



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Carrera de Psicología

**Ansiedad, depresión y adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión en  
un servicio de Urgencias Médicas**

TESIS  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
PRESENTA

**Lorena Vázquez Arenas**  
Número de cuenta: 310152772

**Sínodo**  
Dr. Edgar Landa Ramírez  
Mtra. Enriqueta Cecilia Rueda Bolaños  
Mtra. Leticia Betancourt Reyes  
Mtro. Jorge Humberto Arzate Aguilar  
Lic. Martínez López Carlos



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## Agradecimientos

He aprendido que la percepción del mundo de un ser humano se construye a través de un complejo enlace de experiencias. Ser aceptada en la UNAM ha sido uno de los acontecimientos más afortunados de mi vida, cada vivencia en nombre de la institución no solo me ha hecho crecer a nivel académico, ha sido una transformación total, estaré eternamente agradecida a mi universidad por esta oportunidad.

Gracias al equipo de Psicología de Urgencias y a quien lo lidera el doctor Edgar Landa Ramírez, que con su enseñanza, paciencia, comprensión y apoyo me ayuda a concluir mi proceso de titulación.

Para llegar a ser exitoso es necesario esforzarte más que los demás, estar dispuesto a dar un extra, es el ejemplo que he recibido de mi gran amigo Juan Luis Murillo Cruz, más de una vez, aun sin entenderme, incluso sin estar de acuerdo, ha respetado mis decisiones y contribuido a mi continuo esfuerzo por mejorar.

Un árbol no llegará a lo alto si no hay raíces firmes que lo sostengan, MIS PADRES, HERMANAS, sobrinos, mamá Mary, tías, tíos y primas, son esas raíces que con su amor, guía y fortaleza me han mantenido en pie cuando he pensado que no hay forma de seguir.

Por último esta tesis es un recordatorio para esa parte de mí que tantas veces ha tenido miedo al pensar que no podré lograrlo.

## Índice

Resumen .....	4
Introducción.....	5
Capítulo 1: Desarrollo y Aportes de la Psicología de la Salud .....	6
Capítulo 2: Adherencia, ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión del área de Urgencias.17	
Epidemiología mundial y nacional.....	18
Consecuencias a nivel físico, social y psicológico.....	20
Justificación.....	29
Planteamiento del problema .....	30
Objetivo General.....	30
Objetivos específicos.....	30
Hipótesis:.....	31
Método.....	32
<i>Diseño</i> .....	32
<i>Participantes</i> .....	32
<i>Criterios de Inclusión:</i> .....	33
<i>Criterios de Exclusión</i> .....	33
Variables:.....	34
Instrumentos .....	36
Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). .....	36
Escala de Adherencia Terapéutica (EAT).....	37
Procedimiento .....	38
Consideraciones éticas .....	39
Análisis de datos .....	39
Resultados .....	41
Discusión.....	51
Conclusiones .....	59
REFERENCIAS.....	60
Anexos .....	70

## Resumen

El objetivo del estudio fue identificar si existía asociación entre la sintomatología ansiosa, depresiva y la adherencia al tratamiento de pacientes con hipertensión atendidos en un servicio de urgencias médicas del Hospital General “Dr. Manuel Gea Gonzalez”, mediante un diseño no experimental, transversal, correlacional. La muestra estuvo compuesta por 39 participantes con hipertensión valorados en el área de triage (primer contacto de atención del servicio de urgencias); el 23.10% eran hombres y el 76.90% mujeres, la media de edad fue de 39 años. Se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y la Escala de Adherencia al Tratamiento basada en comportamientos explícitos. Resultados: el 69.23% presentó sintomatología ansiosa, el 39.76% reportó sintomatología depresiva. En cuanto a los puntajes de adherencia el 48.71% (n=19) de los participantes mostraban niveles de adherencia del 76 al 100%, el 41.02% (n=16) reportó un nivel de adherencia entre el 51 y 75%, el 5.1% (n=2) reportaron niveles de adherencia entre el 26 y 50% y el 5.1% (n=2) mostraron niveles de adherencia de 0 a 25%. No se encontró correlación estadísticamente significativa entre el nivel de adherencia al tratamiento y la presencia de ansiedad ( $p = -.176$ ,  $r = .285$ ) y depresión ( $p = -.054$ ,  $r = .752$ ), concluyendo que estas variables a pesar de estar presentes en los pacientes del área de urgencias, no se relacionan entre sí. Se sugiere investigar otras variables que puedan estar asociadas a estas, con el objetivo de proponer intervenciones que contribuyan a una mejor calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave: Adherencia, Ansiedad, Depresión, Hipertensión, Urgencias.

## Introducción

En el presente trabajo se investigó la presencia y niveles de síntomas ansiosos, depresivos y de adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión que acuden al servicio de Urgencias del Hospital “Dr. Manuel Gea González” con el propósito de establecer si existe relación de estos síntomas con una mayor o menor adherencia al tratamiento, este tema cobra relevancia debido al creciente número de personas que tienen esta patología y las comorbilidades que desencadena, así como la demanda que representa para los diferentes niveles de atención médica, la no adherencia provoca y/o acelera que estas complicaciones se presenten, por lo tanto el conocer qué variables se encuentran relacionadas a la falta de adherencia permitirá establecer estrategias que ayuden a una mejor adherencia al tratamiento de los pacientes, lo que contribuirá a una mejor calidad de vida. Para el propósito mencionado anteriormente se realizó una revisión histórica de los aportes de la psicología de la salud en el tratamiento integral de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas, y se describen los estudios realizados con anterioridad con respecto a las variables estudiadas. Posteriormente se presenta de manera detallada el proceso de recolección y análisis de datos y se muestran los resultados haciendo una comparación con la teoría disponible.

## Capítulo 1: Desarrollo y Aportes de la Psicología de la Salud

La salud es un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, esta definición fue aceptada en la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1946, y posteriormente se establece que es un derecho humano que debe promoverse buscando el máximo goce de esta condición sin hacer distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (OMS, 1978), la razón por la que después de setenta y dos años esta definición sigue vigente es por que proporciona una explicación cercana a la compleja realidad actual, sin embargo, la salud y la enfermedad, así como otros fenómenos relacionados con los seres humanos, se caracterizan por ser cambiantes, haciendo necesario un estudio constante de las condiciones que determinan que un ser humano padezca una enfermedad determinada.

Diversos autores (Omran, 1971; Armelagos, Brown & Turner, 2005), han analizado y propuesto explicaciones que ayuden a la comprensión del por qué se han padecido y padecen ciertas enfermedades entendiendo su transformación a lo largo de la historia de la humanidad, basando sus explicaciones en procesos biológicos, sociales, culturales y económicos.

Al respecto, Omram (1971) propone una teoría basada en cinco principios con los que pretende dar explicación a los cambios en las enfermedades en diferentes momentos históricos, a estos cambios los llamó transiciones epidemiológicas, a saber:

Primer principio: La mortalidad es un factor fundamental en la dinámica de una población, el crecimiento en número de habitantes está relacionado con el grado de mortalidad, a mayor número de defunciones menor tasa de natalidad. La mortalidad es un mecanismo primordial para la selección natural, a la par que se plantea que se comporta de forma cíclica la población aumenta, se estabiliza y decae.

Segundo principio: De una transición epidemiológica a otra se producen cambios a largo plazo que reduce la agresividad con la que una enfermedad puede atacar a un organismo, y es así como son desplazadas las infecciones por las enfermedades crónico degenerativas, este autor identifica tres etapas de transición que a continuación se describen.

- Etapa de la pestilencia y la hambruna. De acuerdo a lo encontrado por los investigadores los primeros seres humanos que habitaron la tierra se transportaban de un lugar a otro cazando animales y recolectando alimentos para su supervivencia, las principales causas de muerte se debían a mordeduras de animales y picaduras de insectos que causaban infecciones, sin embargo, estas infecciones difícilmente eran transmisibles ya que morían tan pronto que no tenían un impacto evolutivo. Posteriormente cuando el hombre comienza a cultivar y domesticar animales se vuelve sedentario, la convivencia con animales y el contacto con desechos humanos hace que las enfermedades infecciosas aumenten y se propaguen, a pesar de esto comienza un crecimiento lento pero gradual de la población, y con ello se establecen nuevas formas de convivencia a nivel social. A su vez se crean nuevas formas de producción y



comercio, se comienza la exploración de nuevos territorios y el transporte de mercancías, esto trae consigo el traslado de enfermedades de una región a otra, provocando epidemias donde murieron millones de habitantes en diversas zonas del mundo. Posteriormente con el desarrollo de la industrialización hace más de 200 años las personas se vieron expuestas a la contaminación de aire y agua desarrollando infecciones causantes de muerte como la tuberculosis, neumonía y bronquitis (Armelaños, Brown & Turner, 2005), en este periodo la tasa de mortalidad rebasó a la de fertilidad, en esta primera transición la esperanza de vida iba de los 20 a los 40 años.

- Etapa de las pandemias en retroceso: El desarrollo a nivel científico y tecnológico trajo consigo un mayor control de las enfermedades infecciosas, en este periodo se desarrollaron iniciativas de salud pública como la inmunización. La disminución de enfermedades infecciosas y la reducción de la mortalidad infantil trae como consecuencia el aumento la esperanza de vida que iba de los 30 a los 50 años de edad.
- Etapa de las enfermedades degenerativas y creadas por el hombre: la mortalidad disminuye hasta estabilizarse y la tasa de natalidad aumenta, la expectativa de vida excede los 50 años de edad, con el aumento de la longevidad aparecen las enfermedades crónico degenerativas, así mismo, se plantea que estas fueron dadas por diversos condicionantes que se pueden clasificar en tres niveles: lo ambiental-biológico, lo social (a nivel político, cultural y económico) y el avance de la atención médica.

Cabe mencionar que el tiempo que tarde en darse una transición puede diferir de un país a otro, lo cual está relacionado a acontecimientos sociales como las guerras, los descubrimientos científicos, aspectos culturales, entre otros, que a su vez están ligados a factores económicos, incluso en la actualidad en algunos países en vías de desarrollo la recesión de las enfermedades infecciosas aún está en proceso. En este aspecto Armelagos, et al. (2005) sostienen que además algunas enfermedades infecto contagiosas están resurgiendo y creando resistencia a los antibióticos, las razones de estas mutaciones según las investigaciones pueden derivarse de cambios a nivel social, demográfico y ambiental, estos autores plantean que en la actualidad se vive una transición en donde enfermedades de tipo contagioso y crónico degenerativas coexisten entre sí.

Tercer principio: Durante la segunda transición epidemiológica donde se da la recesión de las pandemias todos los grupos de edad fueron beneficiados en cuanto a la disminución de muertes, sin embargo, en niños de ambos sexos, mujeres adolescentes y en edad reproductiva se observó un decremento mayor que en los otros grupos de edades, se plantea que probablemente esta adaptación fue dada por la implementación de saneamiento a través de la inmunización, la alimentación y el desarrollo de iniciativas en salud, lo que llevó al crecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida de las mujeres.

Cuarto principio: Los cambios en los patrones de salud enfermedad que han caracterizado a las transiciones epidemiológicas están ligados a los cambios socioeconómicos y demográficos derivados de la modernización, ya que esta

última puede traer consigo desarrollo científico y tecnológico para la cura de enfermedades y a su vez puede generar otras.

Quinto principio: Las variaciones que existieron en cuanto al patrón, ritmo y determinantes de las transiciones epidemiológicas en diferentes sociedades y momentos históricos, que impactan en la fertilidad y mortalidad, están dadas en gran medida por las decisiones a nivel social lo cual se ilustra en tres modelos que a continuación se presentan.

- **Modelo clásico:** este modelo desarrollado en Europa describe la transición progresiva de una alta mortalidad y natalidad a una baja de estas, entendiendo esta transición en la etapa de recesión de las pandemias entre el siglo XIX y XX, y que fue derivada de los factores socioeconómicos que impulsaron el desarrollo de medidas sanitarias y atención médica.
- **Modelo acelerado:** este modelo está basado en cómo se dio la transición en Japón en donde pasan de una tasa alta de mortalidad a una baja de una manera más rápida que en el modelo clásico y también se ve acelerada la transición a las enfermedades crónico degenerativas.
- **Modelo contemporáneo:** éste describe cómo el deceso de la mortalidad y aumento de la fertilidad han sido tardíos, pero con cambios sustanciales. Las medidas de salud pública han permitido que los países en vías de desarrollo, tengan niveles altos de fertilidad y bajos de mortalidad, aun con esto se reconocen deficiencias al observar un nivel elevado de mortalidad infantil y de mujeres en edad reproductiva.

Lo anteriormente descrito muestra la complejidad con la que se entrelazan factores para que se desarrollen las enfermedades y también se hace necesario el análisis de cómo estas enfermedades han sido tratadas desde etapas tempranas.

