



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Adaptación e implementación de la GI-mhGAP  
2.0 en pacientes con depresión y ansiedad  
usuarios de triage de urgencias médicas:  
un estudio exploratorio**

**T E S I S**

Que para obtener el título de

**Licenciada en Psicología**

**P R E S E N T A**

Katya Fernanda Cabañas Moreno

Director: Dr. Edgar Landa Ramírez

Revisora: Dra. Silvia Morales Chainé



Ciudad Universitaria, Cd. Mx. 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## ÍNDICE

<b>Agradecimientos</b> .....	<b>3</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>4</b>
<b>Capítulo 1: Psicología de la salud</b> .....	<b>6</b>
<b>Capítulo 2: GI-mhGAP para depresión y ansiedad en el triage de urgencias médicas</b> .....	<b>14</b>
<b>Método</b> .....	<b>29</b>
Participantes.....	<b>29</b>
Variables .....	<b>31</b>
Instrumentos .....	<b>32</b>
Diseño .....	<b>33</b>
Procedimiento .....	<b>33</b>
Análisis de datos .....	<b>35</b>
<b>Resultados</b> .....	<b>36</b>
<b>Discusión</b> .....	<b>46</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>57</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>73</b>

## Agradecimientos

Agradezco a mis padres Andres Cabañas y Adriana Moreno por su apoyo en todo momento y por darme la oportunidad de desarrollarme y tener una profesión que amo, por siempre alentarme a cumplir mis sueños, por acompañarme a cada paso y guiar mi camino, los amo.

A mis hermanos Day y Bri son los seres más importantes en mi vida, gracias por cuidarme, apoyarme y escucharme, por su cariño y su compañía, los quiero mucho.

A César por siempre estar conmigo, por apoyarme, por los consejos y por todas las aventuras, por tu complicidad y tu amor, te amo siempre.

A mis amigos Bren e Isra sé que siempre puedo contar con ustedes, gracias por su apoyo, por todas las aventuras, por su amistad y su cariño. Siempre estaré para ustedes.

Al “Cru” por su amistad, por las experiencias vividas, me llevo muy buenos recuerdos de todas las aventuras.

Agradezco al Dr. Edgar Landa por compartir conmigo su conocimiento, por sus grandes consejos, por confiar en mí y apoyarme en gran parte de mi desarrollo profesional.

A mis sinodales Dra. Silvia Morales, Dra. Celia Chapa, Dra. Angelica Juárez y Dra. Claudia Rafful, por la revisión cuidadosa de este trabajo, por su tiempo y sus valiosas sugerencias.

Al equipo de Psicología de Urgencias por todo el apoyo durante la realización de este trabajo, por su amistad, consejos y compartirme su conocimiento.

Al Hospital General “Dr. Manuel Gea González” en especial al Dr. Alejandro Serrano por las facilidades en la elaboración de este trabajo, y al Dr. Antonio López por su apoyo y conocimiento en el departamento de urgencias.

Mi gratitud a la Universidad Nacional Autónoma de México por abrirme las puertas al conocimiento.

¡Por mi raza hablará el espíritu!

## Resumen

La sintomatología depresiva y ansiosa son un problema a nivel mundial persistente en las personas que acuden al departamento de emergencias. Estos síntomas no son detectados adecuadamente por el personal de salud, por lo tanto, no se brinda la atención necesaria. El objetivo de este estudio fue explorar la implementación y adaptación de la Guía de Intervención del Programa de Acción Global de Salud Mental versión 2.0 (GI-mhGAP 2.0) para identificar sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes que llegan al triage de urgencias médicas en un hospital en México. Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo y alcance exploratorio, no experimental, analítico-observacional. La muestra se conformó por 200 pacientes del triage de urgencias médicas. Para evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva se realizó una adaptación de la GI-mhGAP 2.0 y se aplicó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Los resultados se analizaron utilizando el programa R® y mostraron que el 27% presentaba sintomatología depresiva y el 31% presentó sintomatología ansiosa. Con la implementación de la adaptación de la GI-mhGAP 2.0, fue posible identificar y brindar manejo de la sintomatología depresiva y ansiosa a los pacientes que acudieron al triage de urgencias médicas.

**Palabras clave:** sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, GI-mhGAP 2.0, departamento de emergencias.

## Abstract

Depressive and anxious symptomatology are a persistent problem among people at emergency departments. These symptoms are not properly detected by health personnel therefore the necessary care is not provided. The objective of this study was to explore the implementation and adaptation of the Intervention Guide of the Mental Health Global Action Program version 2.0 (mhGAP-IG 2.0) to identify depressive and anxious symptoms in patients arriving at emergency medical triage in a hospital in Mexico. An exploratory quantitative study with a non-experimental, analytical-observational design was carried out. The sample conformed of 200 patients of the medical emergency triage. An adaptation of the mhGAP-IG 2.0 and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were used to identify the depressive and anxious symptoms. The results were analyzed with R software and showed the 27% had depressive symptoms and 31% had anxious symptoms. With the implementation of the GI-mhGAP-IG 2.0, patients who are evaluated at the emergency department triage could be identified and could be treated also for symptoms of depression and anxiety.

**Keywords:** depressive symptomatology, anxious symptomatology, mhGAP-IG 2.0, emergency department.

## Capítulo 1. Psicología de la salud

En la Conferencia Sanitaria Internacional en 1946, en la declaración de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, se definió la salud como: “Un estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1946).

En 1978, como respuesta a la necesidad de acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud se hace pública la Declaración de “Alma Ata” en la que se mencionó que para alcanzar el nivel más alto de salud se debía tomar en cuenta la participación de los sectores económicos y sociales adicionales al sector salud, obligando a los gobiernos a cuidar la salud del pueblo. Es por esto que en dicha declaración se sentaron las bases para la atención primaria de la salud y se reafirmó la definición de la OMS de 1946 (OMS, 1978).

En 2018, en la Declaración de Astaná se reafirma la Declaración de Alma-Ata y los compromisos de fortalecer principalmente los sistemas de atención primaria de la salud, además de enunciar cuatro nuevos compromisos: tomar decisiones políticas audaces en pro de la salud en todos los sectores; establecer una atención primaria de la salud que sea sostenible; empoderar a las personas y las comunidades y alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales para lograr una cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (OMS, 2018).

Para que la OMS llegara al actual concepto de salud, se debe comprender que a lo largo de la historia ocurrieron diversos cambios económicos y políticos que son abordados en la teoría de la transición epidemiológica que plantea cinco proposiciones que tratan de explicar la relación de la salud y la enfermedad como la principal causa de muerte (Omran, 1971).

En la proposición uno la mortalidad es un factor principal en la dinámica de la población.

En la proposición dos tanto la mortalidad como los patrones de enfermedad cambian. La mortalidad disminuye y las enfermedades infectocontagiosas son desplazadas gradualmente por enfermedades degenerativas y causadas por el hombre. Es así que se distinguen tres etapas que reciben el nombre de la causa de muerte dominante o patrón de enfermedad: la primera es la etapa de la peste y hambruna, en la que la mortalidad es alta debido a epidemias, enfermedades infecciosas, desnutrición severa y complicaciones, lo cual impedía el crecimiento de la población dejando una esperanza de vida se encontraba entre los 20 y 40 años. La segunda es la etapa de las pandemias en retroceso, en la que la mortalidad disminuyó debido a una menor frecuencia de epidemias, siendo las enfermedades parasitarias y deficitarias las que predominaban; el crecimiento de la población se mantenía con una esperanza de vida entre los 30 y 50 años. La última etapa, llamada la edad de las enfermedades degenerativas y provocadas por el hombre en la que la mortalidad continúa disminuyendo acercándose a un nivel relativamente bajo, siendo las enfermedades crónicas y degenerativas las que predominan y la fertilidad se convierte en el factor crucial para el crecimiento de la población, con una esperanza de vida superando los 50 años.



En la proposición tres, el grupo más beneficiado durante los cambios en los patrones de salud enfermedad que ocurren en las transiciones epidemiológicas son de mujeres jóvenes y niños, mejorando su supervivencia con el retroceso de pandemias y los avances en la nutrición y medidas de saneamiento temprano.

En la proposición cuatro, los cambios en los patrones de salud y enfermedad están asociados con los cambios demográficos y socioeconómicos que constituyen la modernización (Omran, 1971).

En la proposición cinco los factores sociales, económicos, ambientales, avances médicos y la dinámica de la población determinan el tiempo que dura la transición dando lugar a tres modelos básicos de la transición epidemiológica. El primero es el modelo clásico u occidental que se encuentra principalmente en países desarrollados, describe una transición que va de alta mortalidad y fertilidad a baja mortalidad y fertilidad, estos cambios se debieron a mejoras en factores sociales, económicos y ambientales. El segundo es el modelo acelerado que ocurrió principalmente en Japón, describe una transición acelerada logrando un rápido nivel de mortalidad bajo, un cambio de las enfermedades degenerativas y artificiales más rápido y una mejora en la supervivencia de los niños menores de 15 años y de mujeres. La principal influencia para estos cambios fue debido a los avances médicos. El tercero es el modelo contemporáneo o retardado: conformado por países en vías de desarrollo. A pesar de los índices bajos de mortalidad, aún existen problemas de mortalidad infantil y los niveles de fertilidad siguen siendo altos (Omran, 1971).

Con la transición epidemiológica, Omran (1971) describió como las enfermedades afectan la dinámica de la población en distintos contextos históricos sociales. Ante esto,

Armehagos et al., (2005) plantearon la transición epidemiológica enfocándose en las relaciones ecológicas y sociales como factor principal para minimizar las enfermedades infecciosas, sin dejar de lado los cambios propuestos por Omran (1971).

Armehagos et al. (2005) explicaron la transición en tres etapas; en la primera describieron cambio de enfermedades causadas por contagio directo con animales enfermos debido a que las principales actividades de los hombres eran la caza y la recolección, pasando a enfermedades parasitarias, siendo las enfermedades infecciosas las principales causas de muerte a consecuencia del desarrollo de la agricultura. La segunda se identifica por una disminución de las enfermedades infecciosas y un aumento en las enfermedades crónicas y degenerativas. Esta disminución se debió a la mejora de la nutrición, mejoras en la medicina y a las medidas de salud públicas. La tercera se ubica en la actualidad y se encuentran enfermedades crónico degenerativas y el resurgimiento de enfermedades infecciosas que se creían bajo control, pero son resistentes a algunos antibióticos y pesticidas. Estas enfermedades son la principal causa de mortalidad y son producto de los cambios demográficos, ambientales, económicos y sociales.

En resumen, la teoría epidemiológica propuesta por Omran (1971), generó una base teórica para comprender de una mejor manera los factores intervinientes en el proceso de salud enfermedad, centrándose exclusivamente en la tendencia de mortalidad, es por eso que Armehagos et al. (2005) plantearon un marco más amplio ante esta teoría inicial, que considera desde una perspectiva histórica los factores económicos, políticos, sociales y ecológicos como causas de enfermedad y cómo impactan en la capacidad de una población para poder adaptarse (Armehagos et al., 2005; Harper & Armehagos, 2010).

En la primera y segunda transición las causas de mortalidad estaban asociadas con factores somáticos y fisiológicos, lo que dio lugar al modelo biomédico que promovía la búsqueda de tratamientos médicos bajo el supuesto de que la salud es la ausencia de enfermedad, para así reducir la mortalidad de la población mundial (Nunes Baptista et al., 2006). Durante estas dos primeras transiciones, existía una necesidad de salud que se podía explicar por medio del modelo biomédico porque solo contempla los factores biológicos para enfocarse en dar un diagnóstico y tratamiento a la enfermedad.

El modelo biomédico se caracteriza por ser dualista, es decir que entendía al ser humano como una separación entre mente y cuerpo; y a pesar de que ayuda a explicar las dos primeras transiciones, tiene grandes limitantes como ser un modelo reduccionista, ya que explicaba toda enfermedad como un desequilibrio fisiológico; también era exclusionista y deja de lado las enfermedades mentales al no poder ser explicadas desde lo biológico. Debido a estas características, el modelo biomédico no alcanza a explicar la tercera transición que señala que las enfermedades pasaron de ser infectocontagiosas a ser enfermedades relacionadas con los hábitos y el contexto del individuo, siendo ya los factores psicológicos y sociales los que influyen en el desarrollo de enfermedades. El considerar estos últimos dos factores (psicológico y social) adicionales al factor fisiológico como parte del proceso de salud-enfermedad dio lugar al modelo biopsicosocial (Engel, 1977). Sintetizando, el modelo biopsicosocial explica la salud-enfermedad considerando ya no solo los factores biológicos, sino también los factores psicológicos y sociales. De esta forma al buscar un diagnóstico de enfermedad, el personal de salud debe considerar también el contexto del individuo, las condiciones culturales y sociales (Engel, 1977; Ludwig, 1975).

Si bien el modelo biopsicosocial ha logrado explicar las enfermedades crónico-degenerativas, también ha tenido importantes críticas; una de ellas es que no cumple con criterios científicos tales como contrastabilidad o predicción y por falta de evidencia metodológica no es suficiente para ser considerado un modelo, más bien podría considerarse una teoría muy general. Otra crítica es la falta de especificación de como trabajar el modelo, ya que no se define el modelo, solo se describe cómo funciona y pareciera ser que solo se centra en humanizar la medicina (McLaren, 1998).

El modelo biopsicosocial tampoco explica cómo interactúa ni qué importancia tienen los factores biopsicosociales respecto a la etiología, patogénesis y tratamiento; además de que no brinda una guía para clínicos, investigadores y pacientes, tampoco explica cómo se han de entender estos aspectos bajo diferentes condiciones y circunstancias (Ghaemi, 2011).

A pesar de las críticas, el modelo biopsicosocial puso las bases para el trabajo multidisciplinario llevando los conocimientos de psicología al ámbito de la salud como en el ámbito hospitalario, en donde surge la psicooncología como una subespecialidad de oncología y como una de las primeras áreas de atención apoyando en los cuidados del paciente con cáncer y atendiendo las respuestas emocionales en todos los estadios de la enfermedad, de sus familiares y del personal sanitario; también se encarga del estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la morbilidad y mortalidad del paciente con cáncer (Hollan, 2002). También el área de psicología ha realizado aportaciones importantes en el ámbito hospitalario como fue inicialmente en psiquiatría (Matarazzo, 1980) y actualmente se ha extendido a pediatría (Benziez et al., 2017), cardiología (Korteland et al., 2017), cuidados intensivos (Quernot et al., 2017),

cuidados paliativos (Temel et al., 2017) y nutrición (Staplaton et al., 2017); de la misma forma han aportado en padecimientos como: control de diabetes (Hilliard, Powell y Anderson, 2016), hipertensión (Solano López, 2018), accidentes cerebrovasculares (Kirkevold et al., 2018) y en el abuso de alcohol (Barata et al., 2017).

La psicología se ha ido integrando al ámbito hospitalario, sin embargo, el departamento de emergencias (DE) es un área que ha sido poco explorada por la psicología de la salud. Es en el DE donde se encuentra la especialidad de medicina de emergencias (ME), la cual se encarga de evaluar, diagnosticar y brindar tratamiento a cualquier persona que requiera atención médica por algún padecimiento que pueda poner en riesgo la función o vida de la misma (Definition of Emergency Medicine, 2016). La medicina de emergencia surgió hace 50 años en Estados Unidos, tras la necesidad de un médico especialista que se encargara de atender todo tipo de enfermedades y lesiones agudas, que pudiera brindar la atención necesaria y estuviera disponible las 24 horas. Ante esta necesidad, en 1978 nació el Colegio de Médicos de Emergencias (ACEP por sus siglas en inglés) con el objetivo de desarrollar un programa educativo para médicos de emergencia, y en 1972 la Asociación Médica Americana (AMA) reconoció a la medicina de emergencia como una especialidad (Suter, 2012).

Desde que la ME fue reconocida por la ACEP ha tenido una creciente demanda y se han reportado necesidades psicológicas de las cuales no se ha realizado mucha investigación como en otras áreas hospitalarias, se reconoce al menos una justificación conceptual y una justificación empírica de por qué integrar los factores psicológicos en el área de urgencias médicas, la primera está relacionada con la definición de salud propuesto por la OMS (1946) en la que se resaltan los factores mentales y sociales, así mismo Engel (1977) resalta

los factores psicológicos, conductuales y sociales en su modelo biopsicosocial y la segunda tiene que ver con afecciones psicológicas en pacientes y cuidadores informales que asisten al servicio de urgencias, y en el personal de salud (Landa-Ramírez & Murillo-Cruz, 2019).

Para que la psicología pudiera desarrollarse en las áreas antes mencionadas, en 1979 la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés) creó la división 38 (Matarazzo, 1980), con el objetivo de estudiar los factores comportamentales de las enfermedades y dar lugar a una nueva área de la psicología, la cual se denominó “Psicología de la Salud”. La Psicología de la Salud trabaja de forma interdisciplinaria contribuyendo en aspectos educativos, científicos y profesionales brindando promoción, mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de las enfermedades y la identificación de diagnóstico (Oblitas, 2008; Nunes Baptista et al., 2006).

