia de ansiedad y depresión e identificar si tienen relación con el control glicémico en pacientes con DT2 atendidos en un hospital de Chiclayo en Perú.                            | Transversal  | 270 pacientes con DT2 entre 19 y 60 años que acudieron a consulta externa del área de urología.<br><br>Se excluyeron pacientes que tuvieran secuelas de complicaciones: amputaciones, secuelas de accidente cerebrovascular, enfermedad renal, insuficiencia cardíaca. | Inventarios de ansiedad y depresión de Beck<br><br>Valores de HbA1c en las últimas 12 semanas, IMC e índice de cintura y cadera.   | 63.7% fueron mujeres;<br>El 57.78% de los pacientes tuvieron depresión y 65.19% ansiedad. Mientras que el 57.8% tuvo ambos y el 34.8% no presentó ninguno.<br>El 26.3% presentó sintomatología depresiva leve (10-16 puntos), el 23.3% moderada (17-29) y 8.1% severa (30-63). Mientras que en la sintomatología ansiosa el 29.6% fue leve (8-15), el 22.2% moderada (16-25) y 13.3% severa (26-63).<br><br>El 21.85% de los pacientes se consideró controlado por estar dentro de los parámetros adecuados en las medidas fisiológicas mientras que el 78.15% no.<br><br>No se encontró asociación entre el control glucémico y ansiedad y depresión ya que no hubo diferencias en los niveles de glucosa entre pacientes con depresión y los que no tenían depresión (p= 0.97 y 0.15) ni en ansiedad (p= 0.89 y 0.82).  | No se tomaron en cuenta en el estudio los años de diagnóstico y el tipo de tratamiento utilizado por los pacientes ni antecedentes de diagnóstico de ansiedad o depresión.  |
| Mezuk et al. (2013)       | Examinar la asociación entre los pacientes que no tienen diagnóstico de prediabetes, pacientes con diagnóstico de diabetes tipo II y DM2 diagnosticada con depresión y medicación de antidepressivos. | Estudio transversal (basado en una encuesta de 2005 a 2007)<br><br>retrospectivo | Se limitó el análisis a 3183 participantes mayores de 30 años, en una muestra de caucásicos, afroamericanos y asiáticos.   | Datos sociodemográficos, niveles de glucosa con prueba rápida (ml/dl), datos sobre promoción de la salud (actividad física, control de peso, dieta) y conductas no saludables (consumo de alcohol o tabaco e índice de masa corporal)<br><br>PHQ-9 | El grupo de diabetes tipo 2 identificado informó una mayor frecuencia visitas al servicio de salud en el último año (un promedio de 4-9 visitas) que los otros grupos (que cada uno informó un promedio de 2 a 3 visitas).DT2 clínicamente identificada y la prediabetes se asociaron significativamente con el síndrome de depresión mayor incluso realizando comportamientos saludables (OR= 4.26; IC= 95%: 2.00-9.07, p <. 001).<br><br>Existe una relación mucho más fuerte entre la diabetes diagnosticada y los síntomas depresivos más altos (OR ajustada = 2.57, IC=95% [1.72- 3.84], p <.0.01) que entre la diabetes no diagnosticada y los síntomas depresivos (OR ajustada= 1,51; IC del 95% [1,03-2,21], p = .034)<br><br>Entre las personas con diabetes identificada, el régimen de cuidado no fue significativamente asociado con la probabilidad de depresión. La adherencia al tratamiento que deben seguir a diario es baja (p <.001)La edad promedio de inicio del padecimiento fue 51.6 años (SD= 0.8 años).Los niveles medios de glucosa en plasma en ayunas de la diabetes tipo 2 no diagnosticada y la diabetes tipo 2 clínicamente identificada fueron idénticas. | No se puede inferir el futuro de la relación entre DM2 y trastorno depresivo, debido al diseño transversal del estudio.<br><br>El instrumento PHQ-9, es un auto informe que tiene concordancia moderada con el diagnóstico clínico, por lo tanto, pudieron no haberse detectado casos graves de depresión.<br><br>Aunque se excluyeron todos los casos menores de 30 años edad, no se puede determinar si es DT1 o DT2. |

| Autor                    | Objetivo   | Diseño                           | Participantes  | Instrumentos   | Resultados   | Limitaciones  |
|--------------------------|--|----------------------------------|--|--|--|---|
| Ho et al. (2006)         | Evaluar la asociación entre falta de adherencia a los medicamentos y los resultados clínicos como causas de hospitalización/mortalidad en una comunidad de pacientes con DT2.  | Estudio de cohorte retrospectivo | 11532 pacientes con diabetes tipo II mayores a 18 años registrados en una base de datos de KPCO y que tuvieran dentro de su historial resultados diagnósticos, medicación, de laboratorio y hospitalizaciones  | <p>Datos en la base que incluían medicamentos (proporción de días que lo toma), estado actual de la enfermedad, comorbilidades, hospitalizaciones y causas de muerte.</p> <p>Prueba de HbA1c<br/>Presión sanguínea y LDL-c).</p> | <p>1 de cada 5 pacientes no fueron adherentes al tratamiento médico y esto fue asociado a altos niveles de HbC1..</p> <p>Pacientes no adherentes tuvieron mayor riesgo de hospitalización debido a que presentan más complicaciones (23,2% frente a 19,2%, P.001) y tasas más altas de mortalidad (5,9% frente a 4,0%, P.001), de acuerdo a los datos no ajustados.</p> <p>La falta de adherencia a la medicación se asoció significativamente con mayor riesgo para todas las causas de hospitalización (OR=1.58; IC= 95%, 1.38-1.81; P.001).</p>                               | <p>Los datos fueron sacados de una base de datos administrativa, se trabajaron con los datos disponibles.</p> <p>Se utilizaron datos de uso constante de medicamentos, por lo que se asumió el uso de estos, sin embargo, se desconocían las dosis.</p> <p>La categorización de paciente adherente/no adherente de acuerdo a si cumplía el 80% del tratamiento o no fue arbitraria. Sin embargo, es el punto de corte utilizado en otros estudios.</p> <p>Los pacientes que no son adherentes al tratamiento pueden tener otras características como depresión, nivel socioeconómico muy bajo y conductas contrarias a llevar un estilo de vida saludable, los cuales no se pudieron medir en este estudio.</p> |
| Osborn & Gonzalez (2016) | <p>Comparar las propiedades psicométricas de la Escala de adherencia a la insulina (MIAS por sus siglas en inglés) con otros instrumentos que miden adherencia y control glucémico (ARMS-D and SDSCA)</p> <p>Explorar la relación entre el instrumento (MIAS) con control glucémico, visitas a los servicios de urgencias, auto-reporte de salud en pacientes con diabetes tipo 2 que se administran insulina.</p> | Trasversal                       | <p>Se reclutaron 314 pacientes mayores de 18 años bajo tratamiento farmacológico (insulina, pastillas orales o en combinación), de los cuales 144 completaron la prueba de HbA1C.</p> <p>La muestra se conformó por participantes caucásicos, afroamericanos, hispanos y otros (mezcla de razas).</p> <p>Los datos se recabaron durante el periodo de julio de 2010 a noviembre del 2012</p> | <p>Entrevista con datos sociodemográficos e ingresos a urgencias y auto reporte de salud</p> <p>Prueba de HbAc1</p> <p>MIAS</p> <p>ARMS-D</p> <p>SDSCA-MS</p> <p>SDSCA-IS</p>  | <p>El MIAS se asoció con ARMS-D, SDSCA-MS y SDSCA-IS (<math>p &lt; .001</math>), y las puntuaciones MIAS más altas se asociaron marginalmente con una mejor salud autoevaluada (<math>p = .057</math>), además se asoció significativamente con menos frecuencia de visitas a urgencia (<math>p = .001</math>), y mejores niveles de HbA1C (<math>p = .001</math>) El 59% de los participantes reportó que olvidó de tomar insulina y el 46% informó que no es adherente al tratamiento.</p> <p>La consistencia interna y la estructura factorial del MIAS fueron adecuadas;</p> | <p>Los datos fueron sacados de una base de datos administrativa, se trabajaron con los datos disponibles.</p> <p>Se utilizaron datos de uso constante de medicamentos, por lo que se asumió el uso de estos, sin embargo, se desconocían las dosis.</p> <p>La categorización de paciente adherente/no adherente de acuerdo a si cumplía el 80% del tratamiento o no fue arbitraria. Sin embargo, es el punto de corte utilizado en otros estudios.</p> <p>Los pacientes que no son adherentes al tratamiento pueden tener otras características como depresión, nivel socioeconómico muy bajo y conductas contrarias a llevar un estilo de vida saludable, los cuales no se midieron en el estudio.</p>         |

| Autor                                 | Objetivo   | Diseño                               | Participantes                           | Instrumentos  | Resultados   | Limitaciones  |
|---------------------------------------|--|--------------------------------------|---|---|--|---|
| Wang, Lopez, Bolge, Zhu, & Sta (2016) | <p>Estimar la prevalencia de depresión de los datos obtenidos en la Encuesta de Examinación de Salud y Nutrición de Estados Unidos (NHANES por sus siglas en inglés) y explorar los potenciales predictores clínicamente relevantes y significantes de la depresión en una muestra representativa de la población estadounidense, la cual incluye población con DM2.</p> | <p>Transversal<br/>Retrospectivo</p> | 2282 participantes con diabetes tipo II | <p>Datos sociodemográficos, medidas antropométricas, estado general de salud, estilo de vida y conductas, historia de la enfermedad y comorbilidades de NHANES<br/><br/>PHQ-9 de NHANES</p> | <p>Entre el 2005 y el 2012, el porcentaje de pacientes DT2 con depresión relevante (&lt;10 en puntuación PHQ-9) fue de 10.6% (IC del 95%: 8,9 a 12,2%) en promedio, mientras que la de aquellos que Presentaban depresión significativa (puntaje &gt;15 de PHQ-9) fue de 4.2% (IC 95% 3.4–5.1%)</p> <p>Los pacientes con depresión significativa eran más jóvenes (30-49 con respecto de &gt;65) OR = 2.9 (IC del 95% 1.9–4.5), mujeres OR= 2.3 (IC 95% 1.7–3.3), pertenecientes a un grupo étnico, solteros o que vivían solos, poca realización de actividad física, de bajos ingresos OR= 4.1 (IC del 95% 2.8–6.0), menor nivel educativo, problemas de sueño, con problemas cardiovasculares o con enfermedades renales o hepáticas, hospitalización en el Pasado. Los factores predictivos significativos para depresión relevante incluyen la edad (&gt;65 años), el sexo (mujeres), el ingreso (menor al 130% del nivel de pobreza), la educación (debajo de la universidad), el tabaquismo (fumador actual o anterior), el índice de masa corporal (<math>\geq 30</math> kg / m<sup>2</sup>), problemas de sueño, hospitalización en el último año y colesterol total (<math>\geq 200</math> mg / dl).</p> <p>Los predictores significativos de la depresión significativa también incluyen la actividad física y las enfermedades cardiovasculares.</p> <p>55,3% de las personas con síntomas depresivos moderadamente severos o severos informó que la mala salud física o la salud mental pobre se mantuvo a partir de actividades habituales como el autocuidado, el trabajo, la escuela o recreación en más de la mitad de los últimos 30 días.</p> | <p>El estudio es transversal y no puede dar seguimiento ni investigar la efectividad de los medicamentos en esta población. Asimismo, el autor considera que un estudio transversal no puede identificar si la depresión precede a Las complicaciones de la diabetes tipo II o viceversa.<br/><br/>Hay datos faltantes en la prueba PHQ-9</p> |

| Autor                 | Objetivos  | Diseño                | Participantes  | Instrumentos   | Resultados   | Limitaciones  |
|-----------------------|--|-----------------------|--|--|--|---|
| Tan & Flanagan (2013) | <p>Identificar la incidencia de hipoglucemia en pacientes en un tiempo determinado en el área admisión en el hospital en población con diabetes y sin diabetes.</p> <p>En población con diabetes se evaluó además la incidencia de hipoglucemia en la unidad de evaluación médica; la relación entre la hipoglucemia con el ingreso y la media de permanencia en el hospital; la edad de los pacientes con y sin hipoglucemia; la tasa de mortalidad de estos pacientes.</p> | Estudio retrospectivo | <p>9950 pacientes evaluados en el área de admisión del hospital.</p> <p>Se midió su glucosa durante dos semanas para comprobar el diagnóstico, tratamiento y causas de admisión.</p> | <p>Prueba de glucosa rápida</p> <p>Base de datos de los días de hospitalización de los pacientes</p> | <p>Se analizaron solo los datos de 4195 participantes. De esos, 1821 fueron codificados con DT2. De dicha muestra 1457 mostraron glucosa alta al ingreso. Los pacientes con diabetes tienen estancias más largas que aquellos que no tienen diabetes (10.3 - 11.2 vs. 7.3 - 9.5 días, P = 0.001).</p> <p>Los pacientes con y sin diabetes que llegan al hospital con hipoglucemia tienden a pasar más días en el hospital (10.3 +- 11.2 vs. 7.3 +- 9.5 días, P = 0.001) y presentan mayores tasas de mortalidad (24.3% vs. 5.4%, P &lt; 0.001)</p> | <p>Se consideró que la muestra fue pequeña y que el estudio incluyó razas/etnias diferentes, por lo que las propiedades psicométricas pueden variar de acuerdo a las características de cada grupo. Por ende, no ser generalizable para poblaciones más grandes y menos diversas.</p> <p>No se pudo evaluar test-post test.</p> |

Nota: ARMS-D: Adherence to Refills and Medications Scale for Diabetes; DCS-2: Diabetes Symptom Checklist-2 ; AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test ; BSMMU: Bangabandhu Shiekh Mujib Medical; CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; CI= intervalo de confianza; dl= decilitros; DT2: diabetes tipo II; EQ-5D: European quality of life questionnaire; HbA1c: hemoglobina glucosilada; ICD-9: International classification of diagnoses; kg: kilogramos; LDL-c): colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; m2: metros; MIAS: Morisky Insulin Adherence Scale ; mg: miligramos; MMSE Mini Mental State Examination: ; OR= razón de momio ( por sus siglas en inglés); PHQ-9: Patient Health Questionnaire ; P: significancia; SD: desviación estándar (por sus siglas en inglés); SF-36: Medical Outcome Study Short Form 36; SF-MPQ: Short-Form McGill Pain Questionnaire ;SBQ-R: Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised ;SDSCA-MS: Summary of Diabetes Self-Care Activities Medications; Subscale; vs: contra (por sus siglas en inglés).

## **Justificación**

Como bien ya se mencionó, en la ENSANUT MC (2016) más reciente, se reportó que el 14.6% de 6464800 pacientes con DT2 asistieron a urgencias en ese último año, es decir, aproximadamente 956790 pacientes con DT2 en México durante el 2015. Por su parte, Himelhoch et al. (2004) encontraron que pacientes con enfermedades crónicas incluidos pacientes con DT2 que presentaban sintomatología depresiva tenían hasta 2.5 más probabilidades de acudir a urgencias. Por tanto, la falta de evidencia empírica en pacientes con DT2 en el contexto de urgencias hace necesario que se relacione la sintomatología depresiva con adherencia al tratamiento en un servicio donde la mayoría de estos pacientes ya presentan complicaciones derivadas de un escaso apego a las indicaciones terapéuticas y que muestran un nivel de deterioro mayor que aquellos que acuden a atención hospitalaria de primer o de segundo nivel, ya que al asistir a urgencias se pretende la asistencia médica inmediata y esta demanda bien podría estar asociada a la comorbilidad de DT2 y depresión. Debido a lo anterior es que se vuelve pertinente plantear la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe asociación negativa entre la depresión y la falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo II que acuden a urgencias médicas?

## **Objetivo general**

Es así que el objetivo del presente trabajo fue identificar si hay asociación negativa entre la sintomatología depresiva y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes que son atendidos en urgencias médicas

## **Objetivos específicos**

- Identificar las características sociodemográficas de los participantes.
- Conocer el porcentaje de pacientes DT2 con sintomatología depresiva.
- Catalogar la adherencia terapéutica de pacientes DT2 con sintomatología depresiva en función del porcentaje encontrado en el instrumento.
- Identificar las conductas de adherencia que son menos desempeñadas de los participantes DT2 con sintomatología depresiva.
- Identificar las conductas de adherencia que son más desempeñadas de los participantes DT2 con sintomatología depresiva.

### **Hipótesis para objetivo general**

**H1:** ¿Existe una correlación negativa entre la adherencia terapéutica y la presencia de sintomatología depresiva en pacientes con diabetes tipo II que acuden a urgencias?

**Ho:** No existe correlación negativa entre la adherencia terapéutica y la presencia de sintomatología depresiva en pacientes con diabetes tipo II que acuden al área de urgencias.

**Hi:** Existe una correlación entre la adherencia terapéutica y la presencia de sintomatología depresiva en pacientes con diabetes tipo II que acuden al área de urgencias.

## **Método**

### **Diseño de investigación**

En función del objetivo de este trabajo se decidió implementar un estudio no experimental de tipo transversal con alcance correlacional, lo que implica que se exploró la relación entre dichas variables y es así que no hay variables independientes ni dependientes; sin embargo, únicamente para corroborar la asociación con razón de momios, la variable sintomatología tomó el lugar de variable independiente (VI) y la adherencia terapéutica fungió como (VD). También se consideró no experimental debido a que no hubo manipulación de las variables y las relaciones se realizaron sin influencia directa puesto que las observaciones se hicieron directamente en el contexto. Finalmente se contempló como transversal porque la recolección de los datos se obtuvo en un solo momento en el tiempo (Hernández-Sampieri y Fernández-Baptista, 2014).