La medicina comenzó abordando a la salud desde la enfermedad y como un primer paso hacia su estudio esta última fue definida como una desviación somática en la persona asociada a un deterioro, en sintonía con esta concepción se propone el modelo biomédico que tenía como objetivo desarrollar una taxonomía y métodos para la comprensión, el tratamiento y prevención de problemas somáticos, esta aproximación tuvo importantes descubrimientos que ayudaron a erradicar algunas enfermedades de índole infeccioso, lo que permitió el cambio de transición de la etapa de las pandemias a la de recesión de las enfermedades infecto contagiosas, sin embargo, cuando se da la tercera transición (Armellagos, et al. 2005) y surgen las enfermedades crónico degenerativas, caracterizadas por ser de larga duración e implicar un tratamiento continuo y cambios en los estilos de vida, el modelo biomédico no alcanza a dar respuesta a los nuevos retos que estas enfermedades demandan, principalmente por su visión reduccionista, es decir, que solo ve a la enfermedad como un padecimiento del cuerpo separada de lo psíquico, excluyendo también otros factores que pueden conducir a la enfermedad como los comportamientos del paciente, aspectos ambientales y sociales.

Por lo anterior y aun con cierta resistencia por parte de la comunidad médica, en 1977 es publicado el artículo de Engel donde se da a conocer el modelo biopsicosocial, este modelo parte de la teoría general de sistemas, proponiendo que la salud o la pérdida de ella está ligada a una multiplicidad de causas, por ello

se integra lo biológico, lo psicológico y lo social, explicando que estas tres esferas interactúan y se influyen entre sí, dando a esto la posibilidad de una visión más flexible al momento de entender la enfermedad.

La integración de este modelo da la posibilidad a otras ciencias de participar de manera oficial en el estudio e intervención en salud, como fue el caso de la sociología y la antropología médicas, la epidemiología, la medicina preventiva y la psicología de la salud (Engel 1977: Grau & Hernández, 2005).

El campo de la psicología de la salud, si bien, no se había establecido de manera oficial en el área de la salud, ya había realizado diversos trabajos que apoyaban que las variables psicológicas tenían un impacto en la salud física de las personas, este interés se despertó después de la segunda guerra mundial, algunos de los estudios pioneros fueron el de Miller que investigó los reflejos fisiológicos relacionados a procesos psicológicos, a lo cual llamó biofeedback, por otro lado Godfrey Hochbaum, S. Stephen Kegeles, Howard Leventhal y Irwin Rosenstock, propusieron el modelo de Creencias en Salud cuando intentaban explicar el por qué las personas no se vacunaban contra la tuberculosis (APA, 1996), los resultados de las investigaciones antes mencionadas dieron paso a que los psicólogos fueran contratados en escuelas de medicina, enfermería y hospitales, esto a su vez permitió que se investigaran otras variables como la ansiedad preoperatoria, además del estudio de padecimientos como el cáncer, las enfermedades del corazón y los accidentes cerebrovasculares (Schofield, 1969).

Una de las investigaciones más influyentes en el desarrollo de los factores psicológicos en el área oncológica, fue la desarrollada por Jimmie Holland en 1975, quien inicia los primeros estudios de la enfermedad psiquiátrica en pacientes con cáncer, donde se observaba que el apoyo psicológico influye en el aumento en la calidad de vida y el tiempo de vida de estos pacientes, posteriormente la autora describe cómo las respuestas emocionales de los pacientes, sus interacciones con la familia, así como otros factores psicológicos, sociales y conductuales pueden influir en la morbilidad de esta enfermedad (Holland, 2002) siendo con los trabajos realizados la precursora de la psicooncología.

En 1976, la American Psychological Association (APA) da importancia a los aportes de la investigación en salud, campo que hasta ese momento había sido ignorado, por lo cual convocó a un grupo de psicólogos, con el fin de designar tareas de investigación en el campo de la salud dentro de la división 37 de esta asociación; y dos años después se creó la división 38 enfocada a la psicología de la salud (Matarazzo, 1980), la cual tuvo como principal objetivo, la comprensión de la salud y la enfermedad mediante la investigación clínica básica y educación, integrando el conocimiento de la salud y enfermedad derivado de la biomedicina junto con el conocimiento psicológico (APA, 1996). En esa misma década se comienzan a crear áreas de especialización que apoyan al cumplimiento del objetivo de la psicología de la salud, como es el caso de la medicina conductual, que surge en 1977 en la conferencia de Yale, esta área propone el desarrollo del conocimiento y aplicación de técnicas de la ciencia conductual encaminadas a la

comprensión de la salud y la enfermedad, con el propósito de colaborar en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Schwartz & Weiss, 1978).

A partir de entonces la psicología ha desarrollado investigación de variables conductuales, emocionales y sociales que intervienen en las enfermedades a fin de prevenir y mejorar los estilos de vida de los pacientes y contribuir a un mejoramiento en la calidad de vida de enfermedades como problemas renales, diabetes, cáncer, VIH/SIDA, hipertensión, por hacer mención de algunas de ellas, entre las variables estudiadas y vinculadas con estas patologías están la ansiedad, depresión, adherencia al tratamiento, intervenciones a nivel psicológico (Piet, Würtzen, & Zachariae, 2012; Palmer et al., 2013; Nogueta-Orozco, Caro-Vega, Crabtree-Ramírez, Vázquez-Pineda, & Sierra-Madero, 2015; Schmidt, van Loon, Vergouwen, Snoek, & Honig, 2018) y las relacionadas con las cogniciones de las personas por ejemplo las creencias y actitudes hacia la enfermedad, todas estas pueden actuar como desencadenantes, facilitadoras o moduladoras dentro del proceso de salud enfermedad (Grau y Hernández, 2005).

El estudio de las variables psicológicas en diversas enfermedades crónico degenerativas se vuelve aún más relevante ya que actualmente estas son las causantes de millones de muertes en el mundo y al invertirse la pirámide poblacional el número de personas que padecerán estas enfermedades también será mayor en los próximos años (OMS, 2013), al respecto la psicología puede ejercer planes de acción que contribuyan a disminuir esta problemática en los tres niveles de atención; primario, secundario y terciario.

En el nivel secundario y terciario de atención a la salud se encuentra la medicina de urgencias que de acuerdo con el Colegio Americano de Médicos de Emergencia es una especialidad dedicada al diagnóstico y tratamiento de enfermedades imprevistas o lesiones, se encarga de tomar decisiones y acciones necesarias e inmediatas que eviten la muerte o prevengan incapacidad en pacientes con problemas de salud graves y/o agudos (Rocha, 2011), la medicina de urgencias está enfocada a la conservación de la salud somática, desde lo cual se observa que parte de perspectiva biomédica.

Por lo anterior es comprensible que la investigación a nivel psicológico en este contexto sea limitada, esto genera una área de oportunidad a nivel teórico y práctico que exige el estudio de los fenómenos psicológicos en este campo, creando incógnitas respecto a qué pasa con los pacientes en este contexto, tanto en su estancia en el servicio de urgencias, como el saber qué los llevó a requerir esta atención, desde la perspectiva de la psicología se quiere identificar qué conductas, cogniciones y emociones son facilitadores, desencadenantes o moduladoras para que una persona pueda desarrollar una enfermedad que lo lleve a requerir una atención médica de emergencia y a su vez qué lo puede evitar, tal es el caso de las enfermedades crónico degenerativas, como la hipertensión.

De acuerdo con cifras del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 2004 el segundo nivel de atención atendió en el servicio de urgencias 312 670 consultas (3.9%) por enfermedades del corazón, por esta misma causa en el tercer nivel se dieron 32 385 consultas (4.77%). De lo anterior 5 320 (23%) muertes en el servicio de urgencias fueron causadas por crisis hipertensivas, enfermedades



cerebrovasculares y enfermedades isquémicas del corazón, todas las anteriores debidas a una posible complicación de hipertensión, como se observa en las cifras comparado el número de consultas, el número de muertes es del 1.5% de todos los casos. Estas cifras, describen una parte importante de lo que se da en los servicios de urgencias, sin embargo, no describen algunas características de los casos reportados como lo son el tiempo de evolución de las enfermedades, la comorbilidad que existe con otros padecimientos, o la secuelas que quedan en estos pacientes, etc, lo cierto es que está reflejando que hay un gran número de personas que demandan el servicio por estos padecimientos y que llegan a un servicio de emergencia por descontrol en la patología que padecen, que además al ser crónica estará presente a lo largo de su vida.

En el siguiente capítulo se realiza una revisión de cuáles son los factores de riesgo de la hipertensión arterial, así como sus características clínicas y las investigaciones que han estudiado las dimensiones psicológicas de este padecimiento a fin de ampliar el conocimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes con hipertensión, se describe una investigación empírica que busca identificar la relación entre ansiedad, depresión y adherencia en pacientes usuarios del triage en urgencias médicas dentro del contexto de México.

## **Capítulo 2: Adherencia, ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión del área de Urgencias.**

La hipertensión arterial es un padecimiento crónico que se caracteriza por el aumento de la tensión arterial a un nivel igual o mayor a 140 mm Hg / 90 mm Hg (la tensión arterial de un individuo en un rango normal se encuentra en un parámetro de 120 mm Hg, sistólica / 80mm Hg diastólica), esta enfermedad suele ser asintomática o tener síntomas fácilmente confundibles con otros problemas de salud, esta es una de las razones por las cuales la atención médica y la adherencia al tratamiento por parte del paciente suele no ser exitosa, llegando a generar otras enfermedades e incluso la muerte (OMS, 2013).

Los factores de riesgo para el desarrollo de hipertensión, pueden clasificarse en dos tipos: los biológicos y los relacionados con el estilo de vida. Dentro de los factores biológicos se encuentran el sexo (las mujeres suelen presentar este problema con mayor frecuencia, también relacionado con preclamsia durante el embarazo), la edad (a mayor edad mayor probabilidad de desarrollo de hipertensión), la carga genética y padecer diabetes. Los factores del estilo de vida que predisponen al desarrollo de esta enfermedad son; el sedentarismo, el consumo de alcohol y tabaco, el mal manejo del estrés, la alimentación con alto contenido de grasas y sal, la elevación del colesterol, ácido úrico, triglicéridos y la proteinuria (Kanegae, Oikawa, Zusuki, Okawara & Kario, 2018; OMS, 2013; Rosas-Peralta et al., 2016).

La no detección o inadecuado tratamiento y seguimiento de la hipertensión arterial genera complicaciones importantes en la salud, así como el deterioro de la calidad

de vida de las personas que la padecen, dentro de las complicaciones más comunes de esta enfermedad están las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares (ACV) y la insuficiencia renal, ceguera y deterioro cognitivo (OMS; 2015; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2015; Triches, Mayer, Redublo, Costa & Zanella, 2018)

### **Epidemiología mundial y nacional**

A nivel mundial la presión arterial elevada y sus complicaciones causan anualmente 9.4 millones de muertes. De acuerdo con datos de la OMS (2013) el 45% de las muertes son por cardiopatía y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular y tuvieron como antecedente desencadenante la presión arterial elevada. Para 2015 la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebro vasculares fueron las dos principales causas de muerte a nivel mundial ocasionando 15 millones de fallecimientos. Cabe destacar que la alta incidencia en esta enfermedad y sus complicaciones de acuerdo con algunas investigaciones está íntimamente ligada al desarrollo económico y social de los países del mundo; en un estudio longitudinal realizado en Corea (un país con ingresos económicos elevados) se encontró entre los años de 1998 a 2014 una marcada tendencia a la baja en los niveles de presión arterial en los participantes de ambos sexos, disminuyendo en los hombres la presión sistólica de 128.1 a 120.2 mm Hg, y la diastólica de 82.0 a 78.5 mm Hg, y en el sexo femenino la presión sistólica tuvo una disminución de 125.7 a 116.0 mm Hg y en la diastólica de 77.4 a 73.2 mm Hg (Kim et al., 2018), con lo cual los autores concluyeron que uno de los factores que llevaron a esta disminución fue la mejora de las condiciones económicas y sociales

de dicho país. Por otro lado, en un estudio realizado en África (un país con ingresos económicos bajos), Owolabi, Goon, Adeniyi y Seekoe (2017), reportaron una incidencia del 42% (419) de hipertensión en una muestra de 998 pacientes, encontrando también que el 23% de estos participantes desconocían su diagnóstico hasta el momento del estudio.

En América Latina las cifras no difieren de las cifras mundiales, se observa que uno de cada tres adultos padece hipertensión arterial, es decir, 250 millones de personas tienen esta condición. (Organización Panamericana de la Salud, 2015).

Encontrando en primer lugar de muertes a las cardiopatías isquémicas (35,9 muertes por 100 000 habitantes), seguida de los accidentes cerebrovasculares y en octavo lugar se encuentran muertes a causa de otras complicaciones de la hipertensión, sumando el 24.2% del total de las 10 principales causas de muerte del continente (OPS, 2013).

En 2016 la prevalencia en México de hipertensión era del 25.5% y dentro de este porcentaje el 40% de las personas desconocían que tenían esta enfermedad, siendo de todas las entidades federativas del país la Ciudad de México la que obtuvo el mayor número de personas con hipertensión que no sabían que presentaban este problema (Secretaría de Salud Pública, 2016). Como se puede observar el porcentaje de personas que desconocen que padecen hipertensión es extremadamente alto, lo cual ilustra y da sentido a las estadísticas mostradas del año pasado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), donde las enfermedades isquémicas del corazón son la segunda causa de muerte con una cifra de 88 144 mexicanos fallecidos por esta causa (13.4%), las enfermedades

cerebrovasculares con 34 106 muertes debido a esta problemática (5.2%) colocándose en cuarto lugar y en el sexto lugar las enfermedades hipertensivas con 23 263 decesos equivalente al 3.5% del total de defunciones en el año (2017).