Con la creación de la división 38 se han podido estudiar las necesidades psicológicas en el ámbito hospitalario, sin embargo, en el área de triage de urgencias médicas existe una gran cantidad de problemas emocionales como la sintomatología depresiva y ansiosa, reacciones de estrés y quejas de salud mental (Hooker, Mallow & Oglesby 2019), los cuales han sido un reto necesario de evaluar y se necesitan estrategias novedosas para hacerlo, siendo así la GI-mhGAP una opción importante para afrontar dicho reto. Es por esto que el presente trabajo busca evaluar a los pacientes que visitan el área de triage de urgencias médicas para identificar sintomatología depresiva y ansiosa.

## **Capítulo 2. GI-mhGAP para depresión y ansiedad en el triage de urgencias médicas**

La medicina de emergencia es una especialidad encargada de evaluar, diagnosticar y brindar tratamiento a cualquier persona que requiera atención médica por algún padecimiento que pueda poner en riesgo la función o vida de la misma. Esta especialidad no se ubica en un lugar específico, por lo que se puede practicar en distintos entornos tanto rurales o urbanos, así como, en ámbitos prehospitalarios y hospitalarios. Dentro del ámbito hospitalario, se ubica el departamento de emergencias (DE) que es considerado la puerta de entrada de los hospitales, es el servicio que permite agilizar el proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento del paciente crítico (Definition of Emergency Medicine, 2016). La medicina de emergencia ha tenido resultados positivos, mejorando la atención de muchas enfermedades crónicas degenerativas y traumas, como paro cardíaco, sistemas de accidentes cerebrovasculares y accidentes motores, gracias a que se tiene acceso a analgésicos y un adecuado manejo de pacientes afectados por el consumo de sustancias psicoactivas, con trastornos psiquiátricos y muchos otros grupos que se han visto beneficiados por el servicio (Cameron, 2014).

Dentro del DE se brinda el servicio de triage, el cual se define como un proceso de clasificación que permite reconocer según la necesidad del paciente a evaluar y brindar tratamiento prioritario y reducir el tiempo de estancia en la sala de urgencias (Rouhani et al., 2017). El triage tiene como objetivo que el paciente llegue al lugar correcto donde le brinden el tratamiento que necesita, reduciendo así las muertes prevenibles y la discapacidad asociada con el trauma (Bosson et al., 2019). En el triage se aplican diversas escalas de medición, que van entre cuatro o cinco niveles de gravedad para la atención del paciente, por lo que, en este momento, no existe una taxonomía universal, no obstante,

suele considerarse el nivel uno el de mayor prioridad y el cuatro o cinco, se consideran de menor urgencia o no urgente; estas escalas se han desarrollado y adaptado en diferentes países. Actualmente se reconocen cinco modelos: la Australian Triage Scale (ATS), la Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS), el Manchester Triage System (MTS), el Emergency Severity Index (ESI) y el Sistema Español de Triage (SET) adoptado por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2011).

El servicio de urgencias es uno de los más utilizados en el área de la salud, por ejemplo, en Estados Unidos el impacto de la lesión traumática en 2014 fue de 30,838,741 pacientes que se presentaron en los DE para recibir atención (DiMaggio et al., 2017).

Durante 2014, en hospitales de Irlanda hubo un total de 51,045 pacientes atendidos en servicios de emergencia (Asociación Irlandesa de Medicina de Emergencia [por sus siglas en inglés Irish Association of Emergency Medicine, S.F.]). En Canadá entre 2017 y 2018, se recibió un total de 3,230,840 pacientes en la sala de urgencias (Canadian Institute for Health Information, 2018).

Durante 2017, en hospitales pertenecientes a la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, se recibieron 657,127 pacientes en los servicios de urgencias. Las principales causas de ingreso fueron por traumatismos y envenenamientos, causas obstétricas directas, infecciones respiratorias agudas, enfermedades infecciosas intestinales, diabetes mellitus y enfermedades del corazón (enfermedades hipertensivas); además 7,287 fueron por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol y 3,706 fueron por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otras sustancias psicoactivas (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2017).



Se ha observado que los pacientes que visitan el servicio de urgencias se ven afectados en aspectos físicos, sociales y psicológicos, debido a que una de las principales causas de ingreso al servicio se da por traumatismos; estos pacientes presentan con frecuencia altas escalas de dolor como síntoma primario o síntoma acompañante (Berben et al., 2008), lo cual provoca afecciones físicas como aumento de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y respiratoria (Butti et al., 2017). Según la encuesta más reciente del Hospital Nacional de Atención Médica Ambulatoria (2011), en Estados Unidos uno de los motivos más frecuentes entre las visitas a urgencias es por dolor abdominal, también se han reportado que llegan pacientes con hipoglucemia y cetoacidosis diabética en Reino Unido (Leese et al., 2003); por su parte en Inglaterra se ha reportado que como consecuencia a estos síntomas se ven alterados signos fisiológicos en los sistemas respiratorio, cardiovascular o neurológico (Hodgetts et al., 2002).

En Estados Unidos se reportaron 129.8 millones de visitas al departamento de emergencias en 2010, generando problemas a nivel institucional asociadas con la alta demanda de consultas de emergencias (National Hospital Ambulatory Medical Care Survey [NHAMCS], 2010). Al respecto, en un reporte de la American College of Emergency Physicians se describió que el 75% de los médicos de emergencias informaron un aumento en el volumen de pacientes (Medford-Davis et al., 2015), muchos de estos pacientes enfrentaban barreras sociales y económicas que comprometían la atención efectiva y el manejo de la enfermedad, debido al difícil acceso, a los costos de los medicamentos y el transporte para llegar a la unidad médica (Soto et al., 2018). De igual forma, estas visitas constantes al DE implican mayor ausencia laboral por parte del paciente lo cual repercute su ámbito laboral (Persson et al., 2017).

Dentro de los aspectos psicológicos existen afecciones como miedo, ira, enojo, preocupación, en presencia de un dolor agudo (Body & Foex, 2011). Los pacientes que visitan el DE también llegan por quejas de salud mental y adicciones (Baia Medeiros et al., 2019). Hooker et al. (2019) refirieron que la mayoría de los usuarios del DE presentan depresión, ansiedad y reacciones de estrés e inclusive, ese problema puede ser la causa del por qué están en urgencias.

Al respecto y de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su onceava revisión (OMS, 2019), la sintomatología depresiva comprende un conjunto de síntomas cognitivos como sensación de vacío y pérdida del placer, somáticos como alteración o pérdida de peso y conductuales tales como tristeza e irritabilidad; mientras que la sintomatología ansiosa se caracteriza por síntomas como preocupación excesiva centrada en múltiples eventos cotidianos como por salud, finanzas, escuela, trabajo y más comúnmente por la familia, así como tensión muscular, dificultad para concentrarse e irritabilidad.

Ballou et al. (2019) reportaron que entre 2006 y 2014 hubo un aumento del 25.9% en las visitas al servicio de urgencias por depresión. Por su parte, durante 2016, se reportó que el 10.1% de todas las visitas al servicio de urgencias en Estados Unidos, fueron realizadas por pacientes con depresión (NHAMCS, 2016). Asimismo, se ha observado que la ansiedad está presente en el 30% de los pacientes que visitan los servicios de urgencias en Estados Unidos, pero permanecen sin diagnosticar, por lo cual se someten a extensas evaluaciones con altos costos para descartar enfermedades físicas (Musey et al., 2018). También Vilchis-Aguila et al. (2010), realizaron un estudio transversal en un hospital privado de la Ciudad de México con en el objetivo de determinar la frecuencia de depresión

y ansiedad en pacientes adultos que se presentaron a urgencias médicas, reportaron que existe una frecuencia de depresión de 8.7% y de ansiedad de 34.8%.

Se ha observado que los pacientes que visitan el servicio los de urgencias en Canadá, presentan afecciones relacionadas con la salud mental como depresión y ansiedad y comúnmente presentan afecciones físicas, sociales y psicológicas, como diagnósticos menos favorables en presencia de alguna enfermedad como infarto agudo de miocardio; ya que resulta en una mala adherencia al tratamiento (Atzema et al., 2011). Asimismo, se presentan pacientes con dolor abdominal inespecífico a quienes se les realizan estudios ineficientes y costosos y se dan de alta con diagnóstico de dolor abdominal inespecífico; sin embargo, estos síntomas están altamente asociados con trastornos gastrointestinales funcionales con una prevalencia del 40% y están fuertemente asociados con la depresión y la ansiedad (Meltzer et al., 2014). Por otro lado, Edmondson et al. (2012), observaron que los pacientes con depresión y ansiedad pasan mayor tiempo en el servicio de urgencias y no son diagnosticados, lo cual resulta en mayor número de reingresos.

En las investigaciones se muestra presencia de sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes que visitan el departamento de emergencias, los cuales son síntomas que se asocian entre sí y no están siendo atendidas debido a que no se diagnostican (Musey, 2018).

A pesar de que la sintomatología depresiva y ansiosa no se están atendiendo en urgencias, la Organización Mundial de la Salud en 2008 elaboró una forma de evaluación e intervención con el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP por sus siglas en inglés), que ayuda a ampliar los servicios para trastornos mentales, neurológicos y de uso de sustancias (MNS) principalmente en países con bajos y medianos ingresos (OMS, 2008).

A partir de este programa, la OMS en 2010, creó la Guía de Intervención mhGAP (GI- mhGAP) para trastornos MNS, como una herramienta para ejecutar el mhGAP en el nivel de atención primaria a la salud, no especializada, y facilitar la toma de decisiones clínicas. Esta guía ha sido utilizada en más de 90 países. A partir de su amplia implementación, en 2016 se publicó la versión 2.0 de la GI-mhGAP, realizando actualizaciones a partir de las experiencias previas como: brindar tratamientos psicológicos para depresión y trastorno por consumo de alcohol (Jordans et al., 2019), intervenciones para mejorarla calidad de pacientes con trastornos mentales (Mutiso et al., 2019), determinar la prevalencia y determinantes de la depresión (Musyimi et al., 2018), proporcionar intervenciones psicosociales para pacientes con depresión (Musyimi et al., 2017; OMS, 2016).

Existen algunos estudios que muestran evidencia empírica de la aplicación de mhGAP en diversos contextos. Al respecto en Kenia Musyimi et al. (2017) realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar los resultados del uso de la GI-mhGAP para proporcionar intervenciones psicosociales basadas en evidencia para pacientes con depresión que buscan atención de profesionales de la salud tradicionales (clasificados como curanderos tradicionales y religiosos), plantearon un diseño longitudinal no aleatorio, y realizaron evaluaciones previas, medias y posteriores. La muestra del estudio estuvo conformada por 377 personas que dieron positivo para depresión en un nivel de leve a severo, hubo una tasa de deserción del 19% durante el periodo de seguimiento a los tres meses. Para identificar a los pacientes con depresión utilizaron la GI-mhGAP; posteriormente midieron la gravedad y frecuencia de los síntomas de depresión en diferentes intervalos de tiempo, para esto se empleó el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Los resultados de la intervención se midieron a las seis semanas y 12 semanas

posteriores a la evaluación inicial; la puntuación media de BDI se redujo significativamente a las seis y 12 semanas después de la intervención y, los pacientes mostraron una reducción de los síntomas de depresión después de la intervención. Una de las limitantes de este estudio fue la falta de un grupo control aleatorizado en donde se brinde la intervención de la GI-mhGAP y se pueda contrastar con la intervención habitual.

En otro estudio de Musyimi et al. (2017) realizaron una investigación cuyo objetivo fue estimar la prevalencia e identificar los determinantes del trastorno depresivo mayor entre los pacientes de profesionales de la salud tradicionales (curanderos y religiosos) en las zonas rurales de Kenia utilizando la GI-mhGAP. Este estudio fue no experimental de tipo transversal y descriptivo. Se realizó un muestreo aleatorio sistemático con una proporción de muestreo de 1:3 y se seleccionaron 100 profesionales de la salud tradicionales. Para este estudio no se utilizó ninguna prueba psicométrica, pero se empleó la GI-mhGAP para examinar a pacientes. Como resultado se encontró que la prevalencia de depresión fue de 22.9%. También se observó que el ser una persona mayor (respecto al rango de edades) era un determinante para tener depresión con un valor  $p < 0.0001$ ; una limitante de este estudio fue que se no se utilizó un instrumento psicométrico para corroborar la depresión identificada con la GI-mhGAP.

También en 2018 Musyimi et al. (2018) realizaron otro estudio que tenía como objetivo de utilizar la GI-mhGAP para determinar la prevalencia y los determinantes de la depresión en entornos de atención médica donde la mayoría de las condiciones de salud mental son manejadas por especialistas en salud no mental, especialmente enfermeras y dispensadores clínicos. El diseño del estudio es no experimental con alcance descriptivo. La muestra estuvo conformada por 1,664 pacientes adultos de cuatro centros rurales de salud pública en Kenia y, mediante un muestreo aleatorio sistemático, se les realizó un examen de

detección de depresión. Para este estudio no se empleó un instrumento psicométrico, sin embargo, se utilizó una aplicación para teléfonos inteligentes diseñada a partir de la GI-mhGAP que mantenía la naturaleza original del programa mhGAP, para medir el nivel de prevalencia de depresión. Encontraron una prevalencia del 25% y obtuvieron un puntaje positivo para depresión (67%; OR 22,0;  $p < 0,0001$ ); la edad avanzada, los antecedentes personales y familiares de trastorno mental se encontraron que son problemas comórbidos con la depresión con un valor  $p < 0,05$ . Una limitante en este estudio fue el no utilizar un instrumento que apoyara en la confirmación para corroborar lo encontrado con la GI-mhGAP. De igual forma los autores reportaron como problema logístico el no contar con una buena conectividad a internet en al menos uno de los centros en donde se realizó la evaluación, lo cual retrasaba el estudio.

En otro estudio en Nepal, Jordans et al. (2019) llevaron a cabo dos ensayos controlados aleatorizados con el objetivo de evaluar la efectividad de los tratamientos psicológicos brindados por consejeros comunitarios para depresión y trastorno por consumo de alcohol (AUD por sus siglas en inglés), según lo recomendado por mhGAP. En los ensayos se evaluaron los efectos clínicos, sociales y relacionados con discapacidad del tratamiento para personas con depresión o para personas con AUD. Para la muestra se contactaron a 2,044 personas, pero solo 312 personas cumplieron con los criterios de inclusión y solo 282 personas consintieron en participar en el estudio, de las cuales 120 personas fueron diagnosticadas con depresión y 162 recibieron diagnóstico de AUD, también se encontró comorbilidad en pacientes con AUD que presentaron depresión como diagnóstico secundario, pero al ser un grupo muy pequeño se dio prioridad de tratamiento al diagnóstico de AUD. La inclusión para el estudio se determinó por medio del diagnóstico realizado por el trabajador de salud utilizando las pautas de mhGAP. Para evaluar la

gravedad de los síntomas de depresión se utilizó el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), una herramienta de detección de auto reporte. Para evaluar la gravedad de los síntomas de AUD se empleó la Prueba de Identificación del Trastorno por Consumo de Alcohol (AUDIT), herramienta desarrollada por la OMS para atención primaria de salud. En los resultados para depresión se encontró una reducción en la puntuación PHQ-9 en comparación con el valor inicial al agregar un tratamiento psicológico breve adicional al original, con un tamaño del efecto moderado para los resultados a corto y largo plazo. Dentro de las limitaciones se encuentra que existen diferencias iniciales en los grupos aleatorizados y que el estudio contaba con una muestra pequeña y una tasa de deserción relativamente alta.

Por otra parte, Mutiso et al. (2019) realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la viabilidad y efectividad de enfermeras y oficiales clínicos en el uso de la GI-mhGAP como herramienta de intervención para reducir la discapacidad, mejorando la calidad de vida de pacientes con trastornos mentales prioritarios en la GI-mhGAP en un entorno rural de Kenia. Dicho estudio fue una intervención, con un diseño de reclutamiento continuo, no controlado y prospectivo. El estudio se realizó en 20 centros de salud en Kenia donde se reclutaron a 2,306 participantes de atención médica, los cuales previamente habían tenido un acercamiento a campañas sobre la conciencia comunitaria de salud mental mientras se realizaba la detección de trastornos de mhGAP. Para el diagnóstico confirmatorio de los participantes que dieron positivo en GI-mhGAP se utilizó Mini-International Neuropsychiatric Interview para adultos (MINI-Plus); para medir la discapacidad de los participantes se utilizó el programa de evaluación de discapacidad de la OMS II (WHODAS II) y para medir calidad de vida se utilizó la Escala Breve de Calidad de Vida de la OMS (QoL-BREF). Por último, para medir depresión se utilizó el

Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) y para la tendencia suicida se utilizó la Escala de Suicidio de Beck (BSS). Dentro de los resultados se pudo demostrar la viabilidad de GI-mhGAP ya que se logró más del 50% de seguimiento, es decir, de los 2,306 participantes inscritos en el estudio, se tuvo un seguimiento de 1,718 participantes a los tres meses y un seguimiento de 1,371 participantes a los seis meses, con una tasa de seguimiento del 74.5% y 59.4% respectivamente. De igual forma pudo demostrarse la efectividad obteniendo una disminución significativa de las discapacidades al obtener una disminución en los puntajes del WHODAS; también de 1,292 participantes que fueron diagnosticados con depresión, se reportó una disminución de los puntajes de PHQ-9 a los tres y seis meses con respecto de la línea base; también se observó una mejora en el control de las convulsiones y una mejora en los resultados clínicos en otros trastornos mentales identificados. Dentro de las limitantes, Mutiso et al. (2019) encontraron que los resultados se pueden ver afectados por factores sociodemográficos en diversos indicadores. Otra limitante fue la falta de estudios con diseño similar para poder comparar los hallazgos; por último, se observó como limitante que el MINI-Plus no cuenta con una categoría de demencia.