### **Definición de variables**

**Variable VI:** Sintomatología depresiva

**Variable VD:** Adherencia terapéutica

### **Variables**

#### **Sintomatología depresiva**

##### 1) Definición conceptual

La depresión es una enfermedad que se caracteriza por sentimiento de tristeza constante, la pérdida de interés en las actividades placenteras y por la incapacidad de realizar actividades cotidianas. Lo anterior debe persistir en un periodo mínimo de dos semanas para ser diagnosticada). Los principales síntomas que facilitan su detección son: sentir tristeza, irritabilidad, desesperanza o vacío; sentir fatiga o la sensación de tener menos energía; tener dificultad para concentrarse, tomar decisiones o recordar cosas; presentar dificultades para conciliar el sueño, permanecer despierto o despertarse por la mañana; cambios en la alimentación que se acompañan de aumento o pérdida de peso; pérdida de interés en



actividades placenteras; moverse o hablar más lento que de costumbre; ideación suicida (National Institute of Mental Health, 2018).

## 2) Definición operacional

Se evaluó a través de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) la cual fue elaborada por Zigmond y Snaith (1983) y estandarizada en México por Barriguete et al. (2017) para una población mexicana que padecía trastornos de conducta alimenticia (véase la sección de instrumentos para la descripción).

## **Adherencia terapéutica**

### 1) Definición conceptual

La adherencia terapéutica se define como el conjunto de comportamientos dirigidos a preservar la salud e incluye acciones como buscar atención médica, conseguir y tomar el medicamento apropiado y recetado por el médico, asistir a las consultas de seguimiento y tener conductas que favorezcan el autocuidado (OMS, 2004).

### 2) Definición operacional

Se midió a través de Escala de Adherencia Terapéutica (EAT), la cual se centra en conductas explícitas que lleva a cabo el paciente con respecto al control en la ingesta de alimentos y en la toma de medicamentos, la forma en que lleva su seguimiento médico (en el aspecto conductual) y su autoeficacia. Fue creada para población mexicana por Soria-Trujano, Valero, Zaira, & Nava Quiroz (2009) y aplicada en pacientes crónicos (véase la sección de instrumentos para la descripción).

## **Participantes**

De los 32201 pacientes que acudieron al área de Triage perteneciente a Urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” en el periodo abril-septiembre, el equipo de psicología de urgencias evaluó en un horario de nueve a 15 horas a un total de 93 pacientes participantes con enfermedades crónicas, con consumo de una o más sustancias y presencia de sintomatología depresiva y ansiosa en el estudio “Factores psicosociales del paciente, cuidador primario y su correlación con problemas emocionales así como con el uso hospitalario en el servicio de urgencias médicas”. Inicialmente la evaluación se enfocó

a población con estas características porque el personal médico del hospital reportó que son las características más comunes de los pacientes atendidos en el área de triage por lo que fueron tomadas como criterios de inclusión para el proyecto; cabe resaltar que el resto de los pacientes que asistieron a triage y no fueron evaluados o incluidos en la investigación “Factores psicosociales del paciente, cuidador primario y su correlación con problemas emocionales así como con el uso hospitalario en el servicio de urgencias médicas” no cumplieron con algunas condiciones personales o situacionales, como las siguientes: no cumplía con los criterios de inclusión en los que se pedía que tuvieran una enfermedad crónica o consumo y al menos un trastorno del estado de ánimo como depresión o ansiedad (es decir que si el paciente tenía alguna enfermedad o consumo de sustancias pero no presentaba complicaciones psicológicas no podía ser incluido en el análisis de los estudios), acudió a triage en horario vespertino o nocturno (después de las 15 horas), fueron identificados por personal médico pero no fueron referidos al área de psicología y después de la consulta se retiraron del lugar o no había psicólogos disponibles para la evaluación.

Una vez que se establecieron los criterios de inclusión para cada uno de los estudios derivados incluyendo el presente, se tomaron los datos de 48 pacientes con diagnóstico de diabetes tipo II , los cuales fueron seleccionados de manera no probabilística propositiva en un período de cinco meses y los criterios para incluirlos en este estudio se presentan a continuación.

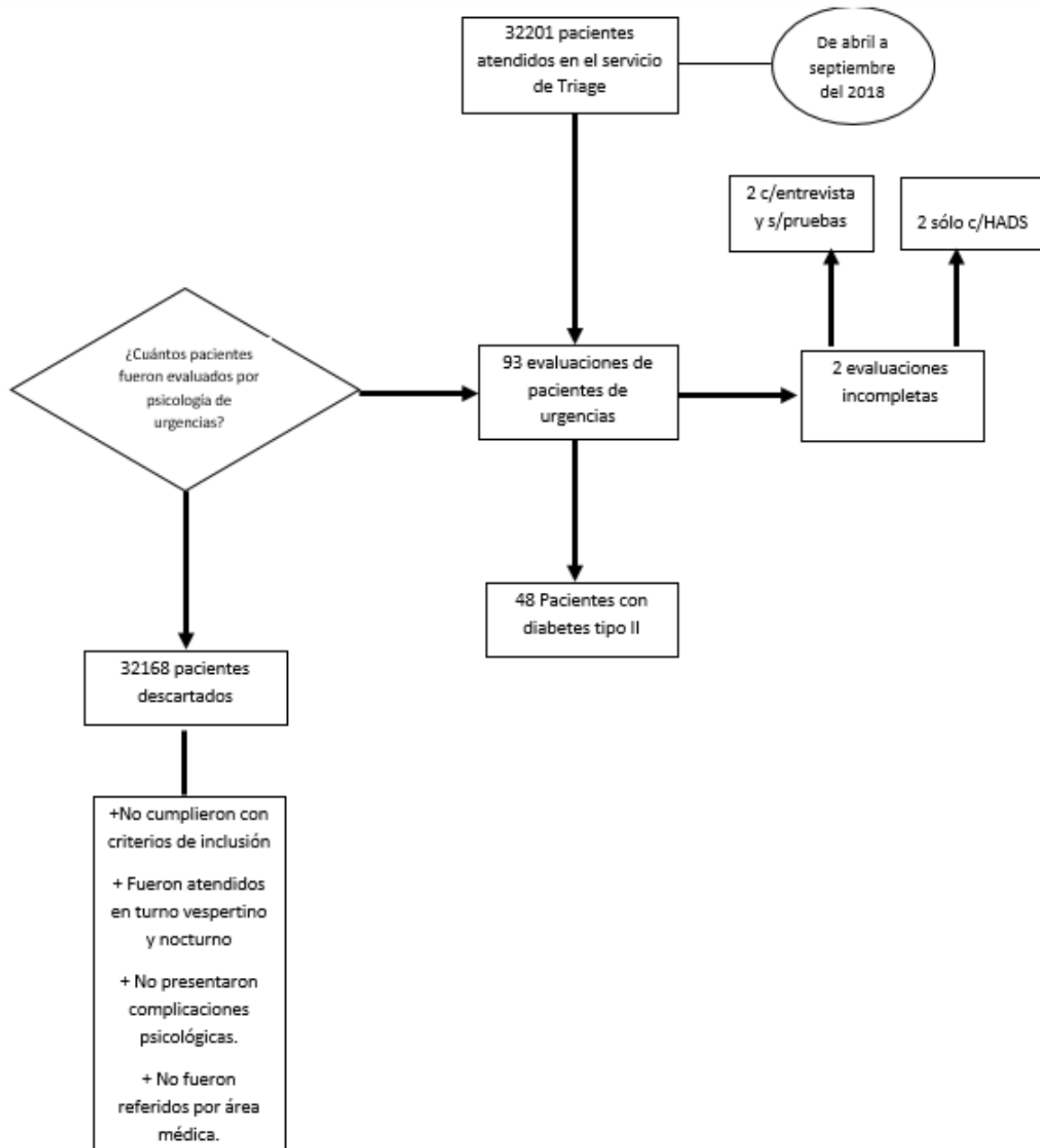
#### **Criterios de inclusión para este estudio**

- Pacientes con diagnóstico de DT2 que solicitaran y recibieran atención médica en Triage y posteriormente se quedaran en consulta externa de urgencias.
- Pacientes con DT2 que estuviesen interesados participar.
- Pacientes con DT2 mayores de 18 años.

#### **Criterios de exclusión para este estudio**

- Pacientes con diabetes tipo I o gestacional
- Pacientes que contestaron menos del 80% de los instrumentos (HADS o EAT) debido a que fueron llamados a consulta externa de urgencias (segunda consulta) durante la evaluación psicológica en la sala de espera de urgencias y al salir de consulta médica

no aceptaban continuar con la evaluación. Esto ocurría generalmente cuando el personal médico le sugería al paciente la evaluación psicológica al final de la consulta en triage (primera consulta; más adelante se describe a detalle en procedimiento en qué consistía la primera y la segunda consulta); debido a que el paciente era quien rechazaba voluntariamente la evaluación al psicólogo aun cuando le refería al médico que estaba de acuerdo, se consideró abandono del estudio y ocurrió en aproximadamente cinco casos, que no fueron contemplados en las 93 evaluaciones. También ocurrió que al salir de la segunda consulta, los pacientes no eran localizados por los evaluadores, situación que tuvo lugar en dos pacientes que fueron contemplados dentro de las 93 y que contestaron sólo un instrumento (véase figura uno).



*Figura 1. Diagrama de flujo de población evaluada*

*Donde se observa el proceso de selección de pacientes con diabetes tipo II atendidos en el triage del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" durante el periodo abril-septiembre.*

## **Instrumentos**

### *1.- Entrevista semiestructurada ex profeso (véase anexo 1)*

Los datos sociodemográficos de los pacientes con diabetes tipo II fueron recuperados a través de un cuestionario creado de manera ex profeso, el cual incluye áreas de exploración que se consideran vitales para conocer los factores que tienen en la adherencia terapéutica en esta población. Fueron organizados, agrupados y organizados por áreas 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.- Escala de Adherencia Terapéutica (EAT; véase anexo 2)*

Su objetivo es evaluar la adherencia al tratamiento a través de las conductas en los pacientes, es decir, identificar si participan activamente en su tratamiento y qué factores están relacionados con que sigan o abandonen el tratamiento. Fue creada por Soria-Trujano et al. (2009) y consta de 21 reactivos divididos en tres subescalas: control de ingesta de medicamentos y alimentos, seguimiento médico conductual y autoeficacia, de los cuales 15 son positivos y seis negativos. La escala de puntuación va de cero a 100 (0, 25, 50, 75 y 100), mientras más se acerque el paciente al 100% en la puntuación total, se considera más adherente, por lo tanto, la calificación total se obtiene de la sumatoria natural de los reactivos. Fue creada y probada en una población mexicana de 200 pacientes con diferentes enfermedades crónicas, obteniéndose un coeficiente de  $\alpha$  de Cronbach fue de 0.91, lo que implica que el cuestionario tiene 92% de fiabilidad, de tal forma que todos los reactivos obtuvieron una fiabilidad mayor a 0.833. Dicho instrumento se aplicó en cada evaluación realizada a pacientes con DT2.

### *3.- Escala hospitalaria de ansiedad y depresión HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale HADS) (véase anexo 3)*

Tiene como propósito evaluar los síntomas de depresión y ansiedad en una población médica general (Smarr & Kefer, 2011). Es una escala que fue creada por Zigmond y Snaith (1983). Está constituida por 14 reactivos en total, de los cuales se derivan dos subescalas: una que mide sintomatología de depresión y se conforma de siete reactivos, los cuales miden aspectos cognitivos y emocionales de la misma, principalmente anhedonia; y siete de

sintomatología ansiosa. Cada subescala tiene un rango de puntuación que va de cero a 21, mientras que cada uno de los reactivos tiene cuatro posibles opciones de respuesta que puntúan de cero a tres. Barriguete et al. (2017) realizaron un estudio en población mexicana que padecía trastornos de conducta alimenticia en una clínica establecida en la Ciudad de México; en dicho estudio se mantuvo el punto de corte original de ocho para sintomatología ansiosa y depresiva, asimismo, se estableció que la escala cuenta con un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0.88.

### **Procedimiento**

El equipo de psicólogos del servicio de Psicología de Urgencias encargado de atender a la población que acudía a solicitar consulta médica al área de Triage de lunes a viernes en un horario nueve a 15 horas, se conformó por cinco terapeutas previamente capacitados aproximadamente dos horas por día en un período de dos semanas, en el cual se les enseñó a evaluar con los instrumentos realizando juego de roles. Adicionalmente se enseñaron habilidades clínicas a los psicólogos como alianza terapéutica, escucha activa y metas en común con el objetivo de recabar la información y reducir la discapacidad social de los pacientes sobre los psicólogos. Los pacientes debían presentar una o más de las siguientes características:

- padecieran una enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, cáncer o Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida), comorbilidad (dos o más enfermedades crónicas), y
- o que reportaran consumo de una o más sustancias adictivas (alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, inhalantes, estimulantes de tipo anfetamina, sedantes, alucinógenos y opiáceos).

El proceso de atención médica se daba de la siguiente manera: al ingreso, el paciente recibía una ficha con numeración por el personal de vigilancia e inmediatamente tenía que acudir a ventanilla a dar sus datos para meterlos en el sistema, tomarse los signos vitales con personal de enfermería y mantenerse en la sala de espera hasta que el personal médico los atendía de acuerdo con la gravedad del padecimiento o en su defecto por orden de llegada.

Por su parte, el equipo de psicología conformado por cinco personas se dividía en dos equipos que iban intercambiándose cada día de la semana. Un equipo estaba integrado por dos psicólogos quienes hacían guardia en Triage durante todo el turno matutino, los cuales tenían como tarea notificarles a los otros tres psicólogos cuando un paciente cumplía con las características para llevar a cabo la evaluación. Al final de la consulta médica de Triage que tenía una duración aproximada de cinco minutos, un evaluador se acercaba al paciente y lo invitaba a participar, le explicaba que la evaluación tenía una duración aproximada de 40 minutos y que podía ser suspendida en cualquier momento si así lo deseaba, además se le hacía saber que los datos proporcionados se volvían estrictamente confidenciales puesto que la investigación fue registrada ante el Comité de Ética e Investigación del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” con el número de registro: “27-152-17”. Si aceptaba participar, debía firmar el consentimiento informado.

Durante la evaluación que se realizaba durante el tiempo de espera para recibir una segunda consulta de urgencias (externa de tipo ambulatoria), se indagaba a través de la entrevista ex profesa los datos sociodemográficos, antecedentes médicos y psicológicos, el motivo de consulta médico, tiempo de evolución de la enfermedad crónica, características de la dieta, dosis y toma de medicamentos, así como consumo de sustancias. Mientras que el nivel de adherencia era medido con EAT y HADS, si el paciente reportaba consumo de sustancias, se realizaba un tamizaje de este a través de la aplicación de la prueba ASSIST (Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias por sus siglas en inglés). Para finalizar, se daba un cierre con la información proporcionada en función de las necesidades del paciente, el cual podía incluir resolver preguntas respecto a la evaluación o las modalidades de atención a terapia psicológica que brinda el servicio. Sin embargo, es conveniente resaltar que debido a que la evaluación se realizaba durante el tiempo de espera a la consulta de urgencias, la evaluación de algunos pacientes debía suspenderse, por lo que el psicólogo o psicóloga evaluador esperaba a que el paciente saliera de consulta para continuarla.

A la par se realizó la captura de los datos en una base SPSS versión 24.0 y Excel para proceder al análisis estadístico. La elaboración de los resultados se obtuvo al terminar el periodo de captación, para proceder a las pruebas estadísticas y la discusión. Tras el análisis,

se detectó que el tiempo de evaluación tuvo una duración promedio de 41.06 minutos (DE=21.77). Teniendo un mínimo de 14 y un máximo de 120 minutos. Al finalizar, se compararon los datos obtenidos de la población, con la literatura disponible.

### **Escenario:**

Los pacientes reclutados provenían del área de examinación llamada coloquialmente Triage localizada dentro de urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Una vez que se solicitaba la atención esperaban un promedio de 20 a 30 minutos debido a que había alrededor de 15 personas esperando a ser revisados por orden de llegada siempre y cuando no llegase un paciente con riesgo vital. Cabe destacar que este servicio se encargaba permanentemente de atender a pacientes ambulatorios que acudían a dicha área de urgencias solicitando atención médica, priorizando la atención a aquellos pacientes que se encontraban en riesgo vital, que ingresaban con condición médica severa o que padecían gran intensidad en los síntomas de su enfermedad así como alteraciones en signos vitales o cualquier otra condición que requiriera estabilizar del estado del paciente de forma inmediata. La evaluación psicológica se realizaba en el área de espera de consulta externa de urgencias a los pacientes que habían sido canalizados de Triage y se encontraban esperando su turno para la consulta externa en la zona de espera, la cual tenía lugar a un costado del área, en un pasillo que conectaba con área de observación (hospitalización de urgencias). En este lugar podían sentarse alrededor de 15-20 personas y mantenerse 10 de pie, puesto que el espacio era reducido. Estas condiciones se mantuvieron a causa del temblor del 19 de septiembre del 2017 que causó daños estructurales en el hospital, por lo que se adaptó la zona de esta forma mientras la remodelación tenía lugar.

### **Análisis estadístico**

Las pruebas fueron calificadas por los psicólogos evaluadores que previamente fueron capacitados para aplicar y calificar los instrumentos. Los datos provenientes de los instrumentos fueron capturados en la base de datos a través del programa estadístico SPSS versión 24.0. Se utilizó un análisis estadístico descriptivo de frecuencias para variables sociodemográficas como número de participantes, sexo, estado civil, diagnóstico, estado de procedencia y escolaridad para los 48 participantes DT2 del estudio y otro análisis estadístico



descriptivo para los 14 pacientes que se encuentran dentro de los 48 participantes pero que presentaron sintomatología depresiva, con la finalidad de conocer su perfil.