### **Consecuencias a nivel físico, social y psicológico**

La hipertensión tiene graves afectaciones a nivel físico, debido a que suele ser detectada en niveles donde ha provocado otras enfermedades de difícil tratamiento y de pronóstico de muerte. Como se describe en las estadísticas mostradas anteriormente la presión arterial elevada de forma patológica, está considerada como un factor de riesgo potencialmente reversible para el desarrollo de enfermedad renal, evento cardiaco isquémico, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad arterial periférica y paro cardiorrespiratorio (Sim et al., 2015: OMS, 2015).

La literatura reporta que la elevación de la tensión arterial de forma no controlada causa pequeñas lesiones en la sustancia blanca del cerebro pronosticando a largo plazo un accidente cerebrovascular (Sierra, 2011), y este tiene más dificultad de recuperación entre mayor es la edad en que se sufre el evento, además de afectar de manera significativa la calidad de vida de la persona que lo padece, ya que de acuerdo a la localización de la lesión se pierden funciones motoras y cognitivas, impidiendo al paciente realizar sus actividades como lo hacía antes de sufrir el evento, esta pérdida de funciones van desde tareas de autocuidado como vestirse hasta no poder volver a su empleo, lo cual deteriora su sentido de control personal e impacta en su estado de ánimo (Aprile et al., 2006).

En el caso de las enfermedades cardiovasculares la evidencia reporta que las principales afectaciones que sufre una persona con algún padecimiento de este tipo van encaminadas a la disminución de la calidad de vida en diversos ámbitos, desde la percepción que el individuo tiene de sí mismo y su salud, así como las limitaciones físicas, sociales y emocionales afectando en mayor medida en edades más avanzadas (mayores de 60 años) y al sexo femenino (Barrantes, 2010).

La hipertensión y la enfermedad renal se ven influidas ya que al aumento de presión arterial el riñón tiene dificultades en el desecho de sales (una de sus principales funciones) cuando la presión arterial se mantiene elevada por periodos prolongados lleva a un funcionamiento no adecuado de este órgano hasta producir una falla permanente (Ardiles & Mezzano, 2010). Dentro de las principales afectaciones de la insuficiencia renal en fase de predialisis es un impacto en la función sexual de los pacientes, así como sintomatología depresiva (Esen et al., 2015), se encuentran datos en pacientes ya dializados en donde además reportan una relación entre los factores emocionales (cómo me siento con mi enfermedad) y cognitivos ( qué pienso de mí y de lo que tengo) con el nivel de funcionalidad de los pacientes dentro de su comunidad, teniendo también un peso importante la existencia de otras comorbilidades como la enfermedad coronaria (Seidel et al., 2014).

La hipertensión y sus comorbilidades traen consigo un impacto para el individuo que las padece pero también para las personas más allegadas a ellos ya que generalmente una persona cercana ejerce el papel de cuidador informal que de acuerdo al nivel de afectación del paciente tendrá más o menos responsabilidades

del cuidado, influyendo en su calidad de vida en aspectos de su propia salud tanto física como mental y su desarrollo social (Massa, Segura, & Torrecila, 2014).

Por otro lado cabe resaltar el alto costo económico de los tratamientos de la hipertensión y sus enfermedades comórbidas, que afecta no solo la economía de las familias si no a la economía mundial y nacional (OPS, 2015) el gasto anual aproximado debido a estas enfermedades en México es de mil millones de pesos, estos gastos se derivan del tratamiento médico y de la pérdida de productividad de los pacientes en estas condiciones, estimando que al año se pierden 902,081 años por discapacidad y más de 723,306 años de vida debido a mortalidad prematura (Stevens et al., 2018).

En la esfera psicológica la calidad y estilo de vida de estos pacientes se ve modificado una vez que reciben el diagnóstico, por el hecho de saber que tienen una enfermedad crónica que los acompañará por el resto de su vida (Toste, Sague, Gorbea, & Placeres, 2009) y que además puede llevarles a padecer otras enfermedades.

Por otro lado la evidencia reporta una relación positiva significativa entre la hipertensión y los niveles de ansiedad, esto quiere decir que a mayor ansiedad mayor hipertensión y a la inversa (Pan et al., 2015), esta relación puede explicarse por el nivel de activación que existe a nivel fisiológico en una persona ante un evento estresante, aunque la activación en si no es el factor de riesgo, la falta de estilos de afrontamiento adecuados al estrés y que el estresor permanezca de manera prolongada, si son factores de riesgo, debido a que los efectos propios de

la ansiedad implican un aumento en el ritmo cardiaco modificando el cómo se transporta la sangre en las arterias, al ser este proceso una constante produce un cambio en el funcionamiento del sistema cardiovascular (Sparrenberger et al., 2009).

También se ha reportado sintomatología depresiva en los pacientes con hipertensión encontrando que esta variable se comporta de manera similar a la de la ansiedad (Johansen, Holmen, Stewart, & Bjerkset, 2012; Alcántara et al., 2014; Ho et al., 2015) principalmente estos síntomas aparecen por la valoración que los pacientes hacen de su condición y la incertidumbre en cuanto a su estado de salud futuro (Alkhathami et al., 2017).

Los problemas psicológicos como ansiedad y depresión a su vez tienen una asociación significativa con los estilos de vida poco saludables, incluyendo conductas como la inactividad física, llevar una dieta no saludable y hábitos de consumo de tabaco (Bonnet et al., 2005). Lo anterior va en contra de las indicaciones necesarias para un control adecuado de la hipertensión, ya que requiere un cambio del estilo de vida en tres aspectos: seguimiento del tratamiento farmacológico, alimentación saludable y actividad física (Hirschberg, Donatti, Rijana & Selan, 2014), cada una de estas conductas son recomendadas al paciente por el que provee el servicio de atención médica y el seguimiento prolongado (para enfermedades crónicas) de estas recomendaciones de manera activa es denominado adherencia al tratamiento, la no adherencia por consiguiente es la falta de apego a estas conductas del cuidado lo que lleva a una falta de control de la enfermedad (OMS, 2003).



Este constructo ha sido retomado en diversas investigaciones, con el objetivo de conocer cómo influye en el mantenimiento y curso de las enfermedades crónicas y su interacción con otras variables.

Rosabal, Sánchez y Ortiz (2016), reportan que en una muestra de 45 pacientes con hipertensión se encontró que solo el 11% (5 pacientes) se adherían de manera total a su tratamiento, mientras que el 64% (29 pacientes) lo hacían de manera parcial y el 24% (11 pacientes) no se adherían en absoluto, fueron evaluadas también las causas por las cuales no seguían las indicaciones del médico, identificando que el 48% de los pacientes percibían una susceptibilidad baja ante la enfermedad, así como un 68% de severidad que iba de media a baja en cuanto a las complicaciones que esta enfermedad puede desencadenar, aunque paradójicamente el 60% indicaba que encontraba muchos beneficios al seguir su tratamiento, por último el 84% de los pacientes reportaron muchas barreras que les impedían seguir adecuadamente su tratamiento.

Algunas otras variables que han sido estudiadas relacionadas a la no adherencia al tratamiento son; el apoyo familiar, la disponibilidad a nivel económico (Orozco, 2006) la edad, el nivel educativo, la relación médico-paciente, el sistema de salud y el régimen que implica la adquisición del repertorio conductual de la toma de medicamento (OMS, 2003).

En un estudio realizado por Gentil, Vasiliadis, Prévile, Bossé y Berbiche (2012) que tuvo como objetivo identificar factores que determinan la adherencia al fármaco hipertensivo en 926 pacientes mayores de 65 años con hipertensión que habitan

en una comunidad canadiense, utilizando un diseño longitudinal durante dos años, la recolección de los datos se realizó con una entrevista semi-estructurada llevada a cabo por enfermeras, se evaluaron los criterios diagnósticos para los trastornos de ansiedad y depresión de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión número cuatro (DSM-IV), el porcentaje de adherencia se obtuvo mediante el conteo de pastillas del medicamento antihipertensivo, se encontró que existía una mayor adherencia al tratamiento en los pacientes que no presentaban síntomas de un trastorno de depresión o ansioso ( $r = - 0.08$ , primer año,  $r = - 0.41$ , segundo año) y aquellos que tomaban un medicamento hipertensivo, es importante recalcar que este estudio no se realizó en población de urgencias.

Bautista, Vera-Cala, Colombo, y Smith, (2012) realizaron un estudio el cual tuvo como objetivo evaluar el papel de los síntomas depresivos y ansiosos en la adherencia al tratamiento hipertensivo. Se empleó un diseño longitudinal de cohortes en el cual participaron 178 pacientes que acudían a las clínicas de la facultad de medicina de Wisconsin, para medir las variables de interés se utilizaron los siguientes instrumentos; Inventario de depresión de Beck II (BDI-II) y el índice de bienestar general psicológico (PGWB) y la adherencia calculada mediante un conteo de pastillas del medicamento antihipertensivo. Se encontraron los siguientes resultados: el incumplimiento del tratamiento fue del 52,6% en 12 meses (intervalo de confianza [IC] del 95%: 46,1, 59,1) y los pacientes con síntomas de ansiedad o depresión incluso presentes de forma leve aumentaban la probabilidad

de no adherirse a la medicación hipertensiva, dentro de las limitaciones de dicho estudio se observa que la medida de adherencia es a través del conteo de pastillas.

En otro estudio realizado por Kretchy, Owusu-Daaku y Danquah (2014), cuyo objetivo fue determinar la presencia de síntomas ansiosos y depresivos y su relación con la adherencia al tratamiento, con un diseño transversal correlacional, en una muestra de 400 ghaneses de dos hospitales de tercer nivel, los instrumentos utilizados para recolectar los datos fueron la Escala de estrés, ansiedad y depresión (DASS), para medir el comportamiento de adherencia a la medicación se utilizó la Escala de Adherencia a la Medicación Morisky y la Escala de Perspectiva Espiritual, de acuerdo con lo reportado el 56% de los pacientes presentaban sintomatología ansiosa, un 20% experimentaba estrés y un 4% depresión. Por otro lado al analizar el nivel de riesgo para la falta de adherencia al tratamiento de las variables medidas, se encontró que el estrés entre los pacientes puede aumentar la probabilidad del incumplimiento de la medicación [odds ratio (OR) = 2,42 (IC del 95%: 1,06 a 5,5),  $p = 0,035$ ].

La hipertensión es una enfermedad crónica y asintomática que de acuerdo a lo revisado en la literatura ocasiona importantes afectaciones en las tres esferas de desarrollo de las personas, se ha llevado a cabo investigación para conocer qué variables influyen en el aumento de gravedad y comorbilidades de esta patología, con el objetivo de establecer planes de acción y reducir sus consecuencias negativas, estos planes van enfocados al cambio del estilo de vida; este término agrupa diversos factores uno de los más destacados en la literatura es la adherencia al tratamiento que a su vez es influida por otras variables como la

ansiedad y la depresión, en donde se observa que a una mayor sintomatología ansiosa o depresiva menor será la adherencia de las personas.

Los estudios descritos con anterioridad que retoman estas variables representan un gran aporte para el área científica, sin embargo presentan algunas limitaciones, las cuales se retoman a continuación: 1) la forma en la que midieron la adherencia estuvo basada en el conteo de pastillas y la toma de presión arterial (Bautista, et al., 2012; Gentil, et al., 2012; Johansen, et al., 2012), si bien es un dato que aporta evidencia objetiva de la toma adecuada del medicamento, se están ignorando otras conductas como el hacer ejercicio, acudir a citas médicas, seguir una dieta saludable, que también forman parte del concepto de adherencia que propone la OMS (2003). En cuanto a las mediciones que realizan los estudios de las variables de ansiedad y depresión cabe resaltar que se utilizan instrumentos como: la entrevista semiestructurada del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición (DSM-IV; Gentil et al., 2012), Inventarios de Ansiedad y depresión de Beck (Bautista et al., 2012), y la escala de Ansiedad, Estrés y Depresión (Kretchy et al., 2014), los cuales pueden mostrar síntomas ansiosos y/o depresivos en los pacientes que pueden deberse a su condición médica y no ser sensibles a la medición de problemas psicológicos presentados en esta población en particular, por ejemplo los síntomas que están relacionados a la activación fisiológica en el caso de la ansiedad, dicha condición podría comprometer la validez de los datos de manera importante, este aspecto se vería controlado utilizando una escala que esté diseñada para esta población en específico como sería el cuestionario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

como lo realizaron en su estudio Johansen, et al. (2012). Los estudios citados anteriormente fueron recabados mediante una búsqueda en diversas bases de datos (Pubmed, Psycinfo, Redalyc, Cochrane y CINAHL) las variables de interés fueron investigadas bajo los siguientes términos: “Adherencia al tratamiento”, “Treatment Adherence and Compliance”, “Adherence” “Adherence to therapeutic”, “Ansiedad” “Síntomatología Ansiosa”, “Anxiety”, “Anxious symptoms”, “Depresión”, “Síntomatología Depresiva”, “Depression”, “Depressive symptomatology”. En la literatura nacional se han encontrado pocas investigaciones que aborden estas variables y en su mayoría han estado enfocadas a identificar la prevalencia de hipertensión y la adherencia al tratamiento de estos pacientes.