Por último, Gureje et al. (2019) realizaron un ensayo que tuvo como objetivo evaluar la efectividad y la rentabilidad, durante un período de 12 meses, de una terapia estructurada de resolución de problemas administrada dentro de un enfoque de atención escalonada por personal no médico y trabajadores de salud para la depresión moderada y severa. El estudio fue un ensayo clínico controlado con grupo control y grupo experimental, paralelo, aleatorizado por conglomerados y realizado en clínicas de atención primaria en Nigeria. La muestra para este estudio estuvo conformada por 631 personas para el grupo experimental y 547 personas para el grupo control; todos los participantes del estudio dieron positivo para depresión. El grupo experimental recibió una intervención de una



terapia estructurada de resolución de problemas administrada dentro de un enfoque de atención escalonada por personal no médico, mientras que el grupo control recibió la atención según lo estipulado en mhGAP por parte del trabajador de atención primaria de salud. Para evaluar depresión emplearon el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9). Los resultados de este estudio muestran que a los seis meses el grupo experimental obtuvo una puntuación en PHQ-9 más baja que el grupo control ( $p=.056$ ), sin embargo, a los 12 meses se muestra similitud en ambos grupos ( $p=.808$ ). Una limitación de este estudio, fue que los tratamientos fueron implementados por diferentes tipos de personal de salud, lo cual sugiere que los cambios encontrados no se deban exclusivamente al tratamiento adicional que recibió el grupo experimental (Tabla 1).

**Tabla 1**

*Implementacion de la GI-mhGAP para depresión*

<b>Autor y año</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Diseño</b>	<b>Participantes</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>	<b>Limitaciones</b>
<b>Musyimi et al., (2017)</b>	Determinar los resultados del uso de la GI-mhGAP para proporcionar intervenciones psicosociales basadas en evidencia para pacientes deprimidos.	Experimental, longitudinal, no aleatorio.	377 personas con depresión.	GI-mhGAP Inventario de depresión de Beck (BDI).	Reducción de síntomas de depresión en un puntaje de 3.5 a 9.3 a las 6 y 12 semanas respectivamente ( $p<0.0001$ ).	Falta de grupo control. Factores de la intervención en el contexto que manipularan la intervención.
<b>Musyimi et al., (2017)</b>	Estimar la prevalencia e identificar los determinantes del trastorno depresivo mayor entre los pacientes de profesionales de la salud tradicionales utilizando la GI-mhGAP.	No experimental, transversal, descriptivo.	100 profesionales de la salud tradicionales.	Se empleó la GI-mhGAP para la identificación de depresión mayor.	Se obtuvo una $p<0.0005$ en la confianza de la práctica, conocimiento y habilidades de los profesionales de salud y $M = 16.6$ , $DE = 3.2$ antes del entrenamiento, a $M = 19.2$ , $DE = 2.4$ , 3 meses después del entrenamiento. Determinante de la depresión: edad avanzada ( $p<0.0001$ )	No se utilizaron instrumentos psicométricos.
<b>Musyimi et al., 2018</b>	Utilizar la GI-mhGAP para determinar la prevalencia y los determinantes de la depresión en entornos de atención médicas.	No experimental, transversal, descriptivo.	1664 pacientes adultos de cuatro centros rurales de salud pública en Kenia.	No se utilizó un instrumento, pero se empleó la GI-mhGAP para medir la prevalencia de depresión.	Prevalencia del 25% de depresión en los participantes. Determinantes de la depresión: la edad avanzada, los antecedentes personales y familiares de trastorno mental ( $p<0.05$ ).	No utilizar un instrumento que apoyara en la confirmación para corroborar lo encontrado con la GI-mhGAP.
<b>Jordans et al., 2019</b>	Evaluar la efectividad de los tratamientos psicológicos para depresión y trastorno por consumo de alcohol (AUD) según mhGAP.	Cuantitativo explicativo, preexperimental.	120 personas diagnosticadas con depresión y 162 diagnosticadas con AUD	Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) y la Prueba de identificación del trastorno por consumo de alcohol (AUDIT)	Para depresión se encontró que la terapia agregada redujo el 50% en la puntuación PHQ-9 ( $p<0.001$ ). No se encontraron diferencias significativas en la reducción	Existen diferencias iniciales en los grupos aleatorizados. El estudio contaba con una muestra pequeña y una tasa de deserción relativamente alta.

Autor y año	Objetivo	Diseño	Participantes	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
<b>Mutiso et al., 2019</b>	Determinar la viabilidad y efectividad del uso de la GI-mhGAP para intervención mejorando la calidad de vida de pacientes con trastornos mentales de mhGAP.	Experimental, diseño de reclutamiento continuo, no controlado y prospectivo.	2,306 participantes de atención médica.	Mini-International Neuropsychiatric Interview para adultos (MINI-Plus) Programa de evaluación de discapacidad de la OMS II (WHODAS II) La escala breve de calidad de vida de la OMS (QoL-BREF) Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) Escala de suicidio de Beck (BSS).	de consumo de alcohol ( $p=0.150$ ).  Un 50% de seguimiento clínico y una tasa de aumento de seguimiento a los 6 meses Reducción de WHODAS de -6.7 a -5.7 puntos, de PHQ-9 de 16.0% a 11.2% a tres meses y 8.2% a seis meses ( $p<0.001$ )	Los resultados se vieron afectados por factores sociodemográficos. Falta de estudios con diseño similar para poder comparar los hallazgos. El MINI-Plus no cuenta con una categoría de demencia.
<b>Gureje et al., (2019)</b>	Evaluar la efectividad y la rentabilidad de una terapia estructurada de resolución de problemas administrada dentro de un enfoque de atención escalonada.	Experimental, longitudinal, aleatorio conglomerado.	631 personas para el grupo experimental y 547 personas para el grupo control; todos los participantes del estudio dieron positivo para depresión.	Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)	A los 6 meses el grupo experimental tuvo un puntaje en PHQ-9 de 3-8 y el grupo experimental tuvo 4-3 ( $p=.056$ ). A los 12 meses obtuvieron un puntaje de 3-6 y 3-5 respectivamente ( $p=0.808$ ).	Los tratamientos fueron implementados por diferentes tipos de personal de salud, lo cual sugiere que los cambios encontrados no se deban exclusivamente al tratamiento adicional que recibió el grupo experimental.

**Nota:** M=media; DE=desviación estándar.

La GI-mhGAP está pensada primordialmente para ámbitos de primer y segundo nivel de atención en salud y para ser utilizado por personal no especializado en salud mental (OMS, 2016). Aunque la GI-mhGAP se ha evaluado en primer y segundo nivel de atención, existen elementos como la alta prevalencia de trastornos MNS en urgencias, que permiten aplicar la guía en urgencias.

Debido a que el DE es un área con alta demanda de trastornos MNS que no se están evaluando, no se atienden de forma adecuada y no se están diagnosticando, se generan altos gastos en atención médica y sobrepoblación, siendo 7,287 los pacientes que ingresaron por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol y 3,706 por trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otras sustancias psicoactivas (Ballou et al., 2019; Edmondson et al., 2012; Meltzer et al., 2014; Musey et al., 2010; SEDESA, 2017). Es por esto que parece viable adaptar e implementar la GI-mhGAP para identificar sintomatología de depresión y ansiedad ya que se ha visto que son problemas concomitantes (Musey et al., 2018).

A pesar de que no hay evidencia empírica de la aplicación de GI-mhGAP en urgencias médicas, parece ser viable adaptar y evaluar la implementación de GI-mhGAP en los pacientes que asisten a triage de urgencias, la principal razón recae en que a nivel internacional se ha reportado que hasta el 9% de pacientes que llegan a triage, tienen un problema no urgente de salud propio del primer nivel de atención en salud y además, se ha reportado que hasta el 3.6% de pacientes de triage asisten por problemas de salud mental (Instituto Australiano de Salud y Bienestar [por sus siglas en inglés Australian Institute of Health and Welfare, 2017]).

Debido a lo anterior parece pertinente preguntarse ¿qué hallazgos se obtendrán de explorar la implementación de una adaptación de la GI-mhGAP 2.0 para sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes usuarios de triage de urgencias médicas? La GI-mhGAP 2.0 puede adaptarse e implementarse de acuerdo al contexto; el evaluar con la adaptación permitirá identificar necesidades y barreras para la ampliación y mejora del servicio del triage de urgencias médicas (OMS, 2016). Entendiendo a la implementación como la aplicación de la adaptación de la GI-mhGAP 2.0 a los a los pacientes que llegan al triage de urgencias médicas para evaluar sintomatología depresiva y ansiosa y brindar el respectivo manejo.

Por lo que el objetivo de este estudio es explorar la implementación de una adaptación de la GI-mhGAP 2.0 para sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes usuarios de triage de urgencias médicas en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

## Método

### Participantes

Participaron 200 pacientes que fueron seleccionados de manera no probabilística por conveniencia, que llegaron al área de triage en el turno matutino y que aceptaron participar en el estudio. También debieron cumplir con los criterios de inclusión: pacientes que llegaron al servicio de triage en urgencias médicas del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” (HGMGG) de la Ciudad de México, mayores de 18 años y que accedieron a participar en el estudio, que se encontraban en la sala de espera de triage, que hablaban español y que se encontraban orientados en las cuatro esferas de conciencia. Los criterios de exclusión fueron: pacientes que pasaron directamente a sala de observación o choque, que presentaron un dolor intenso, que estuvieran participando en otro estudio o protocolo que pudiera sesgar los hallazgos y que no se encontraran orientados en las cuatro esferas de conciencia o que presentaran algún impedimento físico que no les permitiera responder la evaluación.

Dentro de las principales características de los 200 participantes, 41% fueron hombres, 31.5% eran casados, mientras que el 32.5% eran solteros. El mayor nivel de escolaridad reportado fue licenciatura con 16.5%, el 32.0% tenían preparatoria y 4.0% no tenían estudios. En cuanto a la ocupación 40.0% eran empleados y 29.5% se dedicaban al hogar. El 63.5% de las personas pertenecían a la religión católica y el 84.0% vivían en la Ciudad de México (Tabla 2).

En cuanto a los criterios de eliminación, no se incluyeron en el análisis los datos de las personas que no respondieron o no terminaron la hoja de datos sociodemográficos.

**Tabla 2***Características sociodemográficas de los participantes del HGMGG de la Ciudad de México*

<b>Variab</b> les		<i>n</i> = 200
<b>Edad</b>		M=40 Mo=59 Med=48.5 RIQ=29 (Q1=30; Q3=59) (DE=17.501)
<b>Sexo</b>		<i>n</i> (%)
	Hombres	83 (41.5%)
	Mujeres	117(58.5%)
<b>Estado civil</b>		
	Casado	63 (31.5%)
	Soltero	65 (32.5%)
	Unión libre	34 (17.0%)
	Divorciado	18 (9.0%)
	Viudo	16 (8.0%)
	NR	4 (2.0%)
<b>Escolaridad</b>		
	Sin escolaridad	8 (4.0%)
	Primaria	40 (20.0%)
	Secundaria	54 (27.0%)
	Preparatoria	64 (32.0%)
	Licenciatura	33 (16.5%)
	Posgrado	0 (0%)
	NR	1 (0.5%)
<b>Ocupación</b>		
	Desempleado	17 (8.5%)
	Al hogar	59 (29.5%)
	Estudiante	7 (3.5%)
	Empleado	80 (40.0%)
	Autoempleado	31(15.5%)
	Jubilado/pensionado	5 (2.5%)
	NR	1 (0.5%)
<b>Religión</b>		
	Ninguna	47 (23.5%)
	Católica	127 (63.5%)
	Cristiana	19 (9.5%)
	Otras	3 (1.5%)
	NR	4 (2.0%)
<b>Residencia</b>		
	CDMX	168 (84.0%)
	Estado de México	19 (9.5%)
	Otros	11 (5.5%)
	NR	2 (1.0%)

**Nota:** HGMGG=Hospital General “Dr. Manuel Gea González; *n*=Tamaño de la muestra; M=Media; Mo=Moda; Med=Mediana; RIQ=Rango Intercuartil; DE=Desviación estándar; NR= No Respondió.

## **Variables**

### Sintomatología depresiva

#### *Definición conceptual*

Comprende síntomas como estado de ánimo deprimido persistente o pérdida de interés o placer, escasa energía, fatiga, alteraciones del sueño, alteración o pérdida de peso, tristeza e irritabilidad durante al menos dos semanas, considerables dificultades en su funcionamiento cotidiano en el ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional o de otro tipo (OMS, 2016).

La sintomatología depresiva se midió con la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS por sus siglas en inglés) de Zigmund y Snaith (1983), la cual fue adaptada por López-Alvaranga et al. (2002) para población mexicana. Un puntaje igual o mayor a ocho indicará presencia de sintomatología depresiva.

### Sintomatología ansiosa

#### *Definición conceptual*

Comprende síntomas como preocupación excesiva centrada en múltiples eventos cotidianos como por salud, finanzas, escuela, trabajo y más comúnmente por la familia, así como tensión muscular, dificultad para concentrarse e irritabilidad (OMS, 2019).

La sintomatología se midió por medio de HADS de Zigmund y Snaith (1983), la cual fue adaptada por López-Alvaranga et al. (2002) para población mexicana. Un puntaje igual o mayor a siete indicará presencia de sintomatología ansiosa.



## Instrumentos

Se creó un instrumento *ex profeso* para recuperar datos sociodemográficos, condición médica (reportada por el paciente), signos fisiológicos, fecha de la aplicación, hora de inicio y finalización de la evaluación, cuadro comparativo de la percepción del médico y del psicólogo aplicador para sintomatología depresiva y ansiosa, duelo por fallecimiento de un allegado o ser querido y riesgo de suicidio. De igual forma se elaboró una adaptación de la GI-mhGAP 2.0 para identificar sintomatología depresiva y ansiosa, duelo y riesgo suicida. Dicha adaptación consta de seis hojas, cuatro hojas contienen un algoritmo para identificar sintomatología ansiosa y depresiva, duelo, riesgo de suicidio y consumo de sustancia (las hojas con algoritmo para duelo, riesgo de suicidio y consumo de sustancias serán retomada en otros estudios) respectivamente, una hoja con un semáforo de tres posibles abordajes basado en el manual de intervención breve vinculada a ASSIST y recomendaciones de la GI-mhGAP 2.0, por último, cuenta con una hoja para registrar las respuestas del paciente y los puntajes de los instrumentos (para ver la adaptación ir a Anexos).

**Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS).** Es una escala diseñada por Zigmund y Snaith (1983) y fue adaptada a población mexicana por López-Alvaranga et al. (2002). Esta escala evalúa los síntomas emocionales de depresión y ansiedad. Está compuesta por dos subescalas intercaladas de siete reactivos cada una, siete para depresión (reactivos pares) y siete para ansiedad (reactivos impares). Es una escala tipo Likert que van desde ausencia/mínima presencia = 0, hasta máxima presencia = 3, la puntuación de cada subescala puede variar entre 0 y 21. Los puntos de corte son mayor o igual a ocho para depresión y mayor o igual a siete para ansiedad en la adaptación a la población mexicana. Su confiabilidad es de ( $\alpha = .86$ ).

## **Diseño**

Se empleó un diseño no experimental, analítico-observacional ya que no se manipularon las variables. Transversal porque se analizó en un solo momento y exploratorio ya que es un tema poco estudiado dado que posterior a una revisión no se encontró literatura que reporte el uso de la GI-mhGAP en el área de urgencias en el servicio de triage; los estudios exploratorios permiten preparar el terreno para nuevos estudios y propone una perspectiva innovadora (Hernández Sampieri et al., 2014).

## **Procedimiento**

Se elaboró una batería con un grupo de estudiantes de psicología de octavo semestre, la batería pertenece a un estudio más grande donde se identificó sintomatología ansiosa y depresiva, duelo por fallecimiento de una persona allegada o ser querido y riesgo de suicidio; también se aplicó la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Para esta investigación se trabajó únicamente con los datos recabados sobre sintomatología ansiosa y depresiva. La batería se adaptó de la GI-mhGAP 2.0, cuenta con una primera hoja para datos sociodemográficos, condición médica, evaluación fisiológica y la percepción del médico para identificar sintomatología ansiosa y depresiva. En la segunda y tercera hoja se encuentra un algoritmo para identificar sintomatología ansiosa y depresiva. Para elaborar dicho algoritmo se empleó la GI-mhGAP 2.0, el cual consta de tres preguntas filtro para conocer la sintomatología y si existen dificultades en el funcionamiento diario, estas tres preguntas indican si se finaliza el tamizaje o se continúa evaluando la sintomatología aplicando HADS y un termómetro que va del 0 al 10 para medir la percepción de síntomas por parte del participante. En la última hoja se encuentra un semáforo de abordaje que se brindaron de acuerdo a lo que el algoritmo indicó, en

verde se brindaron consejos de salud mental generales, en amarillo se brindaron recomendaciones breves y se fomentaron redes de apoyo; en rojo se realizó una intervención breve, se brindaron recomendaciones y se canalizó a instituciones públicas en donde se les otorgó atención especializada.