En cuanto a adherencia terapéutica, primero se realizó un análisis de confiabilidad de todos los reactivos y un diseño factorial del instrumento ya que originalmente la prueba se validó en pacientes con diversas enfermedades crónicas. Sin embargo, de acuerdo con la literatura, la población con DT2 sigue un tratamiento específico, por lo que a través de dichos análisis se pretendió establecer los reactivos que están más relacionados al tratamiento de los pacientes de este estudio, por lo tanto, se mantuvieron sólo aquellos reactivos que fueron estadísticamente relevantes para la población DT2. Al realizar el análisis de confiabilidad se tomaron en cuenta los resultados arrojados en la columna de “alfa de Cronbach si se elimina el elemento” y se tomaron sólo los reactivos por encima de 0.70, ya que según lo descrito por (Celina-Oviedo y Campo-Arias, 2005) el valor mínimo aceptable para escalas e ítems es 0.70 siendo 0.90 el valor máximo esperado; el diseño factorial, en el que observó el cambio de factor automáticamente, por lo que se considera que hubo una reacomodación de reactivos que ayudó a verificar la validez de los reactivos en el factor al que pertenecían. Después, se realizaron análisis de confiabilidad por factor para verificar el nivel en el que se encontraba el alfa de Cronbach de cada uno, partiendo de que 0 representa nula confiabilidad y mientras más cercano se encuentre un valor al 1 será altamente confiable (Hernández-Sampieri et al., 2014): 1. Toma de medicamentos, 2. Seguimiento médico y 3. Autoeficacia, de esta manera se definieron los 12 reactivos que habrían de ir en cada uno de los factores.

Posteriormente se realizó un análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión, para el puntaje de EAT y HADS en población con DT2 evaluada y otro análisis descriptivo de la población con DT2 que presentó sintomatología depresiva, además se identificaron las conductas que más llevan a cabo y las que menos realizan a través de los porcentajes promedios arrojados en los reactivos de EAT.

Para la correlación de sintomatología depresiva y adherencia tanto de la población total DT2 evaluada como de la población DT2 que presentó sintomatología depresiva, se utilizó la prueba no paramétrica rho de Spearman la cual realiza asociación a través de medianas ya que se considera una prueba no paramétrica, debido a que las variables tenían niveles ordinales y se consideró estadísticamente significativo si  $p \leq 0.05$ . De acuerdo con

Monje-Alvárez (2011), el coeficiente de correlaci3n  $r$  que mide la fuerza de asociaci3n entre variables se considera excelente cuando va de 0.90 a 1 o -0.90 a -1; aceptable cuando se encuentra entre 0.80 y 0.90 o entre -0.80 y -0.90; regular cuando va de 0.60 a 0.80 o -0.60 a -0.80; se considera mínima cuando va de 0.30 a 0.60 o -0.30 a -0.60; no hay correlaci3n cuando es menor de 0.30 o -0.30.

Para corroborar los resultados de la Rho de Spearman se realiz3 una raz3n de momios (OR, por sus siglas en ingl3s derivado de Odds Ratio) donde la depresi3n tom3 el lugar de la VI y la adherencia terap3utica el lugar de la VD y se dicotomiz3, es decir si el paciente es adherente o no es adherente al tratamiento con la finalidad de identificar si la depresi3n es un factor de riesgo para que un paciente no sea adherente al tratamiento. Es preciso aclarar que la sintomatología depresiva se dividi3 en funci3n del punto de corte, el cual era  $<8$  e implicaba presencia de la sintomatología; por su parte, el instrumento EAT no posee punto de corte que señale presencia/ausencia ni calidad de la adherencia, sin embargo tanto la calificaci3n de reactivos y factores así como el puntaje global del instrumento se da en porcentaje, por tanto, se realiz3 una bısqueda bibliogrıfica para definir el punto de corte en funci3n de la clasificaci3n de adherencia/no adherencia al tratamiento en pacientes con DT2 encontrado en la literatura. Dichos artículos debían basar su porcentaje de adherencia/no adherencia con base a los resultados del instrumento de adherencia terap3utica percibida que utilizaron, es así que tras la revisi3n se decidi3 establecer 75% para el presente estudio (L3pez-Romero, Romero-Guevara, Parra & Rojas-Sánchez 2016) Orozco-Beltrán et al., 2016; Vargas-Sánchez & Toledo-Hernández, 2018), es decir que a partir  $>75$  se considera que el paciente no es adherente y  $<75$  se asume que el paciente sí es adherente al tratamiento.

Otros criterios para elegir RM son que esta prueba sirve para calcular la fuerza de asociaci3n entre dos variables, estimar las veces del riesgo a tener la variable dependiente (ser/no ser adherente al tratamiento) de las personas en las que se encontr3 la variable independiente (presentar sintomatología depresiva) en comparaci3n con las personas que no la presentaron (no tener sintomatología depresiva). De manera que para interpretarla, se debe entender que si la  $RM=1$  entonces no hay asociaci3n entre las dos variables estudiadas, si RM es mayor a 1 se indica que hay un asociaci3n positiva y sugiere que la VI

incrementa el riesgo de que ocurra la VD, mientras que si RM es menor a 1 indicaría que la exposición de la VI es un factor protector para que ocurra la VD (Villa-Romero, Moreno-Altamirano & García de la Torre, 2011). Otro criterio de asociación a tomar en cuenta es el riesgo relativo (RR) y compara el riesgo de enfermar (desarrollar depresión) en individuos que no presentan enfermedad. Además de valores como OR y RR, las medidas de frecuencia (frecuencia de exposición al factor de riesgo es decir a sintomatología depresiva, y se calcula con medidas como prevalencia (P), que se refiere a todos los casos de enfermedad existentes en una población o incidencia, que se refiere al número de casos nuevos en un tiempo determinado dentro de una población en riesgo de desarrollar la enfermedad), de impacto potencial (número de casos que se evitarían si se erradicara el factor de riesgo; esta medida sólo es válida cuando la fuerza de asociación es mayor a 1 y estadísticamente significativa) y  $X^2$  (para significación estadística del coeficiente de correlación de las variables  $p \leq 0.05$ ) se incluyeron en el análisis dada su importancia para la posterior interpretación. Por otro lado, los índices de especificidad y sensibilidad, sirven para: en el caso de especificidad, identificar la probabilidad de obtener un resultado negativo en aquellos individuos que no tienen la enfermedad (sintomatología depresiva en este estudio) y se calcula a partir de una tabla de 2x2 (véase tabla 10) dividiendo los casos negativos de sintomatología depresiva que no presentan adherencia terapéutica entre el total de casos que dieron negativo a sintomatología depresiva mientras que la sensibilidad es un índice que hace referencia a la probabilidad de clasificar correctamente a los individuos en función de si presentan síntomas de depresión y se calcula a partir de dividir el número de individuos que presentan tanto sintomatología depresiva y adherencia terapéutica entre el número total de pacientes que presentan síntomas de depresión (Argimón-Pallas & Jiménez- Villa, 2004). Estas dos medidas fueron calculadas en la prueba HADS. Cabe destacar que todo el análisis hecho a través de razón de momios tuvo la finalidad de tener un primer acercamiento a explicar de qué forma la sintomatología depresiva actúa sobre la adherencia al tratamiento en los pacientes que acuden a urgencias.

## Resultados

### *Características de los participantes*

De los 48 participantes, el 33% fueron hombres y 66.7% mujeres. La edad promedio fue 57 años. La mayoría de esta población reportó estar casada (29.2%), tener comorbilidad de diabetes e hipertensión (50%), ser desempleada (61.7%), tener primaria como último grado de estudios (35.41%) y ser residente de la Ciudad de México (74.5%; véase Tabla dos).

Tabla 2.

*Tabla de datos sociodemográficos de los pacientes con DT2.*

| <b>Edad</b>                              | <b>M</b>       | <b>DE</b> | <b>M</b>       | <b>DE</b> | <b>M</b>     | <b>DE</b> |
|--|----------------|-----------|----------------|-----------|--------------|-----------|
| <b>Años</b>                              | 56.38          | 9.50      | 57.72          | 13.67     | 57.27        | 12.35     |
| <b>Variable</b>                          | <b>Hombres</b> |           | <b>Mujeres</b> |           | <b>Total</b> |           |
|  | F              | %         | F              | %         | F            | %         |
| <b>Número de participantes</b>           | 16             | (33.3)    | 32             | (66.7)    | 48           | (100)     |
| <b>Estado civil</b>                      |                |           |                |           |              |           |
| <b>Soltero</b>                           | 2              | (4.2)     | 8              | (16.7)    | 10           | (20.8)    |
| <b>Casado</b>                            | 6              | (12.5)    | 8              | (16.7)    | 14           | (29.2)    |
| <b>Divorciado</b>                        | 4              | (8.3)     | 2              | (4.2)     | 6            | (12.5)    |
| <b>Unión Libre</b>                       | 3              | (6.3)     | 6              | (12.5)    | 9            | (18.8)    |
| <b>Viudo</b>                             | 1              | (2.1)     | 8              | (16.7)    | 9            | (18.8)    |
| <b>Total</b>                             | 16             | (33.3)    | 32             | (66.7)    | 48           | (100)     |
| <b>Diagnóstico*</b>                      |                |           |                |           |              |           |
| <b>DT2</b>                               | 3              | (6.3)     | 10             | (20.8)    | 13           | (27.1)    |
| <b>DT2/HA</b>                            | 6              | (12.5)    | 18             | (37.5)    | 24           | (50)      |
| <b>DT2/CA</b>                            | 2              | (4.2)     | 3              | (6.3)     | 5            | (10.4)    |
| <b>DT2/POLI</b>                          | 5              | (10.4)    | 1              | (2.1)     | 6            | (12.5)    |
| <b>Total</b>                             | 16             | (33.3)    | 32             | (66.7)    | 48           | (100)     |
| <b>Escolaridad (años)</b>                |                |           |                |           |              |           |
| <b>Sin estudios</b>                      | 2              | (4.16)    | 7              | (14.58)   | 9            | (18.75)   |
| <b>Primaria</b>                          | 2              | (4.16)    | 15             | (31.25)   | 17           | (35.41)   |
| <b>Secundaria</b>                        | 3              | (6.25)    | 6              | (12.50)   | 9            | (18.75)   |
| <b>Preparatoria/<br/>Carrera Técnica</b> | 4              | (8.33)    | 0              | (0)       | 4            | (8.33)    |
| <b>Licenciatura</b>                      | 1              | (2.08)    | 0              | (0)       | 1            | (2.08)    |
| <b>Posgrado</b>                          | 1              | (2.08)    | 1              | (2.08)    | 2            | (4.16)    |
| <b>Datos perdidos</b>                    |                | -         |                |           | 6            | (12.50)   |

| <b>Total</b>                        | 16             | 33.3     | 32             | 66.7     | 48             | 100      |                |        |
|-------------------------------------|----------------|----------|----------------|----------|----------------|----------|----------------|--------|
| <b>Tablas con datos perdidos</b>    | <b>Hombres</b> |          | <b>Mujeres</b> |          | <b>Total F</b> |          | <b>Total %</b> |        |
|                                     | F valida       | % valido | F valida       | % valido | F valida       | F valida | % válido       | %      |
| <b>Estado de residencia-</b>        |                |          |                |          |                |          |                |        |
| <b>Baja California Sur</b>          | 0              | (0)      | 1              | (2.1)    | 1              | 1        | (2.1)          | (2.1)  |
| <b>Chiapas</b>                      | 1              | (2.1)    | 0              | (0)      | 1              | 1        | (2.1)          | (2.1)  |
| <b>Estado de México</b>             | 2              | (4.3)    | 1              | (2.1)    | 3              | 3        | (6.4)          | (6.3)  |
| <b>Hidalgo</b>                      | 0              | (0)      | 1              | (2.1)    | 1              | 1        | (2.1)          | (2.1)  |
| <b>Michoacán de Ocampo</b>          | 1              | (2.1)    | 0              | (0)      | 1              | 1        | (2.1)          | (2.1)  |
| <b>Morelos</b>                      | 0              | (0)      | 2              | (4.3)    | 2              | 2        | (4.3)          | (4.2)  |
| <b>Veracruz de Ignacio de Llave</b> | 0              | (0)      | 3              | (6.3)    | 3              | 3        | (6.4)          | (6.3)  |
| <b>Ciudad de México</b>             | 12             | (25.5)   | 23             | (48.9)   | 35             | 35       | (74.5)         | (72.9) |
| <b>Datos perdidos</b>               |                |          | -              |          | 0              | 1        | -              | (2.1)  |
| <b>Total</b>                        | 16             | (34)     | 32             | (66)     | 47             | 48       | (100)          | (100)  |
| <b>Ocupación"-</b>                  |                |          |                |          |                |          |                |        |
| <b>Persona Desempleada</b>          | 3              | (6.4)    | 26             | (55.3)   | 29             | 29       | 61.7           | 60.4   |
| <b>Trabajo asalariado</b>           | 2              | (4.3)    | 1              | (2.1)    | 3              | 3        | 6.4            | 6.3    |
| <b>Informal</b>                     | 5              | (10.6)   | 5              | (10.6)   | 10             | 10       | 21.3           | 20.8   |
| <b>Sector Formal</b>                | 5              | (10.6)   | 0              | (0)      | 5              | 5        | 10.6           | 10.4   |
| <b>Dato perdido</b>                 |                |          | -              |          | 0              | 1        | -              | 2.1    |
| <b>Total</b>                        | 15             | (31.9)   | 32             | (68.1)   | 47             | 48       | 100            | 100    |

Nota: \* Donde DT2 es diabetes tipo II, CA es consumo de Alcohol, F es Frecuencia, HA es hipertensión, POLI es policonsumo de sustancias (dos o más sustancias) y % porcentaje.

\*\* Clasificación de acuerdo al estudio realizado por Clasificación mexicana de ocupaciones INEGI (s.f) donde: sector informal involucra a trabajadores de actividades agrícolas, ganaderas, pesqueras y comerciantes, vendedores ambulantes, trabajadores con ocupaciones no especificadas; sector formal a trabajadores en comercios establecidos, servicios personales y domésticos; asalariados, profesionistas y técnicos; trabajo asalariado: jefes y ayudantes de actividades administrativas y proceso de fabricación industrial, funcionarios y directivos de sectores público, privado y social

- Porcentaje y porcentaje válido debido a datos perdidos.

En la tabla 3 puede observarse como quedó constituido el instrumento que inicialmente estaba constituido por 21 reactivos y que tras el análisis estadístico quedo conformado por 12. A continuación se describe de manera sistemática que reactivos se quedaron y que otros

se quitaron del análisis de datos: en factor 1 (Toma de medicamentos) se mantuvieron los reactivos 1, 2, 4 y 7 con sólo estos cuatro se mantuvo un alfa de Cronbach de 0.75; se eliminaron del análisis de correlación 3 reactivos: 7 (Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo dejar de fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena), 9 (Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento) y 16 (si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago). En factor 2 (Seguimiento médico) se quitaron 3 de los 7 reactivos de los que estaba conformado: 6 (Atiendo a las recomendaciones en cuanto estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud), 12 (Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención al tratamiento) y 19 (me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad) conformándose por: 3, 5, 10, 18 y 8 (este último se fue agregado a este factor), respetándose el Alfa de Cronbach de 0.755. En el caso de factor 3, quedó conformado por 9 (se agregó este reactivo, ya que anteriormente pertenecía al 2. Seguimiento médico), 20 y 21 con alfa de Cronbach de 0.696, ya que se eliminaron 5 reactivos: 11 (Cuando me dan los resultados de mis análisis clínicos, estoy más segura de lo que tengo y me apego más al tratamiento), 13 (Cuando tengo mucho trabajo o 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) y 17 (Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos). Cabe destacar que la confiabilidad total del instrumento sin los 9 reactivos eliminados se mantuvo en un alfa de Cronbach de 0.811 y fue utilizado para los 48 participantes en el estudio

Tabla 3.

*Los 11 reactivos de EAT que fueron elegidos para el estudio acomodados por factor con alfa de Cronbach que se tomaron en cuenta para los análisis descriptivos y de correlación en este estudio.*

|  | 1.Toma de medicamentos | 2. Seguimiento médico | 3.Autoeficacia |
|--|------------------------|-----------------------|----------------|
| 1. Ingero mis medicamentos de manera puntual | 0.780                  |                       |                |

|   | 1.Toma de medicamentos | 2. Seguimiento médico | 3.Autoeficacia |
|---|------------------------|-----------------------|----------------|
| 2. No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora  | 0.788                  |                       |                |
| 3. Me hago mis análisis en los periodos que el médico me lo indica  |                        | 0.799                 |                |
| 4. Si tengo que seguir una dieta rigurosa la respeto  | 0.799                  |                       |                |
| 5. Asisto a mis consultas de manera puntual   |                        | 0.793                 |                |
| 7. Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo no fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena     | 0.806                  |                       |                |
| 8. Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite  |                        | 0.791                 |                |
| 9. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento   |                        |                       | 0.800          |
| 10. Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud |                        | 0.790                 |                |
| 18. Como me lo recomienda mi médico, me hago análisis clínicos periódicamente aunque no este enfermo.                                       |                        | 0.796                 |                |
| 20. Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago todo lo que este en mis manos para aliviarme  |                        |                       | 0.809          |
| 21. Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo   |                        |                       | 0.809          |
| Alfa de Cronbach por factor   | 0.755                  | 0.755                 | 0.696          |

A partir de lo anterior, se realizó un análisis descriptivo de la prueba EAT, que arrojó el porcentaje de adherencia de los pacientes en cada uno de los tres factores que componen el instrumento, así como el porcentaje global de adherencia.

Tomando en cuenta que la escala de adherencia va de 0 como puntaje mínimo a 100 en puntaje máximo en factor 1, factor 2, factor 3 y puntaje total y se establece que a mayor puntaje hay mayor nivel de adherencia o de apego al tratamiento, se puede observar en la tabla que en los tres factores, así como en el puntaje total de la escala hay un puntaje mayor a 50 y que tres de las cuatro calificaciones están por encima del 75, las implicaciones de esto se detallarán en discusión. Cabe destacar que el factor 3 que midió autoeficacia fue el que tuvo una mayor puntuación y menor desviación estándar seguido por el factor 1. Control e ingesta de medicamentos con una media de 75.51 y una desviación de 21.52, siendo factor 2 el que medía seguimiento médico relacionado con las indicaciones que debían seguir los pacientes, aquel que tuvo la media más baja con 71.14 y mayor desviación estándar con 23.88, lo que implica mayor variación en las puntuaciones. Asimismo, el puntaje total de adherencia se encontró por encima de 75, pues su media fue de 79.20 y tuvo una desviación estándar de 15.29, es decir que no presentó mucha variación con respecto a la media (Véase tabla 4).