## Justificación

El contexto mexicano difiere de los escenarios de las investigaciones anteriormente citadas donde se ha estudiado la relación entre la adherencia y los síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes con hipertensión, debido a que una de las principales características es la falta de detección oportuna, de seguimiento médico y la falta adherencia, llevando a la aparición de comorbilidades haciendo que el paciente requiera de un servicio de urgencias, siendo este último el primer contacto de tratamiento de la hipertensión (Lewin, 2009).

El área de urgencias a su vez tiene características particulares; los pacientes que recibe en su mayoría se encuentran en estado crítico, en México el sistema de salud y de manera particular urgencias sufre una sobresaturación (entendida como una excesiva demanda del servicio que rebasa los recursos disponibles en el hospital) en estos servicios (Polanco-González et al., 2013), esto es preocupante por la cantidad de personas que padecen esta enfermedad y el número de decesos anuales que provocan sus complicaciones. La hipertensión y las comorbilidades que presenta impactan en la calidad de vida de los pacientes, sin embargo la adherencia es un punto clave para que esta enfermedad sea controlada adecuadamente de aquí la importancia de investigar qué variables incluyendo la psicológicas se asocian a que el paciente no sea adherente. La sintomatología ansiosa y depresiva ha sido observada como uno de los factores de falta de adherencia, de comprobarse en esta investigación con la población de urgencias se

contribuye a nivel teórico para la construcción de intervenciones eficaces para mejorar la adherencia y evitar las complicaciones de esta enfermedad.

### **Planteamiento del problema**

Lo anteriormente descrito abre un hueco a nivel teórico práctico a explorar por lo cual resulta relevante realizar la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál es la relación entre la sintomatología ansiosa, depresiva y la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en el servicio de urgencias médicas?.

### **Objetivo General**

Identificar si existe relación entre la sintomatología ansiosa, depresiva y la adherencia al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en el servicio de urgencias médicas del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

### **Objetivos específicos**

- Identificar síntomas de ansiedad en pacientes con diagnóstico de hipertensión que son valorados en consulta inicial en el servicio de urgencias del hospital “Dr. Manuel Gea González”.
- Identificar síntomas de depresión en pacientes con diagnóstico de hipertensión que son valorados en consulta inicial en el servicio de urgencias del hospital “Dr. Manuel Gea González”.

- Identificar el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión que son valorados en consulta inicial en el servicio de urgencias del hospital “Dr. Manuel Gea González”.
- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de hipertensión que son valorados en consulta inicial en el servicio de urgencias del hospital “Dr. Manuel Gea González”.

### **Hipótesis:**

Hi: La sintomatología ansiosa y depresiva está relacionada con la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión.

Ho: La sintomatología ansiosa y depresiva no está relacionada con la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión.

Ha: Existen otras variables que están asociadas a la falta de adherencia al tratamiento.



## **Método**

### ***Diseño***

En congruencia con el objetivo del estudio, se utilizó un diseño no experimental, descriptivo, correlacional. Este diseño cumple con el criterio de estudiar la frecuencia y niveles de las variables de ansiedad, depresión y adherencia, así como su relación entre sí, sin manipular su comportamiento. La medición de estas variables se realizó de forma transversal, (Hernandez- Sampier, Fernandez, Baptista, 2014).

### ***Participantes.***

La muestra estuvo conformada por 39 pacientes con diagnóstico de hipertensión que fueron valorados en el área de triage del Hospital General Manuel Gea González durante el periodo de abril a septiembre de 2018 seleccionados mediante un muestreo no probabilístico accidental, lo anterior debido al acceso limitado a pacientes por diversas cuestiones que a continuación se mencionan; el consentimiento de los participantes para colaborar con el estudio, los síntomas que presentaban, el tipo de atención médica que recibían y la disponibilidad en horarios del equipo de psicología, en algunos casos se comenzó la evaluación pero debido a factores diversos no se concluyó (Véase, figura 1), además de aplicar los criterios que a continuación se muestran.

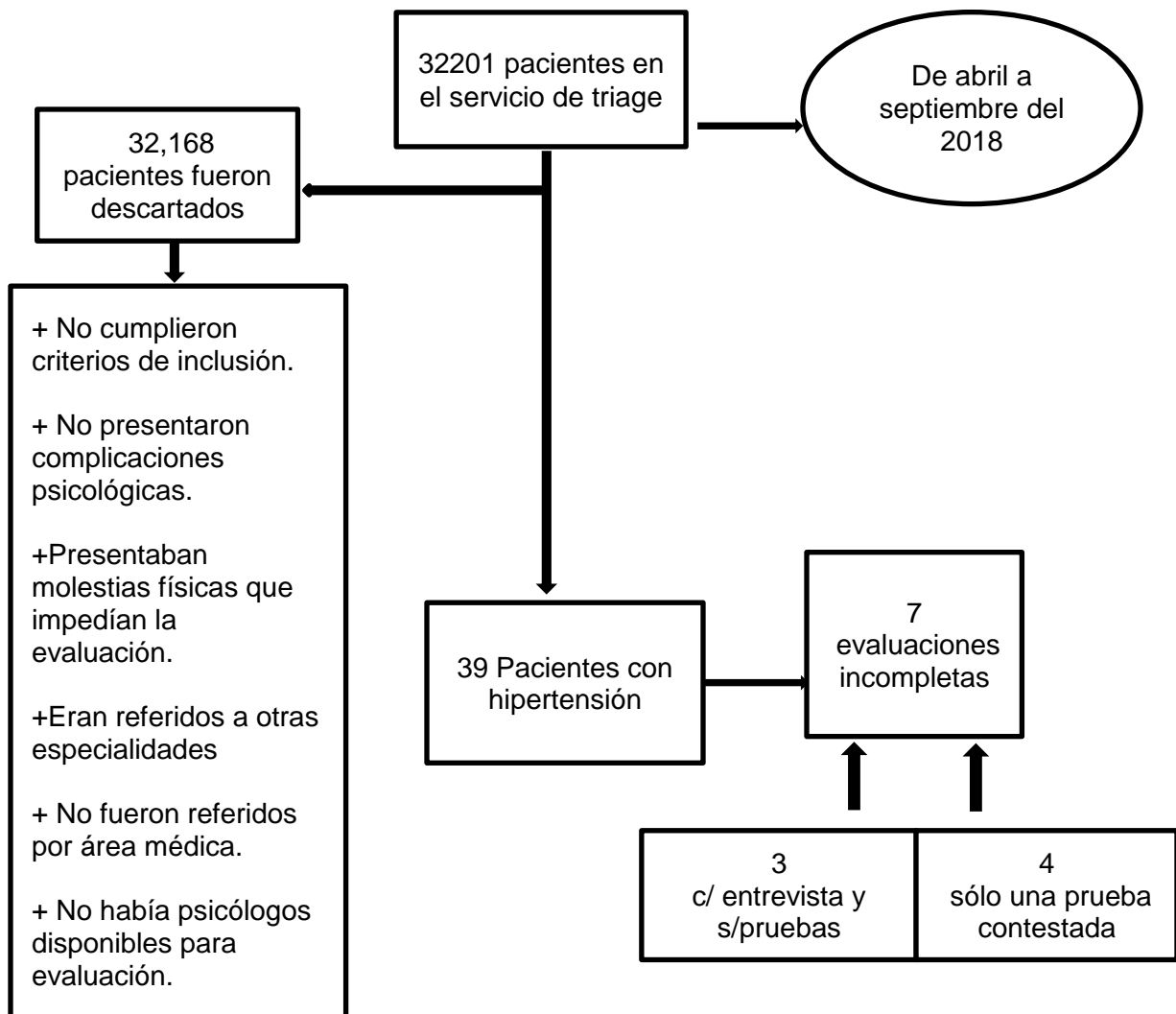
Criterios de Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de hipertensión
- Mayores de 18 años
- Atendidos en el triage de urgencias médicas

Criterios de Exclusión

- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.
- Participantes que no completen la evaluación.
- Participantes que se encuentren en tratamiento farmacológico para ansiedad y/o depresión.

Figura 1.



**Variables:**

- De agrupación: Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial
- Independiente 1: Ansiedad
- Independiente 2: Depresión
- Dependiente 3: Adherencia al tratamiento

*Paciente con hipertensión arterial.*

## a) Definición Conceptual.

Persona que mantiene una presión arterial constante, superior a los parámetros normales (adultos 120 mm Hg/ 80 mm Hg), es decir, presión sistólica (presión máxima que ejerce el corazón cuando late) igual o superior a 140 mm Hg y/o la tensión diastólica (cantidad de presión en las arterias entre latidos) es igual o superior a 90 mm Hg (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

## b) Definición Operacional.

Se evaluará mediante la observación de la toma de presión arterial por parte del personal de enfermería del área de urgencias, para posteriormente confirmarlo en interrogatorio realizado por el médico en la consulta de primer contacto de dicha área.

*Ansiedad*

## a) Definición conceptual.

El DSM-5 define a la ansiedad y sus síntomas como una respuesta anticipada ante la percepción de una amenaza futura, teniendo como principales características; la tensión muscular, hipervigilancia en relación al peligro anticipado y conductas evitativas, estas respuestas se diferencian de la ansiedad

adaptativa y/o miedo por ser excesivas o persistir por periodos de tiempo prolongados, llegando a convertirse en trastornos.

b) Definición operacional.

Los síntomas ansiosos se evaluarán a través de la escala de autoinforme de ansiedad y depresión HADS (Hospital Anxiety and Depresión Scale) elaborada por Zigmond y Snaith, (1983) y validada para población mexicana por Barriguete, Morales, Peón y Moreno (2017).

### *Depresión*

a) Definición Conceptual.

De acuerdo con el DSM-5 la depresión es definida como una desregulación del estado de ánimo, caracterizada por la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan la funcionalidad de los individuos en sus actividades diarias, la duración de los síntomas y su etiología son los factores que determinan que se conviertan en un trastorno.

a) Definición operacional.

Los síntomas depresivos se evaluarán a través de la escala de autoinforme de ansiedad y depresión HADS (Hospital Anxiety and Depresión Scale) elaborada por Zigmond y Snaith, (1983) y validada para población mexicana por Barriguete, Morales, Peón y Moreno (2017).

### *Adherencia Terapéutica.*

a) Definición Conceptual.

La adherencia terapéutica es definida como el seguimiento activo del paciente de las conductas recomendadas por el servicio de atención médica para un adecuado control del proceso salud enfermedad (OMS, 2003).

b) Definición Operacional.

La adherencia terapéutica se evaluará mediante la escala de adherencia terapéutica basada en comportamientos explícitos elaborada para población mexicana por Soria, Vega y Nava (2009).

### ***Instrumentos***

Para la recolección de datos sociodemográficos se realizó una entrevista semiestructurada “ex profeso” para este estudio, la cual contenía las siguientes áreas de exploración, ficha de identificación del paciente, el motivo por el cual acude al servicio de urgencias, el pronóstico y diagnóstico médico, red de apoyo social y actividades cotidianas, preguntas encaminadas a la exploración de atención a nivel de salud mental (Véase anexo 1).

#### *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).*

Para la medición de la sintomatología ansiosa y depresiva se utilizó la escala de autoinforme de ansiedad y depresión HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), que tiene como objetivo medir dicha sintomatología en pacientes ambulatorios en contextos hospitalarios dando preferencia a las cuestiones emocionales más que a la dimensión somática. Este instrumento en su versión original consta de 14 reactivos, 7 miden ansiedad y 7 depresión (Zigmond & Snaith, 1983), para el presente estudio se utilizó la versión corta validada en

población mexicana por Barriguete, Morales, Peón y Moreno (2017) donde se elimina un reactivo de ansiedad y uno de depresión, fue seleccionada por sus propiedades psicométricas ya que cuenta con una consistencia interna de 0.87 y, para sus subescalas, de 0.81 para depresión y 0.80 para ansiedad. Se trata de una escala de respuesta tipo likert que va del 0 a 3, el puntaje total para cada factor se obtiene realizando la sumatoria de lo obtenido en cada respuesta correspondiente a ansiedad o depresión, el punto de cohorte para ansiedad es de 7 y para depresión de 8 (Véase anexo 2).

#### *Escala de Adherencia Terapéutica (EAT)*

La adherencia terapéutica se investigó través de autoinforme mediante la escala de adherencia terapéutica realizada por Soria, Vega y Nava (2009), dicho instrumento consta de 21 reactivos divididos en 3 factores; 1) Control de ingesta de medicamentos y alimentos, evalúa la medida en la que el individuo sigue las instrucciones médicas para la ingesta de medicamentos y alimentos, 2) Seguimiento médico conductual, evalúa la medida en la que el individuo cuenta con conductas efectivas de cuidados de salud a largo plazo, 3) Autoeficacia, evalúa la medida en la que el individuo cree que sus conductas benefician su salud. La escala de respuesta está dada en porcentajes, 0, 25, 50, 75 y 100, en términos de la evaluación que el paciente hace de la efectividad de su comportamiento (Ingiero mis medicamentos de forma puntual), se entiende que entre más cercano al valor 100 hay mayor adherencia, este instrumento fue construido y validado para población mexicana con enfermedades crónico

degenerativas y tiene un índice de fiabilidad alpha de Cronbach de 0.91 (Véase anexo 3).