Con la batería se evaluó a pacientes que llegaron al servicio de triage de urgencias médicas del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, primero se realizó un acercamiento a los pacientes que se encontraban en la sala de espera del servicio de triage y se les dio a conocer el objetivo de la evaluación y el consentimiento informado de forma oral, a los que aceptaron continuar se les realizó la evaluación, comenzando con datos sociodemográficos, condición médica y se registraron los datos de la evaluación fisiológica que eran tomados por la enfermera de triage; posteriormente se evaluó la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, duelo por una persona allegada o ser querido, riesgo de suicidio y al finalizar se aplicó ASSIST (únicamente con fines clínicos y si el participante consumía alguna sustancia), al finalizar la evaluación se brindó la atención necesaria de acuerdo al semáforo basado en la intervención sugerida en la GI-mhGAP 2.0 y se le preguntó al médico si a partir de su consulta identificaba sintomatología ansiosa o depresiva en el participante.

La batería se aplicó en el servicio de triage de urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, en el periodo de abril a septiembre de 2019, fue aplicada por el equipo de psicología de urgencias del mismo hospital; los psicólogos que aplicaron la batería fueron previamente capacitados.

Posteriormente a los participantes que se les asignó semáforo de intervención rojo para depresión y ansiedad se les realizaron llamadas para averiguar si había o estaban recibiendo

atención psicológica. Las llamadas se realizaron en un periodo de dos semanas y en tres horarios diferentes.

### **Análisis de datos**

Se utilizó el programa R® en su versión 3.6.1 mediante R Studio-1.2.5033 para realizar un análisis estadístico descriptivo, utilizando medidas de tendencia central y de dispersión para los datos sociodemográficos y las variables antes mencionadas empleando las funciones: "describe", "summary", "mean", "sd", "min" y "max". También se calculó el promedio de los tiempos de aplicación.

Para la concordancia entre la percepción del médico y psicólogo respecto a las variables se utilizó el coeficiente de Kappa de Cohen para determinar si había acuerdo entre la identificación de sintomatología depresiva y ansiosa; se utilizó la función: "cohen.kappa". De acuerdo con Landis y Koch (1977) los valores Kappa se interpretaron de la siguiente manera: los valores  $\leq 0$  indican "Sin acuerdo", si 0-0.2 indican "Acuerdo mínimo", si 0.2-0.4 "Acuerdo justo", si 0.4-0.6 "Acuerdo moderado", si 0.6-0.8 "Acuerdo sustancial" y 0.8-1.0 "Acuerdo casi perfecto".

## Resultados

De acuerdo con el objetivo planteado, a continuación, se describirán los hallazgos obtenidos de la implementación de una adaptación de la GI-mhGAP para sintomatología depresiva y ansiosa en usuarios de triage.

Se evaluó a un total de 200 participantes usuarios de triage, el 41% de las aplicaciones de la adaptación se llenaron en su totalidad; el 59% restante son evaluaciones incompletas que tuvieron al menos un dato perdido, ya sea en la hoja de respuestas de los algoritmos para sintomatología depresiva y ansiosa o en la hoja de datos sociodemográficos. Dentro de la hoja de datos sociodemográficos en los datos del paciente, la edad, el sexo, el lugar de nacimiento y con quién vive tuvieron un 100% de llenado, siendo el número telefónico el dato que más se perdió, teniendo un 84% de llenado. En la condición médica el dato que más se llenó fue ¿Padece alguna enfermedad? y ¿Cuál es? con un 100% y el dato que más se perdió fue el tiempo de evolución con un 93%. En la evaluación fisiológica los datos que más se llenaron fueron la tensión arterial diastólica y sistólica con un 94% y el que menos se llenó fue la Escala Análoga de Dolor con un 69% (Tabla 3).

**Tabla 3**

*Porcentajes de llenado de la hoja de datos sociodemográficos de los participantes del HGMGG de la Ciudad de México*

<b>Dato de la hoja de datos sociodemográficos</b>	<b>Porcentaje de llenado (n= 200)</b>	
	Hora de inicio	96%
	Hora de finalización	96.5%
<b>Datos del paciente</b>	Edad	100%
	Sexo	100%
	Estado Civil	98%
	Ocupación	99.5%
	Escolaridad	99.5%
	Religión	98%
	Teléfono	84.5%
	Fecha de nacimiento	98.5%
	Lugar de nacimiento	100%
	Lugar de residencia	99%
	¿Con quién vive?	100%
	Total, de miembros de su familia	98.5%
<b>Condición médica</b>	Motivo de consulta	99.5%
	Reingresos	99%
	Número de ficha	99.5%
	¿Padece alguna enfermedad?	100%
	¿Cuál es?	100%
	Tiempo de evolución	93%
	Medicamentos que toma	99.5%
	¿Ha tenido alguna complicación alguna vez?	98.5%
	Consumo de sustancias	99%
<b>Evaluación fisiológica</b>	Temperatura	84.5%
	Frecuencia respiratoria	92%
	Frecuencia cardíaca	93.5%
	Tensión arterial sistólica	94%
	Tensión arterial diastólica	94%
	Glucemia capilar	93.5%
	Escala análoga del dolor	69%
	Saturación de oxígeno	93%
<b>Presenta (Percepción del médico)</b>	Depresión	88.5%
	Ansiedad	88.5%
	Nivel de urgencia	84.5%
	Tiempo en consulta	96.5%

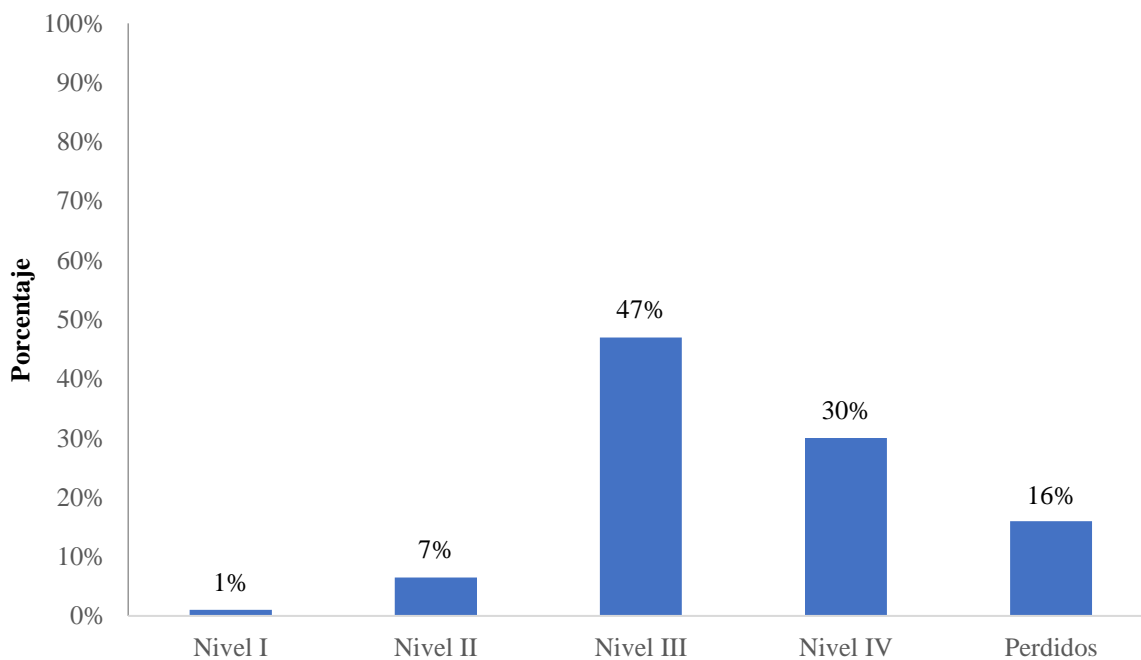
**Nota:** HGMGG=Hospital General “Dr. Manuel Gea González

Los datos: fecha, nombre del psicólogo que evalúa y psicólogo responsable, folio, nombre del paciente y frecuencia de consumo de alcohol, tabaco u otra (sustancia) son datos que no se tomaron en cuenta para el porcentaje de llenado de la hoja de datos sociodemográficos.

Por su parte, el nivel de urgencia (que es asignado por el médico) de los participantes que más se reportó en las evaluaciones fue el tres y cuarto con un 47% y 30% respectivamente.

### Figura 1

*Porcentaje del nivel de urgencias de los participantes del HGMGG de la Ciudad de México.*



**Nota:** HGMGG=Hospital General “Dr. Manuel Gea González

Los porcentajes de llenado de la hoja de respuestas del algoritmo para las variables de sintomatología depresiva y ansiosa se muestran en la Tabla 4.

**Tabla 4**

*Porcentajes de llenado de la hoja de respuestas a las preguntas de los algoritmos de los participantes del HGMGG de la Ciudad de México*

<b>Variable</b>	<b>Pregunta del algoritmo</b>	<b>Porcentaje de llenado (n=200)</b>
<b>Depresión</b>	Pregunta depresión 1 (DEP1)	100%
	Pregunta depresión 2 (DEP2)	98.5%
	Pregunta depresión 3 (DEP3)	97.5%
	HADS-D	94.5%
<b>Ansiedad</b>	Pregunta ansiedad 1 (ANS1)	96.5%
	Pregunta ansiedad 2 (ANS2)	96.5%
	Pregunta ansiedad 3 (ANS3)	94.5%
	HASD-A	93.5%

**Nota:** HGMGG=Hospital General “Dr. Manuel Gea González

En cuanto a el tiempo promedio de aplicación de las 200 aplicaciones fue de 13.947 minutos, con una desviación estándar de 9.142, una moda de 10 y mediana de 11 minutos; el valor mínimo que se obtuvo fue de 2 y el máximo fue de 65.

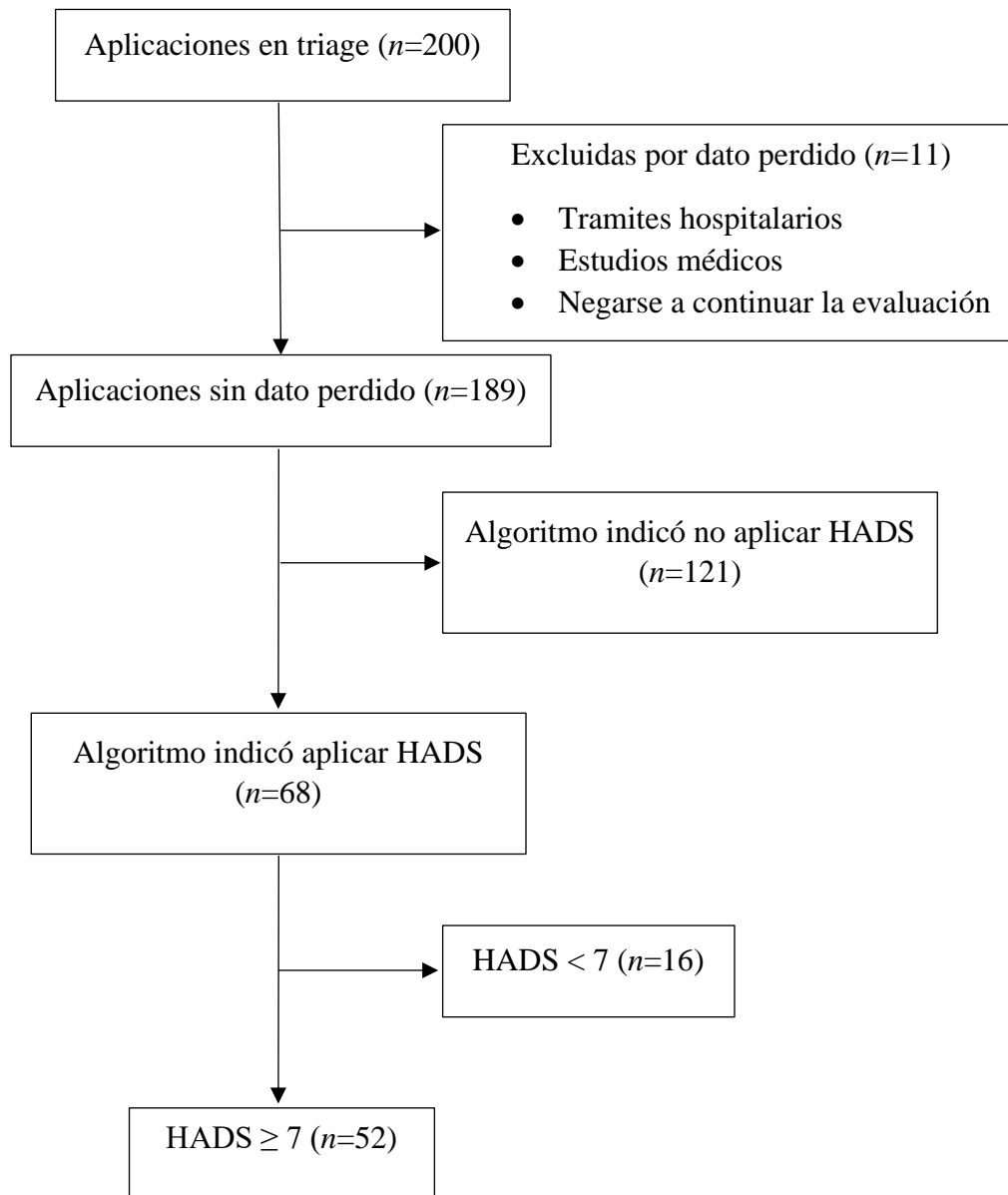
Se evaluó a 200 pacientes con el algoritmo para identificar sintomatología depresiva y ansiosa, sin embargo, para depresión hubo 11 (5.5%) evaluaciones incompletas y para ansiedad hubo 13 (6.5%) incompletas; las evaluaciones que no se completaron fue debido a que el paciente tenía que realizar trámites relacionados a pagos del servicio o agendar citas médicas, el paciente detenía la evaluación psicológica porque ya no quería responder o tenía que ir a realizarse estudios médicos.

De las 200 evaluaciones que se realizaron, para depresión hubo 189 evaluaciones completas, de las cuales, en el 35.9% el algoritmo indicó que se aplicará HADS. De las evaluaciones a las que se aplicó HADS, el 27.5% superó el punto de corte dando positivo para depresión y el 8.4% puntuaron por debajo del punto de corte según lo estipulado (Figura 2).



**Figura 2**

*Diagrama de flujo de aplicación del algoritmo de depresión de los participantes del HGMGG de la Ciudad de México*



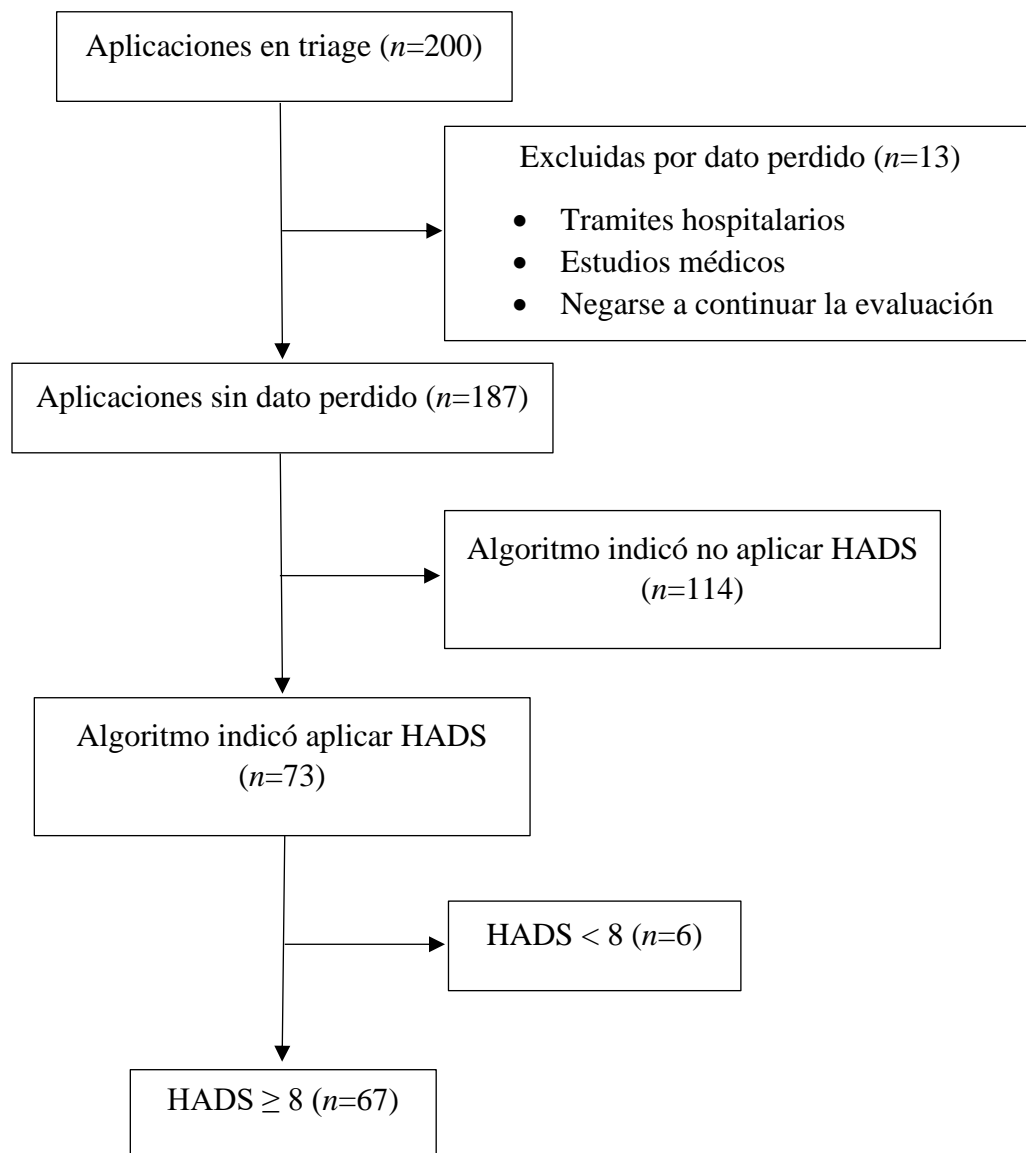
Nota: HGMGG=Hospital General “Dr. Manuel Gea González; HADS= Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (por sus siglas en inglés).