Tabla 4.

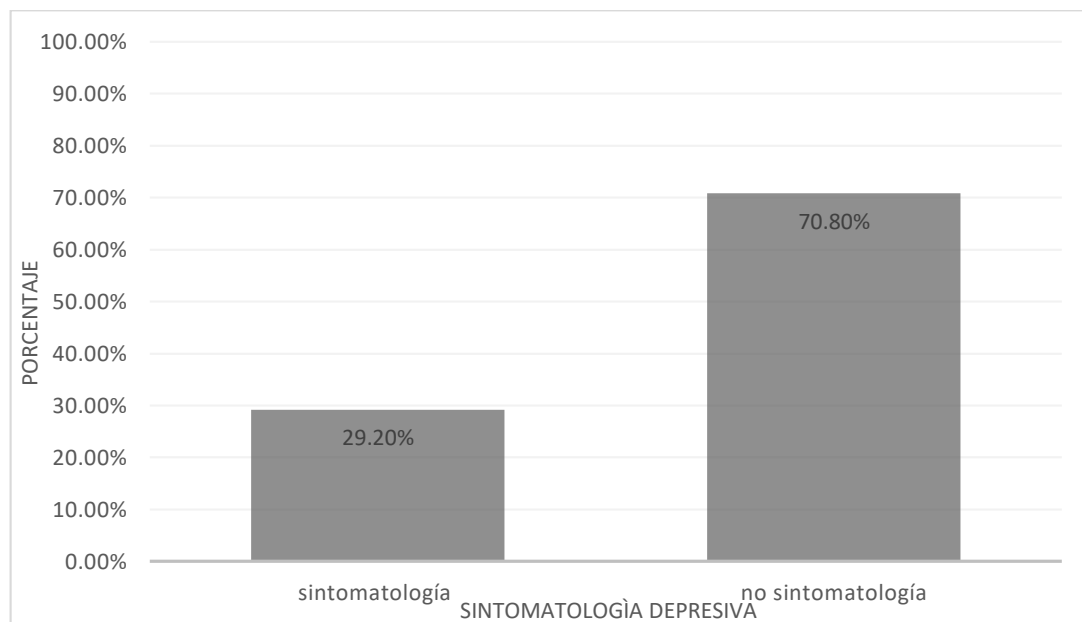
*Tabla de puntajes de adherencia obtenidos en la Escala de Adherencia Terapéutica*

|  | Puntaje mínimo | Puntaje máximo | Media | Desviación estándar | Mediana |
|--|----------------|----------------|-------|---------------------|---------|
| Factor 1. Control de ingesta de medicamentos y alimentos | 6.25           | 100            | 75.51 | 21.52               |         |



|                              | Puntaje mínimo | Puntaje máximo | Media | Desviación estándar | Mediana |
|------------------------------|----------------|----------------|-------|---------------------|---------|
| Factor 2. Seguimiento médico | 0              | 100            | 71.14 | 23.88               |         |
| Factor 3. Autoeficacia       | 41.66          | 100            | 90.97 | 13.84               |         |
| Porcentaje Total             | 35.41          | 100            | 79.20 | 15.29               |         |

Con respecto a la sintomatología depresiva evaluada con HADS, se encontraron los siguientes datos. El 70.2% (34 participantes) de la población participante no presentó sintomatología depresiva mientras que el 29.8% sí presentó (14 participantes), tomando en cuenta los puntos de corte del instrumento  $>8$ . En estos participantes se encontró que la media de los puntajes en HADS es de 10.57 puntos (DE= 2.27). De este 29.8%, 78.6% fueron mujeres y 21.4% fueron hombres.



*Figura 2.* Resultados de la prueba HADS para sintomatología depresiva en pacientes con DT2.

Se realizó la correlación entre variables con los datos de la población general DT2 a partir de la prueba no paramétrica rho de Spearman, sin encontrarse una correlación entre

ellas, ya que todas las correlaciones fueron mayores de 0.05 en grado de significancia y presentaron niveles de correlación menores a .300.

Tabla 5.

*Correlación de porcentaje de Adherencia y puntaje HADS-Depresión*

|                                    | <i>Depresión</i> |
|------------------------------------|------------------|
| <b>Factor 1.</b>                   |                  |
| <b>Coefficiente de correlación</b> | -0.040           |
| <b>Significancia</b>               | 0.786            |
| <b>Factor 2.</b>                   |                  |
| <b>Coefficiente de correlación</b> | -.104            |
| <b>Significancia</b>               | 0.484            |
| <b>Factor 3.</b>                   |                  |
| <b>Coefficiente de correlación</b> | -.032            |
| <b>Significancia</b>               | 0.830            |
| <b>Total</b>                       |                  |
| <b>Coefficiente de correlación</b> | -0.092           |
| <b>Significancia</b>               | 0.535            |

*Características de los participantes con sintomatología depresiva*

Se consideraron los datos sociodemográficos de todos los elementos con DT2 incluyendo en este grupo a los participantes que tenían comorbilidad de diabetes con hipertensión, cáncer y policonsumo de sustancias (véase tabla 6 en apartado de diagnóstico) y que arrojaron sintomatología depresiva tomando en cuenta el punto de corte de HADS (punto de corte de >8): la mayoría de estos participantes reportaron 0 reingresos (84.6%), tener sólo diabetes (42.9%) o tener diabetes e hipertensión (42.9%), ser mujer (78.6%), estar casado (35.7%), estar desempleado (76.9%), sin estudios (42.9%) y residir en la Ciudad de México (71.4%). Su edad promedio fue de 59.86 años (DE=12.79).

Tabla 6.

*Tabla de datos sociodemográficos de los pacientes con DT2 que presentan sintomatología depresiva*

|                           | Hombres | DE      | Mujeres | DE      | Total | DE      |
|---------------------------|---------|---------|---------|---------|-------|---------|
| <b>Edad</b>               |         |         |         |         |       |         |
| Años                      | 57.00   | 15.71   | 60.64   | 12.66   | 59.86 | 12.79   |
| Variable                  | Sexo    |         |         |         | Total |         |
|                           | Hombres |         | Mujeres |         |       |         |
|                           | F       | %       | F       | %       | F     | %       |
| Número de participantes   | 3       | (21.42) | 11      | (78.57) | 14    | (100)   |
| <b>Estado civil</b>       |         |         |         |         |       |         |
| Soltero                   | 0       | (0)     | 2       | (14.28) | 2     | (14.28) |
| Casado                    | 2       | (14.28) | 3       | (21.42) | 5     | (35.71) |
| Divorciado                | 0       | (0)     | 1       | (7.14)  | 1     | (7.14)  |
| Unión Libre               | 0       | (0)     | 2       | (14.28) | 2     | (14.28) |
| Viudo                     | 1       | (7.14)  | 3       | (21.42) | 4     | (28.57) |
| Total                     | 3       | (21.42) | 11      | (78.57) | 14    | (100)   |
| <b>Diagnóstico*</b>       |         |         |         |         |       |         |
| DT2                       | 2       | (14.28) | 4       | (28.57) | 6     | (42.85) |
| DT2/HA                    | 0       | (0)     | 6       | (42.85) | 6     | (42.85) |
| DT2/CA                    | 0       | (0)     | 1       | (7.14)  | 1     | (7.14)  |
| DT2/POLI                  | 1       | (7.14)  | 0       | (0)     | 1     | (7.14)  |
| Total                     | 3       | (21.42) | 11      | (78.57) | 14    | (100)   |
| <b>Escolaridad (años)</b> |         |         |         |         |       |         |
| Sin estudios              | 0       | (0)     | 6       | (42.85) | 6     | (42.85) |
| Primaria                  | 0       | (0)     | 5       | (35.71) | 5     | (35.71) |

| Variable                                | Sexo    |         |         |         | Total |         |
|---|---------|---------|---------|---------|-------|---------|
|   | Hombres |         | Mujeres |         |       |         |
|   | F       | %       | F       | %       | F     | %       |
| <b>Secundaria</b>                       | 1       | (7.14)  | 1       | (7.14)  | 2     | (14.28) |
| <b>Datos Perdidos</b>                   |         |         | -       |         | 1     |         |
| <b>Total</b>                            | 1       | (7.14)  | 13      | (92.85) | 14    | (100)   |
| <b>Estado de residencia-</b>            |         |         |         |         |       |         |
| <b>Hidalgo</b>                          | 0       | (0)     | 1       | (7.14)  | 1     | (7.14)  |
| <b>Morelos</b>                          | 0       | (0)     | 1       | (7.14)  | 1     | (7.14)  |
| <b>Veracruz de<br/>Ignacio de Llave</b> | 0       | (0)     | 2       | (14.28) | 2     | (14.28) |
| <b>Ciudad de México</b>                 | 3       | (21.41) | 7       | (50)    | 10    | (71.42) |
| <b>Total</b>                            | 3       | (21.41) | 11      | (78.57) | 14    | (100)   |
| <b>Ocupación"-</b>                      |         |         |         |         |       |         |
| <b>Persona<br/>Desempleada</b>          | 0       | (0)     | 10      | (71.42) | 10    | (71.42) |
| <b>Trabajo asalariado</b>               | 1       | (7.14)  | 0       | (0)     | 1     | (7.14)  |
| <b>Informal</b>                         | 1       | (7.14)  | 1       | (7.14)  | 2     | (14.28) |
| <b>Sector Formal</b>                    | 1       | (7.14)  | 0       | (0)     | 1     | (7.14)  |
| <b>Total</b>                            | 3       | (21.41) | 11      | (78.57) | 14    | (100)   |

Nota: \* Donde DT2 es diabetes tipo II, CA es consumo de Alcohol, F es Frecuencia, HA es hipertensión, POLI es policonsumo de sustancias (dos o más sustancias) y % porcentaje.

" Clasificación de acuerdo al estudio realizado por INEGI (s.f) (véase descripción de tabla 2)

- porcentaje y porcentaje válido debido a datos perdidos

En el caso de los puntajes de adherencia en esta pacientes con sintomatología depresiva, el factor 3 correspondiente a autoeficacia tuvo la media más elevada con respecto a los otros factores y menor desviación estándar seguida de factor 1. Control de ingesta de medicamentos y alimentos, siendo factor 2. Seguimiento médico aquel que tuvo menor puntaje de adherencia (<75) encontrándose por debajo del criterio de adherencia. Sin

embargo, las medias de dos de los tres factores, así como puntuación total se encontraron por encima del 75%, lo que implica que tienen una alta adherencia.

Tabla 7.

*Tabla de puntuaciones de adherencia obtenidos en la EAT en pacientes DT2 en función de si presentaron o no sintomatología depresiva*

|   | Con sintomatología depresiva |                |       |                     |         | Sin sintomatología depresiva |                |       |                     |         |
|---|------------------------------|----------------|-------|---------------------|---------|------------------------------|----------------|-------|---------------------|---------|
|   | Puntaje mínimo               | Puntaje máximo | Media | Desviación estándar | Mediana | Puntaje mínimo               | Puntaje máximo | Media | Desviación estándar | Mediana |
| <b>Factor 1.</b><br><b>Control de ingesta de medicamentos y alimentos</b> | 43.75                        | 100            | 78.12 | 20.17               | 81.25   | 6.25                         | 100            | 74.44 | 22.26               | 81.12   |
| <b>Factor 2.</b><br><b>Seguimiento médico</b>                             | 35                           | 100            | 71.42 | 21.34               | 72.50   | 0                            | 100            | 71.02 | 25.15               | 75.00   |
| <b>Factor 3.</b><br><b>Autoeficacia</b>                                   | 50                           | 100            | 89.87 | 16.40               | 100     | 41.66                        | 100            | 91.41 | 12.89               | 100     |
| <b>Total</b>  | 55.41                        | 100            | 79.80 | 14.81               | 78.19   | 35.41                        | 100            | 78.95 | 15.69               | 83.19   |

Por otro lado, se realizó un análisis descriptivo de los 12 reactivos del EAT con la finalidad de esclarecer las conductas de adherencia que tenían mayor y menor seguimiento por parte de los participantes con sintomatología depresiva; cada uno de los 12 reactivos utilizados estaba enfocado en registrar el seguimiento de la conducta al 0, 25, 50 y 100%, es decir que tanto los participantes realizaban o dejaban de hacer algo que contribuía a la adherencia a su tratamiento, de manera que el análisis descriptivo se hizo a partir del porcentaje promedio de respuesta de los participantes por reactivo (véase figura 3). Se encontró que las cuatro conductas en las que hay menor porcentaje de adherencia puesto

que se encuentran por debajo del 75% (cantidad de adherencia que funge como la mediana) de adherencia son: 18. Como me lo recomienda mi médico, me hago análisis clínicos periódicamente, aunque no esté enfermo (factor 2. Seguimiento médico) con 55.36%, 4. Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto (factor 1. Toma de medicamentos) con 67.86%, 5. Asisto a mis consultas de manera puntual (factor 2. Seguimiento médico) con 67.86) y 3. Me hago mis análisis en los periodos en los que el médico me indica (factor 2. Seguimiento médico) con 69.64%, de las cuales tres pertenecen a Factor 2. Seguimiento médico y una Factor. 1 Toma de medicamentos. Mientras que las conductas en las que hubo mayor adherencia puesto que se encontraron por encima del 75% de adherencia fueron de mayor a menor: 20. Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago todo lo que este en mis manos para aliviarme (factor 3. Autoeficacia) con 94.64%, 7. Estoy dispuesto a hacer algo placentero como, por ejemplo, no fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena (factor 1. Toma de medicamentos) con 92.86%, 10. Después de haber terminado el tratamiento regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud (factor 2. seguimiento médico) con 89.29%, 21. Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo (factor 3. Autoeficacia) con 89.29%, 9. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento (factor 3. Autoeficacia) con 85.71% y 2. No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora (factor 1. Toma de medicamentos) con 76.79%. De las conductas con mayor seguimiento dos pertenecían al factor 3. Autoeficacia, dos al factor 1. Toma de medicamentos y una a factor 2. Seguimiento médico. Con respecto a las dos conductas de 75% que sirvieron para discriminar las conductas y menor seguimiento, una fue pertenecía a factor 1. Toma de medicamentos (1. Ingiero mis medicamentos de manera puntual) y otra a factor 2. Seguimiento médico (8. Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite) (Véase tabla 8).

Figura 3. *Porcentaje promedio de cada conducta seguida por los pacientes con sintomatología depresiva a partir de los reactivos de EAT (véase tabla 3).*

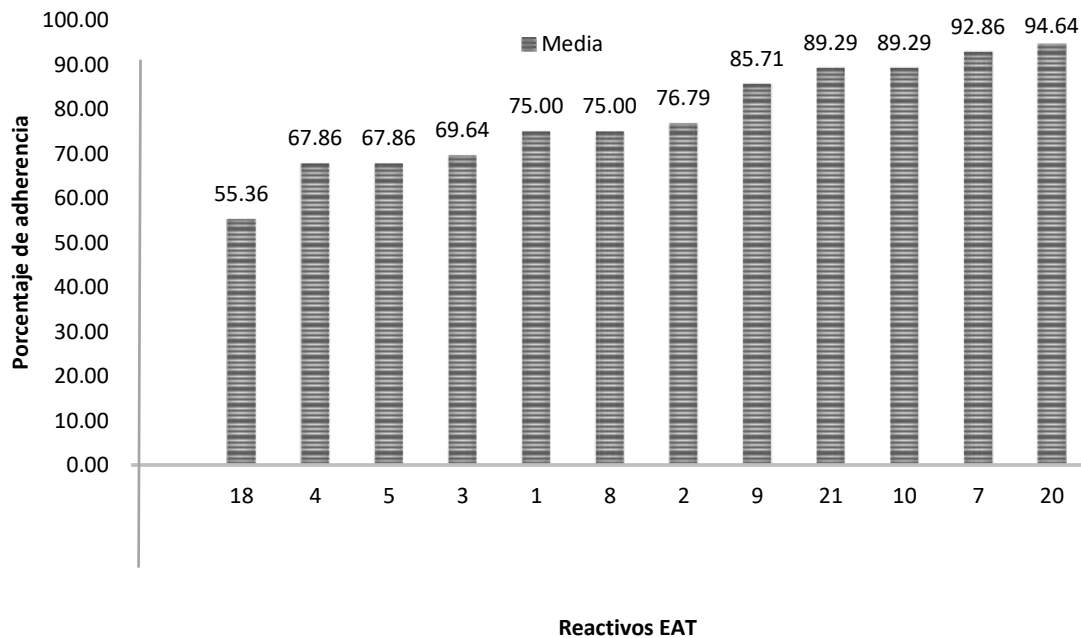


Tabla 8.