### ***Procedimiento***

La aplicación se realizó en el área del triage de urgencias del Hospital Manuel Gea González, por cinco psicólogos entrenados por un periodo de dos meses para la realización de entrevista, la aplicación de los instrumentos utilizados y en técnicas de intervención breve. Las variables estudiadas en esta investigación forman parte de un estudio realizado por el equipo del área de psicología de urgencias del hospital.

Para captar a los pacientes que podían entrar en el protocolo de investigación se realizaron guardias en la consulta de valoración médica inicial en un horario de 9:00 a 14:00 de lunes a viernes, al término de la valoración médica se abordaba a los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y se les invitaba a formar parte de la investigación explicando el objetivo de la evaluación así como la confidencialidad de sus datos.

A los pacientes que aceptaron participar en la investigación se les hizo entrega de un consentimiento informado expedido por el comité de ética e investigación del hospital el cual fue explicado al paciente, resaltando la confidencialidad de los datos y la posibilidad de abandonar el estudio si así lo deseaba, sin que esto trajera repercusiones en su atención médica (Véase anexo 4).

Posteriormente se realizó una entrevista semiestructurada y la aplicación de las escalas de adherencia terapéutica y HADS una vez concluida la evaluación en un

tiempo aproximado de 30 a 50 min. Si el paciente lo deseaba se hacía una devolución de resultados y en caso de detectar necesidades psicológicas a tratar se citaba para su atención en consulta externa la cual estaba a cargo de la residente de maestría que colaboraba en el equipo de Psicología de Urgencias, en caso de que el paciente no pudiera acudir a consulta se proporcionaban alternativas para que recibiera atención psicológica en un lugar que fuera más accesible para este, en otros casos se brindaba intervención breve.

### ***Consideraciones éticas***

Este protocolo de investigación fue aprobado por el comité de ética del Hospital “Dr. Manuel Gea González” con la clave de registro 2715217, otorgando al paciente un consentimiento informado en donde se describía el objetivo del estudio así como sus derechos al participar.

### ***Análisis de datos***

Se obtuvieron medidas de tendencia central (media, mediana y moda) de las variables sociodemográficas, así como de las variables de ansiedad, depresión y adherencia. Para el análisis de correlación entre las variables de ansiedad, depresión y adherencia al tratamiento se utilizó una prueba de Coeficiente de Spearman (considerando un nivel de significancia,  $P = .05$ , interpretando una correlación muy débil si es menor a 0.10, débil si va de 0.10 a 0.25, media si va de 0.25 a 0.50, considerable si va de 0.50 a 0.75 y alta de 0.75 a 0.90), debido a que corresponde con el objetivo de la pregunta de investigación, y se cumple con los



criterios los niveles de medición de las variables son ordinales, así como la distribución de la población (Hernandez- Sampier, Fernandez, Baptista, 2014).

## Resultados

### *Análisis descriptivo*

En el estudio participaron 39 pacientes que fueron valorados en el triage del área de Urgencias, con un promedio de edad de 56.82 años, donde la edad mínima fue de 24 y la máxima de 83, en la tabla 2, se observan las características sociodemográficas de los pacientes evaluados, resaltando las características que se presentaron con mayor frecuencia dentro de la muestra, en donde el 76.90% de los pacientes eran mujeres. En cuanto al estado civil el 43.76% se encontraba casado (a), y el máximo nivel de estudios más frecuente era de primaria 46.20%, el 48.70% de la muestra se encontraba desempleado (dentro de esta categoría se incluye la labor de ama de casa) y el 82.10% eran residentes de la ciudad de México.

Tabla 2. *Características Sociodemográficas de los Participantes*

Variables	n=39		
<b>Edad</b>	56,82	Min=24	Max=83
<b>Sexo</b>	Hombre	9	23,10%
	<b>Mujer</b>	<b>30</b>	<b>76,90%</b>
<b>Estado Civil</b>	Soltero	9	23,10%
	<b>Casado</b>	<b>17</b>	<b>43,60%</b>
	Divorciado	2	5,10%
	Unión libre	6	15,40%
	Viudo	5	12,80%
<b>Escolaridad</b>	Sin Estudios	5	12,80%
	<b>Primaria</b>	<b>18</b>	<b>46,20%</b>
	Secundaria	3	7,70%
	Preparatoria	5	12,80%
	Carrera técnica	1	2,60%
	Licenciatura	2	5,10%
<b>Ocupación</b>	<b>Desempleado</b>	<b>19</b>	<b>48,70%</b>
	Trabajo asalariado	4	10,30%
	Informal	15	38,50%
	Sin dato	1	2,60%
	<b>Lugar Donde Vive</b>	Estado De México	2
Hidalgo		1	2,60%
Morelos		1	2,60%
Tabasco		1	2,60%
Veracruz		1	2,60%
<b>Ciudad de México</b>		<b>32</b>	<b>82,10%</b>

Nota: Descripción por frecuencias y porcentajes de las características sociodemográficas de los pacientes evaluados en el área de triage de Urgencias.

### Síntomas de Ansiedad en la Muestra Evaluada.

La sintomatología ansiosa presentada en la muestra evaluada tuvo una media de 8.46 puntos y el valor mínimo fue de 1 y el máximo de 17, el puntaje que se presentó con mayor frecuencia fue 4. La figura 2 se representa de manera gráfica los síntomas de ansiedad medidos en los pacientes evaluados, en donde el 69.23% (n=27) de los participantes sobrepasaron el punto de cohorte igual o mayor a 7 que indicaba presencia de síntomas de ansiedad y el 30.76% (n=12) de los participantes mostraron puntuaciones por debajo del punto de cohorte

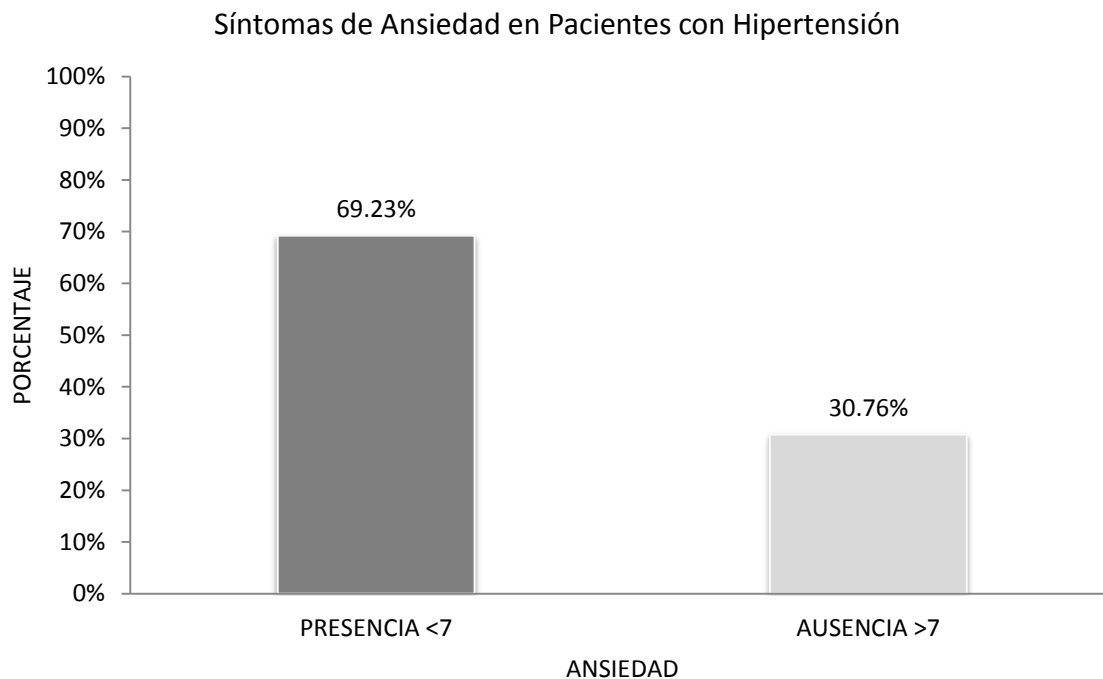


Figura 2. De acuerdo al instrumento HADS, la barra gris oscuro representa el número de pacientes que obtuvieron una puntuación mayor al punto de cohorte, la barra gris claro muestra el número de pacientes que obtuvieron una puntuación menor al punto de cohorte.

En la tabla 3 se describe el número de participantes que respondieron a cada una de las preguntas en la escala Likert de 0 a 3, entendiendo que a mayor intensidad

del síntoma mayor será la puntuación obtenida, observando que los síntomas que más se presentaron corresponden a las preguntas uno, tres y once.

Tabla 3. *Frecuencia de respuesta por reactivo de ansiedad.*

Pregunta	Participantes que respondieron a cada una de las opciones tipo Likert			
	0	1	2	3
<b>1.Me siento tenso o nervioso</b>	3	16	9	11
<b>3.Siento una especie de temor como si algo fuera a suceder</b>	11	2	17	9
<b>5.Tengo la cabeza llena de preocupaciones</b>	7	20	6	6
<b>6.Soy capaz de permanecer sentado tranquila y relajadamente</b>	18	10	6	5
<b>9.Me siento inquieto como si no pudiera dejar de moverme</b>	15	7	10	7
<b>11.Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor</b>	11	8	10	10

Nota: Análisis por reactivo de la frecuencia en cuanto a la intensidad en que los participantes presentaban los síntomas de ansiedad.

**Síntomas de Depresión en la Muestra Evaluada.**

En cuanto a los síntomas de depresión reportados por los pacientes evaluados el 30.76% (n=12) rebasaron el punto de cohorte de la escala (igual o mayor a 8) y 69.23% (n=27) de los participantes mostraron puntuaciones por debajo del punto de cohorte (Véase figura 3) el valor mínimo fue de 1 y el máximo de 16, los puntajes que se presentaron con mayor frecuencia fueron el 2 y el 6, y el promedio de la muestra fue de 6.10.

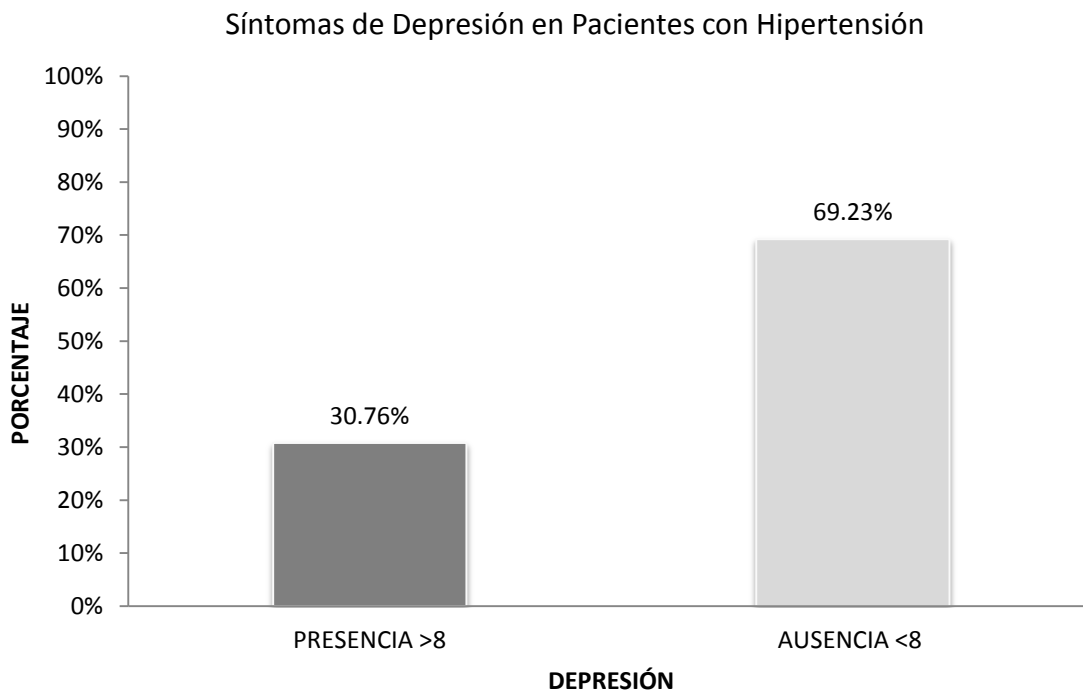


Figura 3. Urgencias. De acuerdo al instrumento HADS, la barra gris oscuro representa el número de pacientes que obtuvieron una puntuación mayor al punto de cohorte, la barra gris claro muestra el número de pacientes que obtuvieron una puntuación menor al punto de cohorte.

En la tabla 4 se describe la frecuencia con la que la población puntuó a cada una de las preguntas correspondientes al factor de depresión de acuerdo a la escala Likert, en este aspecto una mayor frecuencia en la población mayor es el malestar

causado, observando que la pregunta siete (Me siento lento y/o torpe) fue la que reportó la muestra con mayor malestar.

Tabla 4. *Frecuencia de respuesta por reactivo en el factor de depresión.*

Pregunta	Participantes que respondieron a cada una de las opciones tipo Likert			
	0	1	2	3
<b>2. Sigo disfrutando de las mismas cosas de siempre</b>	21	6	6	6
<b>4. Soy capaz de reírme y ver el lado bueno de las cosas</b>	21	10	5	3
<b>7. Me siento lento y/o torpe</b>	7	16	9	7
<b>8. He perdido el interés por mi aspecto personal</b>	19	6	9	5
<b>10. Espero las cosas con ilusión</b>	15	14	3	7
<b>12. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, un programa de radio o televisión</b>	20	9	4	6

Nota: Análisis por reactivo de la frecuencia en cuanto a la intensidad en que los participantes presentaban los síntomas de depresión.