Para el caso de ansiedad, de las 200 evaluaciones realizadas, hubo 187 evaluaciones completas, de las cuales en 39% el algoritmo indicó que se aplicara HADS; de las evaluaciones a

las que se aplicó HADS el 35.8% superaron el punto de corte dando positivo para ansiedad, mientras que el 3.2% no lo superó, según lo estipulado (Figura 3).

### Figura 3

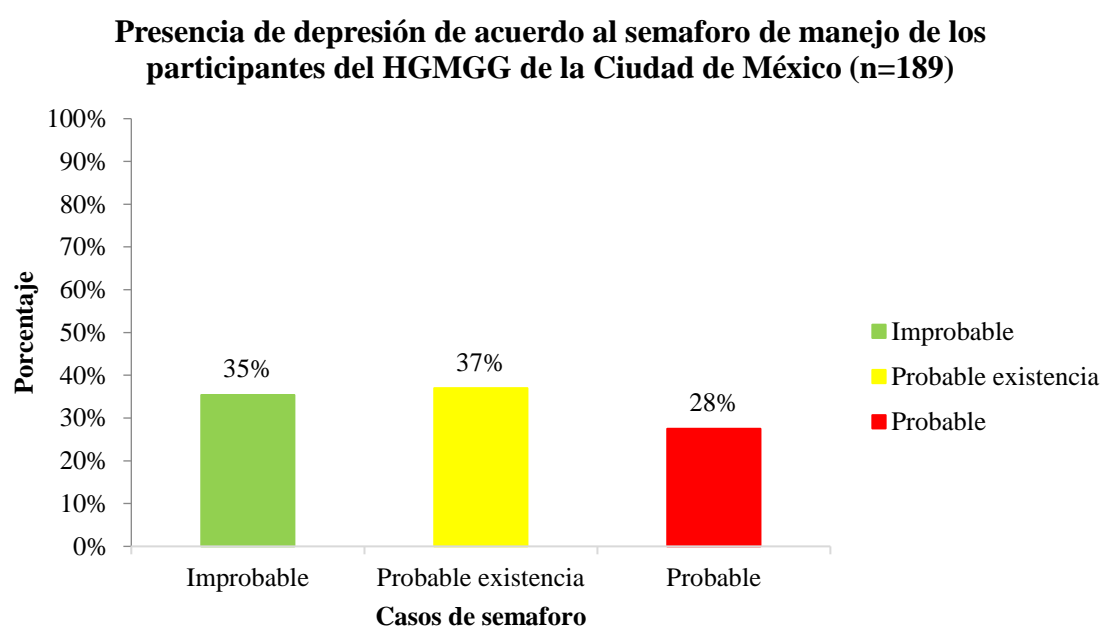
*Diagrama de flujo de aplicación del algoritmo de ansiedad de los participantes del HGMGG de la Ciudad de México*



Nota: HGMGG=Hospital General “Dr. Manuel Gea González HADS= Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (por sus siglas en inglés).

Para el algoritmo de sintomatología depresiva, de las 189 evaluaciones que se realizaron se encontró que el 35% de los participantes que tuvieron semáforo de intervención verde en donde era improbable la presencia de depresión y se brindaba consejos de salud mental en general, 37% en amarillo que indicaba baja probabilidad de depresión y se brindaban recomendaciones breves y se fomentaban las redes de apoyo, en rojo se encontró el 28% de casos que indicaban alta probabilidad de depresión y se brindaba intervención breve, posibilidades de interconsulta y recomendaciones breves (Figura 4).

**Figura 4**

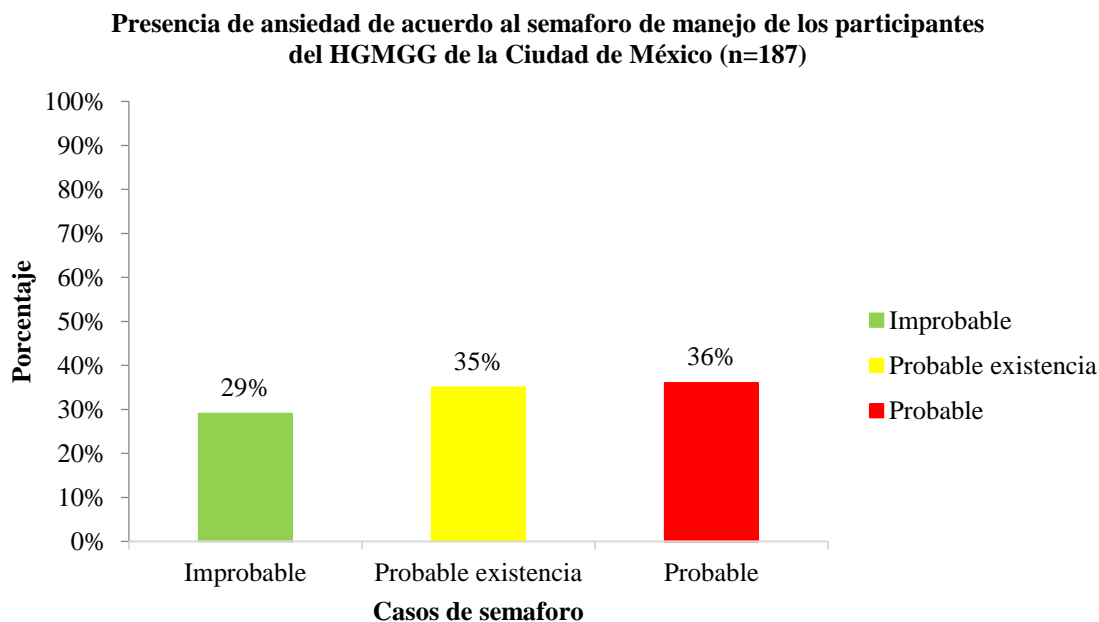


**Nota:** HGMGG=Hospital General “Dr. Manuel Gea González

En el caso del algoritmo de sintomatología ansiosa, de las 187 evaluaciones se encontró que el 29% tuvieron semáforo de intervención verde que era improbable la presencia de depresión y se brindaban consejos de salud mental en general, 35% en amarillo indicando poca probabilidad de depresión y se brindaban recomendaciones breves y se fomentaban las redes de

apoyo, en rojo se encontraron 36% que indicaban alta probabilidad de depresión, se brindaba intervención y recomendaciones breves y posibilidad de interconsulta (Figura 5).

**Figura 5**



**Nota:** HGMGG=Hospital General “Dr. Manuel Gea González

De los semáforos rojos para sintomatología depresiva (28%) y ansiosa (36%), durante las llamadas de seguimiento, tres personas con sintomatología ansiosa y una persona con sintomatología depresiva reportaron que sí estaban recibiendo atención psicológica; mientras que 31 (16%) personas con sintomatología depresiva y 36 (19%) con sintomatología ansiosa no contestaron o su número telefónico se encontraba fuera de servicio (Tabla 5).

**Tabla 5**

*Seguimiento de llamadas telefónicas de los participantes del HGMGG de la Ciudad de México*

<b>Motivo</b>	<b>Depresión</b>	<b>Ansiedad</b>
<b>Salud física</b>	4	5
<b>Sin número</b>	6	16
<b>No quería atención</b>	2	2
<b>No contestó o estaba fuera de servicio</b>	31	36
<b>No recibe atención</b>	4	6
<b>No se encontraron</b>	2	1
<b>Si recibe</b>	3	1
<b>Total</b>	52	67

**Nota:** HGMGG=Hospital General “Dr. Manuel Gea González

Para la percepción de sintomatología depresiva se encontró que 12 veces tanto médico y psicólogo dijeron que sí y 108 veces ambos dijeron que no, obteniendo un acuerdo mínimo entre el juicio del médico y del psicólogo, de  $\kappa = 0.130$ , Intervalo de Confianza 95% (IC 95%, -0.024 a 0.28). Mientras que para sintomatología ansiosa se encontró que 29 veces tanto el psicólogo y el médico dijeron que sí y 84 veces dijeron que no, obteniendo un acuerdo justo,  $\kappa = 0.229$  (IC 95%, 0.08 a 0.38) (Tabla 6).

**Figura 4***Concordancia entre el médico y el psicólogo*

Variable	Identificación del médico / identificación del psicólogo				Kappa	IC 95%
	Sí/Sí	No/No	Sí/No	No/Sí		
<b>Depresión</b>	12	108	17	36	0.130	(-.024; 0.28)
<b>Ansiedad</b>	29	84	27	33	0.229	(.08; .38)

**Nota:** HGMGG=Hospital General “Dr. Manuel Gea González; IC=Intervalo de Confianza 95%

## Discusión

El objetivo de este estudio fue explorar la implementación de una adaptación de la GI-mhGAP 2.0 para sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes usuarios de triage de urgencias médicas en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

En este estudio se buscó trabajar con 200 evaluaciones empleando el algoritmo; sin embargo, no todas se pudieron completar, teniendo el 41% de evaluaciones de las que no se tiene ningún dato perdido. Al respecto, Poole et al. (2020) reportaron haber tenido el 91%, 87% y 84% de evaluaciones completas al utilizar tres instrumentos (PHQ-2, PHQ-2/8 y PHQ-8) para medir depresión; estos datos son mayores a los encontrados en el presente estudio, que podrían explicarse por el tiempo corto que se manejan en triage. Tal como la ACEP reporta, que la forma de trabajar en triage es rápida (Tam et al., 2018), también clínicamente se observó que los pacientes no terminaban de contestar las evaluaciones porque pasaban a consulta médica o tenían que realizar trámites hospitalarios. Otra explicación al menor porcentaje de evaluaciones completas en el presente estudio a los datos presentados por Poole et al. (2020), podría ser porque en este estudio se evaluaron cuatro variables: sintomatología depresiva y ansiosa, riesgo de suicidio y duelo prolongado, de igual forma los instrumentos empleados son más largos en comparación con el estudio de Poole et al. (2020) que solo evaluaron una variable con instrumentos más cortos.

En los siguientes dos párrafos se discutirán los resultados del dato con menor porcentaje de llenado y el tiempo promedio de evaluación. Ambos cobran relevancia para este estudio ya que de acuerdo con la OMS (2016) la GI-mhGAP puede adaptarse a cualquier contexto, y adaptar una herramienta de evaluación y manejo para sintomatología ansiosa y depresiva en triage de urgencias médicas implica considerar que la evaluación sea adecuada a dicho contexto;

asimismo brinda bases para futuras investigaciones ya que el primero puede ayudar a mejorar la recaudación de datos sociodemográficos y el segundo muestra si la evaluación realizada es adecuada para los tiempos de atención médica que se brinda en el triage del servicio de urgencias.

Las evaluaciones que se consideraron incompletas para este estudio fueron por que al menos tenían un dato perdido, al respecto la Escala Análoga del Dolor, se reportó como el dato más perdido. Al respecto la OPS (2011) reporta que los signos vitales son tomados por enfermeros del servicio de triage, por lo tanto ellos se encargan de hacer el llenado de estos datos, lo que podría explicar que en este estudio el psicólogo no preguntaba este dato, dando por hecho que el enfermero ya lo había reportado; sin embargo, los enfermeros del triage de urgencias del hospital en donde se realizó este estudio, reportan que hay signos que toman de acuerdo al motivo de consulta del paciente, por ejemplo, si el paciente padece diabetes si se les mide la glucemia capilar, si no reportan padecerla no se les toma ese dato, de igual forma con la escala análoga del dolor, si el paciente llegaba reportando dolor, el enfermero media el dolor y por el contrario si el paciente no reportaba dolor, el enfermero ya no media el dolor. Hay que considerar que el dato de la Escala Análoga de Dolor se registra en la ficha de signos vitales del paciente, que es llenada por enfermeros y al momento en que el psicólogo llenaba la hoja de datos sociodemográficos, al transcribir esta ficha, pudo no haberse dado cuenta que faltaba este dato.

Por otro lado, uno de los principales hallazgos que se obtuvo al adaptar la GI-mhGAP en el contexto de triage de urgencias médicas fue la reducción del tiempo de evaluación de sintomatología depresiva y ansiosa en el área de triage. El tiempo en el que se realizó el tamizaje con la adaptación de la GI-mhGAP es relativamente menor en comparación con estudios



anteriores que también fueron elaborados en el servicio de triage en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, tal como lo reportó Ávila (2019), en el estudio que realizó para su proyecto de titulación el tiempo de evaluación fue de 30 a 40 minutos. De acuerdo con la ACEP (Triage Sale Standardization, 2010) en el triage de urgencias médicas se maneja una escala de clasificación y proceso de categorización de agudeza y cuenta con cuatro niveles de urgencia, los dos primeros se considera que la vida del paciente se encuentra en riesgo, por lo cual se debe brindar atención médica inmediata, mientras que en el nivel tres y cuatro, el riesgo es menor y el paciente puede esperar hasta 60 minutos; lo anterior pareciera ser consistente con las evaluaciones que se espera que se realicen en triage (Tam et al., 2018).

La implementación de la adaptación en urgencias de la GI-mhGAP permitió la identificación de sintomatología depresiva; se observó un 27.5% de sintomatología depresiva mediante las preguntas DEP1, DEP2, DEP3 y HADS; al respecto Beiser et al. (2019) evaluaron depresión en el servicio de urgencias y encontraron que, de una muestra de 999 participantes, el 27% presentaban depresión. Estos resultados parecen coincidir con el presente estudio y podría deberse a que en ambos estudios los participantes llegaron al área de triage de urgencias médicas en un turno matutino.

Por otro lado, Abar et al. (2017), realizaron un estudio en el departamento de emergencias, aunque no se especifica el área médica dentro del departamento de urgencias, en el cual tuvieron una muestra de 636 participantes y el 42% presentaban depresión mayor o leve, mismos que encuentran barreras para recibir atención de salud mental. En este estudio el porcentaje de sintomatología depresiva es menor, lo que podría deberse al tamaño de la muestra, ya que en el estudio realizado por Abar et al. (2017) su muestra fue mayor, teniendo 636 participantes y en este estudio la muestra fue de 189 participantes.

En cuanto a la sintomatología ansiosa se encontró presente en un 35.8% observada por medio de las preguntas ANS1, ANS2, ANS3 y HADS, estos datos parecieran ser similares a los resultados obtenidos por Musey et al. (2018), en un estudio que realizaron se encontró que la ansiedad estaba presente en el 30% de los usuarios de urgencias, quienes llegaban al departamento urgencias reportando dolor en el pecho y tenían ansiedad como problema primario, sin embargo, no se les brindaba un seguimiento adecuado. Los porcentajes reportados en ambos estudios parecieran ser similares, lo que puede estar relacionado a que en ambos estudios se empleó un instrumento para la identificación de la sintomatología y que ambos estudios se realizaron en el departamento de emergencias.

Otro resultado que se encontró fue un 28% de semáforos rojos para sintomatología depresiva y un 36% de semáforos rojos para sintomatología ansiosa; al respecto a nivel mundial se reporta que más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión y más de 260 millones de personas tienen trastornos de ansiedad (OMS, 2017); no es extraño que estos trastornos estén presentes como síntoma primario o síntoma acompañante de alguna enfermedad en el departamento de emergencias (Abar et al., 2017; Edmondson et al., 2012; Meltzer et al., 2014; Musey, 2018; Vilchis-Aguila, 2010). En el presente estudio se reportó un 35% y 37% respectivamente en semáforos amarillo y verde para sintomatología depresiva y un 29% y 35% en semáforos verde y amarillo para sintomatología ansiosa; estos datos parecieran ser similares a lo reportado por Medina-Mora et al. (2003) en un estudio realizado sobre la prevalencia de trastornos mentales y el uso de los servicios de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México; encontraron que uno de cada cinco mexicanos presenta al menos un trastorno mental en algún momento de su vida, de igual forma una de cada cinco personas con algún trastorno afectivo buscaron atención y solo una de cada 10

con trastorno de ansiedad lo hicieron. También mencionan que la atención para las personas con trastornos mentales es deficiente es decir que la detección, tratamiento o canalización a servicios especializados es insuficiente y de igual forma las personas no solicitan la ayuda que ya está disponible (Medina-Mora et al., 2003).