*Tabla de seguimiento de conductas y el factor EAT al que pertenecen en pacientes con DT2 que presentan sintomatología depresiva*

| Conductas con menor adherencia<br>(menores al 75% de seguimiento)   | Conductas con 75% de seguimiento  | Conductas con mayor adherencia<br>(mayores a 75%)   |
|---|---|---|
| Factor 2. Seguimiento médico<br>(18. Como me lo recomienda mi médico, me hago análisis clínicos periódicamente, aunque no esté enfermo) | Factor 1. Toma de medicamentos<br>(1. Ingiero mis medicamentos de manera puntual) | Factor 3. Autoeficacia<br>(20. Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago todo lo que este en mis manos para aliviarme ) |

| Conductas con menor adherencia<br>(menores al 75% de seguimiento)  | Conductas con 75% de seguimiento | Conductas con mayor adherencia<br>(mayores a 75%)  |
|--|----------------------------------|--|
| Factor 2. Seguimiento médico<br>(5. Asisto a mis consultas de manera puntual)                            |                                  | Factor 2. Seguimiento médico<br>(10. Después de haber terminado el tratamiento regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud) |
| Factor 2. Seguimiento médico<br>(3. Me hago mis análisis en los periodos en los que el médico me indica) |                                  | Factor 3. Autoeficacia<br>(21. Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo)  |
|  |                                  | Factor 3. Autoeficacia<br>(9. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento)  |
|  |                                  | Factor 1. Toma de medicamentos<br>(2. No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora)   |

Para la correlación se utilizó la prueba estadística rho de Spearman con grado de significancia de  $p < 0.005$ , pudiéndose observar que la depresión tiene una correlación negativa estadísticamente significativa con dos de los tres factores: 1. Toma de medicamentos  $r = -0.701$ ,  $p = 0.005$  con grado de correlación negativa regular, es decir que a mayor depresión, la toma de medicamentos se ve disminuida y con 3. Autoeficacia  $r = -0.759$ ,  $p = 0.002$  con grado de correlación regular, la autoeficacia se ve disminuida si la sintomatología depresiva aumenta; además el porcentaje total de adherencia también se correlacionó de forma negativa con depresión  $r = -0.817$ ,  $p = 0.001$  con una correlación aceptable, por lo que se puede establecer que a mayor grado de depresión, menor es el grado de adherencia al tratamiento medido con EAT (Véase tabla 9).



Tabla 9.

*Correlación de puntaje de adherencia y puntaje de sintomatología depresiva en pacientes con DT2 que presentaron sintomatología depresiva*

|                                       | <b>Depresión</b> |
|---------------------------------------|------------------|
| <b>Factor 1. Toma de medicamentos</b> |                  |
| <b>Coefficiente de correlación</b>    | -0.701*          |
| <b>Significancia</b>                  | 0.005            |
| <b>Factor 2. Seguimiento médico</b>   |                  |
| <b>Coefficiente de correlación</b>    | -0.426           |
| <b>Significancia</b>                  | 0.129            |
| <b>Factor 3. Autoeficacia</b>         |                  |
| <b>Coefficiente de correlación</b>    | -0.759*          |
| <b>Significancia</b>                  | 0.002            |
| <b>Total Adherencia</b>               |                  |
| <b>Coefficiente de correlación</b>    | -0.817*          |
| <b>Significancia</b>                  | 0.000            |

Nota= \* correlación significativa a  $p \leq 0.01$ .

En cuanto al procedimiento de RM y su  $X^2$  de Pearson (para significancia) se realizó una tabla de 2 x 2 (véase tabla 10) para la sintomatología depresiva y la adherencia terapéutica; en el apartado análisis estadísticos se expusieron las razones por las que se realizó RM, llevándose a cabo de esta forma:

$$RM \frac{10 \times 12}{22 \times 4} = 1.36$$

Para determinar el intervalo de confianza se utilizó la fórmula:

$$IC95\% \text{ de RM} = (1.19 - 3.90)$$

Sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para RM, lo que implica que no hay diferencias entre los pacientes DT2 que presentan/no presentan

sintomatología depresiva y la adherencia al tratamiento que perciben llevar a cabo ( $X^2 = .202$ ,  $gl= 1$ ,  $p=.653$ ).

Tabla 10.

*Clasificación de pacientes en función de presencia/ausencia de sintomatología depresiva y adherencia terapéutica.*

|                           |       | Sintomatología depresiva |    |       |
|---------------------------|-------|--------------------------|----|-------|
|                           |       | Sí                       | No | Total |
| Adherencia<br>terapéutica | Sí    | 10                       | 22 | 32    |
|                           | No    | 4                        | 12 | 16    |
|                           | Total | 14                       | 34 | 48    |

Para sacar el RR, se divide la incidencia de los expuestos (10/32) entre la incidencia de los no expuestos, dando un total de 1.24.

$$RR \frac{(10)(32)}{(4)(16)} = 1.24$$

Con respecto a las medidas de frecuencia, la prevalencia y su intervalo de confianza al 95% (IC95%) se calcularon de la siguiente manera:

$$\frac{\text{Número de casos con sintomatología}}{\text{Población total}} = \frac{14}{48} = .291$$

Mientras que para sacar su intervalo de confianza se utilizó la fórmula:

IC95% de P=  $P \pm 1.96 \times \text{error estándar} = 0.291 \pm (1.96 \times 0.065) = 0.1635$  a  $0.4185$  (Llorca, J., Dierssen-Sotos, T., & Gómez-Acevo, I., 2016)

Las medidas de impacto potencial no aplican debido a que RM no es estadísticamente significativo.

Por otro lado, para sacar el valor de sensibilidad se dividió 10/14 y para especificidad 12/34, encontrándose que la prueba HADS tiene en sensibilidad 71.4% y 35.9% de especificidad en esta población.

### **Discusión**

El objetivo principal de este estudio fue identificar la relación entre la sintomatología depresiva y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes que acuden a urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. En cuanto a la relación entre los puntajes de HADS del total de población evaluada y el porcentaje de adherencia no se encontró ninguna correlación estadísticamente significativa, probablemente porque en un principio se sometieron a análisis todos los puntajes de la población total sin discriminar si presentaban sintomatología depresiva o no a partir de los puntos de corte. Sin embargo, una vez que se identificó a la población con sintomatología depresiva, se llevó a cabo la correlación encontrándose una relación negativa regular en toma de medicamentos, en autoeficacia y una correlación regular en porcentaje de adherencia global con respecto a la sintomatología depresiva (Babenko et al., 2018; Baucon et al., 2015; González et al., 2008; Himelhoch et al., 2004; Kim et al., 2015; Lin et al., 2017; Mezuk et al., 2013). Por ende, al detectar asociación entre sintomatología depresiva y dos de tres factores así como con puntuación global de adherencia a través de Spearman, se decidió implementar RM que le intentó dar una explicación causa-efecto a dicha relación y comparó el resultado obtenido con la literatura que sostiene que depresión es una variable moderadora de la adherencia al tratamiento (OMS, 2004; Connell, Davis, Gallant & Sharpe, 1994).

Para determinar si la depresión es un factor de riesgo para la baja adherencia al tratamiento, hay que tomar en varios criterios. Para comenzar, el resultado de la RM estaría indicando que los pacientes con sintomatología tienen 36% más riesgo de no ser adherentes al tratamiento como lo indica el  $IC_{95\%} = 1.119 -3.90$  y este al ser mayor que uno implicaría que la asociación no se debe al azar. Sin embargo, la  $X^2$  indica que  $p > 0.005$  y por tanto se establece que no hay diferencias significativas entre pacientes DT2 con y sin sintomatología depresiva, dicho de otra manera la depresión no puede ser atribuida como factor de riesgo para la adherencia. Mientras que la prevalencia de sintomatología depresiva es de 29.20%, no se puede establecer incidencia ya que no se llevó un registro de nuevos

casos de sintomatología depresiva. Al no ser significativa la RM, los datos de RR es decir, el riesgo de desarrollar depresión así como el impacto potencial, no pueden ser tomados en cuenta, por lo que en lo que respecta a RM, los datos no permiten establecer causalidad entre las variables; sin embargo la asociación hecha a través de Rho Spearman se mantiene.

Con respecto a la prueba, el índice de sensibilidad de HADS es adecuado puesto que se encuentra por encima del 70%, lo cual no ocurre con el índice de especificidad, el cual es menor al 50%, esto quiere decir que hay poca probabilidad de que individuos que no tienen sintomatología depresiva salgan un resultado negativo, dicho en otras palabras, es más sencillo identificar los casos en los que hay sintomatología depresiva que de identificar los que no presentan sintomatología y podría comprometer a falsos positivos.

Por otra parte es preciso mencionar que hubo una adecuación del instrumento EAT que midió la adherencia terapéutica en este estudio. Dicho arreglo no fue planteado en los objetivos pero se consideró fundamental para realizar de manera óptima un análisis estadístico que considerara las características de la población evaluada.

El instrumento fue elaborado y planteado por sus autores como una propuesta para evaluar la adherencia al tratamiento en población mexicana que padeciera cualquier enfermedad crónica incluida DT2 (Soria-Trujano et al., 2009); estas características y las siguientes dos razones fueron los criterios por los que inicialmente el instrumento se consideró adecuado para realizar el tamizaje pacientes con DT2: uno, debido a que es uno de los pocos instrumentos que miden toma de medicamentos, seguimiento médico y la autoeficacia de pacientes, tres constructos que entran en la definición de adherencia al tratamiento (OMS, 2004); y porque los instrumentos descritos en estudios que miden adherencia en pacientes DT2 con complicaciones de la enfermedad no están estandarizados en población mexicana o se consideran instrumentos con bajo valor predictivo o baja sensibilidad (Limaylla & Ramos, 2016; Nogués Solán, Sorli Redó, & Villar García, 2007) mientras que EAT presentó adecuados puntajes de alfa de Cronbach (Celina-Oviedo & Campo-Arias, 2005) y está hecho en población mexicana. La segunda razón es que se empleó EAT para fines prácticos de aplicación y reclutamiento de pacientes, ya que esta investigación fue realizada a la par de otras investigaciones que se centraban en otras enfermedades crónicas como hipertensión arterial, cáncer y síndrome de inmunodeficiencia

adquirida en el mismo contexto (triage y consulta externa de urgencias) donde se tenía que tomar en cuenta y resolver estas situaciones: había pocos pacientes que cumplieran los criterios de inclusión de un solo estudio y que fueran referidos a consulta médica de urgencias o a psicología donde podían ser evaluados, había periodos cortos de tiempo para realizar evaluaciones puesto que se utilizaban los periodos entre una consulta y otra, se requería de instrumentos breves para realizar evaluación ya que el paciente podía no completar la evaluación o abandonar el estudio por las razones ya descritas, sin mencionar que gran parte de los pacientes con DT2 presentaron comorbilidad con hipertensión, cáncer y consumo de sustancias, lo que puede tener otras implicaciones en la dinámica del tratamiento puesto que pueden tomar más medicamentos o acudir más constantemente a consultas que un paciente que sólo tiene diagnóstico de DT2 e implica un mayor exigencia de requisito de respuesta conductual del paciente al tratamiento (American Diabetes Association [ADA], 2002). Sin embargo para garantizar que el instrumento correspondiera a las características del tratamiento de esta población se realizó el análisis de confiabilidad, encontrándose que sólo 12 de los 21 reactivos fueron significativamente pertinentes para evaluar la adherencia terapéutica, tomándose como criterio mínimo .70 en Alfa de Cronbach así que 10 reactivos se excluyeron del análisis. Una vez realizados los cambios en el instrumento, el alfa de Cronbach total fue adecuado para realizar el análisis estadístico correspondiente, de manera que el factor uno (toma de medicamentos) quedo compuesto por reactivos, el segundo (seguimiento médico) por reactivos y el tercer factor (autoeficacia) por tres reactivos únicamente; si bien a mayor número de reactivos mayor confiabilidad habrá en el factor (Hernández-Sampieri et al., 2014) cuando se realizó el análisis de confiabilidad de EAT, en autoeficacia sólo se mantuvieron los tres reactivos de siete ya que arrojaron puntuaciones mayores a 0.80 en Alfa de Cronbach. Respecto a sí es adecuado mantener un factor con tan reducido número de reactivos, los mismos autores mencionan que la cantidad mínima para conformar un factor es tres, aunque si se hace hincapié en que la cantidad de reactivos ideal es 20. Por lo tanto, es preciso tener en cuenta el factor autoeficacia sólo cuenta con tres reactivos y su nivel de confiabilidad es bajo comparado con los niveles de los otros dos factores, por lo que no se descarta del todo la posibilidad de que las mediciones pudieran verse comprometidas. En tanto, debido a las condiciones de elección del instrumento y la metodología usada para la adecuación del instrumento, el uso de EAT se consideró una

limitante del estudio porque su elección dependió mucho de las situaciones externas, de ahí que para amortiguar que el instrumento evaluaba conductas para otros padecimientos crónicos se hizo la propuesta de adaptación a la población DT2 de este estudio. Por otro lado aunque el ajuste de EAT no era prioridad de la investigación, estas adecuaciones a la escala pueden representar una propuesta precursora para evaluar la adherencia en pacientes con diabetes tipo II.

En seguimiento a los objetivos secundarios, el primero fue identificar el perfil de estos usuarios DT2 de urgencias, por lo cual se analizaron sus características sociodemográficas, en el que la mayoría reportó ser mujer, estar casado, tener comorbilidad de diabetes e hipertensión, tener estudios de primaria, residir en la Ciudad de México, estar desempleada y tener un promedio de 57.27 años. Se observó que todos estos datos son similares a los sociodemográficos reportados por Colunga-Rodríguez, García de Alba-García, Salazar-Estrada & Ángel-González (2008) ya que la edad promedio es de 60.4 años (DE= 10.4), en este estudio fue de 57.27 (DE=12.35) para población total y de la que tuvo sintomatología depresiva 59.86 (DE= 12.79), además de que la mayoría 64% estaba casado, 49% eran amas de casa y 19% eran jubilados, es decir, que no tenían un empleo remunerado, lo cual es similar a este estudio; tales similitudes pueden atribuirse a que el estudio citado tiene características similares al presente pues fue realizado en México y describió las características fisiológicas, psicológicas y de adherencia al tratamiento de pacientes con DT2 en un servicio médico, sin mencionar que es el más reciente en la bibliografía encontrada y aun cuando haya una diferencia de 402 participantes entre ambos estudios y 9 años de diferencia, las características sociodemográficas de ambos no variaron mucho; continuando con los resultados de este estudio, más de la mitad de los participantes evaluados reportó estar desempleados (60.4%) lo que coincide con la literatura, esto podría relacionarse con lo encontrado a la literatura respecto a que la DT2 se considera una enfermedad incapacitante que genera pérdidas económicas a nivel personal, familiar y social (Breton et al., 2013; Doubova et al., 2018; Grabowski et al., 2017; IDF, 2016). Estos hallazgos permiten sugerir que en evaluaciones e intervenciones posteriores dentro de los servicios médicos dirigidas a pacientes con DT2 consideren instrumentos y materiales adecuados a pacientes con baja escolaridad e incluyan contenido de las implicaciones y riesgo de padecer DT2 junto a otras comorbilidades y aborde o incluya el tema de

sintomatología depresiva, pues si bien sería prematuro determinar que estas características estarán presentes en otras poblaciones con diagnóstico de DT2, los pacientes de otros estudios sí pueden tener condiciones de vida similares.

Por otro lado cabe destacar que el presente estudio no excluyó a pacientes con consumo de sustancias, hecho que permitió conocer las características relacionadas al consumo que presentan los participantes con diabetes que acuden a servicios de atención terciaria como urgencias. Esto se llevó a cabo a través de instrumentos de tamizaje hechos por la OMS (como ASSIST y AUDIT), encontrándose que el 10.4% de los evaluados consumía alcohol y de acuerdo con la literatura el consumo de alcohol se asoció a baja adherencia al régimen alimenticio, así como de toma de medicamentos orales e incumplimiento con las citas de seguimiento en pacientes con DT2 (Jonhson, Bazaragan & Bing, 2000); sin embargo, este dato sirvió únicamente para identificar el porcentaje de pacientes que realiza la conducta de consumir alcohol, ya que para hacer un análisis más específico se requiere de datos de frecuencia y cantidad de consumo (Engler, Ramsey, & Smith, 2013). Retomando el tamizaje de consumo de alcohol y sus implicaciones en otras investigaciones, un estudio realizado en Canadá por Hoban et al. (2015) evaluó el consumo de alcohol con AUDIT en el cual el nivel de consumo fue determinado a partir de los puntos de corte, encontrándose que 11% consumía alcohol. A pesar de las similitudes en porcentajes de ambas investigaciones, es preciso aclarar que Hoban evaluó a 86 pacientes canadienses con pie diabético que acudieron a un servicio médico de tercer nivel para tratarse, a diferencia del servicio de Urgencias donde se realizó esta investigación, pues en este contexto la población evaluada presentó además de DT2 otras comorbilidades y reportó acudir a tratar complicaciones de la enfermedad como descompensación en los niveles de glucosa y presión arterial o infecciones de la piel en las que se incluye pie diabético.

Con respecto a la sintomatología depresiva de estos pacientes, se encontró que cerca del 30% de los evaluados tenían síntomas depresivos (punto de corte >8) en el instrumento HADS, el cual ha sido aplicado en diferentes poblaciones de DT2 y en contextos a nivel mundial como Malasia, Canadá, Alemania, Bangladesh y Rusia (Babenko et al., 2018; Chowdhury et al., 2017; Ganaseran et al., 2014; Hoban et al., 2015; Iversen et al., 2016). De forma que permite comparar los resultados obtenidos con dichas investigaciones, las cuales

son similares al presente estudio puesto que fueron hechas en contextos hospitalarios de tercer nivel, con pacientes DT2 y que podían llegar a presentar complicaciones del padecimiento. Los resultados del estudio tienen similitudes en cuanto a porcentaje con Ganaseran et al. (2014) pues 31.4% tuvo sintomatología depresiva, porcentaje similar a este estudio; Chowdhury et al. (2017) en el cual 56.2% tuvo sintomatología depresiva (no describen sintomatología ansiosa), el porcentaje de población es mayor que en este estudio, pero no es tan distinto a lo encontrado, si se compara con el elaborado por Iversen et al. (2016) en el que apenas 9% de 948 participantes tenían síntomas depresivos evaluados con HADS, sin embargo, esto podría estar relacionado a la diferencia en el tamaño de la población evaluada con respecto a este estudio; mientras que en el de Hoban et al. (2015) se analizaron únicamente los puntajes de HADS y encontraron que el puntaje promedio general para Depresión (HADS-D) para sintomatología depresiva fue de 6 (DE=4), lo que implica que la media está por debajo del punto de corte (8) en población general y son diferentes a los encontrados en este estudio, pues HADS-D fue de 10.57 (DE= 2.27). En el caso de Babenko et al. (2018) los puntajes encontrados en HADS-D fue de 6.5 (DE= 3.4). Sin embargo, el puntaje de pacientes que habían abandonado el tratamiento fue de 9.48 (DE=3.39) en el HADS-D, es decir que el puntaje promedio de aquellos pacientes que alguna vez han abandonado el tratamiento se encuentra dentro de sintomatología depresiva. Es importante resaltar este dato porque Babenko et al. (2018), muestran que los pacientes que abandonan el tratamiento tienen puntajes más altos en HADS-D que aquellos no lo han abandonado nunca, además de que esos pacientes con dicha característica (que han llegado a dejar el tratamiento alguna vez) en el estudio encontrado tienen puntuaciones similares a los encontrados en este estudio.