**Adherencia Terapéutica en la Muestra Evaluada.**

En el análisis descriptivo realizado para la escala de adherencia al tratamiento se encontró que el 48.71% (n=19) de los participantes mostraban niveles de adherencia del 76 al 100%, el 41.02% (n=16) reportó un nivel de adherencia entre el 51 y 75%, el 5.1% (n=2) reportaron niveles de adherencia entre el 26 y 50% y el otro 5.1% (n=2) niveles de adherencia de 0 a 25%. (Véase figura numero 5), la media encontrada en esta variable es de 71.70.

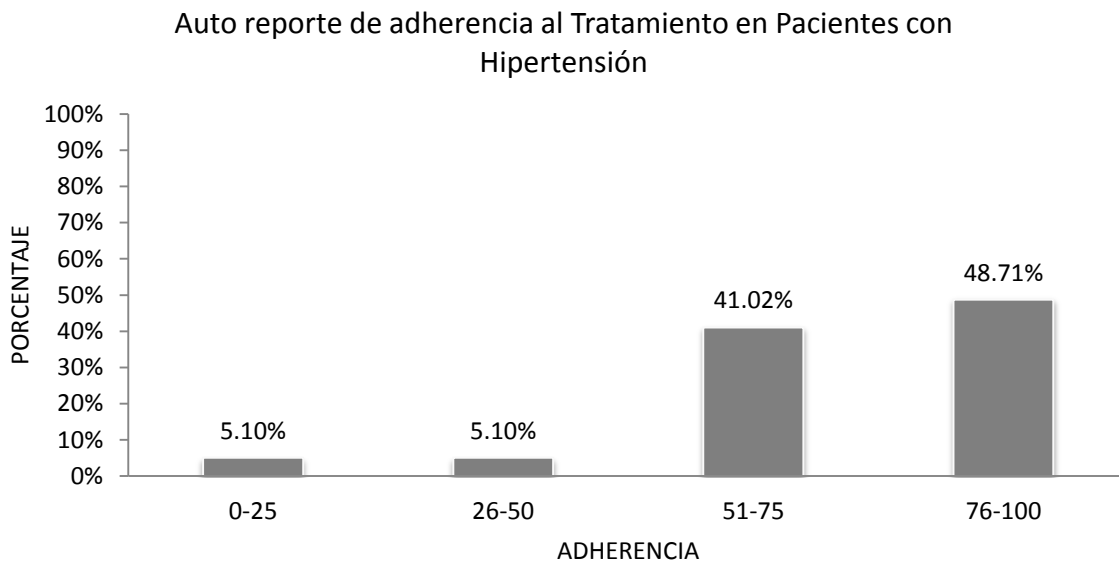


Figura 4. Niveles de adherencia reportados por la muestra de pacientes con hipertensión. Las barras representan el número de pacientes que puntuaron dentro de los rangos de la escala de adherencia.

Tratamiento se obtuvo lo siguiente; 1) Control de la ingesta de medicamentos, el 56.41% (n=22) obtuvo puntuaciones dentro del rango de 76 a 100%, el 25.64% (n=10) puntuó dentro del 51 al 75% de adherencia, el 12.82% (n=5) se encontró en puntuaciones del 26 al 50% y el 5.12% (n=2) en el rango del 0 al 25% de adherencia. 2) Seguimiento médico conductual, un 46.15% (n=18) obtuvo



puntuaciones dentro del rango de 76 a 100%, el 41.02% (n=16) entre el 51 y 75% de adherencia, 10.25% (n=4) se encontró en puntuaciones del 26 al 50%, y 2.56% (n=1) de los participantes se encontraron en un rango de adherencia del 0 al 25%. 3) Autoeficacia, el 46.15% (n=18) se encontró en un rango de 76 a 100%, el 30.76% (n=12) reportó un 51 a 75% de adherencia, el 23.07% (n=9) mostró un nivel de adherencia del 26 al 50% y ningún participante se encontró en el rango de 0 al 25%. En cuanto al análisis de las puntuaciones por factores de la escala de Adherencia al Tratamiento.

Figura 5

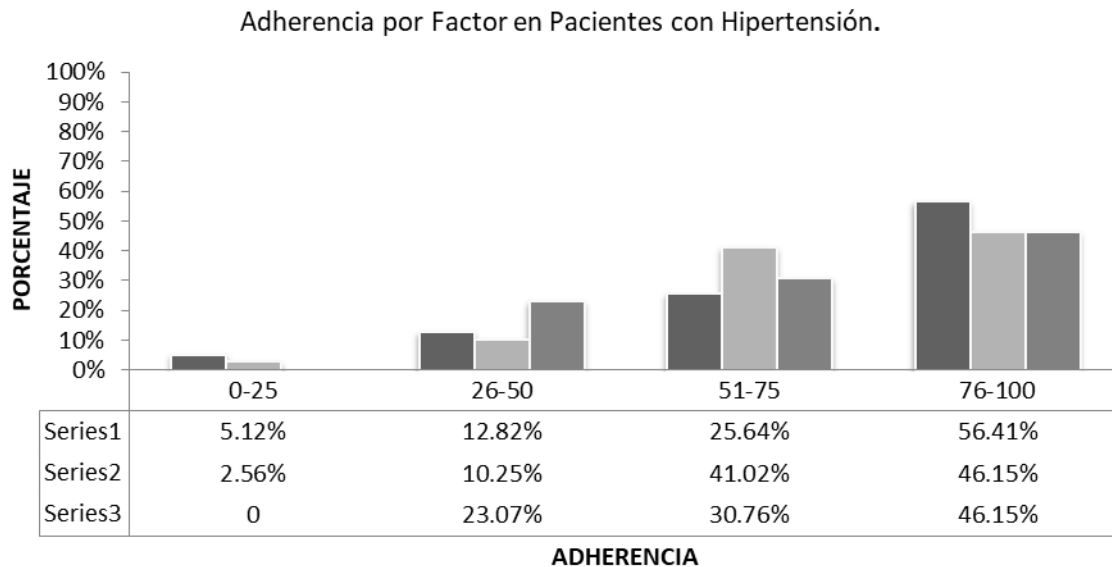


Figura 5. Puntuaciones obtenidas por factor en la escala de Adherencia al Tratamiento. La barra de la izquierda muestra los puntajes de adherencia que pertenecen al factor de Control de la ingesta de medicamentos y alimentos (serie 1), la barra central representa el factor Seguimiento médico conductual (serie 2) y la barra derecha el factor autoeficacia (serie 3).

En la tabla 5 se muestran el análisis de las medias obtenidas por cada reactivo de la escala de adherencia en los pacientes con hipertensión evaluados en urgencias, observando que los reactivos donde se presentan medias que están por debajo

del 50% están relacionados con la toma de medicamentos, por ejemplo; Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no esté concluido ( $x=30.77\%$ ); Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento; obteniendo como media ( $x=34.62\%$ ); Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo de tomar mis medicamentos con una media ( $x=38.46\%$ ).

Tabla 5. *Medias por reactivo en la Escala de Adherencia al Tratamiento.*

<b>Pregunta</b>	<b>Media</b>
Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento	95.51
Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago todo lo que esté en mis manos para aliviarme	94.87
Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad	92.95
Cuando me dan los resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento	90.38
Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo	89.10
Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud	86.54
No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora	80.13
Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud	85.26
Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo no fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena	83.97
Asisto a mis consultas de manera puntual	79.49
Ingiero mis medicamentos de manera puntual	78.21
Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto	58.97
Como me lo recomienda el médico, me hago análisis clínicos periódicamente aunque no esté enfermo	58.59
Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite	55.92
Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago	55.13
Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento	52.56
Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos	48.72
Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo de tomar mis medicamentos	38.46
Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento	34.62
Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no esté concluido	30.77

Se llevó a cabo una prueba de correlación de Spearman para identificar si existía asociación entre ansiedad y depresión con la adherencia al tratamiento. Los resultados indican una correlación no significativa inversamente proporcional (lo cual sugiere que la relación entre estas variables no existe y existen otras que pueden tener un mayor impacto entre los puntajes de ansiedad, depresión y adherencia. (Véase tabla 6).

Tabla 6. *Coefficiente de correlación de Spearman entre cuestionario Escala de Ansiedad Hospitalaria (HADS) y Escala de Adherencia al Tratamiento (EAT).*

	Sintomatología ansiosa	Sintomatología depresiva
<b>Puntaje de Adherencia al tratamiento</b>	-.176	-.054
<b>Nivel de Significancia</b>	.285	.752
<b>Puntaje control de la ingesta de medicamentos</b>	-.235	-.70
<b>Nivel de Significancia</b>	151	671
<b>Puntaje de seguimiento médico</b>	-.064	-.199
<b>Nivel de significancia</b>	.697	.224
<b>Puntaje de autoeficacia</b>	-.048	-.028
<b>Nivel de Significancia</b>	.773	.867

Nota: \* $p < 0.05$     \*\* $p < 0.01$

## Discusión

El objetivo de la presente investigación fue identificar la relación entre la presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva y los niveles de adherencia al tratamiento reportados por los pacientes diagnosticados con hipertensión que eran valorados en el triage del área de Urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Dentro de los objetivos específicos se propuso identificar las variables sociodemográficas presentes en la muestra evaluada así como los niveles de adherencia y sintomatología ansiosa y depresiva.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la muestra evaluada, se observa una correlación débil, negativa estadísticamente no significativa entre los puntajes de las variables de sintomatología ansiosa y niveles de adherencia al tratamiento, sin embargo es importante resaltar la direccionalidad de dichos resultados ya que al ser una correlación negativa se indica que a mayores niveles de ansiedad y/o depresión menores serán los niveles de adherencia, pero al ser una correlación no significativa el comportamiento de una variable puede no relacionarse con la otra.

Lo anterior difiere en lo encontrado en otras investigaciones, Gentil, et al. (2012) reportaron una correlación fuerte y significativa entre las variables de ansiedad, depresión y adherencia de  $r=-.08$ , con un nivel de significancia de .01 en una muestra de 2.494 participantes. Bautista et al. (2012) predijeron un mayor riesgo de no adherencia en pacientes que presentaban ansiedad o depresión incluso en niveles leves, en una muestra de 178 participantes, datos que son acordes a lo reportado por Kretchy, et al. (2014) en su estudio realizado con 400 participantes.

La falta de correspondencia de los resultados obtenidos en la presente investigación con los estudios citados pueden deberse a diferentes condiciones, las muestras para dichos estudios diferían en el escenario en que fueron evaluadas, las características de un servicio de urgencias puede comprometer los datos ya que la principal necesidad de un paciente en urgencias suele no ser a nivel psicológico, los pacientes llegan al servicio con dolencias o lesiones que pueden poner en riesgo su vida o la función de algún órgano (Polanco-González et al., 2013). Por ello el estar en este escenario ya es un factor estresante para las personas y se ha reportado que la presencia de ansiedad y depresión en esta población (Abar, Holub, Lee, DeRienzo, & Nobay, 2017).

El número de participantes en los estudios citados es significativamente mayor al número de participantes que pudieron evaluarse en el presente estudio, debido a características propias del hospital y del área de Urgencias este aspecto se analiza a profundidad en las limitaciones que se muestran más adelante.

La variable de adherencia fue operacionalizada y medida de forma diferente, ya que en los estudios anteriormente realizados se hizo un conteo de ingesta medicamentos por un periodo determinado (Bautista, et al., 2012; Gentil, et al., 2012; Johansen, et al., 2012), sin embargo y como aportación del presente estudio a través de la Escala de Adherencia al tratamiento se midieron otras conductas como: la ingesta de alimentos y medicamentos recomendada por el médico, percepción de autoeficacia para el cuidado de sí mismo respecto a la enfermedad, y el seguimiento médico de la enfermedad.

En cuanto a los análisis de frecuencia de los niveles de adherencia se puede observar que el 88% de los participantes percibían y reportaban un nivel de adherencia entre el 51 y 100%, con una media de 71.70%, lo cual concuerda con el estudio longitudinal realizado por Gentil et. al. (2012) en el cual se muestra una adherencia del 92,5% en el año 1 y del 59,4% en el año 2, en ambos casos se observa un índice mayor al 50%, Bautista et. al. (2012) también reportó un nivel de protección de 58% de adherencia y 52% de riesgo en una medición a lo largo de un año en su estudio longitudinal.

Sin embargo en este estudio se esperaba que al ser pacientes que llegan con la presión arterial elevada a la consulta de urgencias sus niveles de adherencia fueran bajos, una posible explicación de esto es que la medida de adherencia fue de autoinforme y puede existir el componente de deseabilidad social, por lo cual el paciente reporta lo que cree el investigador desea escuchar; otros factores de posible influencia son; los sesgos de memoria, la percepción de llevar a cabo un adecuado seguimiento de su enfermedad (Varela, 2010), o la falta de sensibilidad del instrumento utilizado para medir la variable, ya que en varias ocasiones durante la entrevista los participantes reportaban un no adecuado seguimiento de su tratamiento lo cual no se reflejaba en los porcentajes que indicaban en cada pregunta del instrumento (Carbonell, Marín, & Pallá, 2007),

Para conocer más a detalle la adherencia de los pacientes evaluados se realizó un análisis de medias por reactivo de la escala de Adherencia al Tratamiento; en el cual se observa que los reactivos que obtuvieron un porcentaje igual o menor al 50% fueron los relacionados con la toma de medicamentos, alimentación y

ejercicio, como se muestra en la tabla 5, estas conductas son de suma relevancia para un adecuado control de la presión arterial. Cabe resaltar que la pregunta “Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento aunque no esté concluido” tuvo un media menor (30.77), este dato es relevante debido a que una de las principales características de la hipertensión es que suele ser asintomática y de acuerdo a lo reportado por Rosabal, et al. (2016) el 48% de los pacientes en el estudio que realizaron percibían una susceptibilidad baja ante la enfermedad, por ello a pesar de reportar niveles altos de adherencia las conductas como la alimentación y toma de medicamentos cobra suma relevancia en este padecimiento.