Los resultados que se obtuvieron de las llamadas realizadas para seguimiento, nos muestran que de los 52 participantes con sintomatología depresiva y 67 con sintomatología ansiosa, únicamente tres participantes estaban recibiendo atención psicológica. Estos resultados podrían ser explicados por lo reportado por Medina-Mora et al. (2005) quienes mencionan que en México menos del 20% de las personas que presentan necesidades psicológicas buscan ayuda e incluso pueden tardar hasta 14 años en obtener atención especializada. También la literatura ha reportado que las personas no buscan atención psicológica por vergüenza a platicar problemas, por falta de información sobre la atención especializada, por los largos tiempos de espera, por la asignación de horarios poco convenientes y por la creencia de que el tratamiento puede ser muy costoso; es por esto que las personas recurren con mayor frecuencia al apoyo familiar, de amigos o religioso (Gorn et al., 2003). Si bien, se ha reportado que las personas que tienen algún trastorno mental o afectivo no buscan atención especializada, también se debe tomar en cuenta que solo 10 de cada 100,000 del personal sanitario, destinan su servicio al área de salud mental (OMS, 2017).

Otra razón del por qué el resto de las personas que presentaron sintomatología depresiva y ansiosa pero no están recibiendo atención, pudiera estar relacionado a su estado de salud físico; al respecto DiMatteo et al. (2007) reportan en un metaanálisis que las personas que se encuentran graves en su estado de salud físico, tienen menor adherencia terapéutica. En este estudio el principal motivo de consulta era por cuestiones físicas y al realizar la evaluación con la

adaptación y con HADS, los pacientes reportaban que su sintomatología ansiosa y depresiva relacionada a su enfermedad o motivo de consulta, pudiera ser que al obtener un tratamiento médico y observar mejorías en su estado de salud físico, su sintomatología depresiva y ansiosa se redujera reportando sentirse mejor en el seguimiento telefónico.

Por otro lado, durante el seguimiento telefónico la mayoría de los pacientes no respondieron a las llamadas. Esta baja respuesta puede estar relacionada al alto índice de extorsión por vía telefónica, la Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019) reportó que durante 2018 el 91.6% de los casos de extorsión fue vía telefónica, esto podría explicar por qué la mayoría de las personas a las que se les realizaron llamadas de seguimiento, no respondieron o dieran mal su número telefónico (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019). Para evitar que esto suceda se ha recomendado el uso de nuevas tecnologías de información y comunicación ya que se ha encontrado éxito en diversos campos de la psicología (Vázquez et al., 2015). Otra opción para aumentar la tasa de seguimiento podría ser realizar visitas a domicilio, tal como lo reporta Musyimi et al. (2017) quienes en un estudio en Kenia implementando la GI-mhGAP y realizaron seguimientos a domicilio, lo cual favoreció la tasa de seguimiento; esta opción se podría adecuar dependiendo de los recursos con los que se cuente.

Otro de los principales hallazgos que se obtuvieron de esta investigación fue el bajo nivel de acuerdo entre la percepción del médico y el psicólogo para depresión y ansiedad, es decir, el médico sí logró identificar la presencia de sintomatología depresiva, pero en menor frecuencia en comparación con el psicólogo. Una posible explicación a estos resultados podría ser por que la forma de trabajar en el triage de urgencias médicas es rápida lo que puede resultar en errores en el diagnóstico, incluso en personal capacitado (Bruffaerts et al., 2008); también se ha observado

que enfermedades orgánicas producen síntomas psiquiátricos y pueden llegar a presentar sintomatología depresiva o ansiosa, lo que puede dificultar el diagnóstico de los pacientes que llegan a urgencias (Talbot-Stern et al., 2000). La baja identificación del médico en comparación con la del psicólogo pareciera ser por la falta de capacitación hacia los médicos para identificar y diagnosticar enfermedades mentales (Borowsky et al., 2000) lo cual es una gran área de oportunidad para trabajos futuros.

Otra dificultad que presentan los médicos para identificar sintomatología depresiva y ansiosa es que muchas veces los pacientes llegan a urgencias con un motivo de consulta con componentes psicológicos; por ejemplo, un ataque de pánico que tiene síntomas como sudoración y taquicardia y que muchas veces se confunde con un infarto o con sintomatología depresiva reportando alteraciones en el sueño o apetito. Por lo cual estos síntomas físicos asociados con depresión y ansiedad, dificultan el diagnóstico adecuado (Meltzer et al., 2014).

Otra explicación a esta diferencia en la identificación del médico y psicólogo, podría ser que durante este estudio el psicólogo empleó la adaptación de la GI-mhGAP 2.0 y HADS para identificar sintomatología depresiva y ansiosa, mientras que el médico únicamente realizó la valoración que normalmente utilizan en el servicio de triage. Al respecto la literatura (Ogunsemi et al., 2010; Tejada et al., 2014) reporta que el emplear instrumentos facilitan la identificación de sintomatología depresiva y ansiosa; por el contrario, el no haber tenido una capacitación de salud mental o el uso de instrumentos como HADS, dificultan la identificación de las sintomatologías (Santucci et al., 2003).

En cuanto a las características sociodemográficas también se encontraron algunas concordancias como que el mayor número de personas que visitaron el servicio de triage fueron mujeres, lo cual coincide con datos de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México que reporta

que en 2017 de 657,127 personas que visitaron urgencias, 387,621 fueron mujeres y 269,506 fueron hombres; es decir las mujeres visitan en mayor frecuencia el departamento de urgencias en comparación con los hombres. En cuanto a la religión, la más reportada en este estudio fue la católica, lo cual coincide con lo reportado por el INEGI que en 2010 menciona que la religión que más predomina en México es la católica.

También el nivel de urgencias que más se reportó en este estudio fue el tres y cuatro, que coincide con lo reportado con la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (2017) que reporta que de 657,127 personas que visitaron urgencias en 2017 el 10.4% recibieron atención médica en el área de observación y el 0.2% recibieron atención en el área de choque, que de acuerdo con el nivel de urgencias de triage (Triage Sale Standardization, 2010), su nivel de urgencias fue uno y dos. El hecho de que el nivel de urgencias más reportado en este estudio fuera el tres con un 47% y el cuatro con un 30% podría indicarnos que la mayoría de las personas que asisten al triage de urgencias no presentan una urgencia que ameriten atención inmediata como en los niveles uno y dos; al respecto Webster et al. (2012) reportan que el 58% de los pacientes que visitan el servicio de urgencias no tienen una emergencia verdadera, pero si pudieran estar presentes síntomas psicológicos como ansiedad, aquí radica la importancia de por qué aplicar una adaptación de mhGAP en el triage de urgencias, ya que se observa que las personas que llegan al servicio de urgencias no presentan una verdadera emergencia.

En este estudio se identificaron diversos cursos de acción a seguir que se deben tomar en cuenta: el primero es que debido a que el estudio tiene un diseño exploratorio cuentan con un método flexible en comparación con los estudios descriptivos, correlacionales o explicativos, por lo tanto, no permite generar respuestas definitivas; los resultados que se obtienen son amplios y dispersos por lo que se pueden hacer suposiciones sobre ellos (Hernández et al., 2014). A pesar

de eso se decidió usar el diseño exploratorio porque al no contar con estudios sobre la GI-mhGAP en el triage de urgencias médicas, el estudio exploratorio permite familiarizarse con el tema brindando evidencia para estudios posteriores.

El tamaño de la muestra, en comparación con estudios anteriores (Gureje et al., 2019; Mutiso et al., 2019; Musyimi et al., 2018) es relativamente pequeño, por lo que no se considera una muestra representativa y no se puede generalizar al resto de la población (Hernández et al., 2014; Otzen & Manterola, 2017), por lo que se sugiere que para futuros estudios se busque una muestra mayor tomando en cuenta el total de personas que visitan el triage de urgencias médicas durante las 24 horas de servicio, considerar días de la semana y época del año (Salway et al., 2017), que se realice de forma aleatoria para que la muestra sea significativa y tenga un menor margen de error. Otro aspecto a considerar es que las evaluaciones se realizaron únicamente en el turno matutino, en un área en donde se brinda servicio 24 horas, ya que no se pudo evaluar al resto de los pacientes que ingresaban en horarios vespertinos y nocturnos, por lo cual no se puede generalizar sobre la población de triage (Hernández et al., 2014; Otzen & Manterola, 2017); se sugiere que, para futuros estudios, las evaluaciones se realicen en más turnos y de forma aleatoria.

También al recolectar la información por medio de autoinforme, las respuestas brindadas por los participantes podrían tener connotaciones de deseabilidad social, es decir que la persona tiene una necesidad por agradar a los demás, buscando la aprobación (Domínguez et al., 2012), lo cual se buscó controlar realizando trabajo clínico con los pacientes, brindarles consentimiento informado verbal y mostrando empatía. A pesar de esto la deseabilidad social podría ser un sesgo en las respuestas de los pacientes al pretender dar una buena imagen de sí mismos.

De igual forma las preguntas que se adaptaron de la GI-mgGAP 2.0 no fueron validadas, por lo cual podría encontrarse una inconsistencia en las respuestas al no tener una sensibilidad para pacientes usuarios del triage de urgencias (Hernández et al., 2014). Se sugiere que para futuras investigaciones se realice una validación de la adaptación. En cuanto a la GI-mhGAP 2.0 no cuenta con un rubro específico para ansiedad, pero en ese estudio se decidió incluir la sintomatología ansiosa ya que la literatura (Abar et al., 2017; Edmondson et al., 2012; Meltzer et al., 2014; Musey, 2018; Vilchis-Aguila, 2010) reporta que muchas veces la depresión viene acompañada de la ansiedad y viceversa (OMS, 2016).

Por último se encontró que en este estudio el psicólogo contaba con instrumentos como HADS y la adaptación de la GI-mgGAP para facilitar la identificación de la sintomatología ansiosa y depresiva, que en comparación con el médico no contaba con ningún instrumento de tipo psicológico (Tejada et al., 2014); es por lo anterior que se sugiere que para futuros estudios se brinde una capacitación para los médicos de triage, brindando conocimientos sobre sintomatología depresiva y ansiosa, enseñando el uso herramientas como la GI-mhGAP y la adaptación que se realizó para detectar las sintomatologías y así reducir las brechas en salud mental (Howe, 1996; Vicente et al., 2007).

También en este estudio se presentan algunos alcances: el primero es que al ser un estudio exploratorio, es un tema que no había sido estudiado anteriormente en el servicio de triage, por lo tanto, este estudio se puede usar como antecedente para futuros estudios permitiendo familiarizarse con los nuevos resultados obtenidos, creando bases para facilitar la identificación de sintomatología depresiva y ansiosa con la GI-mhGAP, que si bien está pensada para la atención primaria, con la adaptación realizada, los resultados en este estudio mostraron



que también puede ser usada en el servicio de triage de urgencias médicas (Hernández et al., 2014).

El segundo alcance a destacar en este estudio fue que al desarrollar una adaptación breve de la GI-mhGAP, permitió reducir los tiempos de evaluación en el servicio de triage; como la ACEP menciona, en servicio de triage se brinda atención rápida, por lo que tener esta adaptación permite identificar y brindar manejo a la sintomatología depresiva y ansiosa en un tiempo más corto que se adapta a las características del servicio en triage y a las necesidades que se han reportado para identificar depresión y ansiedad (Triage Sale Standardization, 2010).

El tercer alcance que se encontró fue que se logró identificar y brindar un manejo adecuado a pacientes con sintomatología ansiosa y depresiva en el triage de urgencias. Si bien durante el seguimiento solo se encontró que tres personas recibían terapia, se pudo brindar información y recomendaciones acerca del autocuidado y redes de apoyo para disminuir sintomatología depresiva y ansiosa al resto de las personas que se identificaron con sintomatología ansiosa y depresiva (World Health Organization, 2015).

Como demuestran los resultados, se logró cumplir con el objetivo del trabajo, al implementar la adaptación de la GI-mhGAP se identificó sintomatología depresiva y ansiosa en los pacientes usuarios de triage de urgencias médicas. Está claro que la sintomatología depresiva y ansiosa están presentes en el triage de urgencias médicas y existe una necesidad para detectarlas y brindar manejo; el implementar la adaptación de la GI-mhGAP 2.0 para depresión y ansiedad aparte de ayudar a identificar también permitió atender necesidades psicológicas en los usuarios de triage. Este trabajo es uno de los primeros en la literatura logrando aportar datos que permiten inferencias iniciales, así como desarrollar líneas de investigación y tratamiento en la población de triage.

## Referencias

- Abar, B., Holub, A., Lee, J., DeRienzo, V., & Nobay, F. (2017). Depression and Anxiety Among Emergency Department Patients: Utilization and Barriers to Care. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 24(10), 1286-1289. <https://doi.org/10.1111/acem.13261>
- Abar, B., Hong, S., Aaserude, E., Holub, A., & DeRienzo, V. (2017). Access to care and depression among emergency department patients. *The Journal of emergency medicine*, 53(1), 30-37. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2016.11.029>
- Armelagos, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine*, 61(4), 755-765. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.066>
- Atzema, C. L., Schull, M. J., & Tu, J. V. (2011). The effect of a charted history of depression on emergency department triage and outcomes in patients with acute myocardial infarction. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 183(6), 663-669. <https://doi.org/10.1503/cmaj.100685>
- Australian Institute of Health and Welfare. (2017). *Emergency department care 2016–17: Australian hospital statistics*. <https://www.aihw.gov.au/reports/hospitals/ahs-2016-17-emergency-department-care/data>
- Australasian College for Emergency Medicine - Triage. (s. f.). <https://acem.org.au/Content-Sources/Advancing-Emergency-Medicine/Better-Outcomes-for-Patients/Triage>

- Ávila, V. (2019). *Asociación entre ansiedad depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas que acuden a Triage en Urgencias Médicas*. (Licenciada). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Baia Medeiros, D. T., Hahn-Goldberg, S., Aleman, D. M., & O'Connor, E. (2019). Planning Capacity for Mental Health and Addiction Services in the Emergency Department: A Discrete-Event Simulation Approach. *Journal of Healthcare Engineering*, 2019.  
<https://doi.org/10.1155/2019/8973515>
- Ballou, S., Mitsuhashi, S., Sankin, L. S., Petersen, T. S., Zubiago, J., Lembo, C., ... Jones, M. (2019). Emergency department visits for depression in the United States from 2006 to 2014. *General Hospital Psychiatry*, 59, 14-19. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.04.015>
- Barata, I. A., Shandro, J. R., Montgomery, M., Polansky, R., Sachs, C. J., Duber, H. C., ... Macias-Konstantopoulos, W. (2017). Effectiveness of SBIRT for Alcohol Use Disorders in the Emergency Department: A Systematic Review. *Western Journal of Emergency Medicine*, 18(6), 1143-1152. <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.7.34373>
- Beck, AT, Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Suicidal intention assessment: the suicide ideation scale. *Consulting magazine and clinical psychology*, 47 (2), 343–352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
- Beck, A., R. Steer, & M. Carbin 1988 Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five Years of Evaluation. *Clinical Psychology Review* 8, 77–100.
- Beiser, D. G., Ward, C. E., Vu, M., Laiteerapong, N., & Gibbons, R. D. (2019). Depression in Emergency Department Patients and Association with Healthcare Utilization. *Academic*

*emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 26(8), 878-888. <https://doi.org/10.1111/acem.13726>

Benzies, K. M., Shah, V., Aziz, K., Isaranuwachai, W., Palacio-Derflingher, L., Scotland, J., ...

Lodha, A. (2017). Family Integrated Care (FICare) in Level II Neonatal Intensive Care Units: Study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 18.

<https://doi.org/10.1186/s13063-017-2181-3>

Berben, S. A. A., Meijs, T. H. J. M., van Dongen, R. T. M., van Vugt, A. B., Vloet, L. C. M., Mintjes-de Groot, J. J., & van Achterberg, T. (2008). Pain prevalence and pain relief in trauma patients in the Accident & Emergency department. *Injury*, 39(5), 578–585.

<https://doi:10.1016/j.injury.2007.04.013>

Berenzon-Gorn, S., Saavedra-Solano, N., & Alanís-Navarro, S. (2009). Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional: Autoatención y apoyo social. *Salud Pública de México*, 51(6), 465-473.

Bruffaerts, R., Sabbe, M., & Demyttenaere, K. (2008). Emergency psychiatry in the 21st century: Critical issues for the future. *European Journal of Emergency Medicine: Official Journal of the European Society for Emergency Medicine*, 15(5), 276-278.

<https://doi.org/10.1097/MEJ.0b013e3282fc7616>

Body, R., & Foex, B. A. (2011). Optimising well-being: is it the pain or the hurt that matters?