Existen otros estudios donde también se evalúan los síntomas de depresión en pacientes con diabetes en otras pruebas como ICD-9, Inventario de Depresión de Beck y Escala Zung en Hilmelhoch et al. (2004), Constantino-Cerna et al. (2014) y Colunga-Rodríguez et al. (2008), respectivamente. Con respecto al realizado por Hilmelhoch et al. (2004), se encontró que de los 180 065 con DT2, 13491 tenían depresión, es decir que alrededor de 7.49% de los participantes DT2 mayores de 65 años que acudieron a hospitalización de servicio de urgencias tuvo sintomatología depresiva, lo que contrasta con lo encontrado en este estudio (29.8%) probablemente porque el tamaño de la muestra es



mucho menor en este estudio con respecto al de Himelhoch, sin mencionar que ese estudio tomó en cuenta adultos mayores y en este estudio participaron pacientes a partir de los 18 años (que en México implica ser mayores de edad) de manera que se incluyeron a personas de distintas edades por lo que la media fue de 59.86 (DE= 12.79); sin embargo, el estudio se considera que es una referencia adecuada porque es el único estudio encontrado que evalúa a pacientes DT2 en un contexto de urgencias médicas. Mientras que Constantino-Cerna et al. (2014) identificó que el 57.78% de la población DT2 evaluada entre 19 y 60 años tuvo síntomas de depresión, lo cual si bien es un porcentaje mucho mayor que lo encontrado en este, se está comparando una población similar a la evaluada en este estudio; asimismo, las mujeres son más proclives a padecer depresión (similar a este estudio) sin embargo, el número de participantes sigue siendo mayor en dicho estudio con respecto a éste, por lo que la diferencia de participantes pudo haber influido en los porcentajes de sintomatología depresiva. Colunga-Rodríguez et al. (2008) Encontraron que el 37% de los 450 participantes mexicanos con DT2 que asistían a seguimiento médico en hospital de Guadalajara; dicho estudio sin duda es el más similar de los tres mencionados anteriormente (37% contra 29.8%), lo cual puede deberse a que es un estudio realizado en población mexicana, aunque, por otro lado, la población reclutada por Colunga et al., es considerablemente más grande que la del presente estudio (450 contra 48 participantes). Cabe destacar que Himelhoch et al. (2004) y el de Constantino-Cerna et al. (2014) fueron realizados en Estados Unidos y Perú respectivamente, lo que podría explicar también porque además de lo anteriormente descrito, porque los porcentajes de sintomatología depresiva fueron considerablemente diferentes con respecto a este estudio (7.49% y 57.78% contra 29.8%). Por otro lado, hay estudios como el de Wang et al. (2016), en el que se observó que el 10.6% de los encuestados con DT2 tuvieron síntomas depresivos y la prevalencia fue mayor en mujeres, este último dato coincide con este estudio aun cuando hay una diferencia muy grande en el número de participantes. En cuanto al elaborado por Mezuk et al. (2013) el porcentaje de depresión fue de 5.5% en diabetes diagnosticada y 7.1% en diabetes no diagnosticada en depresión menor; para depresión mayor los porcentajes fueron de 6.6% y 5.7% respectivamente; aunque no es similar al presente estudio, hizo una asociación entre la sintomatología depresiva y la adherencia que será discutido más adelante. Ambos estudios fueron hechos con los datos de

dos NHANES distintos, en los cuales participaron más de 2000 personas e incluían el PHQ-9 para tamizaje de depresión.

Asimismo se observó en la presente investigación que aquellos pacientes con sintomatología depresiva que tenían sólo el diagnóstico de DT2 (42.9%) tuvieron el mismo porcentaje de prevalencia que los que reportaron padecer diabetes con hipertensión (42.9%), esto es importante porque estudios como el de Ganasegeran et al. (2014) mencionan que los pacientes con diagnóstico de DT2 con comorbilidades como hipertensión o dislipidemia presentan mayores riesgos de presentar complicaciones o baja adherencia al tratamiento, mientras que los pacientes con DT2 e hipertensión tenían mayores puntuaciones de sintomatología depresiva. De tal forma, que se puede observar que la DT2 en conjunto a comorbilidades además de incrementar el régimen de tratamiento (más medicamentos por tomar, medirse constantemente la presión arterial en conjunto con glucosa y acudir a más citas médicas de monitoreo para ambos padecimientos) (ADA, 2002) y por ende presentar baja adherencia al tratamiento pero también se muestra al menos en este estudio la misma tasa de frecuencia elevada de sintomatología depresiva que los pacientes con sólo DT2.

Siguiendo con los resultados de la adherencia al tratamiento medida con EAT, la población total evaluada (48) presentó un promedio de adherencia global de 79.20% (DE=15.29). Mientras que los pacientes que no presentaron sintomatología depresiva (34) tuvieron un promedio de porcentaje global de 78.95% (DE=15.69), cantidad menor a la obtenida por los pacientes que sí presentaron sintomatología (14) con un porcentaje global de 79.80% (DE=14.81), esto genera la hipótesis de que los pacientes con sintomatología depresiva tuvieron mayor deseabilidad social respecto a su tratamiento aunque no se descarta la posibilidad de que en realidad tenían la percepción de seguirlo correctamente. Al respecto, un estudio hecho en pacientes DT2 (latinos) hecho por Connell et al. (1994) en el que se toca el tema de autoeficacia en pacientes con DT2 y sus altos índices, establece que el término hace referencia a la percepción de realizar adecuadamente conductas relacionadas con su cuidado (dieta, el ejercicio, la toma de medicamentos); sin embargo, la discrepancia entre seguir el tratamiento como lo indica el médico, el cual implica realizar todo un régimen de conducta (cierta frecuencia, a una hora determinada y de seguimiento constante), como tomar el medicamento cada cierto tiempo, salir a caminar o

hacer ejercicio varias veces a la semana, no comer alimentos con altos niveles de glucosa y tener una dieta basada en alimentos específicos como vegetales todos los días, por mencionar algunos ejemplos y la percepción del paciente respecto a llevar el tratamiento por realizar la conducta al menos una vez por semana, aunque el tratamiento adecuado implique realizar las conductas todos los días. De manera que para calificar el rubro correctamente es necesario preguntar por la frecuencia, latencia y constancia así como preguntarle a familiares cercanos por el régimen del paciente; por otro lado, en la búsqueda realizada para esta discusión, con términos como “diabetes type 2”, “social desirability”, “hospitalization”, “emergency service”, “adherence treatment”, “self-efficacy”, “compliance” y sus diferentes combinaciones en las bases de datos no se encontraron artículos que hablaran de la deseabilidad social y autoeficacia del paciente en el ámbito hospitalario, para contrastarlos con los datos obtenidos. Retomando el presente trabajo, otra situación observada en los resultados que podría respaldar la hipótesis de deseabilidad social es que el promedio de puntuaciones mínimas en los tres factores (toma de medicamentos, seguimiento médico y autoeficacia) del instrumento de pacientes con sintomatología depresiva fueron mucho más altas que las de los pacientes que no la presentaron (veáse tabla 7), por ejemplo, en toma de medicamentos, los pacientes con sintomatología depresiva tuvieron como puntuación mínima de adherencia 43.75% mientras que los pacientes sin sintomatología depresiva tuvieron 6.25%, lo cual ocurre de forma similar en el factor de seguimiento médico, pues los pacientes con sintomatología depresiva tuvieron 35% como mínimo y los pacientes que no la presentaron tuvieron 0%. A partir de esto surge una hipótesis en términos clínicos en función de los datos encontrados en este estudio y que sería pertinente contestar en investigaciones posteriores, en la que se propone que la mayoría de los pacientes con sintomatología depresiva se veían más influenciados por la deseabilidad social a contestar que realizaban conductas de adherencia, ya que buscaban ser atendidos a la brevedad por los médicos del servicio de urgencias, y la razón de esto podría relacionarse a que tenían bajos niveles de adherencia comparados con los pacientes que no tenían depresión; además debe tomarse en cuenta que se identificó una asociación moderada negativa de estas variables donde a mayor sintomatología depresiva había menor adherencia al tratamiento y esto implicaría que los pacientes con sintomatología depresiva sí estaban presentando en ese momento menor adherencia; sin embargo se debe aclarar que es sólo un hipótesis ya que no

se tienen medidas fisiológicas o datos duros que la constaten, por lo que sería pertinente continuar con esta línea de investigación.

Pasando al objetivo de identificar las conductas con menor adherencia, aquellas que fueron menos reportadas por los pacientes con sintomatología depresiva fueron: “Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto”, “asisto a mis consultas de manera puntual” y “Me hago mis análisis en los periodos en los que el médico me indica”, “Como me lo recomienda mi médico, me hago análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo”. Cabe destacar que la conducta de no seguir la dieta se encontró constantemente en la literatura (Babenko et al., 2019; Kim et al., 2015); mientras que la asistencia a las citas de seguimiento y hacerse análisis clínicos no se encontraron propiamente como conductas típicas de baja adherencia en pacientes con DT2 en la literatura, sin embargo, podrían formar parte del concepto de auto monitoreo, lo cual sí ha sido tratado en algunos estudios, como el de Lin et al. (2017) y menciona que ante poco automonitoreo no hay un adecuado seguimiento de tratamiento.

Para finalizar el contraste de datos con lo encontrado en la literatura, es preciso mencionar que algunos de los resultados relacionados con datos sociodemográficos de esta investigación son similares a los de otros trabajos realizados con población DT2 mientras que otros difieren por completo. Por ejemplo, la mayoría de ellos reportaron cero reingresos lo cual se contradice con los datos de la literatura (Mezuk et al., 2013; Wang et al., 2016) aunque esto podría explicarse por la deseabilidad social que se detectó clínicamente y por la percepción de los pacientes de llevar a cabo adecuadamente el régimen que el médico les indicó, lo cual suele pasar en entrevistas y otras medidas de autorreporte como EAT porque los pacientes sobreestiman la conducta de adherencia (Stirratt et al., 2015), se sugiere registrar medidas fisiológicas; retomando los datos encontrados, los pacientes con diabetes tuvieron la misma frecuencia que los que reportaron tener un diagnóstico de diabetes con hipertensión, sin embargo hay que tomar en cuenta que al tener dicha comorbilidad el régimen de tratamiento es más estricto, ya que se les pide mayor monitoreo y mayor número de medicamentos e incluso probabilidades de complicaciones como accidentes cerebrovasculares que tienen implicaciones de mayor seguimiento médico, mayor número de hospitalizaciones y mayores costos médicos (Wang et al., 2016; Mehta, Ghosh, Sander, Kuti, & Mountford, 2018) por lo que en estudios posteriores se buscaría tomar en cuenta esas

diferencias entre los tratamientos; también se observó que la mayoría mencionó estar desempleado y tener baja escolaridad (Osborn & Gonzalez, 2016; Wang et al., 2016) condiciones que están presentes en otros estudios tanto nacionales como internacionales y deben ser tomadas en cuenta porque independientemente de las similitudes o diferencias entre este estudio y los otros, los resultados de estudio son útiles para conocer las características de la población DT2 que acude al Hospital Dr. Manuel Gea González y así tomar decisiones clínicas o de investigación, como generar instrumentos de tamizaje o materiales para intervenciones.

Dentro de las limitaciones que se observaron en este estudio, está el hecho ya mencionado anteriormente con respecto a que no se pudieron registrar las mediciones fisiológicas como concentración plasmática de glucosa y presión arterial de algunos pacientes durante las primeras semanas de la investigación. Los psicólogos no tuvieron acceso a estas medidas que eran tomadas por personal de enfermería cuando llegaban a consulta de triage (las cuales hubiesen fungido como datos duros en esta investigación durante los primeros días en los que se realizaron las evaluaciones psicológicas al paciente) por tanto, se descartó presentar este dato en la investigación, pues no se obtuvieron de todos los participantes de este estudio; sin embargo se tiene en cuenta que el aporte de datos como estos en investigaciones similares permiten apoyar o contrastar los resultados en el auto reporte. Se aconseja registrar medidas fisiológicas en investigaciones futuras como: concentración plasmática glucosa del paciente, presión arterial y medidas antropomórficas; así como número de reingresos a urgencias en el último año, estatus socioeconómico y años de evolución del padecimiento al igual que un tamizaje rápido y conciso de sintomatología depresiva que permita identificar inicialmente la existencia de estas variables para que posteriormente se haga el análisis clínico de cómo afecta el funcionamiento del paciente con respecto a su tratamiento; si bien no hay aún una guía clínica para tamizaje de depresión en el contexto de urgencias, el presente estudio y otras las investigaciones internacionales encontradas en este estudio presentan y proponen HADS y otros inventarios para medir depresión (Babenko et al., 2019; Baucon et al., 2015; Constantino-Cerna., 2014; Ganaseran et al., 2014; Hoban et al., 2014). Lo mismo sucede con la EAT de 12 reactivos analizados en esta investigación para medir la adherencia en pacientes con DT2 en urgencias, que al ser modificado después de hacer el análisis factorial el cual tuvo como objetivo reconocer que

conductas (reactivos) eran indicadores válidos para medir el constructo o factor (1. Toma de medicamentos, 2. Seguimiento médico y 3. Autoeficacia), de forma que se dejaron los reactivos estadísticamente significativos y por ende, pertinentes para medir cada uno de los tres factores, sin embargo se sugiere realizar una futura adecuación del instrumento a partir de un análisis factorial con muestras más grandes o hacer una diferenciación entre grupos, es decir validar los 11 reactivos en poblaciones de pacientes DT2 que acuden a otros servicios de urgencias (Argibay, 2006) o validar otro instrumento con los mismos métodos propuestos que cumpla con las recomendaciones respecto las características que debe tener un instrumento para evitar posible deseabilidad social y sobre todo, la percepción de llevar a cabo el tratamiento adecuadamente (autoeficacia) en situaciones en las que no se cumple e implican principalmente el registro de la frecuencia de la conducta en un breve periodo de tiempo así como confiabilidad por interjueces (registro de un tercero, en este caso familiar o medico) que avale los datos registrados. Un instrumento que cumple con esos dos criterios de forma inmediata es el “Carnet de Adherencia terapéutica” elaborado por Riveros-Rosas (2002), el cual es un registro conductual de toma de medicamentos, dieta y ejercicio así como indicadores de bienestar como actividad física, trabajo, actividad sexual, distracción, interacción social de más de treinta minutos y conductas de riesgo; además entre sus virtudes a destacar, contiene dibujos y facilita el registro a población de baja escolaridad y puede ser entregado a algún familiar para realizar el interjueceo, sin embargo carece de calificación que indique el porcentaje o nivel de adherencia.

Otra limitación importante se relaciona con el daño estructural que sufrió el hospital durante el sismo del 19 de septiembre del 2017, ya que al encontrarse en remodelación al momento del estudio, la dinámica de evaluación psicológica a pacientes se vio obstruida, trayendo consigo consecuencias secundarias como la canalización de pacientes potenciales para evaluación psicológica a otros hospitales, una vez que eran atendidos en la primera consulta de triage. Sin mencionar que hubo además una reducción de espacio en el inmueble a causa del cierre de áreas, por tanto las posibilidades de reclutar y evaluar a estos pacientes que pudieron haberse quedado en consulta externa de urgencias y ser evaluados por psicología se vio considerablemente reducida. La afectación en el número de participantes fue tal que, no se puede generalizar los datos encontrados con respecto a datos sociodemográficos y de la cantidad de participantes y así definir el perfil del paciente

ambulatorio con DT2 que llega a urgencias. Por tanto se aconseja trabajar con una muestra representativa de participantes en estudios futuros, ya que un número reducido en los participantes se considera limitación al no poderse generalizar los resultados encontrados para establecer que este porcentaje es la prevalencia de depresión en pacientes DT2 en el área de triage (Chowdhury et al., 2017; Tan & Flanagan, 2013).

### **Conclusiones**

Si bien este estudio identificó que hay una asociación moderada entre ambas variables en la que a mayor depresión menor adherencia terapéutica y viceversa, habrá que investigar más en estudios futuros respecto a qué pasa con la población DT2 con sintomatología depresiva que asiste a servicios de urgencias en otros hospitales, así como identificar si la adherencia terapéutica tiene un impacto en su bienestar físico y social e incluso en el psicológico, es decir, si la baja adherencia influye en la aparición de sintomatología depresiva; de tal manera que se pueda ser posible establecer si la relación entre variables es bidireccional (hasta qué punto la depresión antecede al desarrollo de DT2 y hasta qué punto padecer DT2 puede propiciar el desarrollo de depresión, lo cual puede lograrse a través de estudios longitudinales, estudios que a su vez permiten identificar de qué forma dichas variables impactan en la adherencia de un paciente DT2).