Los datos en cuanto a frecuencias de los niveles de ansiedad muestran una prevalencia de un 69.23% (rebasando el punto de cohorte igual o mayor a 7 puntos), lo cual no difiere en gran medida del estudio realizado por Kretch et al. (2014) en donde encontraron una prevalencia de 56%. En cuanto a los síntomas depresivos se encontró una prevalencias del 30.76% (rebasando el punto de cohorte igual o mayor a 8 puntos), lo cual se muestra congruente con la investigación realizada por Dois C y Cazenave (2009) en donde reportan que un 46.2 % participantes presentaban un cuadro clínico de depresión.

Como se puede observar hubo una prevalencia mayor de sintomatología ansiosa que depresiva en la muestra estudiada, esto corresponde a lo encontrado en otros estudios (Kretchy et al. 2014) y puede explicarse por el nivel de activación que existe a nivel fisiológico en una persona con ansiedad donde en ocasiones esta activación se manifiesta un aumento en el ritmo cardiaco modificando el cómo se



transporta la sangre en las arterias, al darse este proceso de forma constante produce un cambio en el funcionamiento del sistema cardiovascular pudiendo ser un factor para desarrollar hipertensión (Sparrenberger et al., 2009).

Se realizó un análisis de frecuencia de puntuaciones asignadas por los pacientes a cada reactivo correspondiente a la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, se observa que los obtuvieron puntuaciones de mayor intensidad de malestar en cuando a la sintomatología ansiosa están relacionados con lo cognitivo (“Me siento tenso o nervioso”, “Siento una especie de temor como si algo fuera a suceder”, “Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor”) los cuales pueden tener relación con la incertidumbre que implica estar en un servicio de urgencias y lo incierto de lo continua respecto a su estado de salud, tal y como se reporta en otros estudios (Alkhathami et al., 2017). En cuanto a la sintomatología depresiva el reactivo que arrojó mayor nivel de malestar entre los pacientes fue “Me siento lento y/o torpe” esta percepción puede tener relación a las manifestaciones clínicas poco específicas de la hipertensión que si bien no son síntomas somáticos propiamente dichos puede ser una consecuencia.

En cuanto a los datos sociodemográficos encontrados en la muestra investigada el 75% (n=30) fueron mujeres lo cual corresponde a lo reportado en la literatura internacional donde se muestra una mayor incidencia de esta enfermedad en el sexo femenino (Kanegae, Oikawa, Zusuki, Okawara & Kario, 2018; OMS, 2013; Rosas-Peralta et al., 2016). La escolaridad encontrada en el 53.9% (n=21) fue a nivel básico (primaria y secundaria) y el 12.8% (n=5) no tenía estudios, de acuerdo con López y Chávez (2016) existe una correlación entre un mayor nivel de

escolaridad con una mejor adherencia al tratamiento, sin embargo no corresponde a los datos del presente estudio ya que el nivel de adherencia fue mayor al 50% en el 80% de la población evaluada aun sin escolaridad o con un nivel de escolaridad básico.

Dentro de las limitaciones del presente estudio, está el número de participantes que conformó la muestra, ya que en una correlación con una “n” pequeña existen menos datos para el cálculo de la correlación entre las variables, llevando a rechazar la relación entre la variable de adherencia y los síntomas de ansiedad y depresión pudiendo si existir correlación entre dichas variables (error de tipo 1). Para futuras investigaciones con estas variables se sugiere ampliar el tamaño de la muestra, ya que al realizar el cálculo de la muestra en el programa estadístico G-power, (en donde se utilizaron los datos de la correlación y el nivel de significancia que arrojó el presente estudio) se encontró que para poder encontrar una posible correlación entre variables era necesario un número de participantes mayor a 137, con un valor de  $\alpha = 0.05$  y de  $\beta = 0.80$ .

En este estudio no se realizó la recolección de datos para llegar a la “n” (137 participantes) propuesta por el programa estadístico debido a que coexistieron factores en cuanto la remodelación y reconstrucción de las áreas de urgencias derivado de la contingencia provocada por el sismo del 19 de septiembre del año 2017, en consecuencia hubo una disminución del número de pacientes atendidos. Por otro lado las características del servicio de urgencias son por sí mismas una limitante: para llegar a la muestra necesaria se tendrían que extender horarios de evaluación, llegando a la meta en un tiempo estimado no menor a un año. De aquí

la importancia que se continúe realizando investigación en el área de la salud con proyectos a largo plazo y con un equipo numeroso que permita tener mayores alcances.

Por otro lado para conocer cómo se comporta la adherencia en los pacientes hipertensos a lo largo del tiempo sería necesario evaluar esta y las variables de posible correlación en un estudio longitudinal. Se sugiere tomar en cuenta otros datos, como; la presión arterial (el cual era un dato a considerar en el presente estudio, sin embargo, durante la aplicación la mayoría de estos datos se perdieron) el conteo de medicamentos, y el nivel de fármacos en la sangre que complementen los datos del instrumento de adherencia utilizado en la presente investigación (Bautista, et al., 2012; Gentil, et al., 2012; Johansen, et al., 2012) esto con el fin de contrastar los datos de autoreporte con datos más objetivos.

A pesar de las limitaciones mencionadas anteriormente este estudio aporta información respecto a las características presentes en la muestra de pacientes con hipertensión que llegan al servicio de Urgencias del Hospital “Dr. Manuel Gea González”, utilizando el instrumento de adherencia al tratamiento construido para población mexicana que brindó información acerca de cuáles son las principales conductas que suelen dificultar un adecuado control de la hipertensión en los pacientes que llegan a urgencias, se aportan resultados respecto a la relación de variables de las que se encontró poca o nula evidencia de su estudio en la cultura mexicana y en otras poblaciones, en un escenario de urgencias hospitalarias donde se dan características distintas a otras áreas de atención y se brinda información de los posibles abordajes para futuras investigaciones.

## Conclusiones

A pesar de no existir relaciones estadísticamente significativas entre adherencia al tratamiento con síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes con hipertensión que son evaluados en el área de triage del Hospital “Dr. Manuel Gea González”, observamos que están presentes síntomas ansiosos y depresivos que requieren una atención especializada, en cuanto a la adherencia terapéutica los participantes de manera global mostraron niveles altos de adherencia sin embargo existen conductas en cuanto a esta variable que no son llevadas a cabo que tienen un alto impacto en la sintomatología (olvido de la toma del medicamento y alimentación) llevando a complicaciones en la salud de estos pacientes, por lo cual se requiere más investigación e intervención por parte del equipo de psicología de Urgencias así como de otros psicólogos que puedan aportar investigación teórico práctica en este tema.

## 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>
- Alcántara, C., Edmondson, D., Moise, N., Oyola, D., Hiti, D., & Kronish, I. M. (2014). Anxiety sensitivity and medication nonadherence in patients with uncontrolled hypertension. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(4), 283-286. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.07.009>
- Alkhathami, A. D., Alamin, M. A., Alqahtani, A. M., Alsaeed, W. Y., Alkhathami, M. A., & Al-Dhafeeri, A. H. (2017). Depression and anxiety among hypertensive and diabetic primary health care patients. *Saudi Medical Journal*, 38(6), 621-628. <https://doi.org/10.15537/smj.2017.6.17941>
- American Psychological Association, Society for Health Psychology (Division 38). (1996). Recuperado 15 de septiembre de 2018, de <http://www.apa.org/about/division/div38.aspx>
- Aprile, I., Piazzini, D. B., Bertolini, C., Caliandro, P., Pazzaglia, C., Tonali, P., & Padua, L. (2006). Predictive variables on disability and quality of life in stroke outpatients undergoing rehabilitation. *Neurological Sciences*, 27(1), 40-46. <https://doi.org/10.1007/s10072-006-0563-5>
- Ardiles, L., & Mezzano, S. (2010). Rol del riñón en la hipertensión sal-sensible. *Revista médica de Chile*, 138(7), 862-867. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872010000700012>

- 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>
- Barrantes, M. (2010). Factores asociados a la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cardiopatía coronaria y diabetes mellitus. Recuperado 22 de abril de 2018, a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338038899003>
- Bautista, L. E., Vera-Cala, L. M., Colombo, C., & Smith, P. (2012). Symptoms of depression and anxiety and adherence to antihypertensive medication. *American Journal of Hypertension*, 25(4), 505-511. <https://doi.org/10.1038/ajh.2011.256>
- Barriguet, M. J. A., Bustinzar, A. R. P., Morales, R. I. de la V., Peón, P. B. C., & Moreno, L. R. (2017). Validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en población mexicana con trastorno de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 8(2), 123-130.
- Bonnet, F., Irving, K., Terra, J.-L., Nony, P., Berthezène, F., & Moulin, P. (2005). Anxiety and depression are associated with unhealthy lifestyle in patients at risk of cardiovascular disease. *Atherosclerosis*, 178(2), 339-344. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2004.08.035>
- Carbonell, M. M., Marín, A. R., & Pallá, M. L. (2007). Factores psicológicos asociados al reporte de cumplimiento terapéutico en pacientes con múltiples enfermedades somáticas crónicas. *Psicología y Salud*, 17(1), 63-68. <https://doi.org/10.25009/pys.v17i1.740>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* (New York, N.Y.), 196(4286), 129-136.

- Esen, B., Kahvecioglu, S., Atay, A. E., Ozgen, G., Okumus, M. M., Seyahi, N., ... Kadioglu, P. (2015). Evaluation of relationship between sexual functions, depression and quality of life in patients with chronic kidney disease at predialysis stage. *Renal Failure*, 37(2), 262-267. <https://doi.org/10.3109/0886022X.2014.990348>
- Gentil, L., Vasiliadis, H. M., Prévile, M., Bossé, C., & Berbiche, D. (2012). Association between depressive and anxiety disorders and adherence to antihypertensive medication in community-living elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(12), 2297-2301. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04239.x>
- Grau, J. A. & Hernández, M. A., (2005). Psicología de la Salud: Aspectos Históricos y Conceptuales. Recuperado 15 de agosto de 2018, de <https://docplayer.es/7877406-Psicologia-de-la-salud-aspectos-historicos-y-conceptuales-jorge-a-grau-abalo-edelsys-hernandez-melendez.html>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P., Méndez Valencia, S., & Mendoza Torres, C. P. (2014). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: McGraw-Hill Education.
- Hirschberg, S., Donatti, S., Rijana, I., & Selan, V. (2014). La Relación Entre Adherencia Terapéutica Y Calidad De Vida En La Hipertensión Arterial. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 6(2), 64-70.
- Ho, A. K., Thorpe, C. T., Pandhi, N., Palta, M., Smith, M. A., & Johnson, H. M. (2015). Association of anxiety and depression with hypertension control: a US multidisciplinary group practice observational study. *Journal of Hypertension*, 33(11), 2215-2222. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000000693>
- Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 206-221.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). Estadísticas a Proposito del Día de Muertos (2 de Noviembre). Recuperado de:  
[http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/muertos2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/muertos2017_Nal.pdf)
- Johansen, A., Holmen, J., Stewart, R., & Bjerkeset, O. (2012). Anxiety and depression symptoms in arterial hypertension: the influence of antihypertensive treatment. the HUNT study, Norway. *European Journal of Epidemiology*, 27(1), 63-72.  
<https://doi.org/10.1007/s10654-011-9641-y>
- Kanegae, H., Oikawa, T., Suzuki, K., Okawara, Y., & Kario, K. (2018). Developing and validating a new precise risk-prediction model for new-onset hypertension: The Jichi Genki hypertension prediction model (JG model). *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich, Conn.)*. <https://doi.org/10.1111/jch.13270>
- Kim, T. J., Lee, J. W., Kang, H. T., Cho, M. C., Lim, H. J., Kim, J. Y., ... Kim, Y. (2018). Trends in Blood Pressure and Prevalence of Hypertension in Korean Adults Based on the 1998-2014 KNHANES. *Yonsei Medical Journal*, 59(3), 356-365.  
<https://doi.org/10.3349/ymj.2018.59.3.356>
- Kretchy, I. A., Owusu-Daaku, F. T., & Danquah, S. A. (2014). Mental health in hypertension: assessing symptoms of anxiety, depression and stress on anti-hypertensive medication adherence. *International Journal of Mental Health Systems*, 8, 25.  
<https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-25>
- Lewin, M. R. (2009). Asymptomatically elevated blood pressure in the emergency department: a finding deserving of attention by emergency physicians? *The Keio Journal of Medicine*, 58(1), 19-23.