*Emergency Medicine Journal*, 29(2), 91–94. <https://doi:10.1136/emj.2011.111849>

Bosson, N., Kaji, AH, Gausche-Hill, M., Kim, D., Putnam, B., Schlesinger, S., ... Lewis, RJ. (2019).

Evaluation of the performance of the criteria for classification of traumas in a regional system of traumas. *Emergency Prehospital Care*, 1–11. doi: 10.1080 / 10903127.2019.1588444

- Borowsky, S. J., Rubenstein, L. V., Meredith, L. S., Camp, P., Jackson-Triche, M., & Wells, K. B. (2000). Who Is at Risk of Nondetection of Mental Health Problems in Primary Care? *Journal of General Internal Medicine*, 15(6), 381–388. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.12088.x>
- Butti, L., Bierti, O., Lanfrit, R., Bertolini, R., Chittaro, S., Delli Compagni, S., ... Pertoldi, F. (2017). Evaluation of the effectiveness and efficiency of the triage emergency department nursing protocol for the management of pain. *Journal of Pain Research*, 10, 2479–2488. <https://doi:10.2147/jpr.s138850>
- Cameron, PA. (2014). International emergency medicine: past and future. *Australasia emergency medicine*, 26 (1), 50–55. <https://doi: 10.1111 / 1742-6723.12181>
- Canadian Institute for Health Information. (2018). NACRS Emergency Department Visits and Length of Stay, 2017–2018. <https://www.cihi.ca/en/quick-stats?fbclid=IwAR3TygDIPPILyB40wcMT8QMI0KFbyJL3pDeOZiEWMpD4ufuwdCgtxBLtow>
- E
- Clasificación Internacional de Enfermedades 11<sup>a</sup> Estadísticas de morbilidad y mortalidad. (2019). <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1563440232>
- Definition of Emergency Medicine. (2016). *Annals of Emergency Medicine*, 68(1), 142-143. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.04.040>
- De Jesus Mari, J., Tófoli, L. F., Noto, C., Li, L. M., Diehl, A., Claudino, A. M., & Juruena, M. F. (2013). Pharmacological and Psychosocial Management of Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Low- and Middle-Income Countries: Issues and Current Strategies. *Drugs*, 73(14), 1549-1568. <https://doi.org/10.1007/s40265-013-0113-4>

- DiMaggio, C. J., Avraham, J. B., Lee, D. C., Frangos, S. G., & Wall, S. P. (2017). The Epidemiology of Emergency Department Trauma Discharges in the United States. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 24(10), 1244–1256. <https://doi.org/10.1111/acem.13223>
- DiMatteo, M. R., Haskard, K. B., & Williams, S. L. (2007). Health beliefs, disease severity, and patient adherence: A meta-analysis. *Medical Care*, 45(6), 521-528. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318032937e>
- Espinosa, A. del C. D., Mijares, S. A., Canales, T. T. A., Contreras, G. N., & Paniagua, Z. R. (2012). La Deseabilidad Social Revalorada: Más que una Distorsión, una Necesidad de Aprobación Social. *Acta de Investigación Psicológica*, 2(3), 808-824. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2012.3.236>
- Edmondson, D., Newman, J. D., Chang, M. J., Wyer, P., & Davidson, K. W. (2012). Depression is associated with longer emergency department length of stay in acute coronary syndrome patients. *BMC Emergency Medicine*, 12, 14. <https://doi.org/10.1186/1471-227X-12-14>
- Emergency Severity Index (ESI). (2012). A Triage Tool for Emergency Department Care. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/esi/esihandbk.pdf>
- Engel, G., L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, (196), 129-136. <http://doi:10.1126/science.847460>
- Ghaemi, S., N. (2011). The Biopsychosocial Model in Psychiatry: A Critique. *Existenz*, 6(1), 8. <https://existenz.us/volumes/Vol.6-1Ghaemi.pdf>

- Gorn, S. B., Icaza, M. E. M.-M., & Cantú, M. A. L. (2003). Servicios de salud mental: Veinticinco años de investigación. *Salud Mental*, 26(5), 61-72.
- Gureje, O., Oladeji, B. D., Montgomery, A. A., Bello, T., Kola, L., Ojagbemi, A., Chisholm, D., & Araya, R. (2019). Effect of a stepped-care intervention delivered by lay health workers on major depressive disorder among primary care patients in Nigeria (STEP CARE): A cluster-randomised controlled trial. *The Lancet. Global Health*, 7(7), e951-e960. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30148-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30148-2)
- Harper, K., & Armelagos, G. (2010). The changing disease-scape in the third epidemiological transition. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(2), 675-697. <https://doi.org/10.3390/ijerph7020675>
- Hernández, S. R., Fernández, C. C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill Interamericana.
- Hilliard, M. E., Powell, P. W., & Anderson, B. J. (2016). Evidence-based behavioral interventions to promote diabetes management in children, adolescents, and families. *American Psychologist*, 71(7), 590-601. <https://doi.org/10.1037/a0040359>
- Hodgetts, T. J., Kenward, G., Vlackonikolis, I., Payne, S., Castle, N., Crouch, R., Ineson, N., & Shaikh, L. (2002). Incidence, location and reasons for avoidable in-hospital cardiac arrest in a district general hospital. *Resuscitation*, 54(2), 115-123. [https://doi.org/10.1016/S0300-9572\(02\)00098-9](https://doi.org/10.1016/S0300-9572(02)00098-9)
- Hooker, E. A., Mallow, P. J., & Oglesby, M. M. (2019). Characteristics and Trends of Emergency Department Visits in the United States (2010–2014). *The Journal of Emergency Medicine*, 56(3), 344-351. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2018.12.025>

- Holland, J., C. (2002). History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 206-221. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00004>
- National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. (2011). Emergency Department Summary Tables [http://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/nhamcs\\_emergency/2011\\_ed\\_web\\_tables.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/nhamcs_emergency/2011_ed_web_tables.pdf)
- Howe, A. (1996). Detecting psychological distress: Can general practitioners improve their own performance? *The British Journal of General Practice*, 46(408), 407-410.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública 2018*. <https://www.inegi.org.mx/temas/religion/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geogra (2000). *Religión*. Censos y conteos. Población y Vivienda; Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/temas/religion/>
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2015). *Las enfermedades crónicas y la salud mental: Cómo reconocer y tratar la depresión*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-enfermedades-cronicas-y-la-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion/index.shtml>
- Irish Association of Emergency Medicine (2014). *Profile of the emergency department*. [http://www.iaem.ie/public/irish-emergency-departments/beaumont-hospital/?fbclid=IwAR2X\\_VobUZ08VedX8whQ8x40py1oF5-2Qyb8qqPGSB\\_bvPKWYv2sJMX7dEI](http://www.iaem.ie/public/irish-emergency-departments/beaumont-hospital/?fbclid=IwAR2X_VobUZ08VedX8whQ8x40py1oF5-2Qyb8qqPGSB_bvPKWYv2sJMX7dEI)
- Jordans, M. J. D., Luitel, N. P., Garman, E., Kohrt, B. A., Rathod, S. D., Shrestha, P., Komproe, I. H., Lund, C., & Patel, V. (2019). Effectiveness of psychological treatments for depression and alcohol use disorder delivered by community-based counsellors: Two pragmatic randomised



controlled trials within primary healthcare in Nepal. *British Journal of Psychiatry*, 215(2), 485-493. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.300>

Kirkevold, M., Kildal Bragstad, L., Bronken, B. A., Kvigne, K., Martinsen, R., Gabrielsen Hjelle, E., Kitzmüller, G., Mangset, M., Angel, S., Aadal, L., Eriksen, S., Wyller, T. B., & Sveen, U. (2018). Promoting psychosocial well-being following stroke: Study protocol for a randomized, controlled trial. *BMC Psychology*, 6(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0223-6>

Korteland, N. M., Ahmed, Y., Koolbergen, D. R., Brouwer, M., de Heer, F., Kluin, J., Bruggemans, E. F., Klautz, R. J. M., Stiggelbout, A. M., Bucx, J. J. J., Roos-Hesselink, J. W., Polak, P., Markou, T., van den Broek, I., Ligthart, R., Bogers, A. J. J. C., & Takkenberg, J. J. M. (2017). Does the Use of a Decision Aid Improve Decision Making in Prosthetic Heart Valve Selection?: A Multicenter Randomized Trial. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 10(2). <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.116.003178>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Landa-Ramírez, E., & Murillo-Cruz, J. L. (2019). The need to introduce a Psychological Program into Emergency Medicine: Early experiences in the field. *Revista de Educación e Investigación En Emergencias*, 1(3), 3262. <https://doi.org/10.24875/REIE.19000025>

Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). An Application of Hierarchical Kappa-type Statistics in the Assessment of Majority Agreement among Multiple Observers. *Biometrics*, 33(2), 363. <https://doi.org/10.2307/2529786>

Leese, G. P., Wang, J., Broomhall, J., Kelly, P., Marsden, A., Morrison, W., ... Morris, A. D. (2003). Frequency of Severe Hypoglycemia Requiring Emergency Treatment in Type 1 and Type 2

Diabetes: A population-based study of health service resource use. *Diabetes Care*, 26(4), 1176-1180. <https://doi.org/10.2337/diacare.26.4.1176>

Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., Janavs, J., & Dunbar, G. C. (2013). *Mini International Neuropsychiatric Interview* [Data set]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/t18597-000>

López-Alvarenga, J., Vázquez, V., Arcila, D., Sierra, A., González, J. & Salín, R. (2002). Hospital Anxiety and Depression Scale en sujetos obesos mexicanos. *Revista de investigación Clínica*, 54 (5), 403-409.

Manchester Triage (MTS). (2020). <https://www.triagenet.net/classroom>

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>

McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: The kappa statistic. *Biochemia Medica*, 22(3), 276-282.

McLaren, N. (1998). A Critical Review of the Biopsychosocial Model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), 86-92. <https://doi.org/10.3109/00048679809062712>

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., & Zambrano, J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35(12), 1773-1783. <https://doi.org/10.1017/S0033291705005672>

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Munoz, C. L., Benjet, C., Jaimes, J. B., Bautista, C. F., Velázquez, J. V., Guiot, E. R., Ruíz, J. Z., Rodas, L. C., & Aguilar-Gaxiola. (2003). Prevalencia de

trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.

Medford-Davis, L. N., Eswaran, V., Shah, R. M., & Dark, C. (2015). The Patient Protection and Affordable Care Act's Effect on Emergency Medicine: A Synthesis of the Data. *Annals of Emergency Medicine*, 66(5), 496–506. <https://doi: 10.1016/j.annemergmed.2015.04.007>

Meltzer, A. C., Bregman, B., & Blanchard, J. (2014). Depression is Associated with Repeat Emergency Department Visits in Patients with Non-specific Abdominal Pain. *Western Journal of Emergency Medicine*, 15(3), 325-328. <https://doi.org/10.5811/westjem.2013.7.15635>

Mutiso, V. N., Pike, K. M., Musyimi, C. W., Gitonga, I., Tele, A., Rebello, T. J., Thornicroft, G., & Ndeti, D. M. (2019). Feasibility and effectiveness of nurses and clinical officers in implementing the WHO mhGAP intervention guide: Pilot study in Makueni County, Kenya. *General Hospital Psychiatry*, 59, 20-29. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.04.005>

Musey, P. I., Lee, J. A., Hall, C. A., & Kline, J. A. (2018). Anxiety about anxiety: A survey of emergency department provider beliefs and practices regarding anxiety-associated low risk chest pain. *BMC Emergency Medicine*, 18(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0161-x>

Musyimi, C. W., Mutiso, V. N., Haji, Z. R., Nandoya, E. S., & Ndeti, D. M. (2018). Mobile Based mhGAP-IG Depression Screening in Kenya. *Community Mental Health Journal*, 54(1), 84-91. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0072-9>

Musyimi, C. W., Mutiso, V., Ndeti, D. M., Henderson, D. C., & Bunders, J. (2017). Mental Health Outcomes of Psychosocial Intervention Among Traditional Health Practitioner Depressed Patients in Kenya. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 41(3), 453-465. <https://doi.org/10.1007/s11013-017-9527-x>

- Musyimi, C. W., Mutiso, V. N., Musau, A. M., Matoke, L. K., & Ndetei, D. M. (2017). Prevalence and determinants of depression among patients under the care of traditional health practitioners in a Kenyan setting: Policy implications. *Transcultural Psychiatry*, 54(3), 285-303.  
<https://doi.org/10.1177/1363461517705590>
- National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. (2010). *Emergency Department Summary Tables*. 33.
- National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. (2016). *Emergency Department Summary Tables*. 38.
- Nunes Baptista, M., Garcia Capitão, C., & Alba Scortegagna, S. (2006). Evaluación psicológica en la salud: Contextos actuales. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 14(28), 137-161.
- Oblitas, L. A. (2008.). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de psicología*, XXVI (2).
- Ogunsemi, O. O., Oluwole, F. A., Abasiubong, F., Erinfolami, A. R., Amoran, O. E., Ariba, A. J., Alebiosu, C. O., & Olatawura, M. O. (2010). Detection of mental disorders with the Patient Health Questionnaire in primary care settings in Nigeria. *Mental Illness*, 2(1).  
<https://doi.org/10.4081/mi.2010.e10>
- Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A., & Stewart, S. H. (2015). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011565>
- Omran, A., R. (1971). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 83(4), 509-538. <http://dio.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x>

- Organización Mundial de la Salud. (1946). Constitution. <http://www.who.int/about/mission/en/>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Alma Ata. International Conference on Primary Health Care. *Alma-Ata*, USSR, 6-12
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version.*
- Organización Mundial de la Salud. (1916). *Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0.*
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders.*
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Atlas de salud mental 2014.*  
[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mental\\_health\\_atlas\\_2014/es/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *mhGAP Intervention Guide Mental Health Gap Action Programme Version 2.0 for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings.* <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2017) *Día Mundial de la Salud Mental: La salud mental en el lugar de trabajo.* [http://www.who.int/mental\\_health/world-mental-health-day/2017/es/](http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2018) Declaración de Astaná. *Global Conference on Primary Health Care.* <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades.*  
<https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f334423054>

Organización Panamericana de la salud. (2011). *Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias.*

[http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS\\_IS\\_Manual\\_Sistema\\_Tiraje\\_CuartosUrgencias2011.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf)

Organización Panamericana de la salud. (2011). *Manual de Procedimientos: Recepción Acogida y Clasificación.*

[https://www.paho.org/par/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=350-manual-de-procedimientos-recepcion-acogida-y-clasificacion&Itemid=253](https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=350-manual-de-procedimientos-recepcion-acogida-y-clasificacion&Itemid=253)

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Persson, S., Dahlquist, G., Gerdtham, U.-G., & Steen Carlsson, K. (2017). Why childhood-onset type 1 diabetes impacts labour market outcomes: a mediation analysis. *Diabetologia*, 61(2), 342–353.