Con respecto a las virtudes del estudio, se destaca la identificación de la relación moderada negativa y el intento de identificar la influencia que la sintomatología depresiva ejerce en la adherencia al tratamiento en estos pacientes, lo cual es la aportación más valiosa del estudio, pues si bien ya se había establecido en otros contextos como atención primaria y terciaria (no se especifica la especialidad), en asociaciones independientes o encuestas (como NHANES), en la literatura mexicana poco se había reportado sobre las características psicológicas de personas con diabetes, especialmente en un ámbito como atención de tercer nivel que incluye a urgencias donde es recurrente que pacientes ingresen con complicaciones que si bien tienen una historia de evolución marcada por el régimen al tratamiento, ahora hay un primer vestigio de que la adherencia se relaciona negativamente con sintomatología depresiva (factores psicológico) lo cual hace necesario que sean involucrados en la historia clínica del paciente; por otro lado, este estudio describió los niveles de depresión y los comparó con estudios internacionales encontrando semejanzas, lo que implica que existen

variables intra como consumo de alcohol o policonsumo Hoban et al. (2015) e interpersonales, como nivel de escolaridad o estado civil (Chowdhury et al., 2017; Ganasegeran et al., 2014; Himelhoch et al., 2004; Osborn & Gonzalez, 2016; Wang et al., 2016) que podrían influir en la sintomatología depresiva, de manera que para continuar con este estudio se pretendería realizar una investigación de tipo causal que incluya medidas de frecuencia de la depresión, de asociación entre variables (depresión y adherencia) e impacto potencial de la sintomatología depresiva, retomando las limitaciones de este estudio como la toma de medidas para descubrir si la depresión o sintomatología depresiva influye sobre la adherencia al tratamiento; por otra parte, por cuestiones metodológicas, se analizó un recién elaborado instrumento para medir la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas y al no tener buena confiabilidad para este padecimiento se hizo una adaptación del instrumento para personas con DT2 que puede ser validada en población DT2 en estudios posteriores. Mientras que a nivel clínico, la entrevista semiestructurada planeada en este estudio para la obtención de datos en el contexto de urgencias se basó los preceptos de la entrevista motivacional (Millner & Rollnick, 1999; García-Flores & Sánchez-Sosa, 2013) con el objetivo de que el paciente llegara a establecer una asociación entre las preguntas que los psicólogos les hacían sobre la toma de medicamentos, seguimiento del tratamiento y las complicaciones de su padecimiento e identificar y resolver la ambivalencia entre los pensamientos o creencias que hay alrededor de las conductas de adherencia, como una forma de sensibilización respecto a su dinámica actual y las ventajas y desventajas de conductas poco adherentes; además, se pusieron en práctica habilidades clínicas del psicólogo como establecer alianza con el paciente y la generación de metas en común, lo que si bien no se disminuyó la deseabilidad social de los datos sí permitió que cuatro de los pacientes evaluados fueran reclutados para consulta externa de psicología donde se trató sintomatología depresiva, adherencia al tratamiento y otras situaciones carácter psicosocial (Mendoza-Aguilera, 2019).

Resulta preciso comentar que las evaluaciones psicológicas en urgencias abren las puertas a los psicólogos de la salud que comienzan a trabajar en el ámbito de urgencias médicas y les invita a generar a manera de reto, tamizaje, evaluaciones o intervenciones que permitan reducir la sintomatología depresiva y detectar baja adherencia al tratamiento. La promoción de adherencia y la atención a la sintomatología, en conjunto o por separado



podrían reducir los costos económicos de la atención por urgencias y hospitalizaciones relacionadas a complicaciones de la enfermedad (Asche, LaFleur, & Conner, 2011; Jayawant, Bhosle, Anderson, & Balkrishnan, 2007).

Este trabajo tuvo un acercamiento importante a la población con diabetes tipo II que acudió a un servicio ambulatorio de urgencias en la Ciudad de México. Por tanto, se reconoce que esta población tiene necesidades psicológicas ya que casi un tercio de participantes presentó sintomatología depresiva, lo que significa que hay ausencia de bienestar psicológico en este porcentaje de pacientes y esto puede repercutir en su adherencia al tratamiento. Con base en los resultados obtenidos, al concluirse que la sintomatología depresiva está asociada de manera negativa con la adherencia en pacientes con DT2 que acuden a triage y a consulta ambulatoria en urgencias se vuelve imperativo el tamizaje psicológico en los servicios de urgencias; tal tamizaje (específicamente depresión) en pacientes que acuden a urgencias, de acuerdo a las virtudes y limitaciones de este estudio, debe ser breve y certero al igual que el tamizaje de adherencia al tratamiento, que entre sus características además de las ya mencionadas, tendría que ser de fácil aplicación, entendible para diferentes condiciones sociodemográficas (incluyendo como prioridad los bajos niveles de escolaridad) y se elimine en la medida de lo posible la deseabilidad social a través de mediciones de frecuencia de determinada conducta de adherencia al tratamiento por semana, así como que sea constatado con mediciones de fiabilidad de interjueces, es decir por familiares y médicos de los pacientes que acuden a urgencias.

### Referencias

American College of Emergency Physicians. (2016). Definition of Emergency Medicine. *Annals of Emergency Medicine*, 68(1), 142-143.

American Diabetes Association [ADA]. (2002). Treatment of Hypertension in Adults With Diabetes. *Diabetes Care*, 25(suppl 1), s71-s73. <https://doi.org/10.2337/diacare.25.2007.S71>

Arjona-Viciana, R.D, Esperón-Hernández, R.I, Herrera-Correa, G.M, & Albertos-Apuche, N.E. (2014). Asociación de diabetes mellitus con deterioro cognitivo en adultos mayores.

Estudio basado en población. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(4), 416-421. I ISSN 2448-5667.

Argimón-Pallas, J.M, & Jiménez- Villa, J. (2004). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica* (3ra edición). Madrid, España.: Elsevier.

Armelaos, 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. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.066>

Ascencio-Montiel, I. J. (2018). 10 years analysis of diabetes-related major lower extremity amputations in Mexico. *Archives of Medical Research*.  
<https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2018.04.005>

Asche, C., LaFleur, J., & Conner, C. (2011). A Review of Diabetes Treatment Adherence and the Association with Clinical and Economic Outcomes. *Clinical Therapeutics*, 33(1), 74-109. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2011.01.019>

Ayllon, T., & Azrin, N. H. (1965). The measurement and reinforcement of behavior of psychotics. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 8(6), 357-383.  
<https://doi.org/10.1901/jeab.1965.8-357>

Babenko, A. Y., Mosikian, A. A., Lebedev, D. L., Khrabrova, E. A., & Shlyakhto, E. V. (2018). Mental state, psychoemotional status, quality of life and treatment compliance in patients with Type 2 diabetes mellitus [research-article]. <https://doi.org/10.2217/cer-2018-0105>

Barrigete Meléndez, J. A., Pérez Bustinzar, A. R., de la Vega Morales, R. I., Barrigete Chávez-Peón, P., & Rojo Moreno, L. (2017). Validation of the Hospital Anxiety and

Depression Scale in Mexican population with eating disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2017.05.001>

Baucom, K. J. W., Queen, T. L., Wiebe, D. J., Turner, S. L., Wolfe, K. L., Godbey, E. I.,... Berg, C. A. (2015). Depressive Symptoms, Daily Stress, and Adherence in Late Adolescents with Type 1 Diabetes. [Miscellaneous Article]. *Health Psychology*, 34(5), 522-530. <https://doi.org/10.1037/hea0000219>

Breton, M.C, Guénette, L., Amine Amiche, M., Kayibanda, J.F, Grégoire, J.P, & Moisan, J. (2013). Burden of Diabetes on the ability to work: A systematic review. *Diabetes care*, 36, 740-749. Doi: 10.2337/dc12-0354.

Bogner, H. R., Morales, K. H., de Vries, H. F., & Cappola, A. R. (2012). Integrated Management of Type 2 Diabetes Mellitus and Depression Treatment to Improve Medication Adherence: A Randomized Controlled Trial. *Annals of Family Medicine*, 10(1), 15–22. <http://doi.org/10.1370/afm.1344>.

Castrillón-Estrada, D., A.-V., Juan, & Castrillón-Estrada, Jaime, H.-R., Eder. (2011). Diabetes mellitus en el servicio de urgencias: manejo de las complicaciones agudas en adultos, 24(2). :<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81722412>> ISSN 0120-5552

Celina-Oviedo, H., & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente del alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 24(4), 572-580. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80634409>

Chowdhury, S. H., Karim, M. N., Selim, S., Ahmed, F., Azad, A. K., Maksud, S. A., Chowdhury, M. A. J. (2017). Risk of depression among Bangladeshi type 2 diabetic patients. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 11, S1009-S1012. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2017.07.030>

- Colunga-Rodríguez, C., García de Alba-García, J., Salazar-Estrada, J.G, & Ángel-González, M. (2008). Type 2 diabetes and depression in Guadalajara, México, 2005. *Revista de Salud Pública, 10*(1), 137-149. <https://doi.org/DOI: 10.1590/S0124-00642008000100013>
- Connell, C. M., Davis, K.W., Gallant, M. P., & Sharpe, P. A. (1994). Impact of Social Support, Social Cognitive Variables, and Perceived Threat on Depression Among Adults With Diabetes. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 13*(3), 263-273.
- Do, D. V., Wang, X., Vedula, S. S., Marrone, M., Sleilati, G., Hawkins, B. S., & Frank, R. N. (2015). Blood pressure control for diabetic retinopathy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*, CD006127. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006127.pub2>
- Domínguez, M., Calderón, A. & Matías, A. (2013). Características clínico epidemiológicas de las complicaciones agudas de la diabetes en el servicio de urgencias del Hospital General de Atizapán. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 56*(2), 25-36.
- Doubova. S.V., Borja-Aburto, V.H., Guerra-Y-Guerra, G., Salgado-De-Snyder, N., & González, B. (2018). Loss of job-related right to healthcare is associated with reduced quality and clinical outcomes of diabetic patients in Mexico. *International Journal for Quality in Health Care, 30*(4), 283–290. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy012>
- Egede, L., Gebregziabher, M., Hunt, K., Axon, R., Echols, C., Gilbert, G., & Mauldin, P. (2011). Regional, Geographic, and Ethnic Differences in Medication Adherence among Adults with Type 2 Diabetes. *The annals of Pharmacotherapy, 45*(2), 169-178  
<https://doi.org/10.1345/aph.1P442>
- Emergency Care Electronic Data Collection and Exchange. (2016). *Annals of Emergency Medicine, 68*(1), 141-142. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.04.027>

- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, New Series*, 196(4286), 129-136.
- Engler, P. A., Ramsey, S. E., & Smith, R. J. (2013). Alcohol use of diabetes patients: The need for assessment and intervention. *Acta diabetologica*, 50(2), 93-99.  
<https://doi.org/10.1007/s00592-010-0200-x>
- Erazo, L. R., & Gálvez, A. L. B. (2014). *Medicina Conductual* (Primera edición). Quartuppi; Universidad Autónoma de México.
- 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. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-19-42>
- Flores-Hernández, S., Saturno-Hernández, P.J, Reyes-Morales, H., Barrientos-Gutiérrez, T., Villalpando, S., & Hernández-Ávila, M. (2015). Quality of diabetes care: the challenges of an increasing epidemic in Mexico. Results from two national health surveys (2006 and 2012). *Plos One*, 10(7). <https://doi.org/doi:10.1371/journal.pone.0133958>
- Ganasegeran, K., Renganathan, P., Manaf, R. A., & Al-Dubai, S. A. R. (2014). Factors associated with anxiety and depression among type 2 diabetes outpatients in Malaysia: a descriptive cross-sectional single-centre study. *BMJ Open*, 4(4).  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-004794>
- Gant, C. M., Binnenmars, S. H., Harmelink, M., Soedamah-Muthu, S. S., Bakker, S. J. L., Navis, G., & Laverman, G. D. (2018). Real-life achievement of lipid-lowering treatment targets in the Diabetes and Lifestyle Cohort Twente: systemic assessment of

pharmacological and nutritional factors. *Nutrition & Diabetes*, 8(1).

<https://doi.org/10.1038/s41387-018-0028-y>

García-Flores, R., & Sánchez-Sosa, J.J. (2013). Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, 23(2), 183-193. Recuperado de: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Raquel%20Garc%C3%ADa%20Flores.pdf>

Giugliano, D., Maiorino, M.I, Bellastella, G., & Esposito, K. (2018). Glycemic control in type 2 diabetes: from medication nonadherence to residual vascular risk. *Endocrine*.  
<https://doi.org/10.1007/s12020-017-1517-9>

Gloyn, A. L., & Drucker, D. J. (2018). Precision medicine in the management of type 2 diabetes. *The Lancet. Diabetes & Endocrinology*. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(18\)30052-4](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30052-4)

Gonzalez, J. S., Peyrot, M., McCarl, L. A., Collins, E. M., Serpa, L., Mimiaga, M. J., & Safren, S. A. (2008). Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 31(12), 2398-2403. <https://doi.org/10.2337/dc08-1341>

Gonzalez, J. S., Safren, S. A., Cagliero, E., Wexler, D. J., Delahanty, L., Wittenberg, E., Grant, R. W. (2007). Depression, Self-Care, and Medication Adherence in Type 2 Diabetes: Relationships across the full range of symptom severity. *Diabetes Care*, 30(9), 2222–2227.  
<http://doi.org/10.2337/dc07-0158>

Grabowski, D., Andersen, T. H., Varming, A., Ommundsen, C., & Willaing, I. (2017). Involvement of family members in life with type 2 diabetes: Six interconnected problem domains of significance for family health identity and healthcare authenticity. *SAGE Open Medicine*, 5, 1-9. <https://doi.org/10.1177/2050312117728654>

- Halepian, L., Saleh, M.B., Hallit, S., & Khabbaz, L.R. (2018). Adherence to Insulin, Emotional Distress, and Trust in Physician among Patients with Diabetes: A Cross-Sectional Study. *Diabetes Terapía*, 9(2), 713-726. <https://doi.org/10.1007/s13300-018-0389-1>
- Henquin, R. (2013). *Epidemiología y estadística para principiantes* (1 ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Corpus libros médicos y científicos.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*, México, DF, México: McGraw-Hill.
- Himelhoch, S., Weller, W. E., Wu, A. W., Anderson, G. F., & Cooper, L. A. (2004). Chronic Medical Illness, Depression, and Use of Acute Medical Services among Medicare Beneficiaries: *Medical Care*, 42(6), 512-521.  
<https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000127998.89246.ef>
- Ho, M., Rumsfeld, J.S., Masoudi, F.A., McClure, D.L., Plomondon, M.E., Steiner, J.F., & Majid, D.J. (2006). Effect of Medication Nonadherence on Hospitalization and Mortality among Patients with Diabetes Mellitus. *Archives of Internal Medicine*, 166(17), 1836-1841.  
[https://doi.org/DOI: 10.1001/archinte.166.17.1836](https://doi.org/DOI:10.1001/archinte.166.17.1836)
- Hoban, C., Sareen, J., Henriksen, C. A., Kuzyk, L., Embil, J. M., & Trepman, E. (2015). Mental health issues associated with foot complications of diabetes mellitus. *Foot and Ankle Surgery: Official Journal of the European Society of Foot and Ankle Surgeons*, 21(1), 49-55. <https://doi.org/10.1016/j.fas.2014.09.007>
- Howren, M. B., & Gonzalez, J. S. (2016). Treatment adherence and illness self-management: introduction to the special issue. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 931-934.  
<https://doi.org/10.1007/s10865-016-9804-0>

Instituto Nacional de Estadística Geografía e informática. (S. f.). *Clasificación Mexicana de Ocupaciones. Volumen I* (p. 201). Recuperado de:

[https://www.inegi.org.mx/contenidos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion\\_mexicana\\_de\\_ocupaciones\\_vol\\_i.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion_mexicana_de_ocupaciones_vol_i.pdf)

Instituto Nacional de Estadística Geografía e informática [INEGI] (2015). Estadísticas de defunciones generales. Base de datos. México, INEGI. Recuperado a partir de

<http://www.beta.inegi.org.mx/app/biblioteca/ficha.html?upc=70282507659>

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI] (2017). Estadísticas a propósito del día de muertos (2 de noviembre). México, INEGI: Comunicación social.

Recuperado a partir de

[http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2017/muertos2017\\_Nal.pdf](http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2017/muertos2017_Nal.pdf)

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2018). Características de las defunciones registradas en México durante 2017. *Comunicado de prensa*, 525(18), 1-3.

Recuperado a partir de

<http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf>

International Diabetes Federation. (2016). Diabetes and cardiovascular disease. Bruxelles,

Bélgica: International Diabetes Federation. Recuperado a partir de <https://www.idf.org/our-activities/care-prevention/cardiovascular-disease/cvd-report>

International Diabetes Federation. (2017a). IDF diabetes atlas (8va ed.). Recuperado a partir de

<https://www.idf.org/e-library/welcome.html>



- International Diabetes Federation. (2017b). Promoting diabetes care, prevention and a cure worldwide. *Diabetes voice online*, 63(3). Recuperado a partir de <https://www.idf.org/e-library/welcome.html>
- Iversen, M. M., Nefs, G., Tell, G. S., Espehaug, B., Midthjell, K., Graue, M., & Pouwer, F. (2016). Anxiety and Depressive Symptoms as Predictors of All-Cause Mortality among People with Insulin-Naïve Type 2 Diabetes: 17-Year Follow-Up of the Second Nord-Trøndelag Health Survey (HUNT2), Norway. *PLOS ONE*, 11(8), e0160861. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160861>
- Jayawant, S. S., Bhosle, M. J., Anderson, R. T., & Balkrishnan, R. (2007). Depressive symptomatology, medication persistence, and associated healthcare costs in older adults with glaucoma. *Journal of Glaucoma*, 16(6), 513-520. <https://doi.org/10.1097/IJG.0b013e31804a5ec6>
- Jensen, E.T. & Dabelea, D. (2018). Type 2 Diabetes in Youth: New Lessons from the SEARCH Study. *Current Diabetes Reports*, 16(36). <https://doi.org/10.1007/s11892-018-0997-1>
- Jeong, E. G., Cho, S.S, Lee, S., Lee, K., Woo, S., Kang, Y., Lee, J. (2017). Depth and combined infection is important predictor of lower extremity amputations in hospitalized diabetic foot ulcer patients. *The Korean Journal of Internal Medicine*. Recuperado de: <http://kjim.org/journal/view.php?doi=10.3904/kjim.2016.165>
- Johnson, K. H., Bazargan, M., & Bing, E. G. (2000). Alcohol consumption and compliance among inner-city minority patients with type 2 diabetes mellitus. *Archives of Family Medicine*, 9(10), 964-970.