- López Vázquez, S. A., & Chávez Vega, R. (2016). Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 0-0.
- Massa, E. R., Segura, Y. M., & Torrecila, L. S. (2014). El cuidador familiar del paciente renal y su calidad de vida, Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 30(2), 146-157.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *The American Psychologist*, 35(9), 807-817.
- Noguera-Orozco, M. J., Caro-Vega, Y., Crabtree-Ramírez, B., Vázquez-Pineda, F., & Sierra-Madero, J. G. (2015). [Psychosocial factors associated with late HAART initiation in Mexican patients with HIV]. *Salud Publica De Mexico*, 57 Suppl 2, s135-141.
- Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509-538.
- Organización Mundial de la Salud (1978). Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata. Recuperado 15 de agosto de 2018, de [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2003). Adherence to long term therapies. Evidence for action. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=4660A4ECE99D9737445116F98D1DE180?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud (2013). Información General Sobre la Hipertensión en el Mundo. Una enfermedad que Mata en Silencio, Una Crisis de Salud Pública Mundial. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_spa.pdf;jsessionid=60A177D8C980D00AFF1B827D5313765E?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=60A177D8C980D00AFF1B827D5313765E?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud (2015). Las diez principales causas de defunción. Recuperado

de: [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/Organización Panamericana de la](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/Organización%20Panamericana%20de%20la%20Salud)

Salud (2015) La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir

la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. Recuperado de:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10542%3A2015-](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-)

[opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-)

[tratamiento&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es)

Organización Panamericana de la Salud (2013). Salud en las Americas. Recuperado de:

<http://www.paho.org/pahobranding/?p=561&lang=es>

Organización Panamericana de la Salud (2015). OPS: La hipertensión causa 800.000 muertes

cada año en América Latina y el Caribe. Recuperado de:

<https://news.un.org/es/audio/2015/05/1409181>

Orozco, A. C. (2006). Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no

farmacológicos en los pacientes inscritos en el Programa de Control de la Hipertensión

Arterial de la Unidad Básica de Atención de COOMEVA. Sincelejo (Colombia).

Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/articuloBasic.oe?id=81719006003>

Owolabi, E. O., Goon, D. T., Adeniyi, O. V., & Seekoe, E. (2017). Social epidemiology of

hypertension in Buffalo City Metropolitan Municipality (BCMM): cross-sectional study of

determinants of prevalence, awareness, treatment and control among South African adults.

*BMJ Open*, 7(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014349>

Palmer, S., Vecchio, M., Craig, J. C., Tonelli, M., Johnson, D. W., Nicolucci, A., ... Strippoli,

G. F. M. (2013). Prevalence of depression in chronic kidney disease: systematic review and

meta-analysis of observational studies. *Kidney International*, 84(1), 179-191.

<https://doi.org/10.1038/ki.2013.77>

Pan, Y., Cai, W., Cheng, Q., Dong, W., An, T., & Yan, J. (2015). Association between anxiety and hypertension: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies.

*Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 1121-1130.

<https://doi.org/10.2147/NDT.S77710>

Petit, G., Berra, E., Georges, C. M. G., Capron, A., Huang, Q.-F., Lopez-Sublet, M., ... Persu,

A. (2018). Impact of psychological profile on drug adherence and drug resistance in patients with apparently treatment-resistant hypertension. *Blood Pressure*, 1-10.

<https://doi.org/10.1080/08037051.2018.1476058>

Piet, J., Würtzen, H., & Zachariae, R. (2012). The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis.

*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 1007-

1020. <https://doi.org/10.1037/a0028329>

Polanco-González, C., Castañón-González, J. A., Buhse, T., Samaniego-Mendoza, J. L.,

Arreguín-Nava, R., & Villanueva-Martínez, S. (2013). [Modified overcrowd index in emergency room]. *Gaceta Medica De Mexico*, 149(4), 417-424.

Rocha, L. J. (2009). Historia de la Medicina de Urgencia en México. *Medigraphic*. 1 (1), 4-9.

Rocha, L., J. (2011). 25 años de la Medicina de Urgencia. Los retos... ¿siguen siendo los mismos?. *Medigraphic*. 3 (1), 3-5.

- Rosabal, E. P., Sánchez, Y. M. S., & Ortiz, L. M. (2016). Adherencia terapéutica y creencias sobre su salud en pacientes hipertensos. *MEDISAN*, 20(1), 3-9.
- Rosas-Peralta, M., Palomo-Piñón, S., Borrayo-Sánchez, G., Madrid-Miller, A., Almeida-Gutiérrez, E., Galván-Oseguera, H., ... Paniagua-Sierra, J. R. (2016). Consenso de Hipertensión Arterial Sistémica en México. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 54 Suppl 1, s6-s51.
- Schmidt, C. B., van Loon, B. J. P., Vergouwen, A. C. M., Snoek, F. J., & Honig, A. (2018). Systematic review and meta-analysis of psychological interventions in people with diabetes and elevated diabetes-distress. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*. <https://doi.org/10.1111/dme.13709>
- Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. (1978). Yale Conference on Behavioral Medicine: a proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 3-12.
- Secretaria de Salud (2016) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
- Seidel, U. K., Gronewold, J., Volsek, M., Todica, O., Kribben, A., Bruck, H., & Hermann, D. M. (2014). Physical, cognitive and emotional factors contributing to quality of life, functional health and participation in community dwelling in chronic kidney disease. *PloS One*, 9(3), e91176. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091176>
- Sierra, C. (2011). Associations between Ambulatory Blood Pressure Parameters and Cerebral White Matter Lesions. *International Journal of Hypertension*, 2011, 478710. <https://doi.org/10.4061/2011/478710>
- Sim, J. J., Bhandari, S. K., Shi, J., Reynolds, K., Calhoun, D. A., Kalantar-Zadeh, K., & Jacobsen, S. J. (2015). Comparative risk of renal, cardiovascular, and mortality outcomes in

controlled, uncontrolled resistant, and nonresistant hypertension. *Kidney International*, 88(3), 622-632. <https://doi.org/10.1038/ki.2015.142>

Schofield, W. The role of psychology in the delivery of health service. *American Psychologist*, 1969, 24, 565-584.

Society for Health Psychology (Division 38). (s. f.). Recuperado 6 de septiembre de 2018, de <http://www.apa.org/about/division/div38.aspx>

Soria T., R., Vega V., C. Z., & Nava Q., C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 89-103.

Sparrenberger, F., Cichelero, F. T., Ascoli, A. M., Fonseca, F. P., Weiss, G., Berwanger, O., ... Fuchs, F. D. (2009). Does psychosocial stress cause hypertension? A systematic review of observational studies. *Journal of Human Hypertension*, 23(1), 12-19. <https://doi.org/10.1038/jhh.2008.74>

Stevens, B., Pezzullo, L., Verdian, L., Tomlinson, J., Estrada-Aguilar, C., George, A., & Verdejo-París, J. (2018). The economic burden of hypertension, heart failure, myocardial infarction, and atrial fibrillation in Mexico. *Archivos De Cardiologia De Mexico*. <https://doi.org/10.1016/j.acmx.2018.03.004>

Toste, M. Á., Sague, K. A., Gorbea, M. B., & Placeres, M. R. (2009). Calidad de Vida Relativa a Salud e Hipertensión Arterial en Cuba. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 47(3), 1-18.

Triches, C. B., Mayer, S., Quinto, B. M. R., Batista, M. C., & Zanella, M. T. (2018). Association of endothelial dysfunction with cardiovascular risk factors and new-onset diabetes mellitus in patients with hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*. <https://doi.org/10.1111/jch.13269>

Varela, M. T. (2010). El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial.

*Pensamiento Psicológico*, 7(14). <https://doi.org/10.11144/137>

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

**Anexos**

Anexo 1

NÚMERO DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

<b>Fecha:</b>		
<b>Interrogatorio:</b>		Directo
<b>Informante:</b>		
<b>Elaborado por:</b>		
<b>Ficha de Identificación:</b>		
<i>Datos Generales</i>		
<i>Nombre del paciente:</i>		
<i>Sexo/Género:</i>	<i>Edad:</i>	<i>Lugar y fecha de Nacimiento:</i>
<i>Estado Civil:</i>	<i>Ocupación:</i>	<i>Escolaridad:</i>
<i>Domicilio y forma de contacto.</i>		
<i>Calle:</i>	<i>Número:</i>	<i>Colonia:</i>
<i>Delegación/Municipio:</i>	<i>Entidad Federativa:</i>	<i>C.P.:</i>
<i>Teléfono de casa:</i>	<i>Teléfono de Trabajo:</i>	<i>Teléfono Celular.:</i>
<i>Correo electrónico:</i>		
<i>Familiar o responsable para contacto en caso de ser necesario.</i>		
<i>Nombre del familiar o responsable:</i>		
<i>Parentesco:</i>	<i>Teléfono/Celular</i>	
<i>Dirección del familiar o responsable:</i>		

<i>Observaciones</i>

**ENTREVISTA INICIAL.**

<i>¿Cuál sería su motivo de consulta? Se responde al final de la evaluación</i>
<i>Motivo de ingreso Urgencias / Tratamiento o resolución al problema médico</i>



<i>Pronóstico y diagnóstico (En caso de padecer una enfermedad crónica preguntar sobre la fecha del diagnóstico, tratamiento actual y si recibe apoyo social).</i>
<i>¿Con quién vive actualmente?</i>
<i>¿Cuántas personas viven con el px?</i>
<i>Red de apoyo y/o situación familiar</i>

*Religión (solo si es importante)*

*Relate un día normal*

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

*¿Ha sido diagnosticado con algún trastorno psiquiátrico?*

No     Si

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

<i>¿Alguna vez ha tomado o toma medicamentos psiquiátricos?</i>		
<i>( ) No ( ) Si</i>		
<i>¿Que toma o tomó?</i>		
 <i>¿Quién se los recomendó?</i>		
<i>¿Por cuánto tiempo lo(s) estuvo tomado?</i>		
 <i>¿Lo sigue tomando actualmente?</i>		
<i>( ) No ( ) Si</i>		
<i>Fármaco</i>	<i>Uso pasado</i>	<i>Uso actual</i>
<i>Antidepresivos</i>		
<i>Ansiolíticos</i>		
<i>Anti-psicóticos</i>		
<i>Estimulantes</i>		
<i>Anti-epilépticos</i>		
<i>No recuerda</i>		
<i>¿Existe o existió alguien en su familia que haya sido diagnosticado con algún trastorno psiquiátrico?</i>		
<i>( ) No ( ) Si ¿Quién o quiénes y de qué?</i>		
<i>¿Alguna vez ha tomado terapia psicológica u otro apoyo emocional por 6 meses o más? En caso afirmativo describir a detalle resultados, número de sesiones y expectativas de ayuda de los psicólogos.</i>		

<i>¿Alguna vez ha tomado o toma medicamentos psiquiátricos?</i>																					
<i>( ) No ( ) Si</i>																					
<i>¿Que toma o tomó?</i>																					
  <i>¿Quién se los recomendó?</i>																					
  <i>¿Por cuánto tiempo lo(s) estuvo tomado?</i>																					
  <i>¿Lo sigue tomando actualmente?</i>																					
<i>( ) No ( ) Si</i>																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"><i>Fármaco</i></th> <th style="width: 35%;"><i>Uso pasado</i></th> <th style="width: 35%;"><i>Uso actual</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>Antidepresivos</i></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Ansiolíticos</i></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Anti-psicóticos</i></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Estimulantes</i></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Anti-epilépticos</i></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>No recuerda</i></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	<i>Fármaco</i>	<i>Uso pasado</i>	<i>Uso actual</i>	<i>Antidepresivos</i>			<i>Ansiolíticos</i>			<i>Anti-psicóticos</i>			<i>Estimulantes</i>			<i>Anti-epilépticos</i>			<i>No recuerda</i>		
<i>Fármaco</i>	<i>Uso pasado</i>	<i>Uso actual</i>																			
<i>Antidepresivos</i>																					
<i>Ansiolíticos</i>																					
<i>Anti-psicóticos</i>																					
<i>Estimulantes</i>																					
<i>Anti-epilépticos</i>																					
<i>No recuerda</i>																					
<i>¿Existe o existió alguien en su familia que haya sido diagnosticado con algún trastorno psiquiátrico?</i>																					
<i>( ) No ( ) Si ¿Quién o quiénes y de qué?</i>																					
<i>¿Alguna vez ha tomado terapia psicológica u otro apoyo emocional por 6 meses o más? En caso afirmativo describir a detalle resultados, número de sesiones y expectativas de ayuda de los psicólogos.</i>																					

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

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

***En caso afirmativo describirlo***

Anexo 2

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

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

Ansiedad (8) \_\_\_\_\_

Depresión (7) \_\_\_\_\_

Anexo 3

**Escala de Adherencia Terapéutica (EAT)**

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

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



Anexo 4

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

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

De acuerdo con las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud, Título Quinto "Investigación para la Salud", Capítulo Único, artículo 100, fracción IV; así como del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo "De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos" Capítulo I, Disposiciones Comunes, artículo 13 que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, artículos 14 fracción V, 20, 21 y 22 de dicho Reglamento; y, de conformidad con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, se me ha explicado e informado que:

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

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

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

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

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





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

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

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

Nombre y firma del sujeto de investigación \_\_\_\_\_

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

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

Nombre y firma del Investigador Responsable o Principal \_\_\_\_\_

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