<https://doi.org/10.1007/s00125-017-4472-3>

Poole, D. N., Liao, S., Larson, E., Hedt-Gauthier, B., Raymond, N. A., Bärnighausen, T., & Smith Fawzi, M. C. (2020). Sequential screening for depression in humanitarian emergencies: A validation study of the Patient Health Questionnaire among Syrian refugees. *Annals of General Psychiatry*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-0259-x>

Quenot, J.-P., Ecartot, F., Meunier-Beillard, N., Dargent, A., Large, A., Andreu, P., & Rigaud, J.-P. (2017). What are the ethical issues in relation to the role of the family in intensive care? *Annals of Translational Medicine*, 5(Suppl 4). <https://doi.org/10.21037/atm.2017.04.44>

- Rouhani, SA, Aaronson, E., Jacques, A., Brice, S., y Marsh, RH. (2017). Evaluation of the implementation of the Triage System of South Africa in an academic hospital in central Haiti. *International Emergency Nursing*, 33, 26–31. <https://doi: 10.1016 / j.ienj.2016.12.004>
- Salway, R., Valenzuela, R., Shoenberger, J., Mallon, W., & Viccellio, A. (2017). Congestión en el servicio de urgencia: respuestas basadas en evidencias a preguntas frecuentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(2), 220-227. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.04.009>
- Santucci, K. A., Sather, J., & Baker, M. D. (2003). Emergency medicine training programs' educational requirements in the management of psychiatric emergencies: Current perspective. *Pediatric Emergency Care*, 19(3), 154-156. <https://doi.org/10.1097/01.pec.0000081235.20228.7a>
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction (Abingdon, England)*, 88(6), 791-804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>
- Secretaría de Salud de la Ciudad de México. (2017). *Agenda Estadística 2017*. [http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/agenda\\_2017/urgencias.html](http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/agenda_2017/urgencias.html)
- Sharan, P., Sagar, R., & Kumar, S. (2017). Mental health policies in South-East Asia and the public health role of screening instruments for depression. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 6(1), 5. <https://doi.org/10.4103/2224-3151.206165>
- Solano López, A. L. (2018). Effectiveness of the Mindfulness-Based Stress Reduction Program on Blood Pressure: A Systematic Review of Literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(5), 344-352. <https://doi.org/10.1111/wvn.12319>

- Soto Mas, F., Iriart, C., Pedroncelli, R., Binder, D. S., Qualls, C. R., & Price, B. (2018). *Impact of Health Care and Socioeconomic Needs on Health Care Utilization and Disease Management: The University of New Mexico Hospital Care One Program. Population Health Management*. <https://doi:10.1089/pop.2018.0048>
- Stapleton, P., Bannatyne, A., Chatwin, H., Urzi, K.-C., Porter, B., & Sheldon, T. (2017). Secondary psychological outcomes in a controlled trial of Emotional Freedom Techniques and cognitive behaviour therapy in the treatment of food cravings. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 28, 136-145. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.06.004>
- Suter, R. E. (2012). *Emergency medicine in the United States: A systemic review*. 3(1), 6.
- Tam, H. L., Chung, S. F., & Lou, C. K. (2018). A review of triage accuracy and future direction. *BMC Emergency Medicine*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0215-0>
- Talbot-Stern, J. K., Green, T., & Royle, T. J. (2000). Psychiatric manifestations of systemic illness. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 18(2), 199-209, vii-viii. [https://doi.org/10.1016/s0733-8627\(05\)70118-8](https://doi.org/10.1016/s0733-8627(05)70118-8)
- Temel, J. S., Greer, J. A., El-Jawahri, A., Pirl, W. F., Park, E. R., Jackson, V. A., Back, A. L., Kamdar, M., Jacobsen, J., Chittenden, E. H., Rinaldi, S. P., Gallagher, E. R., Eusebio, J. R., Li, Z., Muzikansky, A., & Ryan, D. P. (2017). Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 35(8), 834-841. <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.70.5046>
- Tejada, P., Jaramillo-González, L., & Sánchez, R. (2014). Revisión crítica sobre los instrumentos para la evaluación psiquiátrica en atención primaria. *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 62, 101-110. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n1.43759>



The Canadian Triage and Acuity Scale. (2012). 38. [https://caep.ca/wp-content/uploads/2017/06/module\\_1\\_slides\\_v2.5\\_2012.pdf](https://caep.ca/wp-content/uploads/2017/06/module_1_slides_v2.5_2012.pdf)

Triage Scale Standardization. (2010). <http://www.acep.org/patient-care/policy-statements/triage-scale-standardization/>

Vázquez, F. L., Torres, Á., Blanco, V., Otero, P., & Hermida, E. (2015). Intervenciones psicológicas administradas por teléfono para la depresión: Una revisión sistemática y meta-análisis. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6(1), 39-52. [https://doi.org/10.1016/S2171-2069\(15\)70005-0](https://doi.org/10.1016/S2171-2069(15)70005-0)

Vicente, B., Kohn, R., Levav, I., Espejo, F., Saldivia, S., & Sartorius, N. (2007). Training primary care physicians in Chile in the diagnosis and treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 98(1-2), 121-127. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.07.006>

Vilchis-Aguila, I. A. (2010). *Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes adultos en la sala de urgencias de un hospital general no gubernamental e identificación por el médico de urgencias*. 6.

Webster, R., Norman, P., Goodacre, S., & Thompson, A. (2012). The prevalence and correlates of psychological outcomes in patients with acute non-cardiac chest pain: A systematic review. *Emergency Medicine Journal*, 29(4), 267-273. <https://doi.org/10.1136/emered-2011-200526>

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. Hoja de datos sociodemográficos.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"  
División de Urgencias y observación  
Programa de Psicología de Urgencias



## Evaluación Triage

Fecha:	Hora de inicio:	Hora de finalización:	Folio:
Psicólogo(a) que evalúa:			
Psicólogo(a) responsable:			

## Datos del paciente

Nombre:				
Edad:	Sexo	F	M	Estado civil:
Ocupación:		Escolaridad:		
Religión:		Teléfono:		
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento		Lugar de residencia
¿Con quién vive?		Total de miembros de su familia		

## Condición médica

Motivo de consulta:			No. de ficha	
Reingresos:				
¿Padece alguna enfermedad?		¿Cuál(es)?		Tiempo de evolución(años)
SÍ	NO			
Medicamentos que toma		¿Ha tenido alguna complicación alguna vez?		
Consumo de sustancia		Sustancia	Frecuencia	Otros (especifique)
SÍ	NO	Alcohol		
		Tabaco		

## Evaluación fisiológica

Constante	Rango Normal	Valor encontrado
Temperatura	36-37 C°	
Frecuencia Respiratoria	12-20 x min	
Frecuencia Cardíaca	60-100 x min	
Tensión Arterial Sistólica	<90 >140 mm/Hg	
Tensión Arterial Diastólica	60 - 90 mm/Hg	
Glucemia Capilar	60 - 120	
Escala Análoga del dolor	Escala 1-10	
Saturación Oxígeno	90 - 95%	

## Presenta

	Médico	Psicólogo	
DEP			
ANS			
DUE			
SUI			
Nivel de urgencia			
I	II	III	IV
Tiempo en consulta*:		minutos	

\*En caso de que se interrumpa el tamizaje



## Anexo 2. Algoritmo para depresión.

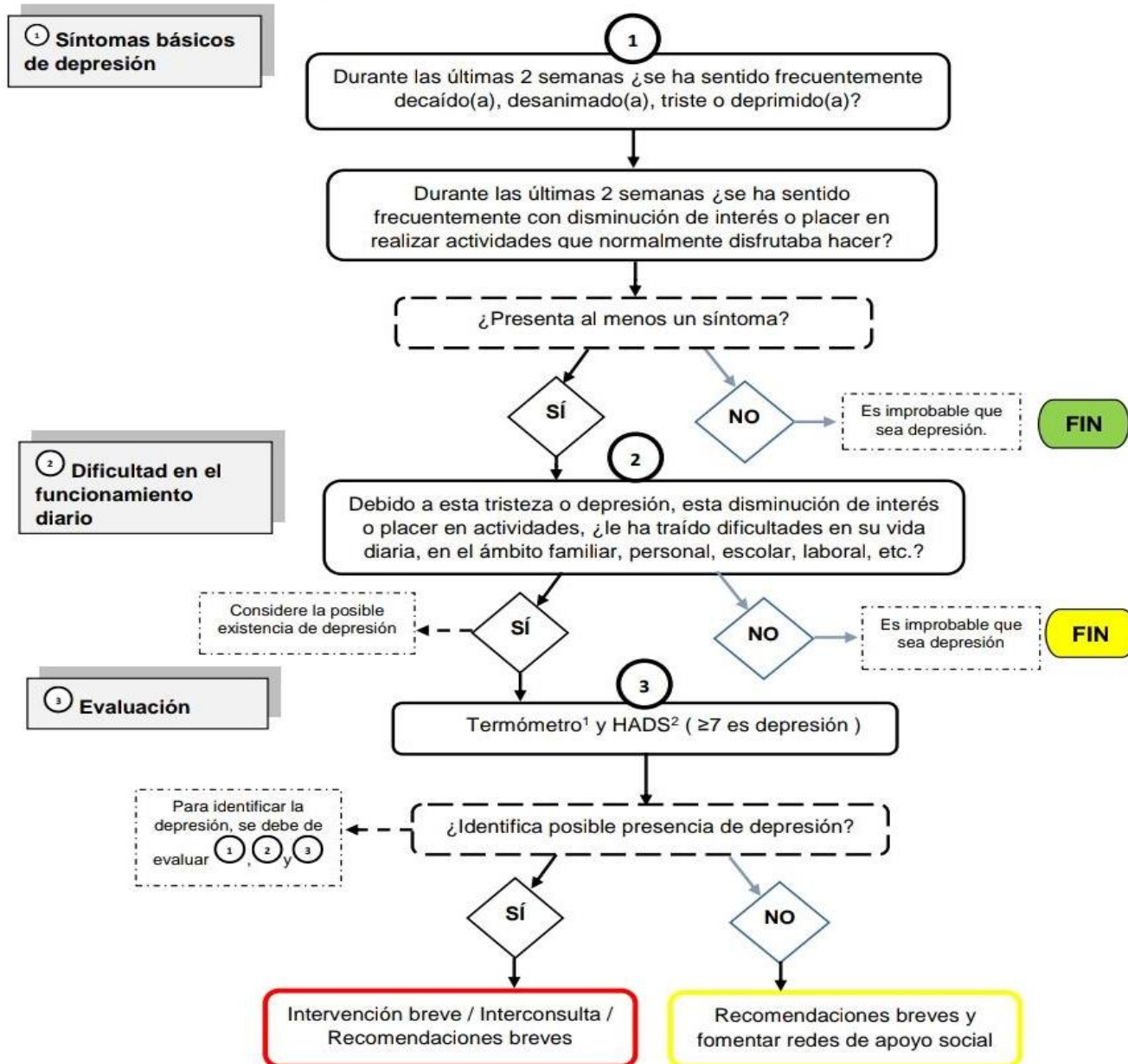


**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"  
División de Urgencias y observación  
Programa de Psicología de Urgencias



## TAMIZAJE DE DEPRESIÓN



1 Termómetro: Se señala la intensidad percibida de los síntomas de depresión en las últimas 2 semanas, en el que 0 es nada y 10 es la mayor intensidad.  
2 HADS: Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), es un cuestionario de auto aplicación de 14 reactivos, integrado por dos subescalas de siete reactivos cada una, una de ansiedad (reactivos impares) y una de depresión (reactivos pares).

## Anexo 3. Algoritmo para ansiedad.

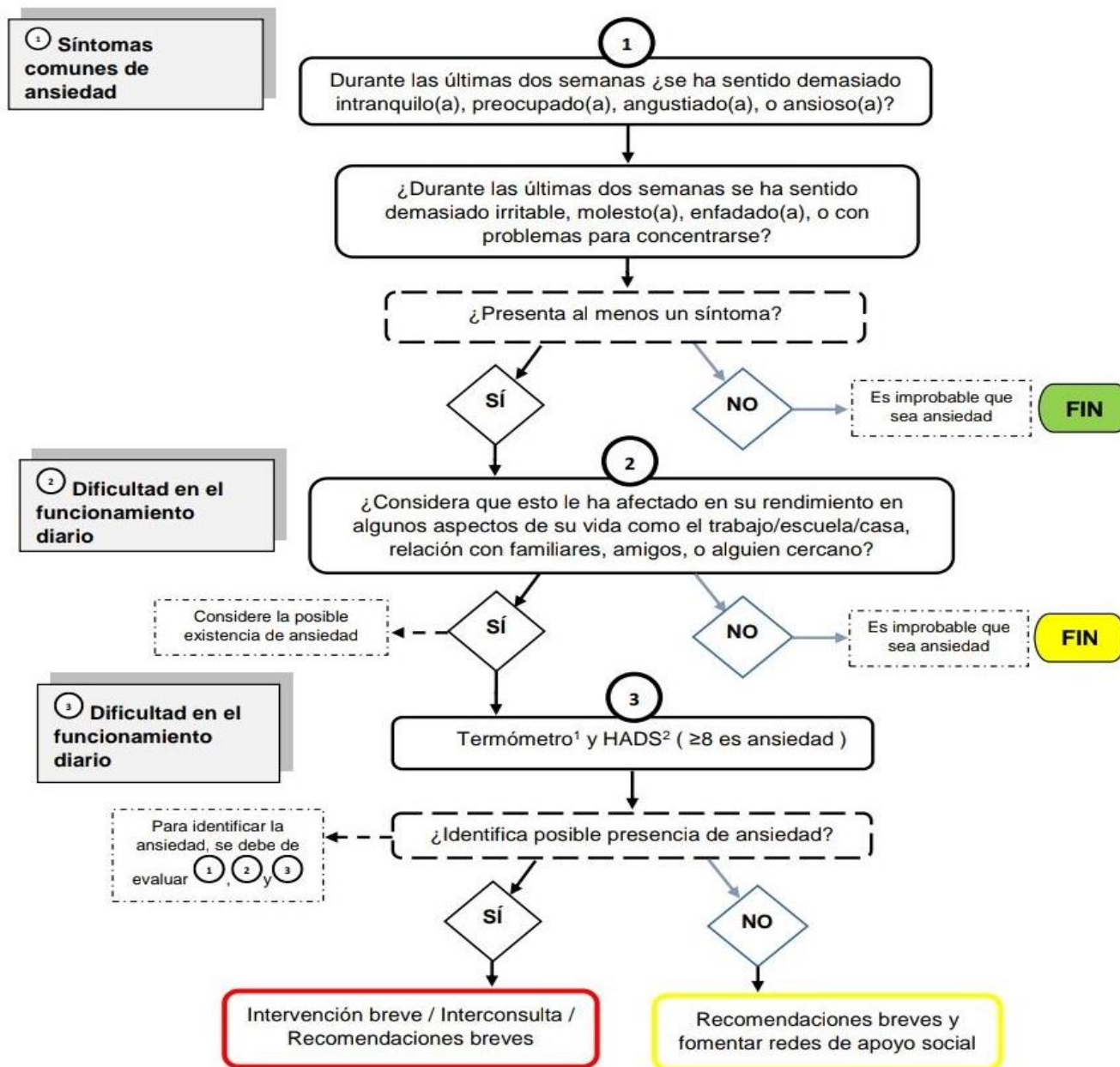


**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"  
División de Urgencias y observación  
Programa de Psicología de Urgencias



## TAMIZAJE DE ANSIEDAD



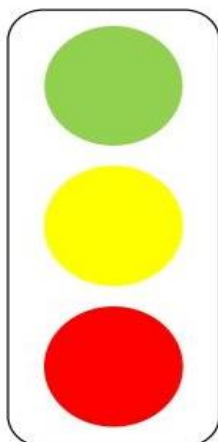
1 Termómetro: Se señala la intensidad percibida de los síntomas de ansiedad en las últimas 2 semanas, en el que 0 es nada y 10 es la mayor intensidad.  
2 HADS: Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), es un cuestionario de auto aplicación de 14 reactivos, integrado por dos subescalas de siete reactivos cada una, una de ansiedad (reactivos impares) y una de depresión (reactivos pares).

## Anexo 4. Semáforo para atención.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**Hospital General “Dr. Manuel Gea González”**  
**División de Urgencias y observación**  
**Programa de Psicología de Urgencias**



### INFORMATIVO

Consejos de salud mental generales.

### RECOMENDACIONES BREVES Y FOMENTAR REDES DE APOYO:

Se brinda información y recomendaciones sobre la problemática observada en función de las necesidades del paciente y la sintomatología que presenta para reducir los riesgos asociados al padecimiento.

Se fomentan las redes de apoyo y se promueve el funcionamiento adecuado en las actividades diarias del paciente.

### INTERVENCIÓN BREVE / INTERCONSULTA / RECOMENDACIONES BREVES

Aborde los factores psicosociales estresantes actuales y atienda el estado mental y la alteración emocional. Si es necesario enseñe a manejar el nivel de activación mediante técnicas de relajación.

Brinde información personalizada al paciente y retroalimente las cosas funcionales y no funcionales observadas en la evaluación de tamizaje.

Fomente las redes de apoyo y promueva el funcionamiento adecuado en las actividades diarias.

Dé énfasis en las opciones de tratamiento y en los diferentes centros de servicios psicológicos para derivar a interconsulta en donde se realizará la evaluación y el tratamiento especializado.

Finalmente brinde el folleto de información para llevar a casa con el fin de reforzar la intervención breve.

Para el caso de la **intervención urgente** ante riesgo suicida o autolesión avise a un supervisor, hable con médico para posible referencia a un centro de atención psiquiátrico y NO deje sola a la persona. De ser posible, asigne a un miembro del personal o a un familiar para garantizar la seguridad de la persona en todo momento.

Atienda el estado mental y sea sensible al sufrimiento emocional asociado con la autolesión o riesgo suicida.

## Anexo 5. Hoja de respuestas del algoritmo.

FOLIO:
--------

## TAMIZAJE TRIAGE

DEPRESIÓN (DEP)			
1	Estado de ánimo deprimido	Sí	No
	Disminución de interés	Sí	No
2	Dificultad en el funcionamiento diario	Sí	No
	Evaluación	Sí	No
3	Presencia	Sí	No
	ANSIEDAD (ANS)		
1	Síntomas comunes 1	Sí	No
	Síntomas comunes 2	Sí	No
2	Dificultad en el funcionamiento diario	Sí	No
	Evaluación	Sí	No
3	Presencia	Sí	No
	DUELO (DUE)		
1	Existencia de fallecimiento	Sí	No
	Sintomatología	Sí	No
2	Dificultad en el funcionamiento diario	Sí	No
	Evaluación	Sí	No
3	Presencia	Sí	No
	RIESGO SUICIDA (SUI)		
1	Pensamiento/plan	Sí	No
	Actos	Sí	No
2	Evaluación	Sí	No
	Presencia	Sí	No

SEMÁFORO											
Depresión			Ansiedad			Duelo			Riesgo suicida		
Verde	Amarillo	Rojo	Verde	Amarillo	Rojo	Verde	Amarillo	Rojo	Verde	Amarillo	Rojo

Instrumento	Puntuación	Termómetro
HADS-D		
HADS-A		
IDC		
MINI		

Observaciones
---------------

## Anexo 6. Escala Hospitalaria para Depresión y Ansiedad.

### HADS

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudar a que sepamos cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Indique la respuesta que usted considere más cercana a su estado emocional en la **última semana**.

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