- Kendzor, D.E, Chen, M., Reininger, B.M, Bussinelle, M., Steward, D.W, Fisher-Hoch, S.P....  
McComick, J.B. (2014). The association of depression and anxiety with glucemic control among Mexican Americans with diabetes living near the U.S.-Mexico border. *Biomedical Central Public Health*, 14(176). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-176>
- Kharroubi, A. T. (2015). Diabetes mellitus: The epidemic of the century. *World Journal of Diabetes*, 6(6), 850. <https://doi.org/10.4239/wjd.v6.i6.850>
- Kim, G., Woo, S., Jung, S., Shin, S., Song, H., Park, J., & Ahn, J. (2015). Positive association between serious psychiatric outcomes and complications of diabetes mellitus in patients with depressive disorders. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 50(2), 131-146. Doi: 10.1177/0091217415605024.
- Kivelä, S. L., & Pahkala, K. (2001). Depressive disorder as a predictor of physical disability in old age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(3), 290-296.  
<https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.4930290.x>
- Kutz, A., Struja, T., Hausfater, P., Amin, D., Haubitz, S., Bernard, M... Schuetz, P. (2017). The association of admission hyperglycaemia and adverse clinical outcome in medical emergencies: the multinational, prospective, observational TRIAGE study. *Special Issue on Diabetes Epidemiology*, 34(7), 973-982. <https://doi.org/10.1111/dme.13325>
- Lawrence, J.M, Standiford, D.A, Loots, B., Klingensmith, G., Williams, D.E, Ruggiero, R...., McKeown, R.E. (2006). Prevalence and Correlates of Depressed Mood among Youth with Diabetes: The SEARCH for Diabetes in Youth Study. *Pediatrics*, 117(4), 1348-1358. DOI: [10.1542/peds.2005-1398](https://doi.org/10.1542/peds.2005-1398)

- Ledón, L. (2012). Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Revista cubana de endocrinología*, 23(1). Recuperado a partir de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532012000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532012000100007)
- Limaylla, M. L., & Ramos, N. J. (2016). Métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico. *Ciencia e Investigación*, 19(2), 95-101.
- Lin, K., Park, C., Li, M., Wang, X., Li, X., & Quinn, L. (2017). Effects of depression, diabetes distress, diabetes self-efficacy, and diabetes self-management on glycemic control among Chinese population with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 131, 179-186. DOI: [10.1016/j.diabres.2017.03.013](https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.03.013)
- Llorca, J., Dierssen-Sotos, T., & Gómez-Acevo, I. (2016). *Problemas de epidemiología general* (Textos universitarios: Ciencias biomédicas). Santander: Editorial Universidad Canabría.
- Matarazzo, J. D. (1980) Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral Health's Challenge to Academic, Scientific, and Professional Psychology. *American Psychologist*, 37(1), 1-14. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.37.1.1>
- Medel, B. y González, L. (2006). Estilos de vida: Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus. *Index de Enfermería*, 15, 52-53. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000100004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100004)
- Mehta, S., Ghosh, S., Sander, S., Kuti, E., & Mountford, W. K. (2018). Differences in All-Cause Health Care Utilization and Costs in a Type 2 Diabetes Mellitus Population with and

Without a History of Cardiovascular Disease. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 24(3), 280-290. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2018.24.3.280>

Mendoza-Aguilera, L.E. (2019). *Intervención para sintomatología depresiva en usuarios del servicio de urgencias médicas* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Ciudad de México.

Mezuk, B., Johnson-Lawrence, V., Lee, H., Rafferty, J. A., Abdou, C. M., Uzogara, E. E., & Jackson, J. S. (2013). Is Ignorance Bliss? Depression, Antidepressants, and the Diagnosis of Prediabetes and Type 2 Diabetes. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 32(3), 254-263. <https://doi.org/10.1037/a0029014>

Miller, W.R., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.

Monje Álvarez. C.A. (2011). *Métodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica*. Neiva: Universidad Surcolombiana.

Morales, P. A. K., González, M. G. V., & Kalb, M. M. Y. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016* (Informe final de resultados) (p. 151). Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado a partir de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2017). Type 2 Diabetes. Recuperado 11 de febrero de 2019, de <https://www.niddk.nih.gov/health-information/diabetes/overview/what-is-diabetes/type-2-diabetes>

National Institute of Mental Health. (2018). Depression. Recuperado 11 de febrero de 2019, de

<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>

Newcomb, M. E., Bedoya, C. A., Blashill, A. J., Lerner, J. A., O'Cleirigh, C., Pinkston, M. M., & Safren, S. A. (2015). Description and Demonstration of Cognitive Behavioral Therapy to Enhance Antiretroviral Therapy Adherence and Treat Depression in HIV-Infected Adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(4), 430-438.

<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.02.001>

Niefeld, M. R., Braunstein, J. B., Wu, A. W., Saudek, C. D., Weller, W. E., & Anderson, G. F. (2003). Preventable Hospitalization among Elderly Medicare Beneficiaries with Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 26(5), 1344-1349. <https://doi.org/10.2337/diacare.26.5.1344>

Nogués Solán, X., Sorli Redó, M. L., & Villar García, J. (2007). Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *Anales de Medicina Interna*, 24(3), 138-141.

Omran, A. R. (1971). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509-538.

<https://doi.org/10.2307/3349375>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo pruebas para la acción*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de

<http://site.ebrary.com/id/10268791>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013a). Niger: WHO statistical profile. Country statistics and global health estimates by WHO and Unpartners. Recuperado de

<http://www.who.int/gho/countries/ner.pdf?ua=1>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013b). South Africa: WHO statistical profile.

Country statistics and global health estimates by WHO and UNpartners. Recuperado de

<http://www.who.int/gho/countries/zaf.pdf?ua=1>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Documentos básicos* (48.<sup>a</sup> ed.). Organización

Mundial de la Salud. Recuperado 2 de septiembre de 2018 de

<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *Informe mundial sobre la diabetes* (primer

informe). OMS. Recuperado a partir de

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255->

[spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). OMS: Qué es la diabetes. Recuperado 11 de

febrero de 2019, de [https://www.who.int/diabetes/action\\_online/basics/es/index1.html](https://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html)

Orozco-Beltrán, D., Mata-Cases, M., Artola, S., Conthe, P., Mediavilla, J., & Miranda, C.

(2016). Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo2: Situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Atención Primaria*, 48(6), 406-420.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.09.001>

Osborn, C. Y., & Gonzalez, J. S. (2016). Measuring Insulin Adherence among Adults with Type

2 Diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(4), 633–641.

<http://doi.org/10.1007/s10865-016-9741-y>

Pan, A., Lucas, M., Sun, Q., Van Dam, R. M., Franco, O. H., Manson, J. E.,... Hu, F. B. (2010).

Bidirectional association between depression and type 2 diabetes mellitus in women.

*Archives of Internal Medicine*, 170(21), 1884-1891.

<https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.356>

Prabodha, L. B. L., Sirisena, N. D., & Dissanayake, V. H. W. (2018). Susceptible and Prognostic Genetic Factors Associated with Diabetic Peripheral Neuropathy: A Comprehensive Literature Review [Research article]. <https://doi.org/10.1155/2018/8641942>

Rising, K. L., Hudgins, A., Reigle, M., Hollander, J. E., & Carr, B. G. (2016). "I'm Just a Patient": Fear and Uncertainty as Drivers of Emergency Department Use in Patients With Chronic Disease. *Annals of Emergency Medicine*, 68(5), 536-543.

<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.03.053>

Riveros Rosas, A. (2002). *Calidad de vida para padecimientos crónicos: Un estudio en pacientes hipertensos*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Ciudad de México.

Safren, S. A., Bedoya, C. A., O'Cleirigh, C., Biello, K. B., Pinkston, M. M., Stein, M. D.,... Mayer, K. H. (2016). Cognitive behavioural therapy for adherence and depression in patients with HIV: a three-arm randomised controlled trial. *The Lancet. HIV*, 3(11), e529-e538. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(16\)30053-4](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30053-4)

Sanhueza, L., Concha, L., Durruty, P., & García de los Ríos, M. (2014). Alteraciones hematólogicas de la diabetes mellitus. *Revista chilena de endocrinología en diabetes*, 7(4), 137-142. X

Secretaría de Salud (2017). Servicios otorgados. Recuperado el 31 de mayo del 2018 a partir de [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/serviciosotorgados\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/serviciosotorgados_gobmx.html)

- Shin, S., Ku, Y., & Babu, Y. (2007). Erythrocyte deformity and its variation in diabetes mellitus. *Indian journal of experimental biology*, 45, 121-128. X
- Smarr, K. L., & Keefer, A. L. (2011). Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care & Research*, 63 Suppl 11, S454-466. <https://doi.org/10.1002/acr.20556>
- Soler, W., Gómez-Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (2010). El triage: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra.*, 33(1).
- Soria Trujano, R., Valero, V., Zaira, C., & Nava Quiroz, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 89-103.
- Stirratt, M. J., Dunbar-Jacob, J., Crane, H. M., Simoni, J. M., Czajkowski, S., Hilliard, M. E., ... Nilsen, W. J. (2015). Self-report measures of medication adherence behavior: Recommendations on optimal use. *Translational Behavioral Medicine*, 5(4), 470-482. <https://doi.org/10.1007/s13142-015-0315-2>
- Suter, R. E. (2012). Emergency medicine in the United States: a systemic review. *World Journal of Emergency Medicine*, 3(1), 5-10. <https://doi.org/10.5847/wjem.j.issn.1920-8642.2012.01.001>
- Tan, H.K., & Flanagan, D. (2013). The impact of hypoglycaemia on patients admitted to hospital with medical emergencies. *Diabetic Medicine*, 30, 574-580. Doi: 10.1111/dme.12123.



- Tziomalos, K., & Athyros, V. (2015). Diabetic Nephropathy: New Risk Factors and Improvements in Diagnosis. *The review of diabetic studies*, 12(1-2), 110-118. Doi: 10.1900/RDS.2015.12.110.
- Varela, J. (2005). La medicina conductual: Origen, desarrollo y perspectivas. *Universidad de Guadalajara*, 1-36. Recuperado 17 de agosto de 2018, de [http://www.conducta.org/assets/pdf/Varela\\_La\\_medicina\\_conductual.pdf](http://www.conducta.org/assets/pdf/Varela_La_medicina_conductual.pdf)
- Vargas Sánchez, C. G., & Toledo Hernández, A. (2018). Adherencia al tratamiento y su relación con el control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en una unidad de medicina familiar en Cuernavaca, Morelos, México. *Atención Familiar*, 25(4), 146. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2018.4.67258>
- Villa-Romero, A., Moreno-Altamirano, L., & García de la Torre, G.S. (2011). *Epidemiología y estadística en salud pública* (1ra edición). Mc Graw Hill.
- Wallston, K. A. (1996). *Healthy, Wealthy, and Weiss: A History of Division 38 (Health Psychology): (588462012-001)* [Data set]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/e588462012-001>
- Wang, Y., Lopez, J. M. S., Bolge, S. C., Zhu, V. J., & Stang, P. E. (2016). Depression among people with type 2 diabetes mellitus, US National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), 2005-2012. *BMC Psychiatry*, 16, 88. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0800-2>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

**Anexos***Anexo 1*

NÚMERO DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

|  |                      |                              |  |
|--|----------------------|------------------------------|--|
| Fecha:   |                      |                              |  |
| Número de ingresos   |                      |                              |  |
| Hora de inicio   |                      | Hora de termino              |  |
| Elaborado por:   |                      |                              |  |
| Fecha de Identificación:                                       |                      |                              |  |
| Datos Generales  |                      |                              |  |
| Nombre del paciente:   |                      |                              |  |
| Sexo/Género:   | Edad:                | Lugar y fecha de nacimiento: |  |
| Estado Civil:  | Ocupación:           | Escolaridad:                 |  |
| 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  |                      |                              |  |



### ENTREVISTA INICIAL

*¿Cuál sería su motivo de consulta? Se responde al final de la evaluación*

|  |
|--|
|  |
|--|

*Motivo de ingreso Urgencias / Tratamiento o resolución al problema médico*

|  |
|--|
|  |
|--|

*Pronóstico y diagnóstico (En caso de padecer una enfermedad crónica preguntar sobre la fecha del diagnóstico, tratamiento actual y si recibe apoyo social).*

|  |
|--|
|  |
|--|

*¿Con quién vive actualmente?*

|  |
|--|
|  |
|--|

*¿Cuántas personas viven con el px?*

|  |
|--|
|  |
|--|



¿Que toma o tomó?

¿Quién se los recomendó?

¿Por cuánto tiempo lo(s) estuvo tomado?

¿Lo sigue tomando actualmente?

( ) No ( ) Sí

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

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

( ) No ( ) Sí ¿Quién o quiénes y de qué?

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

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

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

En caso afirmativo describirlo

## Anexo 2

## ADHERENCIA

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

| Afirmación  | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 |
|---|---|----|----|----|-----|
| 1. Ingiero 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 períodos 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 apegó más al tratamiento                   |   |    |    |    |     |
| 12. Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento   |   |    |    |    |     |
| 13. Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos   |   |    |    |    |     |
| 14. Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no esté concluido  |   |    |    |    |     |
| 15. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento  |   |    |    |    |     |
| 16. Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago   |   |    |    |    |     |
| 17. Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo de tomar mis medicamentos                                  |   |    |    |    |     |
| 18. Como me lo recomienda el médico, me hago análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo  |   |    |    |    |     |
| 19. Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad  |   |    |    |    |     |
| 20. Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago todo lo que esté en mis manos para aliviarme  |   |    |    |    |     |
| 21. Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo   |   |    |    |    |     |

## Anexo 3



## 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.

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

A D

|                  |                       |                       |            |  |  |
|------------------|-----------------------|-----------------------|------------|--|--|
| Todo el día<br>3 | Casi todo el día<br>2 | De vez en cuando<br>1 | Nunca<br>0 |  |  |
|------------------|-----------------------|-----------------------|------------|--|--|

2. Sigo disfrutando las mismas cosas de siempre

A D

|                   |                     |               |                        |  |  |
|-------------------|---------------------|---------------|------------------------|--|--|
| Casi siempre<br>0 | Frecuentemente<br>1 | Rara vez<br>2 | No en lo absoluto<br>3 |  |  |
|-------------------|---------------------|---------------|------------------------|--|--|

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

A D

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

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

A D

|                   |                     |               |                        |  |  |
|-------------------|---------------------|---------------|------------------------|--|--|
| Casi siempre<br>0 | Frecuentemente<br>1 | Rara vez<br>2 | No en lo absoluto<br>3 |  |  |
|-------------------|---------------------|---------------|------------------------|--|--|

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones

A D

|                  |                       |                       |            |  |  |
|------------------|-----------------------|-----------------------|------------|--|--|
| Todo el día<br>3 | Casi todo el día<br>2 | De vez en cuando<br>1 | nunca<br>0 |  |  |
|------------------|-----------------------|-----------------------|------------|--|--|

7. Soy capaz de permanecer sentado (a) tranquila y relajadamente

A D

|                   |                     |               |                        |  |  |
|-------------------|---------------------|---------------|------------------------|--|--|
| Casi siempre<br>0 | Frecuentemente<br>1 | Rara vez<br>2 | No en lo absoluto<br>3 |  |  |
|-------------------|---------------------|---------------|------------------------|--|--|

8. Me siento lento (a) y torpe

A D

|                  |                       |                       |            |  |  |
|------------------|-----------------------|-----------------------|------------|--|--|
| Todo el día<br>3 | Casi todo el día<br>2 | De vez en cuando<br>1 | Nunca<br>0 |  |  |
|------------------|-----------------------|-----------------------|------------|--|--|

10. He perdido el interés por mi aspecto personal

A D

|                   |                     |               |                        |  |  |
|-------------------|---------------------|---------------|------------------------|--|--|
| Casi siempre<br>3 | Frecuentemente<br>2 | Rara vez<br>1 | No en lo absoluto<br>0 |  |  |
|-------------------|---------------------|---------------|------------------------|--|--|

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

A D

|                   |                     |               |                        |  |  |
|-------------------|---------------------|---------------|------------------------|--|--|
| Casi siempre<br>3 | Frecuentemente<br>2 | Rara vez<br>1 | No en lo absoluto<br>0 |  |  |
|-------------------|---------------------|---------------|------------------------|--|--|

12. Espero las cosas con ilusión

A D

|                   |                     |               |                        |  |  |
|-------------------|---------------------|---------------|------------------------|--|--|
| Casi siempre<br>0 | Frecuentemente<br>1 | Rara vez<br>2 | No en lo absoluto<br>3 |  |  |
|-------------------|---------------------|---------------|------------------------|--|--|

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

A D

|                   |                     |               |                        |  |  |
|-------------------|---------------------|---------------|------------------------|--|--|
| Casi siempre<br>3 | Frecuentemente<br>2 | Rara vez<br>1 | No en lo absoluto<br>0 |  |  |
|-------------------|---------------------|---------------|------------------------|--|--|

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

A D

|                   |                     |               |                        |  |  |
|-------------------|---------------------|---------------|------------------------|--|--|
| Casi siempre<br>0 | Frecuentemente<br>1 | Rara vez<br>2 | No en lo absoluto<br>3 |  |  |
|-------------------|---------------------|---------------|------------------------|--|--|

Ansiedad (8) \_\_\_\_\_ Depresión (7) \_\_\_\_\_